



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les actions de la Plateforme territoriale d'appui (PTA) du Douaisis pour
aider les acteurs de parcours de santé à gérer les situations complexes
rencontrées**

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2019 à 18 heures
au Pôle Formation
par **Imène MATI**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Robert VALENSI

AVERTISSEMENT

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

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALD : Affection longue durée

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ARS : Agence régionale de santé

CAD : Communauté d'agglomération du Douaisis

CCCO: Communauté de communes Coeur d'Ostrevent

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CTS : Conseil territorial de santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

FIR : Fonds d'intervention régional

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IME : Institut médico-éducatif

MAIA : Méthode d'action et d'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

PAERPA : Parcours de santé des aînés en risque de perte d'autonomie

PCH : Prestation de compensation du handicap

PPS : Plan personnalisé de santé

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile après hospitalisation

PSD : Plateforme santé Douaisis

PTA : Plateforme territoriale d'appui

SAAD : Services d'aide et d'accompagnement à domicile

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement de la vie sociale

SPASAD : Service polyvalent d'aides et de soins à domicile

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSIAD : Services de soins à domicile

TDS : Territoire de démocratie sanitaire

TSN : Territoire de soins numérique

GLOSSAIRE

CLIC :

Il dispense des informations nécessaires à la vie des personnes âgées de plus de 60 ans dans un territoire défini. Créé en 2010 et mis en place par le département, il a également un rôle de prévention et information. Son objectif est de permettre la coordination pour les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé. Il comprend 3 niveaux : le premier pour informer et orienter ; le second informe, oriente et évalue les besoins ; le troisième assure les rôles précédents et contribue à la coordination du plan d'aide individuel.

CTS :

Les conseils territoriaux de santé sont composés de 34 à 50 membres, dont un collège des professionnels et offreurs des services de santé, un collège des usagers et associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'Agence régionale de santé (ARS), un collège des collectivités territoriales, du territoire de démocratie sanitaire, un collège des représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale et 2 personnalités qualifiées.

HAD :

Elle est mise en place à la suite d'une hospitalisation conventionnelle et lorsque le retour nécessite une prise en charge médico-technique lourde et une intervention coordonnée de plusieurs intervenants. Elle est organisée par le médecin traitant qui est le référent ; il doit

donner son accord. Elle est prise en charge à 80% par l'Assurance Maladie et à 100% pour les affections longue durée (ALD).

MAIA :

Elle permet la coordination des soins des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles semblables. Développée grâce au Plan Alzheimer 2008-2012, elles ont plusieurs missions d'évaluation des pratiques, de soutien aux aidants, de création d'espace d'accueil et d'information, de formation pour améliorer la prise en charge de la maladie mais également de recrutement d'effectif afin d'obtenir une prise en charge pluridisciplinaire. En 2016, on en recensait 352 couvrant 98% du territoire dont 24 dans les Hauts-de-France.

MDPH :

Elle a un rôle d'accueil, d'information et d'accompagnement des personnes handicapées et de leur entourage. Créée en 2005, elle est départementale et financée par le conseil général. Elle se compose d'une équipe pluridisciplinaire afin d'évaluer les besoins selon le projet de vie et d'élaborer le PPS (Plan personnalisé de santé) pour les enfants. C'est elle qui accorde le droit à la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle permet un accès aux droits, prestations et aides et organise des actions de coordination avec les services médico-sociaux.

Médecin traitant :

Quel que soit la spécialité et le mode d'exercice d'un médecin, s'il est inscrit à l'Ordre il peut être médecin traitant.

PAERPA :

Dispositif concernant les personnes âgées de plus de 75 ans dont la perte d'autonomie pourrait être provoquée par des facteurs sociaux ou médicaux. Instauré en 2014 et établi sur le territoire complet depuis 2016, il favorise la coordination et évalue les facteurs de risque d'hospitalisation afin d'éviter une perte d'autonomie par l'intermédiaire de ces 5 actions (renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles et mieux utiliser les médicaments).

PRADO :

Il a un rôle de soutien et d'accompagnement à domicile en sortie d'hospitalisation, pour les secteurs de la maternité, de la chirurgie, après une décompensation cardiaque, une exacerbation de BPCO, un AVC et pour tous les patients de plus de 75 ans. Il est mis en place en 2010 par l'Assurance Maladie afin de faciliter le parcours hôpital-ville.

SAAD :

Ces services doivent disposer d'une habilitation obtenue par autorisation administrative afin d'effectuer des aides pour le logement, la réalisation de la toilette et la préparation des repas.

SAMSAH :

Il a pour objectif d'améliorer l'autonomie de la personne handicapée par la réalisation de leur projet de vie à l'aide d'une équipe pluridisciplinaire pour éviter une institutionnalisation. Créé en 2005, il favorise l'insertion sociale en facilitant l'accès sur le territoire.

SAVS :

Il contribue à la réalisation du projet de vie des personnes en situation de handicap dans les champs sociaux, scolaires et familiaux en favorisant l'apprentissage de l'autonomie et le maintien de la personne en milieu ouvert. Pris en charge par le Conseil Général.

SESSAD :

Il s'adresse aux enfants de 0 à 20 ans en situation de handicap ; une équipe pluriprofessionnelle accompagne l'enfant sur les lieux de vie, en milieu scolaire standard ou en institut médico-éducatif (IME).

Services d'aide à domicile :

Habilités par le conseil départemental à intervenir chez les personnes considérées comme fragiles, ils ont une réglementation stricte et des tarifs encadrés. Ils comportent des champs d'intervention multiples avec des auxiliaires de vie, des aides ménagères, les téléalarmes et le portage des repas. Ce sont ainsi les soins de proximité comprenant la prévention, l'éducation, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation des médicaments, et l'orientation.

SPASAD :

Ils regroupent les interventions du SSIAD et des services d'aides à domicile, pour ne pas faire intervenir deux organismes. L'accès au SSIAD dans ce cadre nécessite une prescription médicale, d'avoir plus de 60 ans ou d'être en situation de handicap.

SSIAD :

Ils contribuent au maintien à domicile des personnes âgées, de plus de 60 ans en perte d'autonomie ou des personnes de moins de 60 ans avec un handicap ou atteintes de maladies chroniques définies. Leurs prestations se font sur prescription médicale et sont prises en charge par l'Assurance Maladie, disponibles 7j/7, pour une durée variable. Ils sont composés d'aide-soignants et d'infirmiers. Leurs objectifs sont de prévenir la perte d'autonomie, d'éviter les hospitalisations, de faciliter le retour à domicile et de retarder l'institutionnalisation.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	11
INTRODUCTION	13
1) DÉFINITIONS ET CONTEXTE	13
2) LA PTA.....	18
3) LE DOUAISIS	20
4) QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	22
MATÉRIEL ET MÉTHODE	24
1) TYPE D'ÉTUDE.....	24
2) SÉLECTION DES EXPERTS	24
3) ÉLABORATION DES QUESTIONNAIRES	24
4) ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES	25
5) MÉTHODE D'ANALYSE DES RÉSULTATS.....	26
6) PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES	27
RÉSULTATS	28
1) FLOW CHART	28
2) RÉSULTATS DU PREMIER TOUR DE QUESTIONNAIRE.....	28
3) RÉSULTATS DU SECOND TOUR DE QUESTIONNAIRE	35
DISCUSSION	45
1) RAPPEL DES RÉSULTATS	45
2) FORCES ET LIMITES.....	46
3) DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	48
CONCLUSION	61
ANNEXES	63
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	113

RÉSUMÉ

Contexte : le médecin généraliste, pivot central de la coordination, peut avoir besoin d'un soutien lorsqu'il rencontre des situations dites complexes. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a créé les Plateformes territoriales d'appui (PTA) qui constituent des dispositifs d'appui à la coordination. La PTA du Douaisis pourrait aider les acteurs de parcours de santé en difficulté dans ces situations. L'objectif de notre travail était d'identifier les actions à mettre en place par la PTA du Douaisis pour améliorer la gestion des situations complexes rencontrées.

Méthode : il s'agissait d'une étude qualitative utilisant une méthode Delphi. Ont été inclus les experts qui étaient des acteurs de santé exerçant sur le territoire du Douaisis et ayant une expérience en situation complexe. Nous avons veillé à ce qu'ils soient indépendants du projet d'élaboration de la PTA du Douaisis. Un premier tour de questionnaire recueillait les propositions d'actions des experts, le second tour de questionnaire leur demandait de les prioriser.

Résultats : les experts ont proposé que la PTA puisse orienter rapidement vers le bon interlocuteur, faciliter l'échange d'informations et permettre de contacter un même référent pour toute situation complexe. Ils ont jugé utile que la PTA puisse orienter le patient en manque de repères dans son parcours de santé, favoriser le maintien à domicile et assurer un suivi continu dans le temps. Comme thématiques de formations pluriprofessionnelles, ils

ont proposé la prise en charge globale du patient, les situations complexes et les différents acteurs territoriaux. Pour améliorer le lien ville-hôpital, les experts ont suggéré de faire remonter les difficultés et contraintes des libéraux et hospitaliers, de renforcer les aides à domicile et de travailler la coordination et la programmation des hospitalisations. Un consensus a été établi pour favoriser la participation du patient et de tous les acteurs du territoire, ainsi que pour déléguer des ambassadeurs de la PTA.

Conclusion : le panel de propositions d'actions recensées par ce travail donne l'occasion à la PTA du Douaisis de proposer des réponses adaptées aux besoins des acteurs de santé du territoire face aux situations complexes rencontrées. La PTA du Douaisis pourrait ainsi optimiser la prise en charge des patients en situation complexe et améliorer la fluidité des parcours de santé.

INTRODUCTION

Les PTA ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé (1) dans le but de favoriser les soins de proximité. Il s'agit d'une fonction d'appui à la coordination des parcours de santé ; en ce sens, elles visent à apporter un soutien aux professionnels de santé, particulièrement aux médecins traitants, dans la gestion des situations complexes.

1) Définitions et contexte

a. Parcours de santé

Les parcours de santé sont définis par l'Agence régionale de santé (ARS) comme la prise en charge globale, fluide et continue des usagers du système de santé.

Rappelons qu'un usager désigne une personne qui utilise un service, en particulier un service public ; il est le « détenteur de droits » tel que le prévoit la jurisprudence (2). Un usager de la santé est une personne qui utilise ou est susceptible d'avoir à utiliser les services de santé, publics ou privés.

Un patient est défini comme toute personne qui consulte un médecin.

L'organisation des parcours poursuit l'objectif de prévenir, soigner et accompagner les usagers. En ce sens, organiser les parcours c'est coordonner les différents acteurs (3).

Selon le Code de la santé publique, les parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité, l'efficience et l'équité de la prise en charge de la population, en prenant en compte les spécificités territoriales (4). En 2014, la HAS précise que les bonnes prestations doivent être dispensées aux bons patients, au bon

moment et par les bons professionnels ; permettant ainsi la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales adaptées aux besoins (5).

Le parcours de soins coordonnés est introduit par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (6). Il a pour objectif de faire bénéficier chaque usager d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse du dossier médical et d'une prévention personnalisée. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. À défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.

b. Coordination des soins

Une revue de la littérature publiée en 2007 recense plusieurs définitions de la coordination des soins et propose de définir celle-ci comme étant l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs de santé (7). Elle implique la mobilisation de personnels et de ressources nécessaires à la prise en charge du patient et sous-tend l'échange d'informations entre les participants de la prise en charge. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) définit la coordination des soins comme l'action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi (8).

Favorisant la coordination, l'accès aux soins et l'interdisciplinarité des prises en charge, les réseaux de santé ont été introduits par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ensuite modifiée par la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseaux de santé (9)(10)(11). Le système de

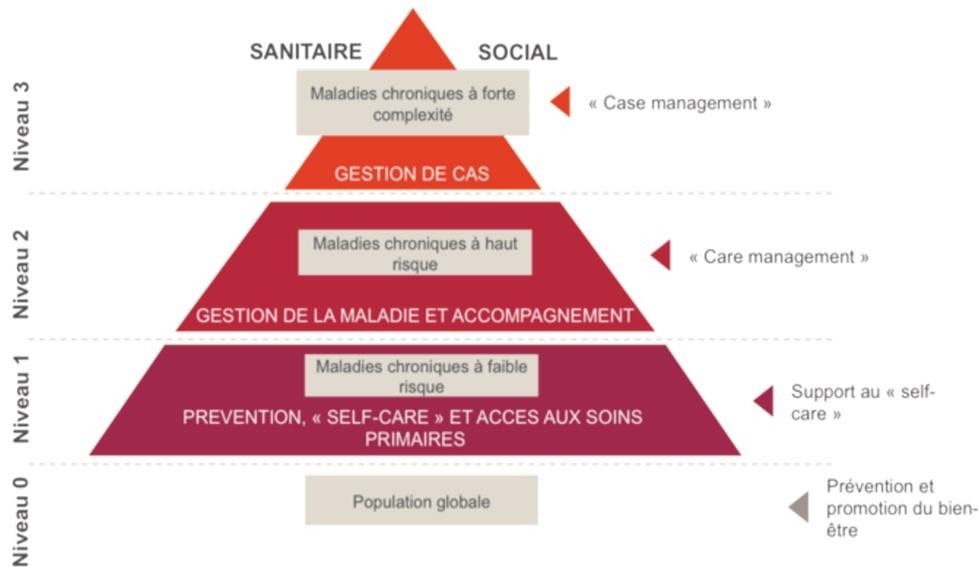
soins a subi de nombreux changements depuis. En effet, les fonctions de coordination des soins de proximité se sont développées, faisant désormais intervenir d'autres acteurs territoriaux (maisons de santé, HAD, CLIC, SSIAD, SAMSAH, MDPH...) (8).

La place du médecin généraliste a également profondément changé. Le Code de la santé publique place le médecin généraliste au centre de la coordination des soins. En effet, pivot central dans le parcours de soins du patient, il est tenu d'assurer un rôle d'orientation de ses patients selon leurs besoins, et de coordination des soins nécessaires (12)(8).

Dans la majorité des cas, l'expertise du médecin généraliste qui connaît le patient suffit. Dans un petit nombre de situations dites complexes, d'un point de vue médical et psychosocial, le médecin traitant peut avoir besoin d'un appui.

c. Situations complexes

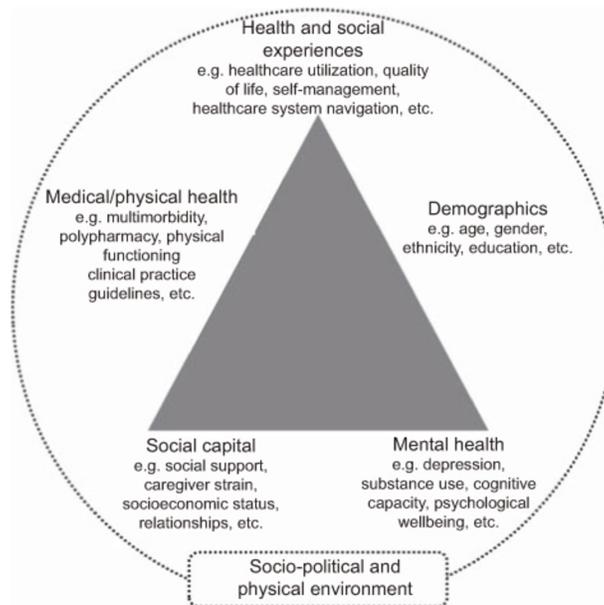
Il apparaît nécessaire de distinguer l'appui à la coordination des parcours et la gestion des situations complexes. La gestion des situations complexes est l'une des fonctions qui favorisent l'appui à la coordination et ne concerne qu'un petit nombre de personnes, comme le montre la pyramide de Kaiser ci-dessous :



La complexité peut être définie comme la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standards (13). Bien souvent, on note la présence simultanée d'une multitude de facteurs : médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux, économiques (14). La DGOS identifie comme étant complexes les situations appelant à une diversité d'intervenants et auxquelles le médecin traitant ne peut répondre avec ses propres moyens (8). Ces patients sont alors exposés à un risque accru d'hospitalisation non-programmée et de rupture dans le parcours de soins.

La littérature montre que la complexité n'est pas monofactorielle, et qu'elle est liée à l'intrication de difficultés d'origines variées. Elle ne se restreint pas à l'addition de pathologies

différentes chez un même patient (15). Schaink et al. décrivaient cinq critères pertinents pour identifier la complexité : la santé physique, la santé mentale, les caractéristiques démographiques, le capital social et l'expérience en matière de santé et sociale (16). Ces dimensions de la complexité sont illustrées ci-dessous :



La pauvreté et l'exclusion sociale sont identifiées comme étant 2 facteurs-clés de la complexité ; une attention particulière doit donc être portée à l'évaluation de ces facteurs (16).

d. Gestion de situations complexes (case management)

Dans ces situations, l'apport d'appuis ponctuels ne suffit pas. L'intervention d'une tierce personne (ou case manager) est requise, en articulation avec l'équipe de soins de santé primaire. Le médecin traitant peut ainsi avoir recours au case management, la coordination et le suivi sont alors effectués par des gestionnaires de situations complexes.

Ross et al. identifiaient les facteurs de réussite d'un programme de case management,

parmi lesquelles l'adaptation des modèles au contexte de soins ; l'intégration des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ; l'information régulière des professionnels de santé primaire ; l'implication des médecins généralistes dès la conception du projet ou encore la mise en place d'un système d'information partagé (17).

Initialement développé en Amérique du Nord, le case management s'est étendu au monde entier. En France, il existe des structures et organisations assurant une intervention proche du case management, comme les MAIA, les réseaux de santé dans le domaine du handicap neurologique, de la santé mentale et des troubles psychiques, les réseaux gérontologiques, le CLIC, le SAMSAH, le SAVS, le SSIAD, le SAAD, le SESSAD, le SPASAD, les coursiers sanitaires et sociaux, le réseau prévention main...

2) La PTA

a. Cadre législatif

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a créé les PTA dans l'objectif de simplifier le recours aux dispositifs d'appui à la coordination des cas complexes (1). Cette ambition est confirmée par le plan « Ma santé 2022 » (18) annoncé en septembre 2018. On y retrouve le projet de modifier l'organisation des soins de proximité vers une action pluridisciplinaire, un exercice collaboratif entre hôpitaux et professionnels ambulatoires. Cette stratégie aspire à mieux répondre aux besoins de prise en charge des maladies chroniques, de soins non programmés. Elle s'appuie sur les technologies de l'information pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours.

La loi de modernisation de système de santé (1) a également créé de nouvelles instances de démocratie, les Conseils territoriaux de santé (CTS) (19). Un CTS se constitue

sur un Territoire de démocratie sanitaire (TDS). L'objectif de ces CTS est de permettre le décloisonnement et l'appropriation des politiques publiques, de faire dialoguer les acteurs locaux et de mieux cerner les besoins du territoire.

b. Missions de la PTA

Les PTA sont des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (20). Elles déploient 3 types de mission :

- **mission 1** : information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire. Cette mission comprend l'orientation la plus adaptée dans l'offre de santé et de prévention, l'apport d'un appui dans les démarches administratives, le repérage de patients à risque.
- **mission 2** : appui à la coordination et organisation des parcours. Cette mission implique une évaluation sanitaire et sociale des besoins, l'appui au parcours du patient et notamment aux entrées et sorties de l'hôpital ou encore la diffusion de l'information.
- **mission 3** : appui aux pratiques et initiatives professionnelles. Cette mission sous-tend une aide à la formalisation de protocoles organisationnels, le développement de formations pluriprofessionnelles ou encore l'échange de pratiques ville-hôpital.

c. Élaboration d'une PTA et état des lieux

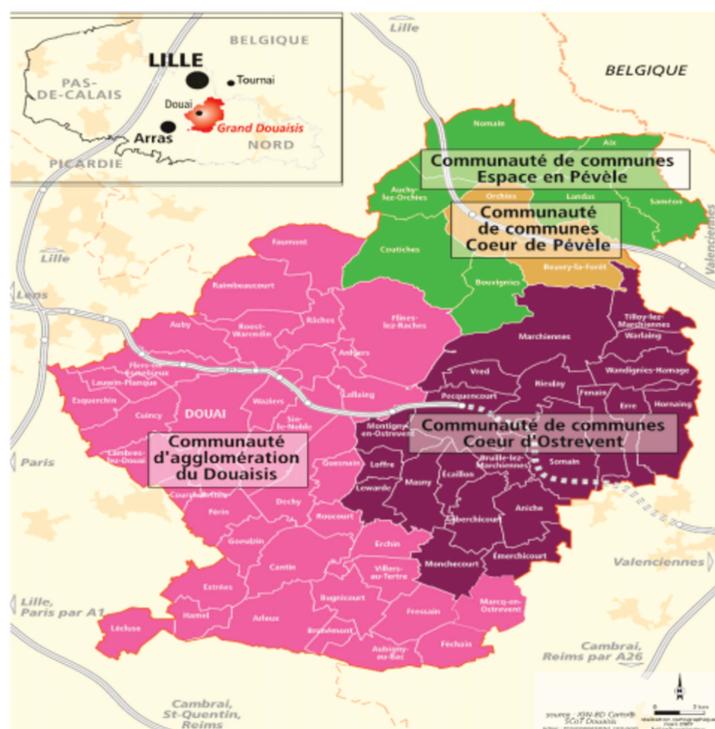
La FEMAS Hauts-de-France a mis au point un guide issu des recommandations de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour la mise en place d'une PTA (21). Un préambule indispensable à l'élaboration d'une PTA dans un territoire défini consiste à identifier les besoins d'appui à la coordination des professionnels de santé de ce territoire, et à y définir les situations complexes rencontrées.

Depuis 2016, plusieurs PTA ont déjà vu le jour en France. L'évolution de la mise en place des PTA en 2017 est visible en annexe 1 (22). À ce jour, les Hauts-de-France ne sont pas encore pourvus de ces dispositifs d'appui à la coordination. Le projet actuel déjà accepté par l'ARS est d'ériger la PTA du Douaisis. Elle sera portée par la Plateforme santé Douaisis (PSD). Ce projet s'appuie en partie sur les travaux du groupe de travail recherche du comité de pilotage de la PTA du Douaisis.

3) Le Douaisis

a. Caractéristiques géographiques et démographiques

Le Douaisis est un TDS de l'ARS du Hainaut. La répartition des TDS des Hauts-de-France est disponible en annexe 2 (23). Situé dans les Hauts-de-France, le Douaisis est composé de 64 communes portées par deux principales communautés de communes : la Communauté d'Agglomération du Douaisis (CAD) et la Communauté de Communes Cœur d'Ostrevent (CCCO), par la Communauté de Communes du Pévèle-Carembault dans une moindre part. Une carte du Douaisis est visible ci-dessous :



La CAD correspond à l'ancien bassin minier, elle s'est fortement urbanisée avec le temps. De nombreux quartiers souffrent d'un isolement social, économique et géographique. La CCCO également marquée par son passé minier, offre un territoire aux composantes rurales. Les statistiques détaillées du Douaisis sont visibles en annexe 3 (24).

D'un point de vue socio-économique, il existe une surreprésentation des catégories socio-professionnelles défavorisées (25). Par ailleurs, en terme d'offre de soins, il apparaît que le Douaisis est sous doté en offre de médecine de ville, quelque soit le professionnel concerné (26).

b. Diagnostic territorial

Dans l'objectif de mettre en place une PTA adaptée au territoire du Douaisis, il paraît nécessaire de se fonder sur une réalité de terrain. En effet, pour que la PTA du Douaisis soit efficiente, il est nécessaire que les ressources proposées soient en adéquation avec les besoins ressentis par les professionnels du territoire.

Pour commencer, la notion de patients en situation complexe était à définir clairement en raison de la grande variabilité de celle-ci selon les territoires et les acteurs. C'était l'objet de la thèse réalisée par Xavier Schulz (27), interne de médecine générale et membre du groupe de travail recherche de la PTA du Douaisis. La thèse suivante menée par Juliette Vangaeveren (28), également interne de médecine générale et membre du groupe de travail recherche de la PTA du Douaisis, est complémentaire à la précédente. Le tableau suivant rapporte les principaux axes de travail de ces thèses :

	Thèse 1 du groupe de travail recherche Xavier Schulz	Thèse 2 du groupe de travail recherche Juliette Vangaeveren
Objectif	Connaître les situations complexes rencontrées par les acteurs de parcours de santé du Douaisis	
Méthode	Étude qualitative par focus group en octobre 2018 sur le territoire du Douaisis	Étude quantitative par questionnaire en ligne de février à avril 2019 sur le territoire du Douaisis
Résultats	<p>Les situations complexes sont issues de nombreuses thématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicales ; • sociales ; • médico-sociales ; • situations en rapport avec l'administratif, les transports, la coordination, l'entourage du patient, le manque de médecins, les relations avec l'hôpital. 	<p>Les situations complexes les plus fréquemment rencontrées relèvent de divers domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médical (polypathologie, difficulté à trouver un médecin traitant, inobservance du patient) ; • délais de prise en charge trop longs ; • méconnaissance du champ social ; • recours à un autre champ de compétence ; • présence des aidants (par leur absence, par leur épuisement ou par la survenue d'un problème de santé) ; • précarité.

4) Question de recherche et objectifs

a. Question de recherche

Comment la PTA du Douaisis peut-elle améliorer la gestion des situations complexes rencontrées par les acteurs de santé du territoire ?

b. Objectifs

Ce travail fait suite à deux précédentes thèses dont les objectifs respectifs étaient de définir les situations complexes selon les acteurs du territoire et de savoir quelles étaient les situations complexes les plus fréquemment rencontrées.

L'objectif de ce travail était d'identifier les actions à mettre en place par la PTA du

Douaisis pour aider les acteurs de parcours de santé à gérer les situations complexes rencontrées.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par méthode Delphi. La méthode Delphi vise à recueillir l'avis d'experts au cours de plusieurs tours de questionnaire, afin de mettre en évidence des convergences et des consensus.

2) Sélection des experts

Les experts sollicités étaient des acteurs de parcours de santé exerçant dans le territoire du Douaisis ayant une expérience en situation complexe. Leur expérience était conférée par le fait qu'ils aient déjà rencontré une ou plusieurs situations complexes. Ainsi, les acteurs de santé étaient inclus s'ils exerçaient sur le territoire du Douaisis et avaient une expérience en situation complexe. En pratique, nous avons fait appel aux divers professionnels ayant participé aux focus groups de la première thèse du groupe de travail recherche. Nous avons également inclus les personnes ayant participé aux réunions et séminaires depuis début 2018 sur le projet de PTA du Douaisis. Les membres du comité de pilotage de la PTA du Douaisis et les membres du groupe de travail recherche n'étaient pas inclus pour préserver l'indépendance des experts.

3) Élaboration des questionnaires

Nous avons réalisé deux tours de questionnaire créés à l'aide du logiciel Limesurvey.

Le premier questionnaire était composé de quinze questions (annexe 4). Une première

partie relevait les caractéristiques des experts. Une question sur l'expérience en situations complexes rencontrées permettait de confirmer l'inclusion des experts. Ensuite, cinq groupes de questions ouvertes, construites à partir des résultats de la thèse 2 (28) du groupe de travail recherche demandaient aux experts d'émettre des propositions d'actions pour que la PTA du Douaisis puisse améliorer la gestion des situations complexes. Ces questions portaient sur la coordination des soins, les parcours de santé, le lien ville-hôpital et les formations pluriprofessionnelles. La dernière question recensait d'éventuelles propositions supplémentaires qui n'entreraient pas dans les catégories précédentes.

Le second questionnaire était composé de six groupes de questions (annexe 5). Il reprenait les propositions synthétiques issues du premier tour de questionnaire et visait cette fois à prioriser l'importance de celles-ci à l'aide d'une échelle de Likert. À noter que dans le second questionnaire, à la question portant sur les modalités pratiques des formations pluriprofessionnelles, nous avons ajouté des propositions qui n'étaient pas strictement issues du premier tour. Cela concerne notamment l'item sur le jour de formation envisagé, le lieu de formation, la fréquence des formations ou l'item « absence de rémunération nécessaire ». Cette démarche visait à offrir aux experts un choix exhaustif de propositions d'ordre pratique.

4) Administration des questionnaires

Le lien vers le premier questionnaire a été diffusé par mail le 14 juin 2019. Des relances par mail et par téléphone ont été entreprises du 16 juin 2019 au 20 juin 2019. Le lien vers le questionnaire a été désactivé le 2 juillet 2019.

Le lien vers le second questionnaire a été diffusé par mail le 17 juillet 2019. Des relances ont été envoyées par mail le 22 juillet 2019. Le lien a été désactivé le 03 août 2019.

5) Méthode d'analyse des résultats

Les caractéristiques des experts ont fait l'objet d'une analyse descriptive. L'analyse des propositions d'actions issues du premier questionnaire a consisté à grouper sous un même énoncé les propositions de même nature. Trois membres du groupe de travail recherche ont participé à la synthèse de ces énoncés et à l'élaboration du second questionnaire. Cette reformulation des propositions a nécessité deux réunions de travail de trois heures chacune.

Le second questionnaire a été envoyé aux seuls experts ayant participé au premier tour de questionnaire, en incluant ceux y ayant répondu de façon incomplète. Il avait pour objectif d'obtenir un consensus sur les actions de la PTA jugées prioritaires. Ce questionnaire était composé de questions employant une échelle de Likert allant de 1 à 10 (1 correspondant à une proposition de la plus basse priorité ; 10 à une proposition de la plus haute priorité).

Pour définir l'importance des propositions d'actions, les propositions ont été quantifiées et classées par ordre décroissant en fonction de la somme des notes établies par les experts. Pour définir le degré de consensus des propositions, nous avons employé la définition de la HAS lisible en annexe 6. Nous avons adapté celle-ci à des cotations allant de 1 à 10. Les médianes ont été calculées pour chacune des propositions, permettant de définir différentes zones de consensus :

- médiane ≥ 7 : zone de consensus entre experts, proposition d'action jugée **appropriée/prioritaire** ;
- médiane ≥ 5 et < 7 : zone d'indécision, proposition d'action jugée **incertaine/non consensuelle**;
- médiane < 5 : zone de consensus entre experts, proposition d'action jugée

inappropriée/non prioritaire.

Les médianes et les sommes ont été calculées à l'aide du logiciel Excel.

6) Précisions méthodologiques

Seuls les investigateurs de l'étude disposaient des coordonnées et de l'identité des experts, l'anonymat des experts a été préservé.

RÉSULTATS

1) Flow chart

Lors du premier tour de questionnaire, 199 invitations ont été envoyées. À l'issue de ce premier tour, 50 experts ont répondu, le taux de participation au premier tour de questionnaire était donc de 25,13%. Six experts ayant répondu non à la question « avez-vous déjà rencontré une ou plusieurs situations complexes » du premier tour ont été exclus. Un expert n'exerçant pas sur le territoire du Douaisis a également été exclu.

Le second questionnaire a été envoyé aux 43 experts inclus ayant participé au premier tour. À l'issue de ce second tour, nous avons obtenu 20 réponses.

Le taux de participation au second tour était de 46,51%.

2) Résultats du premier tour de questionnaire

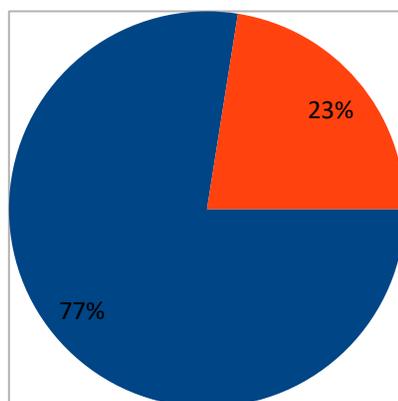
a. Caractéristiques des experts

<u>CARACTÉRISTIQUES DES EXPERTS</u>		Nombre N (%)	Moyenne
Sexe	Femme	29 (67%)	
	Homme	13 (30%)	
Âge			43 (24-70)
Profession	Médecin	13 (30%)	
	Infirmier	6 (14%)	
	Assistante sociale	6 (14%)	
	Pharmacien	3 (7%)	
	Coordinateur de santé	3 (7%)	
	Kinésithérapeute	2 (5%)	
	Ergothérapeute	2 (5%)	
	Psychologue	1 (2%)	
	Autre	6 (14%)	
Structure	Exercice libéral en cabinet de	7 (16%)	

d'exercice	groupe		
	Exercice libéral seul	6 (14%)	
	MSP	5 (12%)	
	Plateforme Santé Douaisis	4 (9%)	
	Centre hospitalier	4 (9%)	
	CLIC	2 (5%)	
	Service d'aide à la personne	1 (2%)	
	EHPAD	3 (7%)	
	APF France handicap	4 (9%)	
	Pôle autonomie	1 (2%)	
	Autre	5 (12%)	
Nombre d'années d'exercice			16 (0,5-40)

Les experts inclus exerçaient tous dans le territoire du Douaisis. La majorité d'entre eux étaient des femmes. Les trois principales professions étaient médecins, infirmiers et assistantes sociales.

b. Fréquence des situations complexes rencontrées



■ Moins de 4 par mois ■ 4 ou plus par mois

FRÉQUENCE DES SITUATIONS COMPLEXES RENCONTRÉES PAR MOIS

La question portant sur la fréquence des situations complexes montrait que la plupart des experts rencontraient moins de quatre situations complexes par mois.

FRÉQUENCE DES DOMAINES DE SITUATIONS COMPLEXES RENCONTRÉES

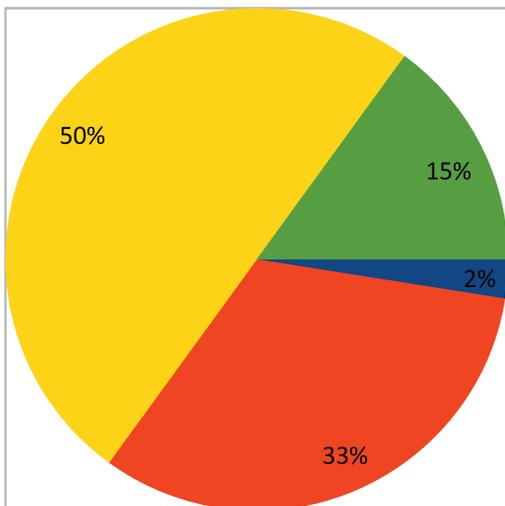


Figure 1 : champ médical

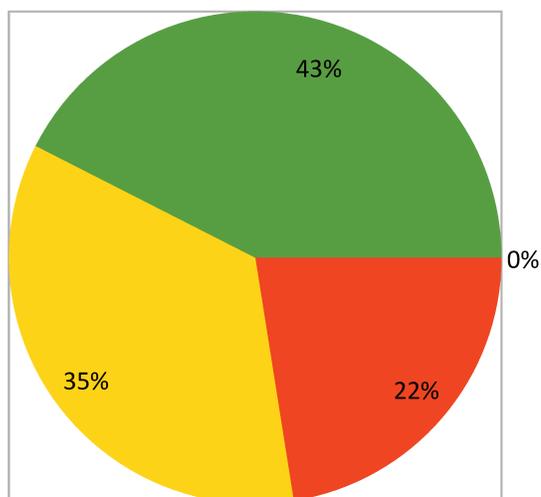


Figure 2 : champ social

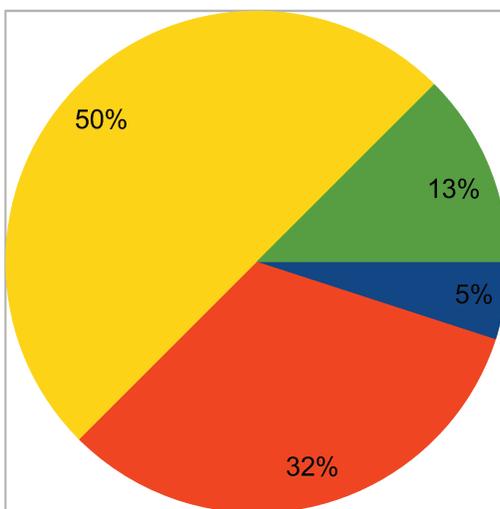


Figure 3 : champ administratif

■ Jamais ■ Parfois ■ Souvent ■ Très souvent

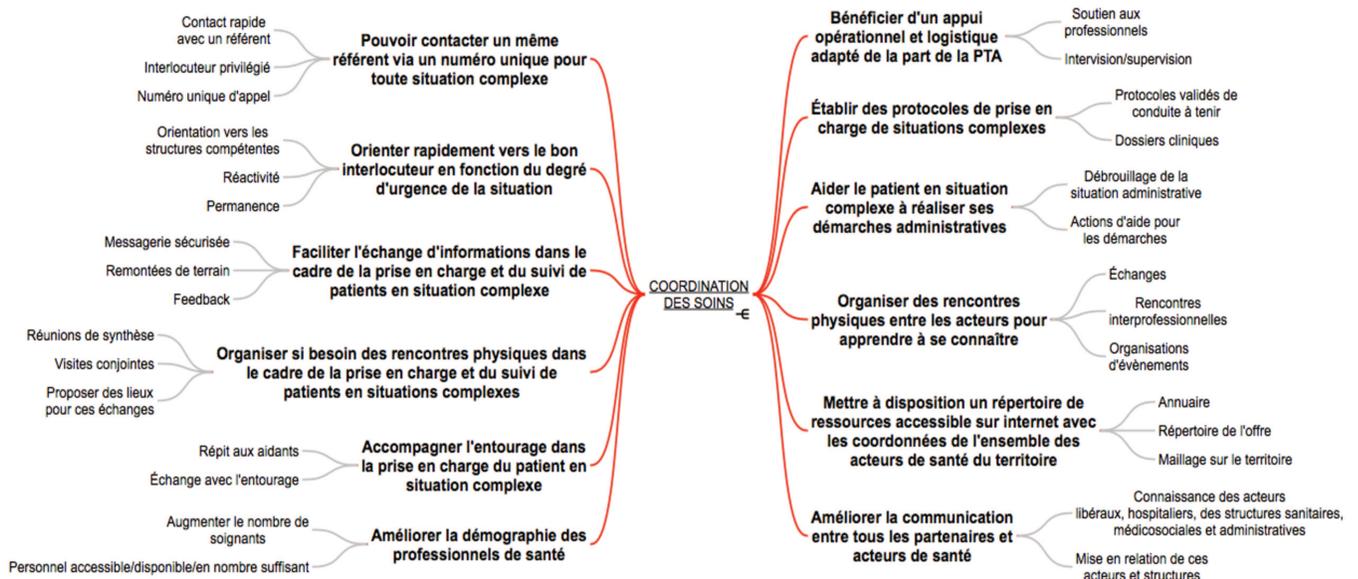
La question abordant les domaines des situations complexes rencontrées montrait que les difficultés relevant du champ social étaient très souvent rencontrées, et que celles d'ordre médical et administratif étaient souvent rencontrées.

c. Propositions d'actions

Les experts ont émis un total de 382 propositions d'actions aux 5 questions confondues du premier tour de questionnaire. L'ensemble des propositions originelles telles que rédigées par les experts se trouve en annexe 7. Une analyse qualitative des réponses des experts a permis de dresser une liste de propositions synthétiques d'actions pour la PTA du Douaisis. La synthèse détaillée des propositions est également disponible en annexe 8. Ces propositions reformulées sont présentées sous forme de cartes mentales.

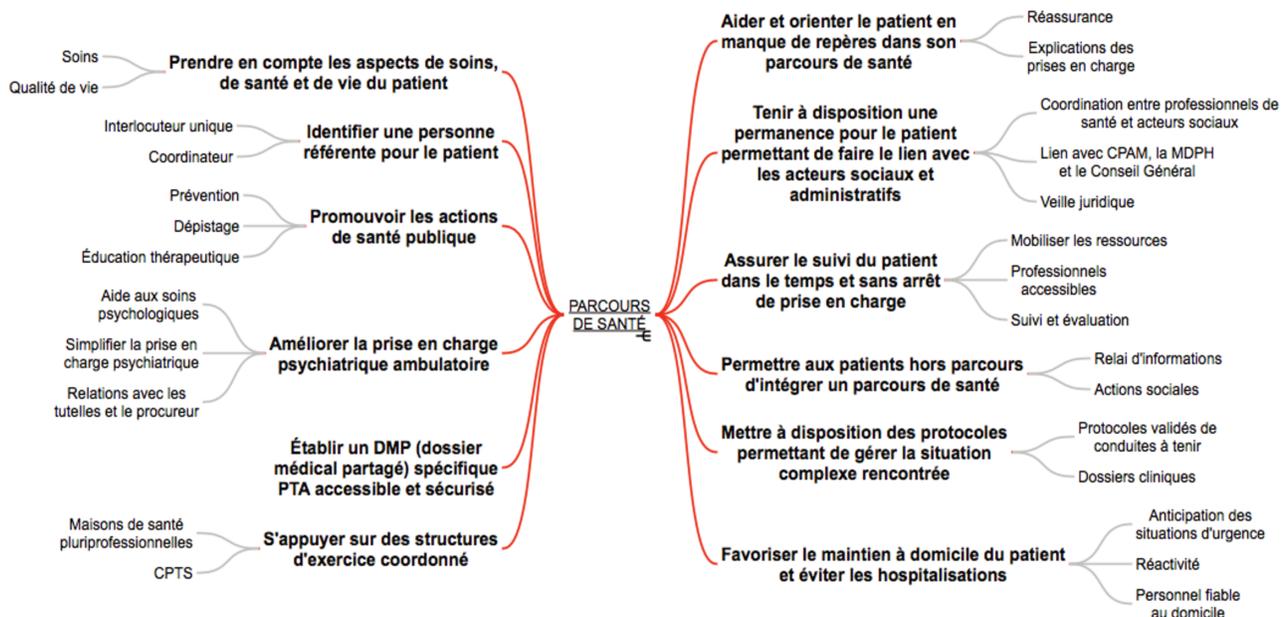
ACTIONS CONCRÈTES DE LA PTA POUR AMÉLIORER LA COORDINATION DES SOINS DANS LA GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES

Pour rappel, la coordination des soins est définie comme l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle sous-tend la mobilisation de personnels et d'autres ressources, et requiert l'échange d'informations entre les participants de la prise en charge.



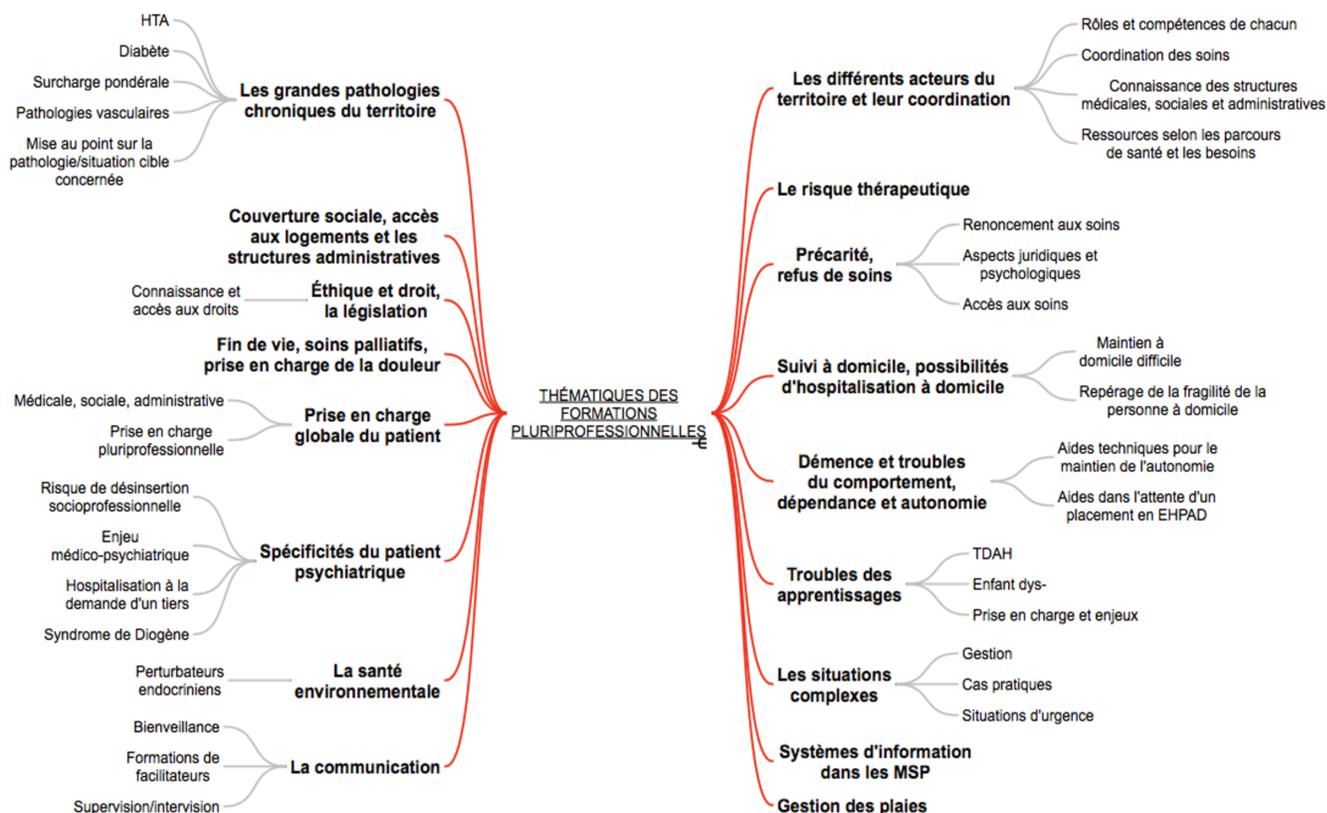
ACTIONS CONCRÈTES DE LA PTA POUR AMÉLIORER LES PARCOURS DE SANTÉ

DANS LA GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES



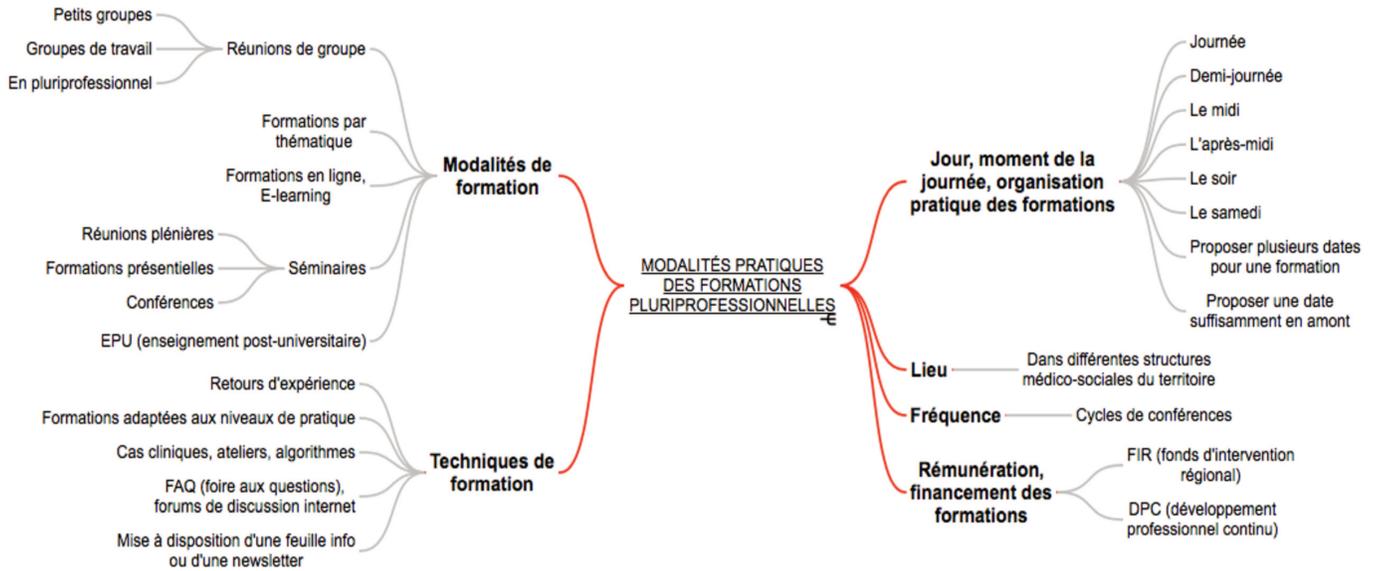
Rappelons que les parcours de santé sont définis par l'ARS comme une prise en charge globale, fluide et continue des patients et usagers du système de santé.

THÉMATIQUES DES FORMATIONS PLURIPROFESSIONNELLES

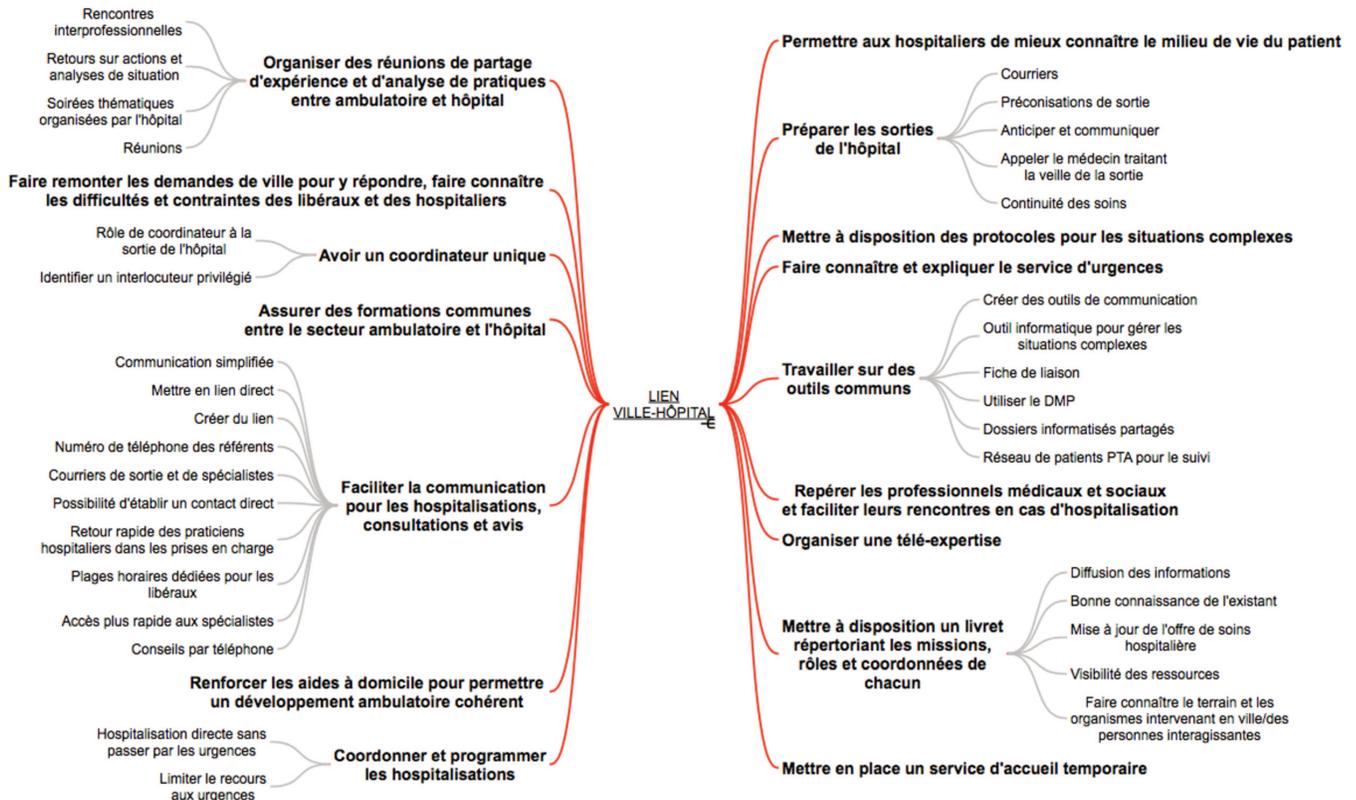


Selon la thèse précédente du Groupe de Travail Recherche traitant des situations complexes les plus fréquemment rencontrées (28), le besoin de formations pluriprofessionnelles a été soulevé. Nous avons donc questionné les experts sur les thèmes de formations que la PTA pourrait proposer.

MODALITÉS PRATIQUES DES FORMATIONS PLURIPROFESSIONNELLES



ACTIONS CONCRÈTES DE LA PTA POUR AMÉLIORER LE LIEN VILLE-HÔPITAL DANS LA GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES



AUTRES ACTIONS DE LA PTA POUR AMÉLIORER LA GESTION

DES SITUATIONS COMPLEXES



3) Résultats du second tour de questionnaire

Sur les 43 experts initialement sélectionnés à l'issue du premier questionnaire, 20 ont répondu à ce second tour de questionnaire. Le second tour a permis de trouver un consensus favorable ou non favorable aux propositions, pour d'autres il n'a pas pu être mis en évidence d'accord entre experts.

ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PTA POUR AMÉLIORER LA COORDINATION DES SOINS

DANS LA GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES

<u>COORDINATION DES SOINS</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Orienter rapidement vers le bon interlocuteur en fonction du degré d'urgence de la situation	1	162	9
Faciliter l'échange d'informations dans le cadre de la prise en charge et du suivi de patients en situation complexe	2	148	8
Pouvoir contacter un même référent via un numéro unique pour toute situation complexe	3	148	8
Améliorer la communication entre tous les partenaires et acteurs de santé	4	144	8
Bénéficier d'un appui opérationnel et logistique adapté de la part de la PTA	5	138	7
Mettre à disposition un répertoire des ressources accessible sur internet avec les coordonnées de l'ensemble des acteurs de santé du territoire	6	137	8
Établir des protocoles de prise en charge de situations complexes	7	136	7
Améliorer la démographie des professionnels de santé	8	132	7,5
Aider le patient en situation complexe à réaliser ses démarches administratives	9	128	7
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
Accompagner l'entourage dans la prise en charge du patient en situation complexe	10	123	6,5
Organiser si besoin des rencontres physiques dans le cadre de la prise en charge et du suivi de patients en situation complexe	11	122	6,5

Organiser des rencontres physiques entre les acteurs pour apprendre à se connaître	12	119	6
--	----	-----	---

ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PTA POUR AMÉLIORER LES PARCOURS DE SANTÉ

DANS LA GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES

<u>PARCOURS DE SANTÉ</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Aider et orienter le patient en manque de repères dans son parcours de santé	1	160	9
Favoriser le maintien à domicile du patient et éviter les hospitalisations	2	160	9
Assurer le suivi du patient dans le temps et sans arrêt de prise en charge	3	153	8
Prendre en compte les aspects de soins, de santé et de vie du patient	4	153	8
Permettre aux patients hors parcours d'intégrer un parcours de santé	5	143	8
Tenir à disposition du patient une permanence permettant de faire le lien avec les acteurs sociaux et administratifs	6	137	8
S'appuyer sur les structures d'exercice coordonné	7	137	7
Mettre à disposition des protocoles permettant de gérer la situation complexe rencontrée	8	135	7,5
Améliorer la prise en charge psychiatrique ambulatoire	9	134	7,5
Identifier une personne référente pour le patient	10	131	7
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
Promouvoir les actions de santé publique	11	123	6,5
Établir un DMP (dossier médical partagé) spécifique PTA accessible et sécurisé	12	107	5,5

THÉMATIQUES PRIORITAIRES DES FORMATIONS PLURIPROFESSIONNELLES

<u>THÉMATIQUES DES FORMATIONS PLURIPROFESSIONNELLES</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Prise en charge globale du patient	1	143	8,5
Les situations complexes	2	134	8
Les différents acteurs du territoire et leur coordination	3	131	8
Le suivi à domicile, les possibilités d'hospitalisation à domicile	4	130	8
La fin de vie, les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur	5	128	7,5
Démence et troubles du comportement, dépendance et autonomie	6	125	7
Éthique et droit, la législation	7	120	7
Les grandes pathologies chroniques du territoire	9	119	7
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
La couverture sociale, l'accès au logement et les structures administratives	8	120	6,5
La communication	10	118	6
La précarité, le refus de soins	11	114	6,5
Les troubles des apprentissages	12	113	6
Le risque thérapeutique	13	112	6,5
Spécificités du patient psychiatrique	14	111	6
Les systèmes d'information dans les MSP	15	111	6,5
La gestion des plaies	16	105	6
La santé environnementale	17	97	5

MODALITÉS PRATIQUES PRIORITAIRES DES FORMATIONS

PLURIPROFESSIONNELLES

<u>ORGANISATION PRATIQUE</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Proposer plusieurs dates pour une même formation	1	123	8,5
Proposer une date suffisamment en amont (au moins 3 mois avant)	2	123	8

<u>JOUR</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Un jour de semaine	1	149	9
Propositions consensuelles jugées inappropriées/non prioritaires			
Le samedi	2	56	1

Quatorze experts se sont exprimés sur le jour de semaine idéal pour organiser ces formations pluriprofessionnelles. L'un des experts a proposé « pas le mercredi ».

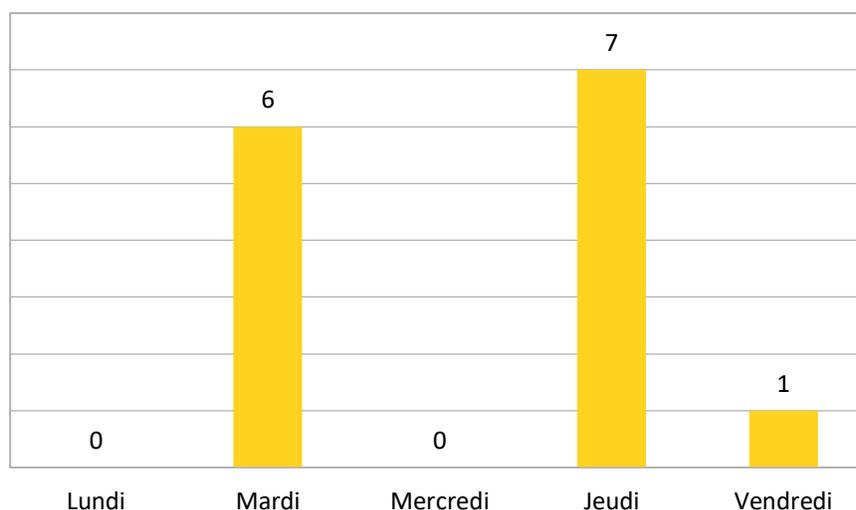


Figure 1: jour de la semaine des formations pluriprofessionnelles

<u>MOMENT</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Sur une demi-journée	1	119	7
Le midi	2	105	7
Propositions consensuelles jugées inappropriées/non prioritaires			
Sur une journée	5	85	2,5
L'après-midi	6	83	4
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
Le soir, soirées thématiques	4	104	6,5

<u>LIEU</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Dans différentes structures médico-sociales du Douaisis	1	133	8
Dans un lieu neutre	2	132	8
Dans les MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) du Douaisis	3	120	8
À la PSD (Plateforme Santé Douaisis)	4	111	7

<u>MODALITÉS DE FORMATION</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Réunions de groupe	1	141	9
Formations par thématique	2	136	9
Formations en ligne, E-learning	3	105	7
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
Séminaires	4	97	5,5
EPU (enseignement post-universitaire)	5	89	5

<u>TECHNIQUES DE FORMATION</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Retours d'expérience	1	136	8
Cas cliniques, ateliers, algorithmes	3	116	8
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
Formations adaptées aux niveaux de pratique (basique, avancé)	2	122	6,5
Mise à disposition d'une feuille info ou d'une newsletter	4	92	5,5
FAQ (foire aux questions), forums de discussion internet	5	87	5

<u>FRÉQUENCE</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Bi-annuelle	1	119	7,5
Propositions consensuelles jugées inappropriées/non prioritaires			
Mensuelle	4	87	4
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
Trimestrielle	2	101	5,5
Annuelle	3	96	6

<u>FINANCEMENT ET RÉMUNÉRATION DES FORMATIONS</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
FIR (fonds d'intervention régional)	1	128	8
DPC (développement professionnel continu)	2	114	7,5
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
Pas de rémunération nécessaire	3	91	5

ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PTA POUR AMÉLIORER LE LIEN VILLE-HÔPITAL DANS

LA GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES

<u>LIEN VILLE-HÔPITAL</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
Faire remonter les demandes de ville pour y répondre, connaissance des difficultés et contraintes des libéraux et des hospitaliers	1	138	9
Renforcer les aides à domicile pour permettre un développement ambulatoire cohérent	2	136	8,5
Coordonner et programmer les hospitalisations	3	135	8,5
Préparer les sorties de l'hôpital	4	131	10
Travailler sur des outils communs	5	129	8
Faciliter la communication pour les hospitalisations, consultations et avis	6	128	8
Avoir un coordinateur unique	7	123	8
Mettre à disposition des protocoles pour les situations complexes	8	121	7,5
Repérer les professionnels médicaux et sociaux et faciliter leurs rencontres en cas d'hospitalisation	9	120	7
Mettre à disposition un livret répertoriant les missions, rôles et coordonnées de chacun	10	118	9
Permettre aux hospitaliers de mieux connaître le milieu de vie du patient	12	116	7
Propositions non consensuelles/jugées incertaines			
Mettre en place un service d'accueil temporaire	11	118	5,5
Organiser des réunions de partage d'expérience et d'analyse de pratique entre ambulatoire et hôpital	13	115	6,5

Organiser une télé-expertise	14	107	5,5
Assurer des formations communes entre le secteur ambulatoire et l'hôpital	15	104	6
Faire connaître et expliquer le service d'urgences	16	93	5

AUTRES ACTIONS PRIORITAIRES DE LA PTA POUR AMÉLIORER

LA GESTION DES SITUATIONS COMPLEXES

<u>AUTRES ACTIONS</u>	Classement	Somme	Médiane
Propositions consensuelles jugées appropriées/prioritaires			
La participation du patient qui est au cœur des démarches, au centre du système	1	138	10
Déléguer des ambassadeurs pour présenter la PTA aux divers acteurs du territoire	2	132	8,5
La participation de tous les acteurs au projet de la PTA	3	129	8,5
La participation du service civique	4	118	7

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'identifier les actions à mettre en place par la PTA du Douaisis pour aider les acteurs de parcours de santé à gérer les situations complexes rencontrées.

1) Rappel des résultats

Concernant la coordination des soins, les experts se sont mis d'accord sur plusieurs actions. Les trois plus importantes consistent à orienter rapidement vers le bon interlocuteur, faciliter l'échange d'informations en termes de suivi et de prise en charge du patient en situation complexe et pouvoir contacter un même référent via un numéro unique pour toute situation complexe.

À propos des parcours de santé, un consensus positif a été établi pour plusieurs propositions ; les trois plus importantes sont d'aider et orienter le patient en manque de repères dans son parcours de santé, favoriser le maintien à domicile du patient et assurer un suivi continu dans le temps.

Parmi les thématiques prioritaires des formations pluriprofessionnelles, les plus pertinentes sont la prise en charge globale du patient, les situations complexes, les différents acteurs du territoire et leur coordination. L'organisation pratique idéale semble être de proposer plusieurs dates, au moins trois mois avant, de façon semestrielle, pour une formation qui aurait lieu en semaine, préférentiellement le mardi ou le jeudi, le midi ou sur une matinée ; dans différentes structures médico-sociales du Douaisis ou encore dans un lieu neutre. Ces formations pourraient être menées en réunions de groupe, par thématique ou en

ligne ; les retours d'expérience, cas cliniques, ateliers et algorithmes paraissent être les techniques les plus appropriées. Un consensus s'est établi sur le financement par Fonds d'intervention régional (FIR) et sur le mode de développement professionnel continu.

Le lien ville-hôpital pourrait être amélioré en faisant remonter les demandes de ville et en permettant aux libéraux et hospitaliers de mieux connaître les difficultés et contraintes de chacun, en renforçant les aides à domicile ainsi qu'en travaillant la coordination et la programmation des hospitalisations.

Enfin, un consensus a été mis en évidence pour favoriser la participation du patient et de tous les acteurs du territoire, ainsi que pour déléguer des ambassadeurs de la PTA.

2) Forces et limites

a. Forces

Les forces de cette étude sont inhérentes au choix de la méthode d'une part. En effet, la méthode Delphi reflète la perception subjective d'un groupe d'experts ce qui semble approprié étant donné que la connaissance du sujet par les experts s'appuie ici sur l'expérience en situations complexes de ces acteurs de santé. De plus, ce type d'enquête permet de mettre en évidence des consensus et de rendre légitimes des décisions futures. Il trouve donc son utilité la plus directe lors du démarrage d'un projet, comme c'est le cas pour la future PTA du Douaisis.

D'autre part, la sélection des experts a fait l'objet d'une attention particulière et a été mise au point lors de plusieurs réunions entre investigateurs. Ils ont été choisis de sorte qu'ils aient une bonne connaissance du sujet. La méthode Delphi ne requiert pas un niveau d'expertise particulier mais que les experts soient suffisamment informés sur le sujet. Nous avons également veillé à ce qu'ils soient indépendants des investigateurs, à l'initiative du

projet de PTA du Douaisis. Enfin, le profil varié des professions des experts a participé à enrichir les réponses. Cette diversité a également le mérite de créer du lien entre les différents acteurs du territoire, gage de réussite pour la PTA du Douaisis.

Les questionnaires ont été administrés individuellement pour éviter les phénomènes d'influence, et les réponses ont été anonymisées.

Le nombre d'experts sélectionnés a permis d'obtenir un nombre important de réponses aux deux tours de questionnaire. Une étude rappelle par ailleurs qu'il n'existe pas de recommandations ni d'accord sur le nombre d'experts et sa composition (29), mais que cela a un impact sur les résultats d'une enquête Delphi. Une autre étude publiée par deux professeurs en médecine de l'Université de Lyon préconise un nombre minimal de 15 experts (30).

Concernant l'analyse et la reformulation des propositions, celle-ci a été menée lors de réunions regroupant plusieurs membres du Groupe de Travail Recherche et non par un investigateur seul. Cette démarche limite donc le biais d'interprétation.

b. Limites

Quatorze questionnaires du premier tour étaient incomplets. Nous pouvons envisager une non-compréhension de certaines questions telles que rédigées par les investigateurs. Pour limiter cet effet, nous avons inséré les définitions des thèmes sur lesquels portaient les questions.

Lors de l'analyse des résultats du premier tour, plusieurs propositions similaires ont été retrouvées dans les différentes dimensions évaluées. Là encore, nous pouvons supposer un manque de compréhension des questions par les experts, ou encore une lassitude des

experts conduisant à des réponses moins précises et répétitives. Il ne faut pas sous-estimer le caractère fastidieux à remplir pour les experts des deux tours de questionnaire. L'analyse qualitative des propositions d'actions a cependant permis de faire des associations d'idées similaires et ainsi de préserver l'utilité de ces données.

L'une des limites de la méthode Delphi est le biais de suggestibilité. Le fait de proposer un questionnaire au second tour limite effectivement l'émergence d'idées nouvelles et la prise en compte des avis extrêmes. Cet effet a été limité par l'application d'une échelle de Likert ayant une échelle de graduation large permettant de mesurer plus finement le degré d'accord ou de désaccord de l'expert.

3) Discussion des résultats

Cette étude a permis de dégager des propositions d'actions consensuelles que la PTA du Douaisis pourrait mettre en place une fois opérationnelle afin d'améliorer la gestion des situations complexes. En pratique, un moyen intéressant de discuter des résultats est d'en étudier la faisabilité. Il s'agit ici de comparer les propositions d'actions de la future PTA du Douaisis aux actions déjà menées par les PTA implantées en France à l'heure actuelle.

Pour cela, nous nous sommes aidés de l'expérience des cinq projets territoriaux mis en place dans le cadre du programme Territoire de soins numérique (TSN) (31)(32). Le programme TSN a pour objectif d'apporter des solutions organisationnelles pour répondre aux enjeux annoncés par la loi de modernisation de l'offre de soins (1) ; ces TSN appliquent les missions des dispositifs d'appui à la coordination de type PTA . La carte des territoires pilotes est disponible en annexe 9.

Il s'agit de faire un point sur les retours d'expérience des PTA TSN pour appréhender

la mise en œuvre des actions de ces PTA. Le guide élaboré par l'ANAP en est un précieux recueil (33).

Nous avons choisi de discuter les propositions jugées consensuelles les plus importantes, en se basant sur le calcul des sommes, dans le cadre de la coordination des soins, des parcours de santé, des formations pluriprofessionnelles, du lien ville-hôpital ou encore les autres actions proposées.

Pour rendre cette critique plus lisible, nous avons fait le choix d'exposer ces propositions selon les missions de la PTA auxquelles elles appartiennent. Ainsi, les propositions ont été réintégrées selon qu'elles relèvent de l'information et de l'orientation (mission 1), de l'appui à la coordination et organisation des parcours (mission 2) ou de l'appui aux pratiques des professionnels (mission 3).

Concernant les actions relevant de la mission 1 de la PTA, les retours d'expérience des PTA TSN montrent que le plus souvent, les demandes d'information et d'orientation émanent d'acteurs du secteur sanitaire et portent essentiellement sur le champ social ou médico-social : démarches administratives (dossier d'EHPAD, tarif d'EHPAD, APA, aides financières, signalements, mise en lien avec une assistante sociale...), fonctionnement interne des structures, organisation du maintien à domicile, identification d'une structure susceptible d'accueillir un patient, ou d'une offre de spécialité, recherches de ressources disponibles sur le territoire.

La qualification et le traitement d'une sollicitation de type mission 1 emprunte un circuit plus court que celle d'une sollicitation de type mission 2. Elle se résume en 3 étapes : réception, qualification, réponse.

Lorsqu'il s'agit d'une demande d'orientation, la PTA indique les structures ressources

pouvant être contactées, mais il arrive que la PTA ait un contact préalable avec la structure pour s'assurer de la pertinence de l'orientation ou valider le recours.

Cette mission nécessite le recensement préalable des ressources du territoire et son actualisation continue. L'expérience montre que la pertinence des réponses aux demandes d'information et d'orientation repose aussi beaucoup sur les compétences des acteurs de la PTA ; elle suggère également une capacité d'écoute et de soutien des patients ou d'aidants lorsqu'ils sont à l'origine des sollicitations de la PTA.

Entrant dans le cadre de cette mission, la proposition « orienter rapidement vers le bon interlocuteur en fonction du degré d'urgence de la situation » a été jugée prioritaire de façon consensuelle.

Selon l'expérience des PTA pilotes, en pratique, lorsqu'une demande d'information et d'orientation est faite, la PTA peut répondre immédiatement ou le plus souvent, dans un délai différé de 24 à 48 heures (33). Ce délai permet de recueillir l'information, d'évaluer et parfois de reformuler le besoin, puis de rechercher le bon interlocuteur ou la structure compétente. C'est aussi l'occasion, dans certains cas, d'établir un contact préalable avec la structure pour vérifier son aptitude à répondre à la demande.

Pour mettre en œuvre les actions de type mission 1, la PTA du Douaisis doit ainsi pouvoir mettre à jour son répertoire des ressources disponibles sur le territoire. Un bon relationnel et une capacité d'écoute semblent également nécessaires pour la réalisation de cette mission.

Concernant les actions relevant de la mission 2 de la PTA, le décret précise que cette mission recouvre 4 axes : l'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins

du patient ; l'appui à l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle ; la planification de la prise en charge, du suivi et programmation des interventions auprès du patient ; l'appui à la coordination des interventions autour du patient (34).

Comme dit précédemment, la qualification et le traitement d'une sollicitation de type mission 2 emprunte un circuit plus long avec des étapes supplémentaires : réception, qualification, *information du patient*, *évaluation*, *réponse*, *suivi/veille*. L'évaluation de la situation s'avère être un volet primordial de la mission 2.

D'après l'expérience des PTA TSN, la demande peut émaner de tout professionnel de santé libéral, de l'hôpital, des patients ou de leurs aidants ou encore d'autres structures telles que les MAIA, les CLIC, les services d'aides à domicile, les collectivités locales.

La PTA d'Île-de-France reçoit majoritairement les sollicitations du secteur sanitaire (près d'un tiers) tandis que celles de Nouvelle Aquitaine proviennent en majorité des médecins traitants (plus de 40%). À plus grande échelle, elles proviennent majoritairement des médecins traitants (33).

La proposition « faciliter l'échange d'informations dans le cadre de la prise en charge et du suivi de patients en situation complexe » s'intègre dans le cadre de cette mission d'appui à la coordination.

L'étape d'information du patient soulève la question du recueil du consentement, et l'expérience des PTA pilotes montre que cette étape est source de difficultés.

Le décret du 4 juillet 2016 (34) modifie la loi de modernisation du système de santé afin de favoriser l'échange d'informations entre les acteurs de la prise en charge. En effet, l'article L1110-12 du Code de la santé publique (35) redéfinit le cadre du consentement en introduisant le concept d'équipe de soins, élargissant celui-ci au-delà de l'équipe hospitalière. Le consentement mis en place par la loi est implicite.

Notons que dans chacune des PTA pilotes, l'accord du patient est obligatoirement requis ; c'est d'ailleurs un critère d'inclusion. En pratique, certaines PTA TSN recueillent un consentement explicite, soit oralement auprès du professionnel réalisant le signalement, soit par écrit au moment de l'évaluation à domicile.

Quant à l'accord du médecin traitant, son recueil diffère selon les PTA. En Bretagne, son accord est systématiquement sollicité (36) ; pas toujours en Rhône-Alpes, où ce dernier est alors informé de la démarche en cours (33).

Afin d'optimiser l'échange d'informations dans le cadre de la coordination des soins, l'ANAP prévoit que le médecin traitant soit systématiquement notifié de la sollicitation de la PTA lorsque celui-ci n'en est pas à l'initiative. Pour cela, la PTA Lyon-Est utilise un courrier d'information du médecin traitant (33). D'autres PTA mettent en place des échanges téléphoniques entre le coordonnateur et le médecin traitant.

Pour la PTA du Douaisis, il paraît nécessaire de penser un système d'alerte du médecin traitant lorsque ce dernier n'est pas à l'origine de la sollicitation.

Toujours dans le cadre de la mission 2, la proposition « pouvoir contacter un même référent via un numéro unique pour toute situation » a été jugée consensuelle. Pour étudier sa faisabilité, il faut s'intéresser au circuit d'appel entrant.

En s'appuyant sur les projets TSN existants, trois modèles peuvent être observés (33). Le premier fait appel à un ou plusieurs coordonnateurs dédiés à cette fonction d'accueil téléphonique. C'est le cas en Auvergne Rhône-Alpes. La PTA de Bourgogne Franche-Comté reçoit un nombre d'appels limités, leur permettant de mettre en place une permanence avec deux conseillères dévolues à cet accueil. Le second modèle mobilise un coordonnateur de

permanence, d'astreinte à la journée ou à la semaine. C'est le cas en Océan Indien et en Île-de-France. Le dernier modèle recrute tous les coordonnateurs selon leur disponibilité. Pour cela, la Nouvelle Aquitaine a mis en place un autocommutateur renvoyant l'appel vers le poste disponible ; si une demande a déjà été faite, le dispositif prévoit aussi que l'appel soit basculé vers le coordonnateur auparavant en charge du cas.

En s'intéressant aux vecteurs de sollicitations employés par les PTA TSN, le téléphone semble être le principal moyen. L'opérateur de la PTA Île-de-France assure un accueil téléphonique 7 jours sur 7 de 8h à 21h ; celui d'Océan Indien du lundi au vendredi de 8h à 18h.

Afin qu'un référent puisse être contacté pour toute situation complexe, le téléphone semble être un moyen adapté pour joindre la PTA du Douaisis. Les horaires d'accueil téléphonique doivent être établis.

La proposition « assurer le suivi du patient dans le temps sans arrêt de la prise en charge » est également prioritaire et importante. Les PTA TSN ont mis en place un suivi de la réponse dont la vigilance est adaptée à la complexité de la situation (33). Par exemple, en Nouvelle Aquitaine, la PTA Santé Landes a créé des alertes dans l'agenda partagé des coordonnateurs afin de contacter les patients ou interlocuteurs à des dates régulières. Ainsi, lorsque le niveau est de faible vigilance, le coordonnateur prévoit de rappeler la personne tous les 6-8 mois tandis que lorsque la vigilance est forte, les appels sont quotidiens ou hebdomadaires. La PTA Lyon-Est a instauré un « service de suite » qui prévoit de contacter les professionnels de santé 2 mois après l'envoi des recommandations.

Pour qualifier le suivi des dossiers, les PTA parlent de file active. Cependant, il n'existe

pas de définition unique de la file active. Néanmoins, au regard des PTA TSN, une file active peut être qualifiée par le périmètre d'action de la PTA, incluant ou non le champ des composantes sollicitées ; les situations complexes, avec un suivi des missions de type 1 et 2 ou uniquement de type 2 ; ou encore l'historique des sollicitations depuis le démarrage de la PTA.

Les PTA pilotes ont défini des statuts afin de suivre un dossier. Ainsi, l'Océan Indien juge qu'un dossier peut être clôturé, en veille, en actions de suivi, en cours de propositions, en cours d'évaluation ou encore en cours de validation. D'autres PTA considèrent les statuts en cours, dormant/en veille ou encore classé/traité/clôturé.

Afin d'appliquer cela à la PTA du Douaisis, il semble nécessaire de pouvoir tracer en temps réel le statut des dossiers suivis par les coordonnateurs de la PTA. Secondairement, pour pouvoir comparer l'activité de la PTA du Douaisis avec celle des autres PTA, un travail de définition et d'harmonisation des files actives paraît indispensable.

La proposition « faire remonter les demandes de ville pour y répondre, connaissance des difficultés et contraintes des libéraux et des hospitaliers » est apparue prioritaire en ce qui concerne le lien ville-hôpital. Au regard de ce qui se pratique déjà dans les territoires pilotes, cette proposition correspond davantage à une condition à la collaboration entre la ville et l'hôpital. Pour renforcer cette articulation, les PTA déjà en place ont défini un engagement réciproque avec les hôpitaux, qu'ils soient composantes ou non de la PTA. Ainsi, ils s'engagent à communiquer sur les rôles de chacun et sur les coordonnées directes de référents ou spécialistes. Ils prévoient également des rencontres et temps d'échanges. Pour cela, certains opérateurs de PTA participent aux réunions de la commission des sorties complexes ou de la « cellule parcours patient » lorsqu'elles existent ; d'autres prévoient de

rencontrer les assistantes sociales de l'hôpital ou certaines équipes mobiles ou encore réalisent des points réguliers avec les référents de services plus souvent concernés (gériatrie, psychiatrie).

Partant de ces constats, la PTA du Douaisis peut avoir intérêt à organiser des temps d'échanges avec l'hôpital, particulièrement en ciblant certains services de soins plus exposés aux patients en situation complexe.

Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), également créées par la loi de modernisation de notre système de santé (37)(38), sont le regroupement de professionnels de santé sur un territoire dans le but d'améliorer les parcours de santé en adaptant les réponses aux besoins identifiés localement. Elles constituent un atout considérable pour les professionnels de ville. Elles permettront de créer des échanges équilibrés et plus constructifs avec les structures hospitalières.

« Coordonner et programmer les hospitalisations » est également une action que les experts ont préconisée de façon consensuelle. L'observation des PTA TSN en place montrent que la PTA peut être sollicitée pour organiser l'entrée d'un patient en situation complexe à l'hôpital. Il peut s'agir d'une demande d'entrée directe dans un service de soins sans passage par les urgences, de programmation d'une hospitalisation conventionnelle, de programmation d'une hospitalisation en secteur ambulatoire ou en hôpital de jour.

L'opérateur intervient alors en contactant directement le cadre du service ou en ayant recours à la « cellule parcours patient » lorsqu'elle existe. Il peut également faciliter l'échange d'informations entre le professionnel de santé de ville à l'initiative de la demande et un référent hospitalier, communiquant alors les coordonnées de celui-ci via l'annuaire de l'établissement.

Le Centre Hospitalier de Douai a récemment instauré une commission parcours patient, ce qui peut améliorer le parcours des patients complexes suivis par la PTA du Douaisis (39).

La proposition « renforcer les aides à domicile pour permettre un développement ambulatoire cohérent » a été jugée prioritaire et importante. Pour discuter cette proposition, considérons le patient hospitalisé.

Dans la pratique actuelle, s'il s'agit d'un patient connu de la file active PTA et pour lequel la PTA n'est pas intervenue dans l'hospitalisation, celle-ci peut être informée par l'hôpital du passage du patient. Cela suppose une interface du dispositif informatique de coordination avec le système d'information de l'hôpital (33). Ainsi, les coordonnateurs de la PTA Nouvelle-Aquitaine ont accès au dossier patient hospitalier dès lors que celui-ci est fiché dans leur file active, permettant à l'opérateur de recevoir une alerte lorsqu'un patient connu par la PTA est hospitalisé ou admis aux urgences de l'hôpital.

Cette disposition permet ensuite d'améliorer les conditions de sortie du patient. En effet, l'opérateur peut apporter ses connaissances du territoire et suggérer un plan d'aides à mettre en place et s'assurer que celles-ci soient adaptées et opérationnelles.

S'il ne s'agit pas d'un patient connu par la PTA, l'hôpital peut repérer la complexité d'une situation et prévenir l'opérateur qu'un tel patient sortant peut avoir besoin du dispositif d'appui.

En pratique, la PTA Bourgogne-Franche-Comté prévoit que l'assistante sociale de l'opérateur réalise des visites dans les hôpitaux pour rencontrer les assistantes sociales des établissements et organiser ces sorties complexes. Celle de Nouvelle-Aquitaine n'intervient qu'à posteriori, l'opérateur de la PTA s'assure alors par téléphone que les aides sont en place

après la sortie du patient.

Ainsi, l'expérience montre que développer des liens étroits avec les acteurs hospitaliers et notamment les assistantes sociales permettrait à la PTA du Douaisis d'optimiser les sorties de patients en situation complexe et de renforcer les aides à domicile. L'interface entre le système d'information de l'hôpital et celui de la PTA est un prérequis indispensable.

Les formations pluriprofessionnelles relèvent de la **mission 3 d'appui aux pratiques des professionnels**. La proposition « les situations complexes, les acteurs du territoire et leur coordination » en est une thématique apparue comme prioritaire aux experts. Le contenu de ces formations dépend directement des besoins rencontrés et répond donc à un diagnostic de terrain. Partant de ce postulat, il peut être intéressant de s'appuyer sur les situations amenant aux sollicitations de la PTA du Douaisis. Ainsi, une analyse qualitative des demandes adressées à la PTA du Douaisis permettrait dans un second temps d'adapter les réponses apportées aux situations complexes rencontrées.

Pour les PTA déjà en place, une sollicitation d'appui à la coordination (mission 2) est systématiquement enregistrée et tracée, tandis qu'une demande d'information et d'orientation (mission 1) ne l'est pas systématiquement, car cela nécessite un outil informatique pas toujours adapté. En effet, la demande est enregistrée à partir de l'identité patient, or cette identité n'est renseignée que dans le cadre de demandes d'appui à la coordination (mission 2).

Pour remédier à cela, la PTA Lyon-Est répertorie les demandes d'information et d'orientation dans un fichier Excel et organise une revue mensuelle des situations permettant de nouvelles propositions.

La PTA du Douaisis, en se dotant d'un outil informatique adapté aux besoins des coordonnateurs, pourrait ainsi analyser les demandes qui lui sont adressées et organiser rétrospectivement des formations adaptées sur les situations complexes rencontrées.

Enfin, les propositions « délégation des ambassadeurs pour présenter la PTA aux divers acteurs du territoire » et « participation de tous les acteurs au projet de la PTA » ont aussi été reconnues prioritaires.

Dans les régions TSN, les PTA se composent d'équipes polyvalentes (33). Elles regroupent des compétences multiples : médicales, sociales, et paramédicales ; une expérience clinique et des compétences plus générales telle que l'écoute, la vision d'une situation dans sa globalité ou encore le relationnel.

Parmi les membres des équipes déjà en place, on retrouve entre autres un profil managérial, pouvant être un professionnel de santé, un professionnel administratif ou un travailleur social, et dont le rôle est de piloter, d'animer mais aussi de représenter la PTA. Pour cultiver cette polyvalence, les PTA des régions TSN ont mis en place des actions de formations sur des thématiques clés telles que la coordination, la gériatrie, l'addictologie ou encore la prise en charge de la douleur. Elles optimisent également la connaissance du territoire via des réunions de partages d'expérience et de pratiques. De plus en plus, elles tendent à mettre en place un travail d'équipe, couplant par exemple une infirmière avec une assistance sociale ou un médecin et une assistance sociale ; des réunions internes sont par ailleurs régulièrement organisées pour discuter des situations complexes gérées. Enfin, les PTA instituent des partenariats avec les écoles et facultés afin de faire connaître le dispositif et de faire participer les acteurs du territoire.

La PTA Lyon-Est a quant à elle mis en place des forums territoriaux en lien avec les

mairies afin de permettre aux professionnels nouvellement installés ou non de se rencontrer.

La composition de l'équipe de pilotage de la PTA du Douaisis est importante ; une compétence managériale aiderait par ailleurs celle-ci à se faire connaître sur le territoire. Des partenariats avec les institutions locales pourrait optimiser la participation des acteurs territoriaux.

Pour finir, les propositions des experts et les actions concrètes de la PTA du Douaisis peuvent être résumées comme suit :

MISSION 1	Souhaits des experts	Mesures concrètes proposées
	« Orienter rapidement vers le bon interlocuteur en fonction du degré d'urgence de la situation »	<ul style="list-style-type: none"> Répertoire des ressources disponibles sur le territoire et mise à jour permanente de celui-ci Capacité d'écoute et de soutien des acteurs de la PTA Réponse différée de 24 à 48 heures pour recherche du bon interlocuteur et contact préalable avec la structure si besoin
MISSION 2	« Faciliter l'échange d'informations dans le cadre de la prise en charge et du suivi »	<ul style="list-style-type: none"> Système d'alerte ou de notification du médecin traitant lorsque celui-ci n'est pas à l'origine de la sollicitation de la PTA (courrier d'information, échange téléphonique)
	« Pouvoir contacter un même référent via un numéro unique pour toute situation »	<ul style="list-style-type: none"> Téléphone comme principal vecteur de sollicitation avec horaires d'accueil téléphonique à établir 3 modèles d'accueil téléphonique : un coordonnateur dédié à cette fonction ; un coordonnateur de permanence/d'astreinte ; tous les coordonnateurs selon leur disponibilité avec mise en place d'un autocommutateur
	« Assurer le suivi du patient dans le temps sans arrêt de la prise en charge »	<ul style="list-style-type: none"> Alertes dans l'agenda partagé des coordonnateurs pour contacter les patients à échéances régulières Fréquence des rappels selon le niveau de vigilance Traçabilité en temps réel des dossiers suivis par la PTA Définition et harmonisation des files actives pour pouvoir comparer l'activité de la PTA du Douaisis
	« Faire remonter les demandes de ville connaissance des difficultés et contraintes des libéraux et des hospitaliers »	<ul style="list-style-type: none"> Engagement réciproque avec les structures hospitalières, composantes ou non de la PTA Participation des opérateurs aux réunions de commission des sorties complexes ou de la cellule parcours patient Rencontres avec les assistantes sociales de l'hôpital ou avec les référents des services les plus exposés Action conjointe avec les CPTS dans le dialogue avec les structures hospitalières
	« Coordonner et programmer les hospitalisations »	<ul style="list-style-type: none"> Appel du cadre du service d'hospitalisation Recours à la cellule parcours patient lorsqu'elle existe Échange d'informations entre le professionnel à l'initiative de la demande et le référent hospitalier
	« Renforcer les aides à domicile pour permettre un développement ambulatoire cohérent »	<ul style="list-style-type: none"> Liens étroits de la PTA avec les acteurs hospitaliers et notamment les assistantes sociales Interface du dispositif information de coordination de la PTA avec le système d'information de l'hôpital
MISSION 3	« Situations complexes, acteurs du territoire et coordination» (thématiques de formations pluriprofessionnelles)	<ul style="list-style-type: none"> Recensement des demandes de type mission 1 (information et orientation) via un fichier Excel par exemple ; recensement des demandes de type mission 2 Revue régulière des situations rencontrées pour analyse rétrospective et adaptation des thématiques de formation
	« Délégation des ambassadeurs pour présenter la PTA » et « participation de tous les acteurs au projet de la PTA»	<ul style="list-style-type: none"> Un membre de l'équipe répondant à un profil managérial Travail d'équipe pour cultiver la polyvalence de l'équipe (couple assistante sociale/infirmière, médecin/assistante sociale par exemple) Partenariats avec les écoles et facultés, forums territoriaux en lien avec les mairies

CONCLUSION

Notre travail a permis d'identifier les actions que la PTA du Douaisis pourra proposer pour aider les acteurs de santé à gérer les situations complexes rencontrées. En réponse aux besoins d'appui ressentis, nous retrouvons la présence d'un référent pour toute situation complexe, l'orientation du patient dans son parcours de santé ou encore le fait de favoriser l'échange d'informations. Le maintien à domicile, le renforcement des aides et le suivi continu dans le temps étaient également jugés appropriés, de même que les échanges avec les professionnels hospitaliers.

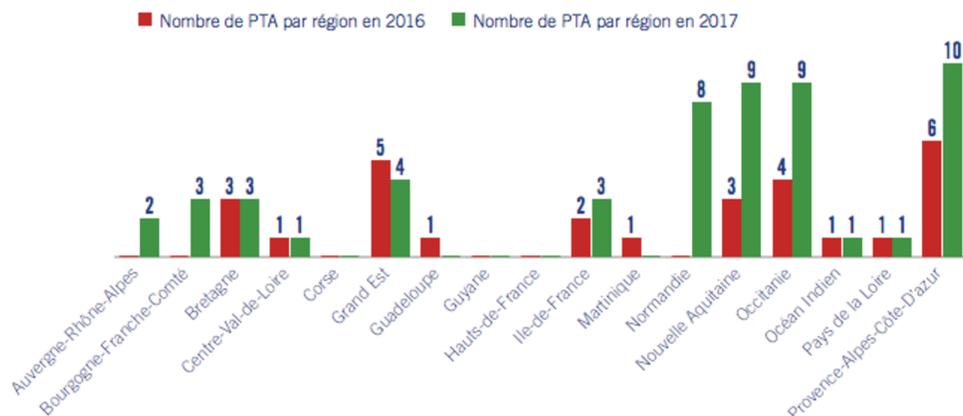
Ainsi, en sondant l'avis d'experts et acteurs de santé du Douaisis, nous avons dressé un panel d'actions de la PTA adaptées aux demandes et besoins territoriaux, malgré la diversité des situations complexes rencontrées. Les résultats de cette étude constituent donc un puissant socle décisionnel pour la PTA du Douaisis et par voie de fait, un levier vers l'amélioration de la gestion des situations complexes.

Ce travail s'inscrit dans la continuité des deux premiers travaux, établissant un diagnostic de terrain, préalable nécessaire à la mise en place de la PTA. Par la suite, un prochain travail de recherche évaluera rétrospectivement la PTA et son adéquation pour répondre aux besoins des acteurs de santé territoriaux.

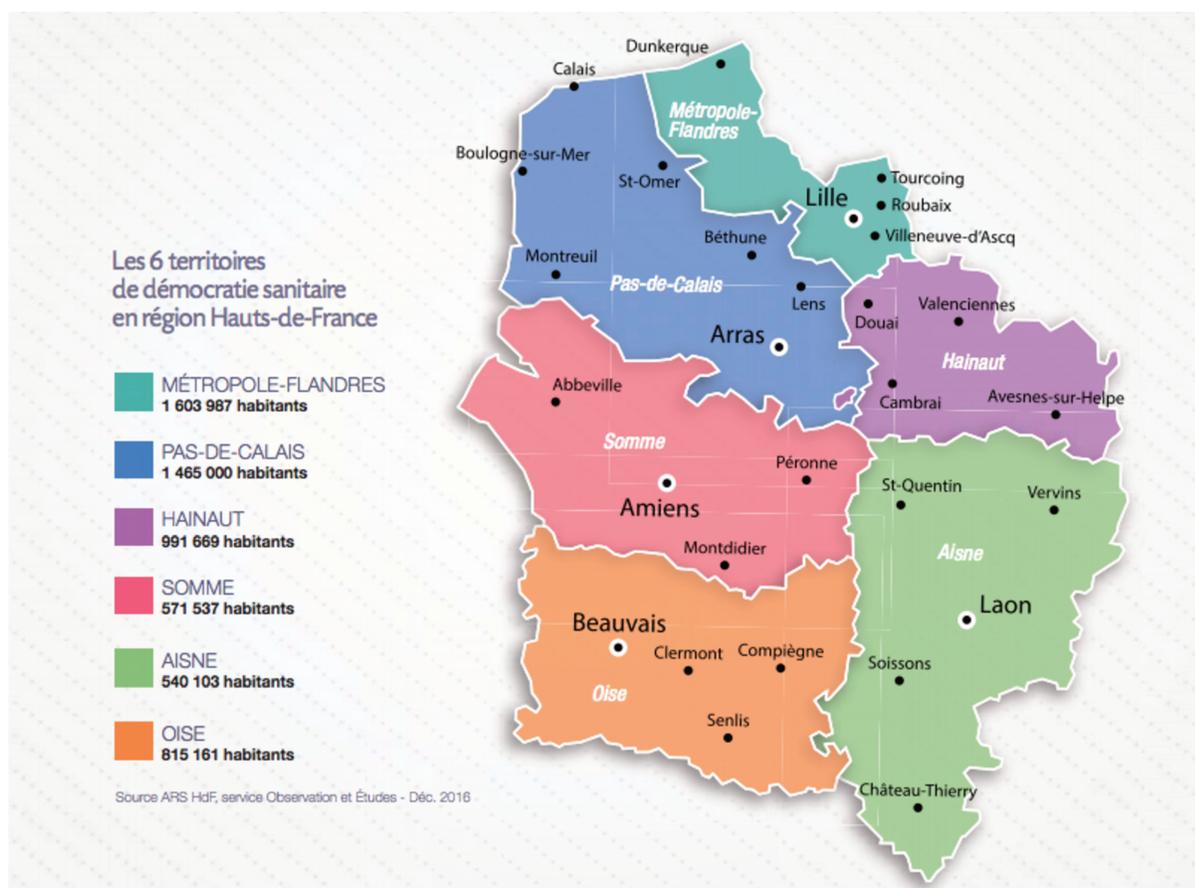
Autres dispositifs récemment créés, les CPTS du Douaisis tendent également à améliorer la coordination des soins et les parcours de santé, en regroupant les professionnels de santé du territoire dans le but de proposer des réponses ajustées aux besoins locaux. Elles devront travailler conjointement avec la PTA pour optimiser la prise en charge des patients en situation complexe et faire face aux défis rencontrés par les acteurs libéraux.

ANNEXES

ANNEXE 1 : évolution de la mise en place des PTA en France en 2016 et 2017



ANNEXE 2 : les TDS (Territoires de Démocratie Sanitaire) des Hauts-de-France



ANNEXE 3 : statistiques du Douaisis parues en septembre 2019

Population	CA du Douaisis (C.A.D.) (200044618)	CC Cœur d'Ostrevent (245901152)	CC Pévèle-Carembault (200041960)
Population en 2016	148 910	71 195	94 663
Densité de la population (nombre d'habitants au km²) en 2016	631,7	515,3	305,0
Superficie (en km²)	235,7	138,2	310,3
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %	-0,4	-0,2	0,8
<i>dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %</i>	0,3	0,4	0,4
<i>dont variation due au solde apparent des entrées sorties : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %</i>	-0,7	-0,6	0,4
Nombre de ménages en 2016	61 575	28 133	37 226
<i>Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019</i>			
Naissances domiciliées en 2018	1 737	813	958
Décès domiciliés en 2018	1 593	719	723
<i>Source : Insee, état civil en géographie au 01/01/2019</i>			
Logement	CA du Douaisis (C.A.D.) (200044618)	CC Cœur d'Ostrevent (245901152)	CC Pévèle-Carembault (200041960)
Nombre total de logements en 2016	69 036	30 225	39 802
Part des résidences principales en 2016, en %	89,2	93,1	93,5
Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2016, en %	1,4	0,3	0,6
Part des logements vacants en 2016, en %	9,4	6,6	5,9
Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2016, en %	53,8	57,5	74,8
<i>Source : Insee, RP2016 exploitation principale en géographie au 01/01/2019</i>			
Revenus	CA du Douaisis (C.A.D.) (200044618)	CC Cœur d'Ostrevent (245901152)	CC Pévèle-Carembault (200041960)
Nombre de ménages fiscaux en 2016	61 097	27 647	36 910
Part des ménages fiscaux imposés en 2016, en %	41,1	37,1	60,4
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2016, en euros	18 395	17 907	23 908
Taux de pauvreté en 2016, en %	19,8	20,6	7,6
<i>Avertissement : Pour des raisons de secret statistique, certains indicateurs peuvent ne pas être renseignés. A cause de l'absence de données de certains DOM, le niveau France n'est pas disponible (voir les données niveau France métropolitaine).</i>			
<i>Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Cmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2019</i>			
Emploi – Chômage au sens du recensement	CA du Douaisis (C.A.D.) (200044618)	CC Cœur d'Ostrevent (245901152)	CC Pévèle-Carembault (200041960)
Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail en 2016	57 542	13 090	23 048
<i>dont part de l'emploi salarié au lieu de travail en 2016, en %</i>	92,0	88,2	84,1
Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 2011 et 2016, en %	-0,0	-0,7	0,3
Taux d'activité des 15 à 64 ans en 2016	68,7	68,7	75,0
Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2016	19,6	19,4	9,6
<i>Sources : Insee, RP2011 et RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019</i>			

ANNEXE 4 : questionnaire du premier tour

Mail d'invitation au questionnaire :

Les actions de la PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) du Douaisis

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à rejoindre un groupe d'experts ayant rencontré des situations complexes dans le cadre d'une étude sur la PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) du Douaisis.

Acteur incontournable sur notre territoire du Douaisis, votre avis est fondamental.

En effet, vous pouvez participer à un travail de recherche sur les situations vécues comme complexes et sur l'intérêt d'un tel dispositif, la PTA, permettant l'appui à la coordination des parcours de santé d'après la loi de réforme du système de santé de 2016.

Nous nous intéressons aux actions que peut proposer la PTA du Douaisis pour soutenir les acteurs de parcours de santé face à ces situations complexes.

La méthode Delphi ici employée recueille l'opinion d'experts, afin de dégager des consensus, socle décisionnel de ce projet naissant. Votre participation est donc précieuse, légitimant les décisions futures de la PTA du Douaisis.

À vos côtés interviendront tous types d'experts ayant déjà rencontré des situations complexes, parmi lesquels des professionnels issus des champs médicaux, sociaux et médico-sociaux.

En vous remerciant pour votre contribution, nous vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Imène Mati, interne de médecine générale et Robert Valensi, médecin généraliste.

Le Groupe de Travail Recherche de la PTA du Douaisis: Elodie Evrard, Sabine Bayen, Sylvain Duriez et Marc Bayen.

Questionnaire du premier tour:

Caractéristiques des experts

1) Quel est votre sexe?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Féminin

Masculin

2) Quel âge avez-vous?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

3) Quelle est votre profession?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Médecin

Infirmier

Pharmacien

Assistante sociale

Kinésithérapeute

Psychologue

Orthophoniste

- Ergothérapeute
- Éducateur spécialisé
- Aide-soignant
- Auxiliaire de vie
- Coordinateur de santé
- Éducateur médico-sportif
- Autre

4) Dans quelle structure exercez-vous?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- C.L.I.C
- C.C.A.S
- M.S.P
- Service d'aide à la personne
- H.A.D
- S.S.I.A.D
- Plateforme Santé Douaisis
- Centre hospitalier
- M.A.I.A

- E.H.P.A.D
- Foyer logement
- APF France handicap
- Pôle autonomie
- Exercice libéral seul
- Exercice libéral en cabinet de groupe
- Autre

5) Depuis combien de temps exercez-vous en années?

Veillez écrire votre réponse ici :

6) Dans quelle commune exercez-vous?

Veillez écrire votre réponse ici :

Recrutement des experts

Une situation complexe peut se définir comme une situation appelant à une diversité d'intervenants, et auxquelles l'acteur de santé de premier recours ne peut répondre avec ses propres moyens.

En pratique, ce sont des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou de dépendance surajoutés.

Ce questionnaire se base sur 2 précédentes thèses menées auprès des acteurs de santé du Douaisis.

Elles ont montré que les situations complexes rencontrées dans le Douaisis étaient fréquemment en lien avec la coordination des soins de ces patients, les parcours de santé sur le territoire et les formations interprofessionnelles des acteurs.

7) Avez-vous déjà rencontré une ou plusieurs situations complexes?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

8) Si oui, à quelle fréquence les rencontrez-vous par mois?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Moins de 4 par mois

4 ou plus par mois

Domaine de compétence

9) De quel(s) domaine(s) relevaient ces situations complexes?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
Champ médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Champ social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Champ administratif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Coordination des soins

La coordination des soins est définie comme l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé.

Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources, et requiert l'échange d'informations entre les participants de la prise en charge.

10) Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer la coordination des soins dans la gestion des situations complexes?

Veillez écrire votre réponse ici :

Un minimum de 3 réponses est souhaité.

Parcours de santé

Les parcours de santé ont pour objectif, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population d'un territoire donné.

(Efficacité: capacité de rendement).

11) Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer les parcours de santé dans la gestion des situations complexes?

Veillez écrire votre réponse ici :

Un minimum de 3 réponses est souhaité.

Formations pluriprofessionnelles des acteurs

Les thèses précédentes ont mis en évidence un besoin de formations pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires des acteurs afin de mieux connaître les rouages de la coordination dans le territoire du Douaisis.

12) Quelles sont les thématiques à aborder dans le cadre de ces formations pluriprofessionnelles?

Veillez écrire votre réponse ici :

Un minimum de 3 réponses est souhaité.

13) Sous quelles modalités pratiques la PTA peut-elle organiser ces formations pluriprofessionnelles?

Veillez écrire votre réponse ici :

Lien ville-hôpital

Les thèses précédentes ont identifié un besoin d'améliorer le lien entre établissement hospitalier et secteur ambulatoire.

14) Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer le lien ville-hôpital dans la gestion des situations complexes?

Veillez écrire votre réponse ici :

Un minimum de 3 réponses est souhaité.

Autres actions de la PTA

Nous avons abordé la coordination des soins, les parcours de santé, les formations pluriprofessionnelles des acteurs et le lien ville-hôpital.

15) Quelles sont les autres actions concrètes de la PTA pour améliorer la gestion des situations complexes?

Veillez écrire votre réponse ici :

À l'issue de ce premier questionnaire, vous serez recontactés début juillet 2019 pour répondre à un second questionnaire.

Nous vous remercions pour votre précieuse participation.

ANNEXE 5 : questionnaire du second tour

Mail d'invitation au questionnaire :

Les actions de la PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) du Douaisis

Madame, Monsieur,

Vous avez récemment participé à un questionnaire sur la PTA (Plateforme Territoriale d'Appui) du Douaisis en tant qu'expert en situations complexes. Nous voudrions tout d'abord vous remercier d'avoir pris le temps d'y répondre et de nous faire ainsi bénéficier de votre expérience.

Vous aviez en effet partagé votre avis sur les actions que peut mettre en place la PTA pour mieux gérer les situations complexes rencontrées sur le territoire du Douaisis. Les réponses obtenues ont fait l'objet d'une analyse, permettant de reformuler sous un même énoncé les propositions de même nature.

Nous entamons maintenant la seconde étape du travail de recherche, qui consiste à identifier les propositions prioritaires parmi celles que vous avez émises. Nous vous demandons donc de lire les propositions d'actions et de les classer par ordre de priorité (1 pour la plus basse priorité, 10 pour la plus haute priorité).

La réponse est attendue pour le lundi 29 juillet au plus tard.

En vous remerciant pour votre nouvelle contribution, nous vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Imène Mati, interne de médecine générale et Robert Valensi, médecin généraliste.

Le Groupe de Travail Recherche de la PTA du Douaisis: Elodie Evrard, Sabine Bayen, Sylvain Duriez et Marc Bayen.

Aide:

1 correspond à une proposition de très basse priorité.

10 correspond à une proposition de très haute priorité.

Questionnaire du second tour :

Coordination des soins

La coordination des soins est définie comme l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé.

Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources, et requiert l'échange d'informations entre les participants de la prise en charge.

1) Quelles sont, selon vous, les actions prioritaires de la PTA pour améliorer la coordination des soins dans la gestion des situations complexes?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Organiser des rencontres physiques entre les acteurs pour apprendre à se connaître (échanges, rencontres interprofessionnelles, organisation d'évènements)	<input type="radio"/>									
Mettre à disposition un répertoire des ressources accessible sur internet avec les coordonnées de l'ensemble des acteurs de santé du territoire (annuaire, répertoire de l'offre, maillage sur le territoire)	<input type="radio"/>									
Pouvoir contacter un même référent via un numéro unique pour toute situation complexe (contact rapide avec un référent, interlocuteur privilégié, numéro unique d'appel)	<input type="radio"/>									
Orienter rapidement vers le bon interlocuteur en fonction du degré d'urgence de la situation (orientation vers les structures compétentes, réactivité, permanence)	<input type="radio"/>									
Faciliter l'échange d'informations dans le cadre de la prise en	<input type="radio"/>									

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
charge et du suivi de patients en situation complexe (messagerie sécurisée, remontées de terrain, feedback)										
Organiser si besoin des rencontres physiques dans le cadre de la prise en charge et du suivi de patients en situation complexe (réunions de synthèse, visites conjointes, proposer des lieux pour ces échanges)	<input type="radio"/>									
Accompagner l'entourage dans la prise en charge du patient en situation complexe (répit aux aidants, échanges avec l'entourage)	<input type="radio"/>									
Aider le patient en situation complexe à réaliser ses démarches administratives (débrouillage de la situation administrative, actions d'aide pour les démarches)	<input type="radio"/>									
Améliorer la communication entre tous les partenaires et acteurs de santé (connaissance et mise en relation des acteurs libéraux, hospitaliers, des structures sanitaires, médico-sociales et administratives)	<input type="radio"/>									
Établir des protocoles de prise en charge de situations complexes (protocoles validés de conduite à tenir, dossiers cliniques)	<input type="radio"/>									
Bénéficier d'un appui opérationnel et logistique adapté de la part de la PTA (soutien aux	<input type="radio"/>									

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

professionnels,
intervention/supervision)

Améliorer la démographie des
professionnels de santé
(augmenter le nombre de
soignants, professionnels
accessibles/disponibles/en
nombre suffisant)

Parcours de santé

Les parcours de santé sont définis par l'ARS comme une prise en charge globale, fluide et continue des patients et usagers du système de santé.

Ils ont pour objectif, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population d'un territoire donné.

2) Quelles sont, selon vous, les actions prioritaires de la PTA pour améliorer les parcours de santé dans la gestion des situations complexes?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Prendre en compte les aspects
de soins, de santé et de vie du
patient (soins, qualité de vie)

Identifier une personne référente
pour le patient (interlocuteur
unique, coordinateur)

Promouvoir les actions de santé
publique (prévention, dépistage,
éducation thérapeutique)

Améliorer la prise en charge
psychiatrique ambulatoire (aide
aux soins psychologiques,
simplifier la prise en charge
psychiatrique, relations avec les
tutelles et le procureur)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Établir un DMP (dossier médical partagé) spécifique PTA accessible et sécurisé	<input type="radio"/>									
S'appuyer sur les structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, CPTS)	<input type="radio"/>									
Tenir à disposition du patient une permanence permettant de faire le lien avec les acteurs sociaux et administratifs (coordination entre professionnels de santé et acteurs sociaux, lien avec la CPAM, la MDPH et le Conseil Général, veille juridique)	<input type="radio"/>									
Assurer le suivi du patient dans le temps et sans arrêt de prise en charge (mobiliser les ressources, professionnels accessibles, suivi et évaluation)	<input type="radio"/>									
Permettre aux patients hors parcours d'intégrer un parcours de santé (relai d'informations, actions sociales)	<input type="radio"/>									
Mettre à disposition des protocoles permettant de gérer la situation complexe rencontrée (protocoles validés de conduites à tenir, dossiers cliniques)	<input type="radio"/>									
Favoriser le maintien à domicile du patient et éviter les hospitalisations (anticipation des situations d'urgence, réactivité, personnel fiable au domicile)	<input type="radio"/>									
Aider et orienter le patient en manque de repères dans son parcours de santé (réassurance,	<input type="radio"/>									

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

explications des prises en charge)

Thématiques des formations pluriprofessionnelles des acteurs

3) Quelles sont, selon vous, les thématiques prioritaires à aborder dans le cadre de formations pluriprofessionnelles?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Les différents acteurs du territoire et leur coordination (rôles et compétences de chacun, coordination des soins, connaissance des structures médicales, sociales et administratives, ressources selon les parcours de santé et les besoins)

La précarité, le refus de soins (renoncement aux soins, aspects juridiques et psychologiques, accès aux soins)

Le suivi à domicile, les possibilités d'hospitalisation à domicile (maintien à domicile difficile, repérage de la fragilité de la personne à domicile)

Démence et troubles du comportement, dépendance et autonomie (aides techniques pour le maintien de l'autonomie, aides dans l'attente d'un placement en EHPAD)

Les grandes pathologies chroniques du territoire (HTA, diabète, surcharge pondérale, pathologies vasculaires, mise au

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
point sur la pathologie/situation cible concernée)										
La couverture sociale, l'accès au logement et les structures administratives	<input type="radio"/>									
Éthique et droit, la législation (connaissance et accès aux droits)	<input type="radio"/>									
La fin de vie, les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur	<input type="radio"/>									
Prise en charge globale du patient (médicale, sociale, administrative, prise en charge pluriprofessionnelle)	<input type="radio"/>									
Spécificités du patient psychiatrique (risque de désinsertion socioprofessionnelle, enjeu médico-psychiatrique, hospitalisation à la demande d'un tiers, syndrome de Diogène)	<input type="radio"/>									
Les troubles des apprentissages (TDAH, enfant dys-, prise en charge et enjeux)	<input type="radio"/>									
Les situations complexes (gestion, cas pratiques, situations d'urgence)	<input type="radio"/>									
Les systèmes d'information dans les MSP	<input type="radio"/>									
La santé environnementale (perturbateurs endocriniens)	<input type="radio"/>									
La communication (bienveillance, formations de facilitateurs, supervision/intervision)	<input type="radio"/>									
La gestion des plaies	<input type="radio"/>									

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le risque thérapeutique	<input type="radio"/>									

Modalités pratiques des formations pluriprofessionnelles

4) Quelles sont, selon vous, les modalités pratiques prioritaires de ces formations pluriprofessionnelles?

a. À propos de l'organisation pratique de ces formations:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Proposer plusieurs dates pour une même formation	<input type="radio"/>									
Proposer une date suffisamment en amont (au moins 3 mois avant)	<input type="radio"/>									

b. Selon le jour de ces formations:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Un jour de semaine	<input type="radio"/>									
Le samedi	<input type="radio"/>									

Dans l'hypothèse d'un jour de semaine, précisez lequel:

Veillez écrire votre réponse ici :

c. Selon le moment:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Le soir, soirées thématiques	<input type="radio"/>									
Le midi (réunions brèves et concises sur le temps du midi)	<input type="radio"/>									

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
L'après-midi	<input type="radio"/>									
Sur une journée	<input type="radio"/>									
Sur une demi-journée	<input type="radio"/>									

d. Selon le lieu de ces formations:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dans différentes structures médico-sociales du Douaisis	<input type="radio"/>									
Dans les MSP (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles) du Douaisis	<input type="radio"/>									
À la PSD (Plateforme Santé Douaisis)	<input type="radio"/>									
Dans un lieu neutre	<input type="radio"/>									

e. Selon les modalités de formation:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Réunions de groupe (petits groupes, groupes de travail, en pluriprofessionnel)	<input type="radio"/>									
Formations par thématique	<input type="radio"/>									
Séminaires (réunions plénières, formations présentiels, conférences)	<input type="radio"/>									
Formations en ligne, E-learning	<input type="radio"/>									
EPU (Enseignement Post-Universitaire)	<input type="radio"/>									

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f. Selon les techniques de formation:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cas cliniques, ateliers, algorithmes	<input type="radio"/>									
Retours d'expérience	<input type="radio"/>									
FAQ (Foire Aux Questions), forums de discussion internet	<input type="radio"/>									
Formations adaptées aux niveaux de pratique (basique, avancé)	<input type="radio"/>									
Mise à disposition d'une feuille info ou d'une newsletter	<input type="radio"/>									

g. Selon la fréquence de ces formations:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mensuelle	<input type="radio"/>									
Trimestrielle	<input type="radio"/>									
Bi-annuelle	<input type="radio"/>									
Annuelle	<input type="radio"/>									

h. À propos du financement et de la rémunération de ces formations:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DPC (Développement Professionnel Continu)	<input type="radio"/>									

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FIR (Fonds d'Intervention Régional)	<input type="radio"/>									
Pas de rémunération nécessaire	<input type="radio"/>									

Lien ville-hôpital

5) Quelles sont, selon vous, les actions prioritaires de la PTA pour améliorer le lien ville-hôpital dans la gestion des situations complexes?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Préparer les sorties de l'hôpital (courriers, préconisations de sortie, anticiper et communiquer, appeler le médecin traitant la veille de la sortie, continuité des soins)	<input type="radio"/>									
Organiser des réunions de partage d'expérience et d'analyse de pratique entre ambulatoire et hôpital (rencontres interprofessionnelles, retours sur action et analyses de situation, soirées thématiques organisées par l'hôpital, réunions)	<input type="radio"/>									
Travailler sur des outils communs (créer des outils de communication, outil informatique pour gérer les situations complexes, fiche de liaison, utiliser le DMP, dossiers informatisés partagés, réseau de patients PTA pour le suivi)	<input type="radio"/>									
Mettre à disposition un livret répertoriant les missions, rôles et coordonnées de chacun (diffusion des informations,	<input type="radio"/>									

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

bonne connaissance de l'existant, mise à jour de l'offre de soins hospitalière, visibilité des ressources, faire connaître le terrain et les organismes intervenant en ville/personnes interagissantes)

Faire remonter les demandes de ville pour y répondre, connaissance des difficultés et contraintes des libéraux et des hospitaliers

Coordonner et programmer les hospitalisations (hospitalisation directe sans passer par les urgences, limiter le recours aux urgences)

Faciliter la communication pour les hospitalisations, consultations et avis (communication simplifiée, mettre en lien direct, créer du lien, numéro de téléphone des référents, courriers de sortie et de spécialistes, possibilité d'établir un contact direct, retour rapide des praticiens hospitaliers dans les prises en charge, plages horaires dédiées pour les libéraux, accès plus rapide aux spécialistes, conseils par téléphone)

Avoir un coordinateur unique (rôle de coordinateur à la sortie de l'hôpital, identifier un interlocuteur privilégié)

Assurer des formations communes entre le secteur ambulatoire et l'hôpital

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mettre à disposition des protocoles pour les situations complexes	<input type="radio"/>									
Faire connaître et expliquer le service d'urgences	<input type="radio"/>									
Repérer les professionnels médicaux et sociaux et faciliter leurs rencontres en cas d'hospitalisation	<input type="radio"/>									
Permettre aux hospitaliers de mieux connaître le milieu de vie du patient	<input type="radio"/>									
Organiser une télé-expertise	<input type="radio"/>									
Mettre en place un service d'accueil temporaire	<input type="radio"/>									
Renforcer les aides à domicile pour permettre un développement ambulatoire cohérent	<input type="radio"/>									

Autres actions de la PTA

Nous avons abordé la coordination des soins, les parcours de santé, les formations pluriprofessionnelles des acteurs et le lien ville-hôpital.

6) Quelles sont, selon vous, les autres actions prioritaires de la PTA pour améliorer la gestion des situations complexes?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La participation du patient qui est au coeur des démarches, au centre du système	<input type="radio"/>									
Déléguer des ambassadeurs pour présenter la PTA aux divers acteurs du territoire	<input type="radio"/>									

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La participation de tous les acteurs au projet de la PTA	<input type="radio"/>									
La participation du service civique	<input type="radio"/>									

Merci pour votre précieuse participation.

Nous ne manquerons pas de vous faire parvenir les résultats finaux de ce travail.

ANNEXE 6 : Modalités d'analyse et définition du consensus

« La définition de l'accord entre experts retenue par la HAS est lorsque les cotations prises en compte sont toutes ≤ 5 ou toutes ≥ 5 . Le positionnement de la médiane et la distribution des réponses sur l'échelle de 1 à 9 permettent de définir le caractère approprié ou non de la proposition soumise au vote, en fonction du degré d'accord entre les membres du groupe de cotation. Une proposition est jugée :

- appropriée, lorsque la valeur de la médiane est ≥ 7 et qu'il y a accord entre les membres du groupe de cotation ;
- inappropriée, lorsque la valeur de la médiane est $\leq 3,5$ et qu'il y a accord entre les membres du groupe de cotation ;

incertaine, lorsque la valeur de la médiane est comprise entre 4 et 6,5 (indécision) ou lorsqu'il y a absence de consensus entre les membres du groupe de cotation. »

ANNEXE 7 : réponses des experts au premier tour de questionnaire (propositions d'actions)

1) Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer la coordination des soins dans la gestion des situations complexes :

- permettre aux différents acteurs de se rencontrer pour échanger sur leurs missions respectives ;
- pouvoir conjuguer les différents acteurs et trouver, ensemble, une réponse qu'un acteur seul ne peut proposer ;
- réaliser un maillage sur le territoire pour prévenir que des situations compliquées ne deviennent complexes ;
- répertoire des ressources ;
- mise à jour régulière des informations ;
- contact rapide avec un référent ;
- modalités de transmission des informations sécurisées et rapides ;
- une personne référente à qui s'adresser en cas de situations complexes ;

- répertorier l'offre (relative au domaine de la santé, du social et de l'administratif) sur le territoire ;
- favoriser les liens entre les acteurs du territoire ;
- mise en relation facilitée entre les acteurs de santé/social du territoire (par exemple, annuaire mis à jour) ;
- protocoles validés de conduite à tenir pour des situations complexes récurrentes ;
- remontées régulières des professionnels pour une amélioration des pratiques ;
- organisation concrète de rencontres entre les différents professionnels autour du patient pris en charge ;
- connaissance des périmètres de chaque dispositif et intervenants ;
- mise à disposition d'un numéro unique ;
- centraliser l'ensemble des ressources du territoire et des communes limitrophes ;
- identifier et orienter rapidement vers le bon interlocuteur ;
- provoquer si nécessaire une réunion de synthèse des différents partenaires face à une situation ;
- informer des ressources existantes en lien avec cette situation complexe ;
- mobiliser les ressources : appeler, organiser les RDV avec le patient ;
- faire le suivi de cette situation complexe et être le pivot de la communication entre les différents intervenants ;
- débrouillage de la situation administrative (droits ouverts, mutuelle active si besoin, prise en charge de l'aidant surtout si il est lui-même malade) ;
- organisation de visites conjointes si besoin avec les autres acteurs (infirmiers, aide-soignants) ;
- bonne communication avec les spécialistes (centre hospitalier, spécialistes libéraux) ;
- augmenter significativement le nombre de soignants (médecins, infirmiers) ;
- améliorer l'appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels ;
- mettre en lien les différents acteurs du parcours de soins :
 - autour d'une situation donnée
 - lors de rencontres où chacun apprend à connaître l'autre
 - en créant des outils de communication ;
- plus de contact avec les médecins traitants ;
- connaissance des acteurs pour orienter le patient ;
- pouvoir trouver les ressources de proximité afin de pallier à des carences ou à une sous-information ;
- idéalement que la PTA puisse être l'intermédiaire et surtout le facilitateur des acteurs de terrain ;
- soutien aux professionnels médico-sociaux ;
- information ;
- coordination ;
- un interlocuteur unique facile à contacter ;
- un feed back après action, des réponses précises à des questions précises ;
- avoir une bonne connaissance des acteurs du territoire ;
- renforcer le partenariat ;
- formations des acteurs du territoire ;
- information sur les services et structures de suivi ;
- proposer des formations adaptées aux besoins de la population du territoire ;
- coordonner directement les différents acteurs autour de la personne ;
- proposer du répit aux aidants (séjours, groupes de parole, vacances) ;
- pas à ma connaissance ;

- regroupement des coordonnées ;
- lien ville-hôpital ;
- référents gériatriques ;
- messagerie sécurisée de groupe où les échanges peuvent se faire autour d'un cas complexe ;
- identifier le rôle de chaque acteur et dans quel sous-territoire du Douaisis ;
- élargir l'implication d'autres acteurs du système de santé/soins non encore reconnus par les autorités :remboursement/financement dédié par l'ARS ou la CPAM (je pense aux enfants dys-, aux psychologues/coach...) ;
- actions d'aide aux soins psychologiques ;
- actions d'aide pour les démarches administratives (CMUc, carte d'identité) ;
- ne sait pas ;
- facilités pour une entrée directe dans certains établissements (notamment de convalescence, puisqu' au centre hospitalier ça se fait déjà assez bien) ;
- meilleure communication surtout en terme de délai pour les courriers émanant de spécialistes (notamment hospitaliers, les libéraux sont souvent plus rapides) et hospitalisations ;
- coordonnées directes et claires à contacter en cas de soucis (notamment après une sortie d'hospitalisation mais pas que...) ;
- établir une liste des professionnels de santé avec contact et compétences ;
- implication des acteurs ;
- réactivité ;
- suivi de l'évolution de la situation ;
- mise en relation ;
- connaissance des acteurs ;
- avoir un interlocuteur unique étant en lien avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour répondre rapidement et efficacement face à une situation complexe ;
- création d'un annuaire des ressources du secteur ;
- création d'une permanence permettant d'orienter et de mettre en lien les différents acteurs ;
- organisation d'évènements permettant de présenter à tous les ressources du territoire ;
- contacter l'IDEL par messagerie sécurisée pour informations sur la santé du patient ;
- prévoir la sortie du patient et en informer l'IDEL la veille ;
- nous aider à trouver le parcours médico-social adapté sans que cela ne soit chronophage ;
- délégation de tâches ;
- numéro de téléphone unique ;
- site internet regroupant les informations facilement identifiables ;
- aider à trouver le bon professionnel par rapport à la problématique rencontrée ;
- créer un dossier clinique pour les situations complexes qui serait utilisé et accessible par tous les professionnels ;
- créer et mettre à jour régulièrement un répertoire téléphonique, avec adresse mail et localisation des différents professionnels pouvant intervenir dans les situations complexes ;
- échanger avec plusieurs professionnels ;
- information ;
- mise en relation ;
- formation ;
- connaître les spécialités de chacun ;

- conseils, aide décisionnelle, avis extérieur ;
- orientation vers les structures compétentes ;
- répertoire de ressources ;
- passerelles pour une plus grande réactivité ;
- gérer la mise en place de soins palliatifs en urgence avec les structures adéquates et le médecin traitant chez un patient au domicile ;
- permettre une meilleure coordination entre professionnels de santé et acteurs sociaux lors d'une situation d'urgence médico-sociale ;
- permettre une meilleure coordination lors d'un retour au domicile complexe (manque d'aides à domicile lors d'une sortie en urgence le vendredi soir ou le samedi par exemple) ;
- organiser une ou des réunions interprofessionnelles autour de la situation (faire le lien), proposer des lieux pour ces échanges ;
- contacter le patient pour le rassurer que par exemple, il n'y ait pas que l'IDE qui soit au courant du problème, que c'est bien pris en compte ;
- proposer des échanges équipe de soins/entourage ;
- répertoire de ressources : connaissance de l'ensemble des acteurs, où chercher l'information si la connaissance n'est pas acquise ;
- intervision/supervision si le cas complexe est difficile à résoudre ;
- présence maximum du personnel pour répondre aux médecins ;
- mise en relation ;
- médiation ;
- saisine ;
- « la maladie chronique, et c'est bien de cela qu'il s'agit, relève de la médecine intégrée : biomédicale, pédagogique, psychologique et sociale. Cette médecine doit être coordonnée entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, personnel administratif et travailleurs sociaux. Le tout en fonction des réalités locales (situations individuelles, professionnelles et territoriales). CLIC, MAIA, PERPA, PTA, MDPH... À vous de faire converger tout cela pour accoucher d'une organisation de service SIMPLE. Toutes les solutions existent, le rôle de la PTA est à mon sens de les faire converger ».

2) **Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer les parcours de santé dans la gestion des situations complexes ?**

- que le sanitaire assure les soins, que le médico-social assure la poursuite des soins à domicile, que le social assure la qualité de vie à domicile ;
- favoriser le passage d'informations entre les différents acteurs gravitant autour de la personne ;
- aider à la mise en place d'une réflexion commune face à certaines situations ;
- permettre au patient d'avoir une personne référente qui pourra l'accompagner dans son parcours de santé ;
- développement des maisons de santé pluridisciplinaires ;
- liens avec les acteurs sociaux du territoire (permanence) ;
- liens avec les acteurs administratifs du territoire (permanence) ;
- sollicitation directe du bon acteur de soins ;
- anticipation des situations d'urgence ;
- suivi concret du patient dans le temps ;
- temps de réunion de synthèse des partenaires selon les situations ;

- demander un retour après avoir orienté (permet de vérifier si un suivi a été engagé) ;
- « aller chercher » les personnes qui ne consultent pas de médecin (via une information des pharmaciens, écoles, acteurs sociaux) ;
- coordonner des actions de dépistage et de prévention ;
- mettre en lien les différents acteurs du territoire pour protocoliser les prises en charge et fluidifier les parcours ;
- il faut du monde sur le terrain, des professionnels disponibles, accessibles et en nombre suffisant ;
- apporter un meilleur appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels ;
- organiser l'orientation des patients complexes vers les différentes HAD ;
- apporter son aide pour la construction d'outils ;
- donner aux professionnels des informations en temps réel pour savoir où en est le patient dans son parcours de soins ;
- mettre en relation le professionnel et un interlocuteur d'un autre champ pour échanger sur un parcours de soins ;
- aider à organiser des RDV pour un patient donné ;
- pas d'arrêt dans la prise en charge ;
- connaissance des acteurs pour orienter ;
- interlocuteur privilégié ;
- annuaire de professionnels ;
- fluidité des informations ;
- réactivité ;
- anticipation ;
- coordination des soins ;
- information ;
- soutien aux professionnels médico-sociaux ;
- dépêcher rapidement du personnel fiable au domicile si besoin ;
- prise en charge rapide et efficace ;
- feedback aux professionnels concernés ;
- communication ;
- information ;
- relationnel ;
- coordination entre les différents acteurs du sanitaire, du médico-social et du social ;
- recherche de place en cas de nécessité d'hospitalisation pour éviter le passage par les urgences ;
- organiser ou orienter les personnes vers des actions de prévention en santé et d'éducation thérapeutique ;
- pas à ma connaissance ;
- répertoire téléphonique ;
- lien ville-hôpital ;
- formations communes ;
- simplifier la prise en charge psychiatrique ambulatoire : l'appel des CMP au préalable est un frein, RDV trop longs, psychologues de ville non remboursés → perte de chance énorme ! Lien avec la CPAM ?;
- mettre en lien rapidement et facilement (via des télé-réunions ?) les différents acteurs autour d'un patient pour échanger sur les actions de chacun ;
- peut-on imaginer une synthèse patient comme le DMP pour un patient qui rentrerait dans la file active PTA via son médecin ou un autre acteur ? Qui serait consultable par internet ou autre accès sécurisé ?;

- coordination médicale et sociale ;
- meilleure diffusion des répertoires des coordonnées des praticiens de la part du centre hospitalier ;
- possibilité pour les praticiens libéraux d'avoir un appui social clairement défini et facilement joignable ;
- facilité pour trouver des ambulances en fin de journée (évitant un recours au 15 qui n'aurait pas lieu d'être) ;
- réussir à communiquer ensemble et en temps réel sur la situation d'une personne ;
- décloisonner ;
- nommer un coordinateur qui pourra faire le lien avec le patient sur le sens de tout ce qui est préconisé. Souvent il y a une juxtaposition de consignes, d'exams et de traitement sans que le patient n'arrive à se repérer ;
- faire le lien avec les CPTS locales sur les actions de prévention et promotion de la santé réalisées sur le terrain ;
- participer aux RCP (réunions de concertation pluriprofessionnelles), ceci permettant une mise en relation rapide avec les professionnels concernés ;
- création d'un outil permettant la transmission des informations entre les différents intervenants ;
- la prévention ;
- l'information ;
- le suivi ;
- numéro unique d'appel ;
- plateforme internet pour savoir quels sont les acteurs médico-sociaux ;
- pour sonner à la bonne porte, utiliser un modèle comme les RCP ? (mais attention à la chronophage) ;
- donner accès à la mobilité des usagers se trouvant en situation complexe pour pouvoir se rendre à un RDV médical ou un RDV dans un organisme administratif ;
- l'équipe de la PTA intervient sur des situations complexes, quels que soient l'âge et les pathologies des usagers. Elle vient coordonner l'action des dispositifs existants pour l'élaboration et le suivi du parcours de santé des usagers. Ce dispositif, propre à chaque territoire, est organisé par l'ensemble des acteurs locaux : professionnels libéraux, acteurs du domicile, réseaux, MAIA, établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, représentants des usagers, collectivités locales... Il constitue une porte d'entrée naturelle pour coordonner la prise en charge des situations complexes sur le territoire ;
- intervention rapide, efficace, experte ;
- mettre en place les actions sociales nécessaires et la reprise d'un parcours de soins chez un patient en marge du système de soins (sans abri par exemple) ;
- lancer les services sociaux et médicaux nécessaires en urgence si besoin lors d'un maintien au domicile devenu impossible en évitant l'hospitalisation systématique ;
- lancer les aides nécessaires en urgence lorsque l'aidant principal d'un patient dépendant ne peut brutalement plus s'en occuper sans devoir recourir à l'hospitalisation systématique ;
- médiation ;
- mise en relation ;
- saisine.

3) Quelles sont les thématiques à aborder dans le cadre de ces formations

pluriprofessionnelles ?

- former les professionnels au travail en réseau plus qu'au travail en « sous-traitance » ;
- éviter la rupture du parcours de soins entre le secteur sanitaire et le secteur de ville ;
- aborder les domaines non connus pour un professionnel (par exemple, pour un professionnel de santé, aborder l'accès aux logements, aux ressources...) ;
- présenter les différents acteurs du territoire avec la création d'un livret les répertoriant ;
- avoir une formation relative au renoncement de personnes en situation de précarité (comment les aborder, comment les accompagner, quels outils utiliser?) ;
- couverture sociale possible selon le patient et où les orienter ;
- possibilités de suivi à domicile (si complexe, HAD...)
- structures administratives disponibles ;
- démence et troubles du comportement ;
- éthique et droit ;
- refus de soins : aspects juridiques et psychologiques ;
- informations sur les différents dispositifs ;
- parcours de soins et ressources pour la prise en charge : des personnes âgées, des enfants, des personnes handicapées, des patients en fin de vie, des pathologies psychiatriques... ;
- état des lieux des ressources disponibles (hospitalières, EHPAD, réseaux, libéraux, CPAM...)
- il y a les grandes pathologies chroniques du territoire : cancer, pathologies vasculaires incluant les AVC et les pathologies ischémiques cardiaques, ainsi que le diabète sucré. Depuis plus de 40 ans, les autorités sanitaires accusent exclusivement le risque individuel (alcool, tabac, pollution de l'air intérieur). Des études mondiales font état de perturbations endocriniennes qui ont d'abord touché le monde animal (livre de T. Colborn : L'homme en voie de disparition?), depuis cette hypothèse se confirme progressivement. Si on examine la situation sanitaire (indicateurs de santé) à travers ce prisme de la perturbation endocrinienne (travaux de B. Demeneix, de P. Grandjean sur le développement du cerveau par exemple), alors on comprend mieux pourquoi la population du Douaisis présente cette caractéristique d'avoir de très mauvais indicateurs. S'ajoutent à cela des indicateurs sociaux qui viennent aggraver la situation : ceci fait référence à la définition de la santé environnementale telle qu'elle est définie par l'OMS. Cependant, il me semble important que le besoin de formation ou de rencontre vienne du terrain, des besoins des professionnels de santé qui sont au contact du malade et de sa ou ses pathologies. Il y a de grands sujets comme le diabète qu'il est important de traiter parce qu'il touche plusieurs organes et parce que le nombre de patients atteint est élevé, mais d'autres sujets comme le risque thérapeutique, trop peu évoqué, trouvent un intérêt sur le terrain ;
- organiser l'orientation des patients complexes vers les différentes HAD ;
- apporter son aide pour la construction d'outils ;
- précarité ;
- dépendance ;
- connaissance des structures ;
- formations sur la législation ;
- formations internes ;
- accès aux droits ;
- accès aux soins ;
- renoncement aux soins ;
- qui fait quoi sur le territoire et pour qui ;

- la coordination : sous quelle forme et pour qui, l'articulation des acteurs ;
- présenter les différentes structures pouvant intervenir sur le territoire, préciser leurs rôles, leurs missions ;
- comment sont coordonnés les professionnels des différentes structures ;
- découvrir les champs de compétences de chacun et c'est une priorité !!!
- que peut-on apporter sur telle ou telle pathologie ;
- comment mieux s'organiser professionnellement entre toutes les professions concernées ;
- prise en charge globale du patient ;
- formation sur la prise en charge des patients en soins palliatifs ;
- présentations des différents acteurs lors de soirées thématiques ;
- soins palliatifs ;
- surcharge pondérale ;
- diabète ;
- HTA ;
- mise au point sur la pathologie/situation cible concernée afin que chacun en ait les mêmes connaissances ;
- quel est concrètement le rôle de chacun ?;
- rappel sur les contacts (coordonnées...) ;
- facilités pour chaque thématique ;
- soins palliatifs, prise en charge de la douleur ;
- prise en charge des troubles du comportement ;
- les spécificités du patient psychiatrique : risque de désinsertion sociale, professionnelle et enjeu médico-psychiatrique ! Comment repérer, prévenir au plus tôt et travailler ensemble ? (à mon avis sur plusieurs jours vu l'ampleur) ;
- l'enfant TDAH et dys- : de quoi parle-t-on ? Que faire ? Comment coordonner avec le psychiatre, la famille, l'école, les associations, les acteurs paramédicaux ? Quels enjeux dans leur formation secondaire ?;
- autonomie lors de démence chez la personne âgée seule : qui et comment dans l'attente d'un placement en EHPAD ?;
- médicales, sociales et administratives ;
- prise en charge du maintien à domicile difficile, aigu et chronique ;
- coordination des soins pour les patients diabétiques non équilibrés ;
- coordination des soins pour la prise en charge des patients en fin de vie à domicile ;
- le syndrome de Diogène ;
- le refus de soins ;
- l'HDT ;
- les champs de compétences des acteurs locaux ;
- utilisation des systèmes d'information dans les MSP ;
- repérage de la fragilité de la personne âgée à domicile ;
- fin de vie ;
- gestion de la douleur ;
- aides techniques pour le maintien de l'autonomie ;
- aides à la manutention ;
- connaissances des droits ;
- la prise en charge pluriprofessionnelle ;
- la coordination des soins ;
- qu'est-ce qu'une situation complexe ?;
- qu'est-ce que le médico-social ?;

- la gestion d'une situation complexe ;
- le rôle de chacun des intervenants pouvant intervenir dans une situation complexe ;
- éthique ;
- savoir ;
- communication ;
- fin de vie ;
- douleur ;
- gestion des plaies ;
- législation ;
- connaître les structures impliquées dans chaque coordination en fonction des besoins (car nombreuses structures avec parfois les mêmes fonctions) ;
- qui appeler en cas d'urgence pour telle ou telle situation (sans forcément que ce soit un cas complexe nécessitant de passer par la PTA) ;
- apprendre sur des algorithmes en fonction de telle ou telle situation (cas pratiques) ;
- connaissance du territoire ;
- cas complexes ;
- supervision/intervision ;
- meilleure connaissance des champs respectifs avec la mise en place de parcours de type formation en milieu de travail ou vis-à-vis ;
- communication bienveillante ;
- formation de facilitateurs.

4) Sous quelles modalités pratiques la PTA peut-elle organiser ces formations pluriprofessionnelles ?

- en formant les acteurs par des interventions globales sur les parcours ;
- acter le parcours de vie d'une personne plutôt que son parcours de soins ;
- sur une journée ou une demi-journée choisie suffisamment en amont (3 mois avant) ;
- proposer plusieurs dates pour une même formation ;
- réunions thématiques sur la base du volontariat et mise à disposition en ligne des ressources ;
- formation en ligne ;
- réunions de formation ;
- réunions plénières, en soirée ;
- petits groupes midi ou soir ;
- E-learning ;
- cycles de conférences (voir ce qui fut fait à l'origine de la formation de la Plateforme Santé Douaisis) ou de réunions ;
- formations ;
- présentielles et formations ;
- en interne ;
- formations présentielles ;
- soirées thématiques ;
- réunions programmées sur différentes structures, ce qui permet notamment de repérer les lieux, les professionnels ;
- réunions séminaires ;
- listes de discussion internet ;
- soirées à thème formation ;
- soirées thématiques ;

- ateliers autour de cas cliniques ;
- réunions brèves et concises sur le temps du midi ;
- réunions communes type EPU dans l'après-midi ;
- DPC ;
- FIR ;
- séminaire d'une journée le samedi (pour ne pas léser ceux qui travaillent) ;
- formations par thématique et par groupe ;
- réunions pluriprofessionnelles ponctuelles avec horaires accessibles aux libéraux ;
- séminaires ;
- conférences ;
- réunions à thème ;
- retour d'expérience ;
- mise en place d'une FAQ ;
- réunion de formation par niveau de pratique (basique, avancé) ;
- journées de conférences à divers endroits du secteur ;
- publication d'une feuille info ou d'une newsletter ;
- groupe de travail (médecin hospitalier, IDE, kinésithérapeute, aide-soignant) ;
- soirée avec programme précis et temps calculé ;
- des journées d'intégration dans les différentes structures afin de mieux connaître le rôle et les limites de chacun ;
- faciliter l'échange et le partage d'informations des professionnels de santé du patient et de son environnement ;
- partage des compétences entre le sanitaire, le médico-social et l'éducatif ;
- formation exclusivement en ligne afin d'éviter de multiplier des réunions et des déplacements chronophages pour tous les professionnels impliqués ;
- session de formation ;
- dans les services !

5) Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer le lien ville-hôpital ?

- limiter les sorties non préparées en alertant suffisamment en amont de la sortie de l'hôpital pour accueillir au domicile la personne dans des conditions de vie et de soins optimum ;
- organiser des réunions de partage d'expérience, d'analyse de pratiques entre la ville et l'hôpital ;
- travailler sur des outils communs pour accompagner au mieux le public ;
- mettre en relation les différents acteurs du territoire via un livret répertoriant les missions, rôles et contacts de chacun ;
- mise à jour de l'offre de soins disponible à l'hôpital ;
- rencontres interprofessionnelles ;
- remontée des demandes de ville pour répondre à cette demande ;
- diffusion des informations, assurer la bonne connaissance de l'existant (qui fait quoi) ;
- comment travailler avec les services d'hospitalisation pour éviter tout recours non justifié aux urgences ;
- courrier d'information précisant les préconisations de sortie ;
- faciliter les discussions entre libéraux et hospitaliers pour faciliter l'accès aux places d'hospitalisation ou de consultation pour faciliter l'accès aux places d'hospitalisation ou de consultation, ou pour obtenir des avis par téléphone ou messagerie de santé ;
- faire remonter les difficultés des hospitaliers d'une part, des libéraux de l'autre pour

- mieux répartir les rôles ;
- réfléchir aux problématiques des sorties d'hospitalisation : anticiper, communiquer, transmettre immédiatement le courrier, pas le samedi... Rôle du dossier médical partagé à discuter ;
- avoir une communication simplifiée mais cela ne sera possible que lorsqu'il y aura plus d'acteurs de santé. Compte tenu de la situation des urgences, comment peut-on établir un début de dialogue ? Et cette situation était prévisible et décrite à la fin du siècle dernier ;
- patient au centre du système ;
- dialoguer ;
- respect ;
- coordonner ;
- mettre en lien direct les professionnels ville et hôpital ;
- créer des outils de communication ;
- formation interne ;
- mise en place d'un outil informatique permettant de gérer ces situations complexes ;
- je n'ai pas de réponse, en effet cela fait des années que le centre hospitalier essaye d'améliorer le lien ville-hôpital et cela commence tout doucement à se mettre en place donc la PTA et ses actions concrètes devront se faire un chemin mais pour lequel je n'ai pas d'idée ;
- mettre en place une fiche de liaison ;
- un interlocuteur unique ;
- déclencher un retour sur les actions mises en place, un retour sur l'analyse de la situation ;
- création de liens ;
- communication ;
- réunion ;
- soirées thématiques organisées par l'hôpital ;
- coordination des acteurs et programmation des hospitalisations ;
- dossiers informatisés partagés ;
- création de liens ;
- communication ;
- réunions ;
- réunions le midi organisées à l'hôpital pour impacter les professionnels hospitaliers ;
- formations communes ;
- numéro de téléphone des référents ;
- appel au médecin traitant la veille de la sortie au minimum pour organisation ;
- réseau de patients PTA dont on suivrait la trace sur un serveur/site/dossier partagé sécurisé qui « alerterait » le médecin traitant en cas de passage aux urgences et qui nous permettrait de voir si un de nos patients est hospitalisé ou non ? (peut-être utopique) ;
- rôle de coordinateur qui s'assure qu'en sortant de l'hôpital, l'assistante sociale/le médecin/les aides ont été prévenus ?;
- visibilité du lien ville-hôpital et des personnes ressources ;
- meilleure communication en terme de courriers d'hospitalisation et de spécialistes (délai) ;
- possibilité de contact direct sans passer par le standard et les salles de soins infirmiers ;
- protocoles établis pour certaines situations « classiques » ;

- se faire connaître et expliquer le service des urgences ;
- rencontre à l'entrée du patient ou repérage formel des professionnels sociaux et médicaux qui gravitent autour du patient ;
- mieux préparer la sortie, l'anticiper afin de mettre en place le maillage nécessaire à la continuité des soins ;
- permettre au milieu hospitalier une meilleure connaissance des conditions de vie de la personne à son domicile ;
- retour rapide des praticiens hospitaliers dans les prises en charge ;
- mise en place de la télé-expertise ;
- plages horaires dédiées aux professionnels de santé libéraux ;
- identifier un/des interlocuteur(s) privilégié(s) au sein de l'hôpital permettant de faire le relais avec le domicile ;
- groupe de travail avec médecin de ville, médecin hospitalier, IDE, kinésithérapeute, aide-soignant ;
- accès plus rapide au spécialiste ;
- conseil par téléphone ;
- service d'accueil temporaire ;
- rappeler au secteur hospitalier le rôle des différents organismes pouvant intervenir en ville ;
- connaissance du terrain ;
- connaissance des personnes interagissantes ;
- communication interdisciplinaire ;
- meilleure connaissance et communication des contraintes de chacun ;
- collaboration étroite et éventuellement optimisation des outils existants via trajectoire, DMP... ;
- plutôt une mission des CPTS du territoire, améliorer l'information sur les services déjà existants (équipe mobile de soins palliatifs par exemple) ;
- améliorer la possibilité d'hospitalisation directe sans recourir à un passage par les urgences ;
- améliorer la possibilité d'entrée directe en SSR lors d'un maintien à domicile impossible dans le cadre de l'urgence mais ne nécessitant pas de soins aigus ou de chirurgie ;
- rencontre avec l'hôpital ;
- partenariat ;
- je ne connais pas assez cette relation, mais il me semble que la validation ou le renforcement des aides à domicile humaine et technique permettrait le développement ambulatoire cohérent.

6) Nous avons abordé la coordination des soins, les parcours de santé, les formations pluriprofessionnelles des acteurs et le lien ville-hôpital. Quelles sont les autres actions concrètes de la PTA pour améliorer la gestion des situations complexes ?

- ne sait pas ;
- la participation du patient qui est au cœur de toutes ces démarches ;
- information +++ ;
- veille juridique notamment sur les nouvelles dispositions sociales ;
- j'ai connu et j'ai exercé avec assez peu d'aide. Il fallait aller chercher la solution. Tant que c'était une difficulté seulement médicale, j'assumais, c'était mon métier. Les

choses ont dérapé quand nous avons du remplir d'autres fonctions qui ne relevaient pas de la sphère médicale. Si les choses peuvent s'améliorer par un travail en concertation, dans le respect de chacun, pourquoi pas mais surtout il faut veiller à ce que cela ne tourne pas en réunionnite ;

- RAS ;
- déléguer des ambassadeurs qui pourraient venir présenter la PTA aux divers professionnels du territoire ;
- pas d'idée pour les autres actions ;
- je ne sais pas ;
- il faudra attendre et prendre du recul pour pouvoir aborder les autres actions ;
- c'est déjà pas mal... ;
- se faire connaître : création d'un réseau de partenaires ;
- annuaires des professionnels locaux accessibles aux personnes handicapées ;
- réunions bi-annuelles entre libéraux et patients qui le demandent (selon les sujets traités) ;
- regroupement des dispositifs existants ;
- un idéal : que tous les acteurs du territoire prennent part à ce projet, ça n'en fera qu'améliorer la prise en charge idéale des patients du territoire ;
- je ne vois pas d'autres actions ;
- travailler sur la prévention, sur l'importance des conditions de vie ;
- le maillage avec le secteur social et médico-social qui interviendra en complémentarité des soins, ne pas le sous-estimer ;
- mettre en place un suivi, une évaluation de la situation complexe ;
- organiser des soirées à thème (parentalité, personnes âgées...) avec les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour faire du lien entre les professionnels et faciliter la gestion des situations complexes ;
- avoir un lien avec la CPAM, la MDPH et le Conseil Général ;
- engagement des collectivités/mairie (logement) ;
- le service civique peut-il apporter une aide ?;
- je n'en vois pas pour le moment ;
- regroupement de toutes les informations ;
- que la PTA soit l'interface sur des projets communs répondant aux besoins de la population du territoire ;
- faire un répertoire complet des différents acteurs ;
- relations avec les tutelles et le procureur : les délais sont tels que la complexité se surajoute ! Pour ma part en tant que SAD, il faudrait réellement retravailler la place du MAD dans le parcours : nos compétences augmentent, nos organisations peuvent proposer et englober des missions très vastes. Or notre place est toujours sous valorisée alors que c'est nous qui sommes en première ligne.

ANNEXE 8 : synthèse des propositions d'actions à l'issue de l'analyse des réponses au premier tour de questionnaire

- 1) Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer la coordination des soins dans la gestion des situations complexes :

1. Organiser des rencontres physiques entre les acteurs pour apprendre à se connaître

- « permettre aux différents acteurs de se rencontrer pour échanger sur leurs missions respectives » ;
- « mettre en lien les différents acteurs du parcours de soins autour d'une situation donnée, lors de rencontres où chacun apprend à connaître l'autre, et en créant des outils de communication » ;
- « organisation d'évènements permettant de présenter à tous les ressources du territoire » ;
- « rencontres interprofessionnelles ».

2. Mettre à disposition un répertoire de ressources accessible sur internet avec les coordonnées de l'ensemble des acteurs de santé du territoire

- « annuaire de professionnels »
- « répertoire téléphonique »
- « réaliser un maillage sur le territoire pour prévenir que les situations compliquées ne deviennent complexes » ;
- « répertorier l'offre (relative au domaine de la santé, du social et de l'administratif) sur le territoire » ;
- « mise en relation facilitée entre les acteurs de santé/social du territoire (par exemple, annuaire mis à jour) » ;
- « centraliser l'ensemble des ressources du territoire et des communes limitrophes »
- « pouvoir trouver les ressources de proximité afin de pallier à des carences ou à une sous-information » ;
- « regroupement des coordonnées » ;
- « création d'un annuaire de ressources du secteur » ;
- « établir une liste des professionnels de santé avec contact et compétences » ;
- « créer et mettre à jour régulièrement un répertoire téléphonique, avec adresse mail et localisation des différents professionnels pouvant intervenir dans les situations complexes » ;
- « répertoire de ressources : connaissance de l'ensemble des acteurs, où chercher l'information si la connaissance n'est pas acquise » ;
- « plateforme internet pour savoir quels sont les acteurs médico-sociaux » ;
- « site internet regroupant les informations facilement identifiables » ;
- « faire un répertoire complet des différents acteurs » ;
- « regroupement des dispositifs existants » ;
- « se faire connaître : création d'un réseau de partenaires » ;
- « annuaire des professionnels locaux accessibles aux personnes handicapées » ;
- « rappel sur les contacts (coordonnées...) » .

3. Pouvoir contacter un même référent via un numéro unique pour toute situation complexe

- « une personne référente à qui s'adresser en cas de situations complexes » ;
- « un interlocuteur unique facile à contacter » ;
- « interlocuteur privilégié » ;
- « référents gériatriques » ;
- « numéro de téléphone unique » ;
- « mise à disposition d'un numéro unique » ;
- « numéro unique d'appel » ;

- « permettre au patient d'avoir une personne référente qui pourra l'accompagner dans son parcours de santé » ;
- « coordonnées directes et claires à contacter en cas de soucis (notamment après une sortie d'hospitalisation mais pas que...) ».

4. Orienter rapidement vers le bon interlocuteur en fonction du degré d'urgence de la situation

- « identifier et orienter rapidement vers le bon interlocuteur »
- « nous aider à trouver le parcours médico-social adapté sans que cela ne soit chronophage » ;
- « aider à trouver le bon professionnel par rapport à la problématique rencontrée »
- « orientation vers les structures compétentes » ;
- « connaissance des acteurs pour orienter le patient » ;
- « sollicitation directe du bon acteur de soins » ;
- « informer des ressources existantes en lien avec cette situation complexe » ;
- « anticipation des situations d'urgence » ;
- « réactivité » ;
- « création d'une permanence permettant d'orienter et de mettre en lien les différents acteurs » ;
- « conseils, aide décisionnelle, avis extérieur » .

5. Faciliter l'échange d'informations dans le cadre de la prise en charge et du suivi de patients en situation complexe

- « information » ;
- « remontées régulières des professionnels pour une amélioration des pratiques » ;
- « faire le suivi de cette situation complexe et être le pivot de la communication entre les différents intervenants » ;
- « messagerie sécurisée de groupe où les échanges peuvent se faire autour d'un cas complexe » ;
- « un feedback après action, des réponses précises à des questions précises » ;
- « feedback aux professionnels concernés » ;
- « favoriser le passage d'informations entre les différents acteurs gravitant autour de la personne » ;
- « demander un retour après avoir orienté (permet de vérifier si un suivi a été engagé » ;
- « donner aux professionnels des informations en temps réel pour savoir où en est le patient dans son parcours de soins » ;
- « mettre en lien rapidement et facilement (via des télé-réunions?) les différents acteurs autour d'un patient pour échanger sur les actions de chacun » ;
- « mettre en relation le professionnel et un interlocuteur d'un autre champ pour échanger sur un parcours de soins » ;
- « création d'un outil permettant la transmission des informations entre les différents intervenants » ;
- « réussir à communiquer ensemble et en temps réel sur la situation d'une personne » .

6. Organiser si besoin des rencontres physiques dans le cadre de la prise en charge et du suivi de patients en situations complexes

- « organisation concrète de rencontres entre les différents professionnels autour du patient pris en charge »

- « provoquer si nécessaire une réunion de synthèse des différents partenaires face à une situation »
- « organisation de visites conjointes si besoin avec les autres acteurs (infirmiers, aides-soignants) » ;
- « organiser une ou des réunions interprofessionnelles autour de la situation (faire le lien), proposer des lieux pour ces échanges » ;
- « temps de réunion de synthèse des partenaires selon les situations » ;
- « réunions bi-annuelles entre libéraux et patients qui le demandent (selon les sujets traités) » .

7. Accompagner l'entourage dans la prise en charge du patient en situation complexe

- « proposer du répit aux aidants (séjours, groupes de parole, vacances) » ;
- « saisine » ;
- « proposer des échanges équipe de soins/entourage » .

8. Aider le patient en situation complexe à réaliser ses démarches administratives

- « débrouillage de la situation administrative (droits ouverts, mutuelle active si besoin, prise en charge de l'aidant surtout si il est lui-même malade) » ;
- « action d'aide pour les démarches administratives (CMUc, carte d'identité) » .

9. Améliorer la communication entre tous les partenaires et acteurs de santé (libéraux, hospitaliers, structures sanitaires, structures médico-sociales, structures administratives)

- « mise en relation facilitée entre les acteurs de santé/social du territoire (par exemple, annuaire mis à jour) » ;
- « plus de contact avec les médecins traitants »
- « échanger avec plusieurs professionnels » ;
- « meilleure communication surtout en terme de délai pour les courriers émanant de spécialistes (notamment hospitaliers, les libéraux sont souvent plus rapides) et hospitalisations » ;
- « avoir une bonne connaissance des acteurs du territoire » ;
- « pouvoir conjuguer les différents acteurs et trouver, ensemble, une réponse qu'un acteur seul ne peut proposer »
- « favoriser les liens entre les acteurs du territoire » ;
- « pouvoir conjuguer les différents acteurs et trouver, ensemble, une réponse qu'un acteur seul ne peut proposer » ;
- « connaître les spécialités de chacun » ;
- « médiation » ;
- « communication » ;
- « coordination entre les différents acteurs du sanitaire, du médico-social et du social » ;
- « relationnel » ;
- « possibilité pour les praticiens libéraux d'avoir un appui social clairement défini et facilement joignable » ;
- « coordination médicale et sociale » ;
- « le maillage avec le secteur social et médico-social qui interviendra en complémentarité des soins, ne pas les sous-estimer » ;
- « bonne communication avec les spécialistes (centre hospitalier, spécialistes

libéraux) » ;

- « idéalement que la PTA puisse être l'intermédiaire et surtout le facilitateur des acteurs de terrain » ;
- « la maladie chronique, et c'est bien de cela qu'il s'agit, relève de la médecine intégrée : biomédicale, pédagogique, psychologique et sociale. Cette médecine doit être coordonnée entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, personnel administratif et travailleurs sociaux. Le tout en fonction des réalités locales (situations individuelles, professionnelles et territoriales). CLIC, MAIA, PERPA, PTA, MDPH... À vous de faire converger tout cela pour accoucher d'une organisation de service SIMPLE. Toutes les solutions existent, le rôle de la PTA est à mon sens de les faire converger ».

10. Établir des protocoles de prise en charge de situations complexes

- « protocoles validés de conduite à tenir pour des situations complexes récurrentes » ;
- « créer un dossier clinique pour les situations complexes qui serait utilisé et accessible par tous les professionnels » ;
- « mettre en lien les différents acteurs du territoire pour protocoliser les prises en charge et fluidifier les parcours » .

11. Bénéficier d'un appui opérationnel et logistique adapté de la part de la PTA

- « améliorer l'appui opérationnel et logistique aux projets de professionnels » ;
- « soutien aux professionnels médico-sociaux » ;
- « intervision/supervision si le cas complexe est difficile à résoudre » ;
- « apporter un meilleur appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels » ;
- « élargir l'implication d'autres acteurs du système de santé/soins non encore reconnus par les autorités : remboursement/financement dédié par l'ARS ou la CPAM (je pense aux enfants dys-, aux psychologues/coach...) ;

12. Améliorer la démographie des professionnels de santé

- « augmenter significativement le nombre de soignants (médecins, infirmiers) » ;
- « présence maximum du personnel pour répondre aux médecins » ;
- « il faut du monde sur le terrain, des professionnels disponibles, accessibles et en nombre suffisant » .

2) Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer les parcours de santé dans la gestion des situations complexes ?

1. Prendre en compte les aspects de soins, de santé et de vie du patient

- « que le sanitaire assure les soins, que le médico-social assure la poursuite des soins à domicile, que le social assure la qualité de vie à domicile » ;
- « travailler sur la prévention, sur l'importance des conditions de vie » .

2. Identifier une personne référente pour le patient

- « contact rapide avec un référent » ;
- « une personne référente à qui s'adresser en cas de situations complexes » ;
- « un interlocuteur unique facile à contacter » ;
- « interlocuteur privilégié » ;

- « référents gériatriques » ;
 - « permettre au patient d'avoir une personne référente qui pourra l'accompagner dans son parcours de santé » ;
 - « nommer un coordinateur qui pourra faire le lien avec le patient sur le sens de tout ce qui est préconisé. Souvent il y a une juxtaposition de consignes, d'examens et de traitement sans que le patient n'arrive à se repérer » .
- 3. Promouvoir les actions de santé publique (prévention, dépistage, éducation thérapeutique)**
- « coordonner des actions de dépistage et de prévention » ;
 - « organiser ou orienter les personnes vers des actions de prévention en santé et d'éducation thérapeutique » ;
 - « la prévention » ;
 - « travailler sur la prévention, sur l'importance des conditions de vie » .
- 4. Améliorer la prise en charge psychiatrique**
- « simplifier la prise en charge psychiatrique ambulatoire : l'appel des CMP au préalable est un frein, RDV trop longs, psychologues de ville non remboursés, perte de chance énorme. Lien avec la CPAM ? » ;
 - « actions d'aide aux soins psychologiques » ;
 - « relations avec les tutelles et le procureur : les délais sont tels que la complexité se surajoute ! » .
- 5. Établir un DMP (dossier médical partagé) spécifique PTA accessible et sécurisé**
- « peut-on imaginer une synthèse patient comme le DMP pour un patient qui rentrerait dans la file active PTA via son médecin ou un autre acteur ? Qui serait consultable par internet ou autre accès sécurisé ? » .
- 6. S'appuyer sur les structures d'exercice coordonné (maison de santé, CPTS)**
- « faire le lien avec les CPTS locales sur les actions de prévention et promotion de la santé réalisées sur le terrain » ;
 - « plutôt une mission des CPTS du territoire : améliorer l'information sur les services déjà existants (équipe mobile de soins palliatifs par exemple) » ;
 - « développement des maisons de santé pluridisciplinaires » .
- 7. Tenir à disposition une permanence pour le patient permettant de faire le lien avec les acteurs sociaux et administratifs**
- « lien avec les acteurs sociaux du territoire (permanence) » ;
 - « lien avec les acteurs administratifs du territoire (permanence) » ;
 - « permettre une meilleure coordination entre professionnels de santé et acteurs sociaux lors d'une situation d'urgence médico-sociale » ;
 - « veille juridique sur les nouvelles dispositions sociales » ;
 - « avoir un lien avec la CPAM, la MDPH et le Conseil Général » .
- 8. Assurer le suivi du patient dans le temps et sans arrêt de prise en charge**
- « suivi concret du patient dans le temps » ;
 - « pas d'arrêt dans la prise en charge » ;
 - « suivi » ;
 - « donner accès à la mobilité des usagers se trouvant en situation complexe pour

- pouvoir se rendre à un RDV médical ou un RDV dans organisme administratif » ;
- « mobiliser les ressources : appeler, organiser les RDV avec le patient » ;
- « intervention rapide, experte, efficace » ;
- « prise en charge rapide et efficace » ;
- « facilité pour trouver des ambulances en fin de journée (évitant un recours au 15 qui n'aurait pas lieu d'être) » ;
- « éviter la rupture du parcours de soins entre le secteur sanitaire et le secteur de ville » ;
- « mettre en place un suivi, une évaluation de la situation complexe » .

9. Permettre aux patients hors parcours d'intégrer un parcours de santé

- « aller chercher les personnes qui ne consultent pas de médecin (via une information des pharmaciens, écoles, acteurs sociaux) » ;
- « mettre en place les actions sociales et la reprise d'un parcours de soins chez un patient en marge du système de soins (sans abri par exemple) » .

10. Mettre à disposition des protocoles permettant d'aider à la gestion du patient en situation complexe

- « protocoles validés de conduite à tenir pour des situations complexes récurrentes » ;
- « créer un dossier clinique pour les situations complexes qui serait utilisé et accessible par tous les professionnels » ;
- « mettre en lien les différents acteurs du territoire pour protocoliser les prises en charge et fluidifier les parcours » .

11. Favoriser le maintien à domicile du patient et éviter les hospitalisations

- « recherche de place en cas de nécessité d'hospitalisation pour éviter le passage par les urgences » ;
- « lancer les services sociaux et médicaux nécessaires en urgence si besoin lors d'un maintien à domicile devenu impossible en évitant l'hospitalisation systématique » ;
- « lancer les aides nécessaires en urgence lorsque l'aidant principal d'un patient dépendant ne peut brutalement plus s'en occuper sans devoir recourir à l'hospitalisation systématique » ;
- « dépêcher rapidement du personnel fiable au domicile si besoin » ;
- « réactivité, anticipation » ;
- « passerelles pour une plus grande réactivité »
- « organiser l'orientation des patients complexes vers les différentes HAD » ;
- « gérer la mise en place de soins palliatifs en urgence avec les structures adéquates et le médecin traitant » ;
- « permettre une meilleure coordination lors d'un retour à domicile complexe (manque d'aides à domicile lors d'une sortie en urgence le vendredi soir ou le samedi par exemple) » ;
- « engagement des collectivités/mairie (logement) » ;
- « pour ma part, en tant que SAD, il faudrait retravailler la place du MAD dans le parcours : nos compétences augmentent, nos organisations peuvent proposer et englober des missions très vastes. Or notre place est toujours sous valorisée alors que c'est nous qui sommes en première ligne » ;
- « organiser l'orientation des patients complexes vers les différentes HAD ».

12. Aider et orienter le patient en manque de repères dans son parcours de santé

- « contacter le patient pour le rassurer que par exemple, il n'y ait pas que l'IDE qui soit au courant du problème, que c'est bien pris en compte » ;
- « nommer un coordinateur qui pourra faire le lien avec le patient sur le sens de tout ce qui est préconisé. Souvent il y a une juxtaposition de consignes, d'examen et de traitement sans que le patient n'arrive à se repérer » .

3) Quelles sont les thématiques à aborder dans le cadre de ces formations pluriprofessionnelles ?

1. les différents acteurs du territoire et leur coordination

- « les dispositifs du territoire » ;
- « informations sur les différents dispositifs » ;
- « structures administratives disponibles » ;(rôles et compétences de chacun, travail en réseau, coordination des soins, éviter la rupture de parcours de soins entre le secteur sanitaire et le secteur de ville, répertoire de ressources disponibles, structures médicales et sociales, ressources selon les parcours de santé et les besoins) » ;
- « connaissance des structures » ;
- « qui fait quoi et pour qui » ;
- « la coordination : sous quelle forme et pour qui, l'articulation avec les acteurs » ;
- « présenter les différentes structures pouvant intervenir sur le territoire, préciser leurs rôles, leurs missions » ;
- « la coordination des soins » ;
- « comment sont coordonnés les professionnels des différentes structures » ;
- « former les professionnels au travail en réseau plus qu'au travail en sous-traitance » ;
- « état des lieux des ressources disponibles (hospitalières, EHPAD, réseaux, libéraux, CPAM... » ;
- « présentation des différents acteurs lors de soirées thématiques » ;
- « comment mieux s'organiser professionnellement entre toutes les professions concernées » ;
- « découvrir les champs de compétences de chacun et c'est une priorité !!! » ;
- « quel est concrètement le rôle de chacun ? » ;
- « connaissance du territoire » ;
- « meilleure connaissance des champs respectifs avec la mise en place de parcours de type formation en milieu de travail ou vis-à-vis » ;
- « informations sur les services et structures de suivi » ;
- « connaître les structures impliquées dans chaque coordination en fonction des besoins (car nombreuses structures avec parfois les mêmes fonctions) » ;
- « identifier le rôle de chaque acteur et dans quel sous-territoire du Douaisis »

2. précarité, renoncement aux soins, refus de soins

- « renoncement aux soins » ;
- « précarité » ;
- « refus de soins : aspects juridiques et psychologiques » ;
- « avoir une formation relative au renoncement des personnes en situation de précarité (comment les aborder, comment les accompagner, quels outils utiliser?) » ;
- « le refus de soins » ;
- « accès aux soins » .

3. le suivi à domicile, possibilités d'hospitalisation à domicile (maintien à domicile difficile, repérage de la fragilité de la personne à domicile)

- « possibilités de suivi à domicile (si complexe, HAD...) » ;
- « prise en charge du maintien à domicile difficile, aigu et chronique » ;
- « repérage de la fragilité de la personne âgée à domicile » ;
- « aides à la manutention ».

4. les grandes pathologies chroniques du territoire (HTA, diabète, surcharge pondérale, pathologies vasculaires, mise au point sur la pathologie/situation cible concernée)

- « surcharge pondérale » ;
- « diabète » ;
- « HTA » ;
- « il y a les grandes pathologies chroniques du territoire : cancer, pathologies vasculaires incluant les AVC et les pathologies ischémiques cardiaques, ainsi que le diabète sucré » ;
- « mise au point sur la pathologie/situation cible concernée afin que chacun en ait les mêmes connaissances » ;
- « coordination des soins pour les patients diabétiques non équilibrés » ;
- « que peut-t-on apporter sur telle ou telle pathologie ? » .

5. la couverture sociale, l'accès au logement, les structures administratives

- « couverture sociale possible selon le patient et où les orienter » ;
- « aborder les problèmes non connus pour un professionnel (par exemple, pour un professionnel de santé, aborder l'accès aux logements, aux ressources) » .

6. démence et troubles du comportement, dépendance et autonomie

- « démence et troubles du comportement » ;
- « dépendance » ;
- « prise en charge des troubles du comportement » ;
- « autonomie lors de démence chez la personne âgée seule : qui et comment dans l'attente d'un placement en EHPAD » ;
- « aides techniques pour le maintien de l'autonomie » ;
- « l'HDT » .

7. éthique et droit

- « formation sur la législation » ;
- « accès aux droits » ;
- « éthique » ;
- « connaissance des droits » ;
- « savoir » ;
- « législation » .

8. la fin de vie, les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur

- « soins palliatifs » ;
- « douleur » ;
- « formation sur la prise en charge des patients en soins palliatifs » ;
- « soins palliatifs, prise en charge de la douleur » ;
- « coordination des soins pour la prise en charge des patients en fin de vie à

- domicile » ;
- « fin de vie » ;
- « gestion de la douleur » .

9. la prise en charge globale (médicale, sociale, administrative, prise en charge pluriprofessionnelle)

- « parcours de soins et ressources pour la prise en charge : des personnes âgées, des enfants, des personnes handicapées, des patients en fin de vie, des pathologies psychiatriques... » ;
- « prise en charge globale du patient » ;
- « médicales, sociales, administratives » ;
- « qu'est-ce que le médico-social ? » ;
- « en formant les acteurs par des interventions globales sur les parcours » ;
- « acter le parcours de vie d'une personne plutôt que son parcours de soins » ;
- « la prise en charge pluriprofessionnelle » .

10. les spécificités du patient psychiatrique, syndrome de Diogène (risque de désinsertion socioprofessionnelle, enjeu médico-psychiatrique)

- « les spécificités du patient psychiatrique : risque de désinsertion sociale, professionnelle et enjeu médico-psychiatrique ! Comment repérer, prévenir au plus tôt et travailler ensemble ? (à mon avis plusieurs jours vu l'ampleur) » ;
- « le syndrome de Diogène » .

11. les troubles des apprentissages

- « l'enfant TDAH et dys- : de quoi parle-t-on ? Que faire ? Comment coordonner avec le psychiatre, la famille, l'école, les associations, les acteurs paramédicaux ? Quels enjeux dans leur formation secondaire ? » .

12. les situations complexes (gestion, cas pratiques, situations d'urgence)

- « le rôle de chacun des intervenant pouvant intervenir dans une situation complexe » ;
- « la gestion d'une situation complexe » ;
- « qu'est-ce qu'une situation complexe ? » ;
- « qui appeler en cas d'urgence pour telle ou telle situation (sans forcément que ce soit un cas complexe nécessitant de passer par la PTA » ;
- « apprendre sur les algorithmes en fonction de telle ou telle situation (cas pratiques) » ;
- « cas complexes » .

13. les systèmes d'information dans les MSP

- « utilisation des systèmes d'information dans les MSP » ;

14. la santé environnementale

- « depuis plus de 40 ans, les autorités sanitaires accusent exclusivement le risque individuel (alcool, tabac, pollution de l'air intérieur). Des études mondiales font état de perturbations endocriniennes qui ont d'abord touché le monde animal (livre de T. Colborn : L'homme en voie de disparition?), depuis cette hypothèse se confirme progressivement. Si on examine la situation sanitaire (indicateurs de santé) à travers ce prisme de la perturbation endocrinienne (travaux de B. Demeneix, de P. Grandjean sur le développement du cerveau par exemple), alors on comprend mieux pourquoi la population du Douaisis présente cette caractéristique d'avoir de très mauvais

indicateurs. S'ajoutent à cela des indicateurs sociaux qui viennent aggraver la situation : ceci fait référence à la définition de la santé environnementale telle qu'elle est définie par l'OMS ».

15. la communication

- « communication » ;
- « communication bienveillante » ;
- « formation de facilitateurs » ;
- « faciliter l'échange et le partage d'informations des professionnels de santé du patient et de son environnement » ;
- « supervision/intervision ».

16. la gestion des plaies

- « gestion des plaies ».

17. le risque thérapeutique

- « il y a de grands sujets comme le diabète qu'il est important de traiter parce qu'il touche plusieurs organes et parce que le nombre de patients atteint est élevé, mais d'autres sujets comme le risque thérapeutique, trop peu évoqué, trouvent un intérêt sur le terrain ».

4) Sous quelles modalités pratiques la PTA peut-elle organiser ces formations pluriprofessionnelles ?

1. à propos du jour, du moment de la journée et de l'organisation pratique de ces formations :

- « sur une journée ou une demi-journée choisie suffisamment en amont (3 mois avant) » ;
- « proposer plusieurs dates pour une même formation » ;
- « en soirée » ;
- « midi ou soir » ;
- « soirées à thème » ;
- « soirées thématiques » ;
- « réunions brèves et concises sur le temps du midi » ;
- « dans l'après-midi » ;
- « séminaire d'une journée le samedi (pour ne pas léser ceux qui travaillent) » ;
- « soirée avec programme précis et temps calculé » ;
- « réunions pluriprofessionnelles ponctuelles avec horaires accessibles aux libéraux ».

2. à propos du lieu :

- « réunions programmées sur les différentes structures, ce qui permet notamment de repérer les lieux, les professionnels » ;
- « journées de conférences à divers endroits du secteur » ;
- « des journées d'intégration dans les différentes structures afin de mieux connaître le rôle et les limites de chacun »
- « dans les services ».

3. à propos des modalités et techniques de formation :

- « réunions thématiques sur la base du volontariat et mise à disposition en ligne des ressources » ;
- « formation en ligne » ;
- « réunions de formation » ;
- « réunions plénières » ;
- « petits groupes » ;
- « E-learning » ;
- « présentesielles et formations » ;
- « formations présentesielles » ;
- « liste de discussion internet » ;
- « réunions séminaires » ;
- « ateliers autour de cas cliniques » ;
- « réunions communes type EPU » ;
- « formations par thématiques et par groupe » ;
- « séminaires » ;
- « conférences » ;
- « réunions à thème » ;
- « retour d'expérience » ;
- « mise en place d'une FAQ » ;
- « réunions de formation par niveau de pratique (basique, avancé) » ;
- « publication d'une feuille info ou d'une newsletter » ;
- « groupe de travail (médecin hospitalier, IDE, kinésithérapeute, aide-soignant) » ;
- « formations exclusivement en ligne afin d'éviter de multiplier des réunions et des déplacements chronophages pour tous les professionnels impliqués » ;
- « réunions pluriprofessionnelles ponctuelles avec horaires accessibles aux libéraux ».

4. à propos de la fréquence de ces formations :

- « cycles de conférences (voir ce qui a été fait à l'origine de la formation de la Plateforme Santé Douaisis) ou de réunions » .

5. à propos du moyen de financement :

- « DPC » ;
- « FIR ».

5) Quelles sont les actions concrètes de la PTA pour améliorer le lien ville-hôpital ?

1. préparer les sorties de l'hôpital (courriers, préconisations de sortie, anticiper et communiquer, appeler le médecin traitant la veille de la sortie)

- « limiter les sorties non préparées en alertant suffisamment en amont de la sortie de l'hôpital pour accueillir au domicile la personne dans des conditions de vie optimum » ;
- « courrier d'information précisant les préconisations de sortie » ;
- « réfléchir aux problématiques des sorties d'hospitalisation : anticiper, communiquer, transmettre immédiatement le courrier, pas le samedi... Rôle du dossier médical partagé à discuter » ;
- « appel au médecin traitant la veille de la sortie au minimum pour organisation » ;
- « mieux préparer la sortie, l'anticiper afin de mettre en place le maillage nécessaire à la continuité des soins » .

2. **organiser des réunions de partage d'expérience et d'analyse de pratiques entre ambulatoire et hôpital (rencontres interprofessionnelles, retour sur actions et analyses de situation, soirées thématiques organisées par l'hôpital, réunions)**
 - « organiser des réunions de partage d'expérience, d'analyse de pratiques entre la ville et l'hôpital » ;
 - « rencontres interprofessionnelles » ;
 - « soirées thématiques organisées par l'hôpital » ;
 - « réunions » ;
 - « réunions le midi organisées à l'hôpital pour impacter les professionnels hospitaliers » ;
 - « déclencher un retour sur les actions mises en place, un retour sur l'analyse de la situation » ;
 - « groupe de travail avec médecin de ville, médecin hospitalier, IDE, kinésithérapeute, aide-soignant » .

3. **travailler sur des outils communs (créer des outils de communication, outil informatique pour gérer les situations complexes, fiche de liaison, utiliser le DMP, dossiers informatisés partagés, réseau de patients PTA pour le suivi)**
 - « travailler sur des outils communs pour accompagner au mieux le public » ;
 - « mise en place d'un outil informatique permettant de gérer ces situations complexes » ;
 - « mettre en place une fiche de liaison » ;
 - « réseau de patients PTA dont on suivrait la trace sur un serveur/site/dossier partagé sécurisé qui « alerterait » le médecin traitant en cas de passage aux urgences et qui nous permettrait de voir si un de nos patients est hospitalisé ou non ? » ;
 - « collaboration étroite et éventuellement optimisation des outils existants via trajectoire, DMP... » ;
 - « dossiers informatisés partagés » ;
 - « créer des outils de communication » .

4. **livret répertoriant les missions, rôles et coordonnées de chacun (diffusion des informations, bonne connaissance de l'existant, mise à jour de l'offre de soins hospitalière, visibilité des ressources, faire connaître le terrain et les organismes intervenant en ville/des personnes interagissantes, améliorer l'information sur les services existants)**
 - « mettre en relation les différents acteurs du territoire via un livret répertoriant les missions, rôles et contacts de chacun » ;
 - « connaissance du terrain » ;
 - « connaissance des personnes interagissantes » ;
 - « rappeler au secteur hospitalier le rôle des différents organismes pouvant intervenir en ville » ;
 - « visibilité du lien ville-hôpital et des personnes ressources » ;
 - « mise à jour de l'offre de soins disponible à l'hôpital » ;
 - « meilleure diffusion des répertoires des coordonnées des praticiens de la part du centre hospitalier » ;
 - « diffusion des informations, assurer la bonne connaissance de l'existant (qui fait quoi) » .

5. **remontées des demandes de ville pour y répondre, faire remonter les difficultés**

des deux côtés, connaissance des contraintes

- « remontée des demandes de ville pour répondre à cette demande » ;
 - « meilleure connaissance et communication des contraintes de chacun » ;
 - « faire remonter les difficultés des hospitaliers d'une part, des libéraux de l'autre pour mieux répartir les rôles » .
- 6. limiter le recours aux urgences, coordination et programmation des hospitalisations, hospitalisation directe sans passer par les urgences**
- « comment travailler avec les services d'hospitalisation pour éviter tout recours non justifié aux urgences » ;
 - « améliorer la possibilité d'hospitalisation directe sans recourir à un passage par les urgences » ;
 - « améliorer la possibilité d'entrée directe en SSR lors d'un maintien à domicile impossible dans le cadre de l'urgence mais ne nécessitant pas de soins aigus ou de chirurgie » ;
 - « coordination des acteurs et programmation des hospitalisations » ;
 - « coordination » ;
 - « facilités pour une entrée directe dans certains établissements (notamment de convalescence, puisqu'au centre hospitalier cela se fait déjà assez bien).
- 7. faciliter la communication pour les hospitalisations, consultations et avis (communication simplifiée, mettre en lien direct, créer du lien, communication, numéro de téléphone des référents, courriers de sorties et de spécialistes, possibilité d'établir un contact direct, retour rapide des praticiens hospitaliers dans les prises en charge, plages horaires dédiées pour les libéraux, accès plus rapide aux spécialistes, conseils par téléphone)**
- « faciliter les discussions entre libéraux et hospitaliers pour faciliter l'accès aux places d'hospitalisation ou de consultation pour faciliter l'accès aux places d'hospitalisation ou de consultation, ou pour obtenir des avis par téléphone ou messagerie de santé » ;
 - « communication » ;
 - « création de liens » ;
 - « avoir une communication simplifiée mais cela ne sera possible que lorsqu'il y aura plus d'acteurs de santé. Compte-tenu de la situation des urgences, comment peut-on établir un début de dialogue ? Et cette situation était prévisible et décrite à la fin du siècle dernier » ;
 - « numéro de téléphone des référents » ;
 - « retour rapide des praticiens hospitaliers dans les prises en charge » ;
 - « meilleure communication en terme de courriers d'hospitalisation et de spécialistes (délai) » ;
 - « possibilité de contact direct sans passer par le standard et les salles de soins infirmiers » ;
 - « meilleure connaissance et communication des contraintes de chacun » ;
 - « communication interdisciplinaire » ;
 - « conseil par téléphone » ;
 - « mettre en lien direct les professionnels ville et hôpital » ;
 - « plages horaires dédiées aux professionnels de santé libéraux » ;
 - « accès plus rapide au spécialiste » ;
 - « respect » ;
 - « dialoguer ».

8. avoir un coordinateur unique (rôle de coordinateur à la sortie de l'hôpital, identifier un interlocuteur privilégié)

- « un interlocuteur unique » ;
- « identifier un/des interlocuteur(s) privilégié(s) au sein de l'hôpital permettant de faire le relais avec le domicile » ;
- « rôle de coordinateur qui s'assure qu'en sortant de l'hôpital, l'assistante sociale/le médecin/les aides ont été prévenus ? » .

9. formations communes

- « formations communes » ;
- « formation interne » .

10. protocoles pour les situations complexes

- « protocoles établis pour certaines situations classiques » .

11. connaissance et explication du service d'urgences

- « se faire connaître et expliquer le service des urgences ».

12. repérage et rencontre des professionnels médicaux et sociaux en cas d'hospitalisation

- « rencontre à l'entrée du patient ou repérage formel des professionnels sociaux et médicaux qui gravitent autour du patient » .

13. connaissance pour les hospitaliers du milieu de vie du patient

- « permettre au milieu hospitalier une meilleure connaissance des conditions de vie de la personne à son domicile » .

14. télé-expertise

- « mise en place de la télé-expertise ».

15. service d'accueil temporaire

- « service d'accueil temporaire » .

16. développement ambulatoire cohérent avec renforcement des aides à domicile

- « je ne connais pas assez cette relation, mais il me semble que la validation ou le renforcement des aides à domicile humaine et technique permettrait le développement ambulatoire cohérent ».

6) Nous avons abordé la coordination des soins, les parcours de santé, les formations pluriprofessionnelles des acteurs et le lien ville-hôpital. Quelles sont les autres actions concrètes de la PTA pour améliorer la gestion des situations complexes ?

17. participation du patient qui est au cœur des démarches, patient au centre du système

- « la participation du patient qui est au cœur de toutes ces démarches ».

18. déléguer des ambassadeurs pour présenter la PTA aux acteurs du territoire

- « déléguer des ambassadeurs qui pourraient venir présenter a PTA aux divers acteurs du territoire ».

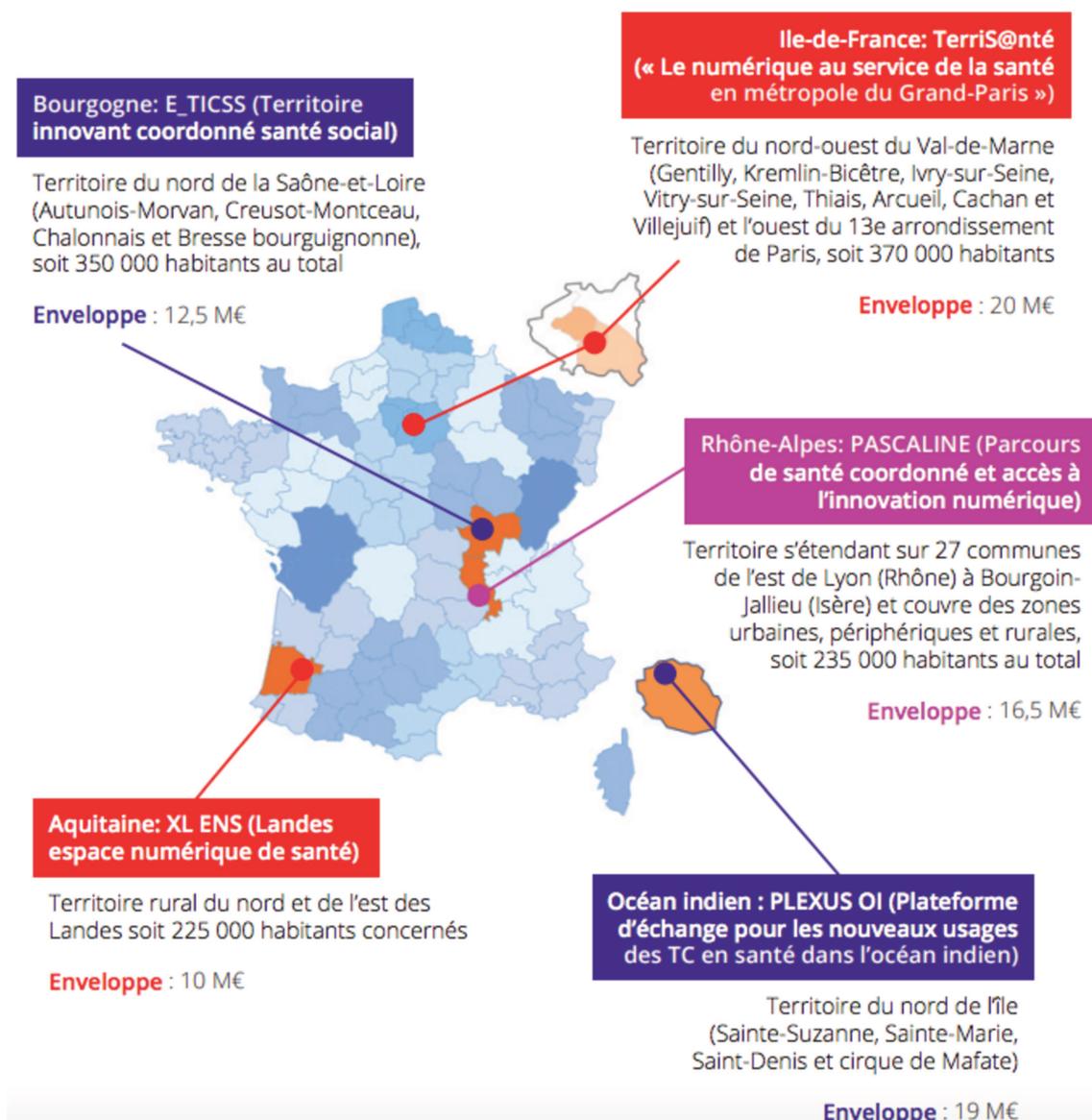
19. participation de tous les acteurs au projet de la PTA

- « un idéal : que tous les acteurs du territoire prennent part à ce projet, ça n'en fera qu'améliorer la prise en charge idéale des patients du territoire » ;
- « que la PTA soit l'interface sur des projets communs répondant aux besoins de la population du territoire ».

20. participation du service civique

- « le service civique peut-il apporter une aide ? ».

ANNEXE 9 : les 5 projets pilotes du programme TSN (Territoire de Soins Numérique)



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
2. Larousse É. Définitions : usager - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/usager/80761>
3. L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie [Internet]. 2019 [cité 23 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>
4. Code de la santé publique - Article L1411-1. Code de la santé publique.
5. Certification V2014 – Parcours du patient en V2014 [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: https://has-sante.fr/jcms/pprd_2974541/en/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014
6. Code de la sécurité sociale. | Legifrance [Internet]. [cité 3 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006186122&cidTexte=LEGITEXT000006073189>
7. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [cité 21 juill 2019]. (AHRQ Technical Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
8. Guide_reseaux_de_sante.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf
9. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
10. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°67 [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040067.htm>
11. Code de la santé publique - Article L6321-1. Code de la santé publique.
12. Code de la santé publique - Article L4130-1. Code de la santé publique déc 16, 2018.
13. Weiss KB. Managing Complexity in Chronic Care: An overview of the VA State-of-the-Art (SOTA) Conference. *J Gen Intern Med.* 1 déc 2007;22(3):374-8.
14. note_appui_coordo_25_09_14.pdf [Internet]. [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf
15. Safford MM, Allison JJ, Kiefe CI. Patient Complexity: More Than Comorbidity. The Vector Model of Complexity. *J Gen Intern Med.* déc 2007;22(Suppl 3):382-90.
16. Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R, et al. A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. *J Comorbidity.* 10 oct

2012;2:1-9.

17. Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2019]. Disponible sur: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf
18. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
19. L'essentiel à savoir sur le CTS [Internet]. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lessentiel-savoir-sur-le-cts>
20. Projets de Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) [Internet]. 2018 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/projets-de-plateformes-territoriales-dappui-pta>
21. ANAP:Organisations_territoriales_au_service_de_la_coordination_T1.pdf.
22. 2018-11-18_FIR Rapport activites_2017_Vdef.pdf.
23. Plaquette_Democratie_et_CTS_2017.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Plaquette_Democratie_et_CTS_2017.pdf
24. Comparateur de territoire | Insee [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=EPCI-200044618+EPCI-245901152+EPCI-200041960>
25. Situation des bénéficiaires en régime précaire dans l'assurance maladie, étude de la CAD, Avril 2012, CPAM Lille-Douai.
26. Notre santé : mieux comprendre la santé et ses enjeux en Nord-Pas-de-Calais. :52.
27. Ressenti des acteurs du parcours de santé concernant les situations complexes.
28. Les situations complexes rencontrées par les acteurs du parcours de santé de premiers recours.
29. Boulkedid R, Schroedt J, Mathoulin Pelissier S, Boizeau P, Alberti C. Combien faut-il d'experts dans une enquête Delphi ? Étude de simulation. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 mai 2017;65:S74.
30. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser?
31. DGOS. Le programme Territoire de Soins Numérique - TSN [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/tsn/article/le-programme-territoire-de-soins-numerique-tsn>
32. Le programme Territoires de soins numériques [Internet]. [cité 10 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-programme-territoires-de-soins-numeriques>
33. Organisations_territoriales_au_service_de_la_coordination_T2.pdf.
34. Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la

coordination des parcours de santé complexes. 2016-919 juill 4, 2016.

35. Code de la santé publique - Article L1110-12. Code de la santé publique.

36. Tour d'horizon des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) en Bretagne [Internet]. URPS Médecins libéraux de Bretagne. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur:
https://www.urpsmlb.org/actualite_urps/plateformes-territoriales-dappui-en-bretagne/

37. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 65. 2016-41 janv 26, 2016.

38. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

39. 30636_rac_centre_hospitalier_de_douai_vd.pdf [Internet]. [cité 11 nov 2019]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-08/30636_rac_centre_hospitalier_de_douai_vd.pdf

AUTEUR : Nom : MATI

Prénom : Imène

Date de soutenance : 19 décembre 2019

Titre de la thèse : Les actions de la Plateforme territoriale d'appui (PTA) du Douaisis pour aider les acteurs de parcours de santé à gérer les situations complexes rencontrées

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : coordination – parcours – situations complexes – plateforme territoriale d'appui

Contexte : le médecin généraliste, pivot central de la coordination, peut avoir besoin d'un soutien lorsqu'il rencontre des situations dites complexes. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a créé les Plateformes territoriales d'appui (PTA) qui constituent des dispositifs d'appui à la coordination. La PTA du Douaisis pourrait aider les acteurs de parcours de santé en difficulté dans ces situations. L'objectif de notre travail était d'identifier les actions à mettre en place par la PTA du Douaisis pour améliorer la gestion des situations complexes rencontrées.

Méthode : il s'agissait d'une étude qualitative utilisant une méthode Delphi. Ont été inclus les experts qui étaient des acteurs de santé exerçant sur le territoire du Douaisis et ayant une expérience en situation complexe. Nous avons veillé à ce qu'ils soient indépendants du projet d'élaboration de la PTA du Douaisis. Un premier tour de questionnaire recueillait les propositions d'actions des experts, le second tour de questionnaire leur demandait de les prioriser.

Résultats : les experts ont proposé que la PTA puisse orienter rapidement vers le bon interlocuteur, faciliter l'échange d'informations et permettre de contacter un même référent pour toute situation complexe. Ils ont jugé utile que la PTA puisse orienter le patient en manque de repères dans son parcours de santé, favoriser le maintien à domicile et assurer un suivi continu dans le temps. Comme thématiques de formations pluriprofessionnelles, ils ont proposé la prise en charge globale du patient, les situations complexes et les différents acteurs territoriaux. Pour améliorer le lien ville-hôpital, les experts ont suggéré de faire remonter les difficultés et contraintes des libéraux et hospitaliers, de renforcer les aides à domicile et de travailler la coordination et la programmation des hospitalisations. Un consensus a été établi pour favoriser la participation du patient et de tous les acteurs du territoire, ainsi que pour déléguer des ambassadeurs de la PTA.

Conclusion : le panel de propositions d'actions recensées par ce travail donne l'occasion à la PTA du Douaisis de proposer des réponses adaptées aux besoins des acteurs de santé du territoire face aux situations complexes rencontrées. La PTA du Douaisis pourrait ainsi optimiser la prise en charge des patients en situation complexe et améliorer la fluidité des parcours de santé.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Asseseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT, Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Robert VALENSI

