



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Rapport d'analyse des projets article 70

Date de validation par le collège : décembre 2012

Le rapport est téléchargeable gratuitement sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service documentation – Information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

1. Contexte et objectifs	5
2. Méthodologie	6
3. Activités cliniques essentielles à la coordination des parcours de soins des personnes âgées et des malades chroniques	8
3.1 Repérer en soins de premier recours les patients âgés fragiles et à risque de dépendance devant bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée	8
3.2 Évaluer par une évaluation gériatrique standardisée (EGS) les risques médico-psycho-sociaux, l'autonomie, la situation sociale, le projet de vie et la santé	10
3.3 Élaborer un plan personnalisé de soins (PPS) répondant aux risques identifiés. Mettre en œuvre le plan et son suivi	11
3.4 Communiquer vers le patient et les professionnels de santé, partager l'information entre les différents acteurs et niveaux de soins	12
4. Stratégies nécessaires à la coordination des parcours de soins	14
4.1 Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	14
4.2 Favoriser un suivi pluri-professionnel en soins de premier recours	14
4.3 Implémenter et suivre des protocoles pluriprofessionnels, en incluant l'usage d'outils validés et partagés	16
4.4 Développer le DPC et la formation pluriprofessionnelle	17
4.5 Utiliser la télémédecine	18
5 Assurer la gouvernance et la coopération des acteurs	19
5.1 Réaliser un diagnostic de territoire (cf. ANAP)	19
5.2 Favoriser l'intégration des services sanitaires et structures médico-sociales	19
5.3 Recourir à des coordonnateurs de parcours de soins (<i>case managers</i>) pour les cas complexes	22
6. Gérer les situations de crise et prévenir les hospitalisations évitables grâce à des procédures communes	24
7. Organiser la transition hôpital-domicile	26
8. Développer l'autonomie des patients	29
8.1 Développer les actions de soutien à l'autonomie du patient et les programmes d'éducation thérapeutique	29
8.2 Accompagner les patients par les pairs, utiliser les ressources communautaires	30
9. Améliorer la qualité et la sécurité des soins en renforçant les systèmes d'information	31
9.1 Utiliser les SI pour améliorer la coordination des soins	31
9.2 Favoriser l'accès des cliniciens à des aides à la décision ou SADM	32
9.3 Améliorer la qualité de façon continue par le suivi d'indicateurs	33
9.4 Autres fonctionnalités des systèmes d'information	34

10. Conclusions	35
Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire.....	39
Annexe 2. Bibliographie générale	46
Annexe 3. Activités identifiées dans la littérature comme associées au succès des modèles de transition hôpital-domicile^{II, IX, XI}	47
Annexe 4. Indicateurs de suivi	48
Utilisation des services et dispositifs mis en place et caractérisation de leur mise en œuvre	48
Impact médico-économique en termes de coûts et de recours à l'hôpital	50
Annexe 5. Liste et thèmes des « fiches repères » en cours d'élaboration.....	52
Participants	53

1. Contexte et objectifs

Les projets prévus par l'article 70 de la LFSS 2012 visent à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie d'hospitalisation (module 2).

Module 1

En amont d'une hospitalisation pour essayer de la prévenir

Le projet devra proposer toute action permettant de mieux outiller les acteurs du premier recours (médecins traitants, y compris ceux intervenant en EHPAD et le cas échéant le médecin coordonnateur) souvent démunis face à la situation de leur patientèle âgée, polypathologique et fragilisée.

Les objectifs recherchés sont :

1. la mise en place d'aide à la décision pour les médecins traitants à partir d'une évaluation gériatrique complémentaire ;
2. l'organisation de la concertation pluridisciplinaire ;
3. la capacité de répondre sans délai à la sollicitation d'un professionnel libéral confronté à un risque d'hospitalisation chez un sujet âgé fragile.

Module 2

En aval de l'hôpital pour améliorer la gestion de la sortie et des suites d'une hospitalisation.

Le projet devra proposer toute action permettant de préparer le plus en amont possible la sortie d'hôpital, que le séjour s'effectue en médecine, chirurgie ou en soins de suite et réadaptation (travail sur l'organisation intrahospitalière), et d'assurer la fluidité de la prise en charge entre le séjour hospitalier et le retour à domicile ou en établissement médico-social.

Onze projets ont été sélectionnés dans 7 régions : 9 projets mettent en œuvre les 2 modules, 1 projet seulement le module 1 (MSP de Saint-Amand-en-Puisaye) et 1 projet seulement le module 2 (réseau Osmose à Clamart).

L'objectif de ce rapport est de présenter l'analyse globale des 11 projets en s'attachant à identifier la présence des différentes activités et stratégies mises en œuvre dans les projets, leur déclinaison et leur cohérence.

2. Méthodologie

En tant qu'évaluateur de ces projets, la HAS a choisi d'adopter une posture d'accompagnement des acteurs des projets, ARS et promoteurs :

1. Élaboration d'une grille d'analyse des projets basée sur les données de la littérature.
2. Analyse des projets mettant en évidence les points forts et suggérant les points à approfondir, globalement et pour chaque projet.
3. Échanges avec les ARS et les promoteurs pour partager et enrichir cette analyse,
4. Élaboration de fiches repères destinées à accompagner les acteurs des projets dans leur démarche.
5. Élaboration d'une matrice de maturité conçue comme un outil d'auto-évaluation de la coordination des soins et de la conduite de projet/

Une recherche bibliographique a été effectuée dans la base de données Medline, en anglais et en français, sur la période 2007-2012. La littérature grise a été recherchée sur les sites Internet pertinents. (cf. annexe1).

Une grille d'analyse des projets a été construite. Cette grille est fondée sur les activités et stratégies identifiées dans les différents modèles de prise en charge des personnes âgées et pluri-pathologiques, d'après les revues de revues et rapports citées en référence I à XIV (cf. annexe 2).

Tableau 1. Grille d'analyse des projets

Activités essentielles de la prise en charge
• Repérer et évaluer les patients
• Elaborer un plan personnalisé de soins
• Identifier les intervenants, spécifier leur rôle
• Communiquer vers les patients et les intervenants
• Mettre en œuvre le plan de soins, suivre et adapter les soins selon l'évolution
Stratégies nécessaires à la coordination des parcours de soins
• Organiser la gouvernance territoriale
• Utiliser le système d'information
• Gérer et atténuer les problèmes d'interface
• S'appuyer sur des « outils » : protocoles pluriprofessionnels, grilles formalisées, <i>guidelines</i> , etc.
• Déployer des actions de soutien à l'autonomie et à l'éducation des patients.
• Favoriser l'accès aux services à la personne dans les domaines sociaux et de l'aide.
• Soutenir l'organisation du premier recours en équipe pluriprofessionnelle.

La définition et la problématique de chaque activité et stratégie ont été élaborées. Les définitions proposées sont issues principalement de Shojanian KG 2007^I, Mc Donald KM 2010^{IV} et des autres revues systématiques citées en bibliographie. Les principales références utilisées pour établir les problématiques sont citées à la fin de chaque chapitre.

L'analyse des projets par trois lecteurs différents a permis de répondre aux questions : les projets contiennent-ils les activités et moyens cités ci-dessus ? Et sous quelle forme ? Cette première analyse a été présentée aux acteurs de projets et discutée avec eux lors de visites sur site, afin de la valider avec eux et de les aider dans leur travail de maturation des projets. Au 20 décembre 2012, dix projets ont pu faire l'objet de ces visites et un seul projet n'a pas encore accédé à notre demande de visite¹.

Deux dimensions sont essentielles dans cette analyse, dont il est nécessaire de préciser la définition :

- **la continuité du parcours de soins** : c'est la manière dont le patient bénéficie de la coordination entre les soignants. Assurer cette continuité nécessite la délivrance complémentaire de différents types de soins et de services, en s'adaptant aux besoins changeants des patients au cours du temps. L'évaluation de la continuité consiste à vérifier si ces services sont fournis dans la bonne séquence, au bon moment et de façon cliniquement appropriée. Ceci est particulièrement important au moment des transitions entre différents niveaux et structures de soins¹ ;
- **la notion d'hospitalisation évitable** : il s'agit des situations dans lesquelles l'hospitalisation peut être évitée grâce à des interventions en soins de premier recours qui modifient le cours de la maladie ou grâce à la mise en place d'alternatives plus appropriées (comme un hébergement temporaire ou des soins à domicile...).

¹ Sud-Mayenne.

3. Activités cliniques essentielles à la coordination des parcours de soins des personnes âgées et des malades chroniques

L'analyse de la littérature permet d'identifier 4 activités nécessaires à la continuité du parcours de soins des patients présentant une ou plusieurs pathologies chroniques. Ces 4 activités sont liées entre elles, avec un bénéfice démontré de la séquence suivante sur les activités quotidiennes et l'état de santé des personnes âgées: repérage des patients âgés fragiles, réalisation d'une EGS dans les 3 mois, définition et implémentation des interventions recommandées dans les 3 mois pour les patients confirmés comme à risque de perte d'autonomie, communication autour du plan de soins. Chacune de ces activités relève de responsabilités et de compétences spécifiques. Le repérage est de la responsabilité des intervenants en soins de premier recours, de l'aide-ménagère au médecin traitant, la réalisation d'une EGS nécessite de l'expertise gériatrique, l'élaboration du plan de soins est pluridisciplinaire et son suivi nécessite d'identifier le responsable de la coordination et d'en communiquer les coordonnées au patient et à son entourage.

3.1 Repérer en soins de premier recours les patients âgés fragiles et à risque de dépendance devant bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée

Définition :

La fragilité représente un état instable et potentiellement réversible qui expose au risque d'évolution vers la perte d'autonomie.

Problématique :

L'hypothèse est que le repérage précoce de la fragilité *en soins de premier recours* permet d'identifier le risque de dépendance, de modifier la prise en charge du patient et de mettre en œuvre des interventions pouvant prévenir la perte d'autonomie, les chutes, l'institutionnalisation et l'hospitalisation. Ce repérage est la première étape d'une séquence comprenant l'évaluation gériatrique du patient et la planification d'interventions ciblées.

La fragilité est parfois évidente chez les patients dénutris ou ayant chuté, mais à ses stades pré cliniques elle peut être difficile à reconnaître. Or, si on veut obtenir un bénéfice significatif des interventions mises en œuvre, l'enjeu est bien de dépister le risque de dépendance le plus tôt possible. D'un autre côté, il est impossible de soumettre tous les patients âgés de plus de 75 ans à une évaluation gériatrique, qui est un processus long et mobilisant des expertises spécifiques.

Le repérage de la fragilité nécessite la mise à disposition d'outils ayant 3 caractéristiques :

- être simples, rapides à utiliser et accessibles à tous les membres de l'équipe de soins, depuis l'aide-ménagère jusqu'au médecin traitant ;
- avoir des performances pour identifier la fragilité acceptables par comparaison à celles de l'EGS, particulièrement pour leur valeur prédictive négative ;
- être validés en soins de premier recours pour repérer les risques associés à la fragilité.

Une autre question porte sur les modalités du repérage : par autoquestionnaire ? Par un questionnaire administré par un médecin ? Ou par un non-médecin ?

Références :

- Pialoux T, Goyard J, Lesourd B. Screening tools for frailty in primary health care: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int* 2012; 12: 189-97.
- Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatr* 2011;11:33.
- Chang JT, Ganz DA. Quality indicators for falls and mobility problems in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(Suppl.2):S327–34.
- Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees

Critères d'évaluation : Présence dans le projet d'un outil simple et rapide à utiliser pour repérer en soins de premier recours les personnes à risque de perte d'autonomie.

Analyse des projets :

La détection/repérage des patients fragiles et à risque de perte d'autonomie en soins de premier recours est évoquée dans la moitié des projets, mais elle n'est présente avec des outils formalisés (critères de fragilité, grille SEGA, projet de grille fragilité) que dans 4 projets² : la majorité des projets ne prévoit pas d'outil spécifique pour sa réalisation. Un des projets propose comme moyen de détection de la population cible le passage aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans³. Un projet réfléchit à un outil de repérage⁴.

² Lorraine, Saint-Amand, Saint-Méen-le-Grand, CG Bresse bourguignonne.

³ Ussel.

⁴ Marseille.

3.2 Évaluer par une évaluation gériatrique standardisée (EGS) les risques médico-psychosociaux, l'autonomie, la situation sociale, le projet de vie et la santé

Définition :

L'EGS est une procédure diagnostique multidisciplinaire qui n'est pas limitée à l'évaluation médicale. Elle comprend plusieurs dimensions : évaluation de la santé physique, du statut fonctionnel, de la santé psychologique et cognitive, de l'environnement et du soutien social. Son but est d'identifier l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux qui peuvent affecter un patient âgé fragile, puis d'établir un plan de soins personnalisé pour y remédier.

Problématique :

L'hypothèse est que l'accès à l'évaluation gériatrique en ambulatoire des patients âgés fragiles permet de réduire leurs risques de déclin fonctionnel et d'hospitalisation, grâce à l'identification de leurs points faibles et de leurs ressources.

Il existe plusieurs manières de réaliser une EGS, mais toutes nécessitent de l'expertise gériatrique qui fait le plus souvent défaut en soins ambulatoires.

Les questions qui se posent sont :

- Quel est l'impact de cette évaluation et des conditions de son efficacité ?
- Quelles sont les expertises à mobiliser : gériatrique, nutritionnelle, sociale, kinésithérapie ?
- Peut-on proposer un kit d'outils minimum à utiliser pour sa réalisation en ambulatoire ?

Références :

- Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta regression analysis. JAMA 2002, 287(8):1022-8.
- Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2008, 63(3):298-307.
- Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review. BMC Health Services Research 2008, 8:74

Critères d'évaluation : Le projet prévoit le déploiement de ressources et d'expertise gériatrique en ambulatoire.

Analyse des projets :

La réalisation d'une évaluation gériatrique est mentionnée par 7 projets. Six projets prévoient de développer l'accès à une EGS en ambulatoire⁵, en favorisant l'intervention en soins de premier recours de gériatres (« consultation avancée de gériatrie ») ou d'équipe mobile de gériatrie (EMG) et 1 projet prévoit de façon explicite une évaluation gériatrique pour les patients hospitalisés⁶.

⁵ CG Bresse bourguignonne, Saint Méen-le-grand, Lorraine, Sud Mayenne, Marseille, Grasse.

⁶ Saint Méen-le-Grand.

3.3 Élaborer un plan personnalisé de soins (PPS) répondant aux risques identifiés. Mettre en œuvre le plan et son suivi

Définition :

Le PPS est un outil opérationnel proposé aux professionnels de santé pour organiser et planifier le parcours de soins d'une personne ayant une ou plusieurs maladies chroniques, afin de résoudre les problèmes identifiés. Il prend en compte la situation globale du patient. Partagé par le patient et les professionnels, c'est aussi un outil de coordination des différents professionnels participant à la prise en charge et un support à l'auto-soins.

Problématique :

Une première étape est l'évaluation des ressources du patient et de son entourage, ainsi que de leurs besoins et préférences, afin de les impliquer et de parvenir à un objectif partagé. La deuxième étape est de planifier des interventions, qui peuvent être thérapeutiques, sociales ou éducatives. La troisième étape est d'identifier clairement les professionnels de santé et les services médico-sociaux en charge de la réalisation du plan de soins, ainsi que le responsable de la coordination. Celui-ci doit pouvoir être identifié et joint à chaque moment du parcours par le patient et sa famille. Ce responsable peut être le médecin traitant, mais aussi un autre professionnel de santé, un coordonnateur de parcours de soins ou même un travailleur social^X. Le suivi du plan doit être organisé, avec une évaluation régulière des résultats pour pouvoir détecter les problèmes et prévenir les ruptures de prise en charge.

Références :

- Haute Autorité de Santé. Plan personnalisé de soins. Février 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_vierge.pdf
- Haute Autorité de Santé. Parcours de soins, questions réponses. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf.
- Gnanadesigan N, Fung CH. Quality Indicators for Screening and Prevention in Vulnerable Elders. J Am Geriatr Soc 2007;55(Suppl.2):S417-23.
- Institute for Healthcare Improvement. Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs. 2011. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/IHICareCoordinationModelWhitePaper.aspx>

Critères d'évaluation : Le projet prévoit une procédure d'alerte protocolisée pour détecter les risques de rupture du parcours.

Analyse des projets :

Quatre projets prévoient l'élaboration et le suivi de plans de soins en amont de l'hospitalisation, sous la dénomination plans d'aide, d'intervention, schéma de coordination des prises en charge, plan de prise en charge⁷ ; 1 projet prévoit l'élaboration de plans de soins entre EHPAD et établissements hospitaliers suite à l'intervention de l'EMG⁸. Les projets abordent peu les modalités prévues pour assurer le suivi du plan de soins. Une alerte informatique sur les risques de rupture est envisagée sur un des sites mais n'en est qu'au stade de projet⁹.

⁷ Saint Méen-le-Grand, Lorraine, Grasse et CG de la Bresse bourguignonne.

⁸ Marseille.

⁹ Nord Mayenne.

Seulement 3 projets¹⁰ prévoient d'organiser la séquence dépistage, EGS et plan de soins de façon explicite et formalisée, alors même que la mise en œuvre et le suivi d'interventions adaptées conditionnent l'efficacité de l'EGS.

3.4 Communiquer vers le patient et les professionnels de santé, partager l'information entre les différents acteurs et niveaux de soins

Définition :

On se limitera ici au partage de connaissances et d'informations entre les acteurs de la prise en charge d'un patient, et entre ces acteurs et le patient lui-même. On distingue 3 modes de communication clés :

- la communication interpersonnelle : échange d'idées, de préférences, d'objectifs et de ressentis entre des personnes. Cela inclut, par exemple, les face-à-face, e-mail, lettre, conversation téléphonique, vidéo conférence ;
- le transfert d'informations entre professionnels de santé comme l'histoire médicale, la liste des traitements, les résultats d'examens complémentaires et autres données médicales ;
- la communication avec le patient : l'envoi de rappels et d'informations sur des points clés de la prévention, du traitement et sur les rendez-vous prévus. Cela peut être fait par les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les coordonnateurs de parcours de soins...

Problématique :

Communiquer autour du plan de soins est essentiel pour pouvoir disposer de la bonne information au bon moment et prendre la bonne décision. Le défaut de communication et de transfert d'information peut affecter de façon très négative la prise en charge des patients. À chaque étape de la mise en œuvre du plan personnalisé de soins, il faut se poser les questions : avec qui est-il pertinent d'échanger ? Quelles informations transmettre (données minimales à partager) ? À qui ? Dans quel délai ? Sous quel format ? Avec quel vecteur ? Ces questions méritent d'être traitées à l'avance par l'équipe et sont étroitement imbriquées avec l'existence d'un système d'information et de ses capacités comme support de la communication.

Références :

- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007;297:831-41.
- Foy R, Hempel S, Rubenstein L, Suttrop M, Seelig M, Shanman R, Shekelle PG. Effect of interactive communication between collaborating primary care physician and specialists. Ann Intern Med 2010;152: 247-58.

Critères d'évaluation : Il existe une stratégie de communication dans le projet, avec identification des cibles et des données à échanger.

¹⁰ Saint-Méen le Grand, Lorraine et CG de la Bresse bourguignonne.

Analyse des projets :

Presque tous les projets prévoient d'améliorer la communication et le transfert d'information entre professionnels, mais de façon plus ou moins formalisée et sous des formes différentes : la production et la mise en partage de fiches de liaison, de carnet de liaison senior, d'un dossier de synthèse annuel sont envisagées par 5 projets¹¹. Deux projets prévoient d'optimiser la communication ville-hôpital dès l'admission : communication journalière au réseau de santé des coordonnées des personnes âgées relevant de son secteur, envoi de renseignements à l'hôpital par le secrétariat de la MSP¹². Un projet prévoit la transmission à la MSP par tablette numérique d'une alerte en cas de difficultés du maintien à domicile¹³. Un projet prévoit la communication informatique des alertes et des éléments de dossier dans le cadre d'une plate-forme d'appui au premier recours¹⁴. Trois projets prévoient des actions de communication pour informer les usagers¹⁵ et les médecins traitants¹⁶ des services mis à leur disposition. L'adressage de messages spécifiques et de rappels aux patients n'est pas cité, mais il est possible que cela soit déjà utilisé par certaines MSP ou réseaux en marge des expérimentations article 70.

Concernant les vecteurs de l'information : 5 projets prévoient le déploiement du DMP¹⁷ et 4 souhaitent utiliser la messagerie sécurisée pour le partage des données entre ville hôpital, dont 3 dans le cadre d'un GCS ou d'une plate-forme régionale¹⁸. Deux projets prévoient de donner des droits d'accès aux professionnels de santé à des logiciels ou des bases de données de réseaux¹⁹ ou de leur adresser par papier ou messagerie des extractions automatiques (résultats d'EGS, PPS, fiches de sortie réseau)²⁰. Trois projets prévoient de s'appuyer sur un espace numérique régional pour développer la communication²¹.

¹¹ Nord et Sud Mayenne, Lorraine, CG2B, Saint-Méen.

¹² CGB2, Saint-Amand.

¹³ Saint-Amand.

¹⁴ Nord-Mayenne.

¹⁵ Saint-Méen, Marseille.

¹⁶ Lorraine.

¹⁷ Nord et Sud mayenne, Grasse, Saint-Méen, Lorraine.

¹⁸ Saint-Amand, Grasse, Ussel, Saint-Méen.

¹⁹ Clamart aux médecins traitants, médecins hospitaliers, SSIAD, infirmières, Lorraine aux SU hospitaliers et à SOS.

²⁰ Lorraine aux médecins généralistes.

²¹ Nord et Sud Mayenne, Lorraine.

4. Stratégies nécessaires à la coordination des parcours de soins

4.1 Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours

Le suivi par une équipe pluriprofessionnelle est au cœur de tous les modèles réputés améliorer la continuité du parcours de soins et réduire le risque d'hospitalisation des patients âgés atteints de pluripathologies^{II, IX, XI, XII, XIII}. Ce travail en équipe est nécessaire au succès des activités qui incombent aux soins de premier recours : évaluer la situation des patients âgés fragiles, personnaliser, planifier et suivre leur parcours de soins, mettre en œuvre des interventions alternatives à l'hospitalisation, suivre les patients à leur sortie d'hospitalisation. L'équipe peut réunir des médecins, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des assistants administratifs, des kinésithérapeutes, des diététiciennes, des psychologues... Les modalités du travail d'équipe dépendent des modes d'organisation locaux, mais 4 composantes sont incontournables : la formalisation de la concertation au sein des soins de premier recours, une coopération organisée avec les soins spécialisés, la proposition aux patients d'un suivi pluriprofessionnel, un exercice coordonné fondé sur des protocoles élaborés par l'ensemble de l'équipe. Quatre leviers importants ont été identifiés comme pouvant améliorer la performance du travail en équipe : le développement des coopérations entre professionnels (au sens de l'article 51 de la loi HPST), la formation pluriprofessionnelle, la télémédecine et l'utilisation partagée d'un système d'information.

4.2 Favoriser un suivi pluri-professionnel en soins de premier recours

Définition :

Le travail en équipe pluriprofessionnelle désigne l'exercice conjoint et non hiérarchique de professionnels de métiers différents, agissant en soins primaires de façon à répondre aux demandes des patients, chaque professionnel pouvant intervenir sans se limiter obligatoirement à son domaine de compétences traditionnel/réglementaire.

Problématique :

Passer du dialogue singulier à un suivi pluri-professionnel nécessite des changements parmi lesquels on peut citer (1) la participation régulière à des réunions de concertation pluriprofessionnelles permettant d'orienter le parcours du patient et de discuter des événements indésirables, (2) le passage d'un suivi mono professionnel à un suivi incluant des consultations régulières avec un ou plusieurs autres professionnels que le médecin traitant (le plus souvent une infirmière ou un pharmacien), (3) la promotion de la coopération entre professionnels sous forme de délégations de tâches protocolisées dans le cadre de l'article 51, (4) l'établissement de relations directes avec les spécialistes, afin d'avoir un accès rapide à leurs avis en complément du processus habituel de référence.

Références :

- Agency for Healthcare Research and Quality. The Patient-Centered Medical Home. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report No 208. July 2012. <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/gappcmh.htm>
- Barnes KA, Kroening-Roche JC, Comfort B. The Developing Vision of Primary Care. N Engl J Med 2012;367:891-3.

- Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud* 2008;45:140–53.
- Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ* 2012;345:e5205.
- Dennis S, May J, Perkins D, Zwar N, Sibbald B, Hasan I. What evidence is there to support skill mix changes between GPs, pharmacists and practice nurses in the care of elderly people living in the community? *Austr New Zealand Health Policy* 2009 ; 6:23.

Critères d'évaluation : Le projet prévoit des réunions de concertation pluri-professionnelles et des modalités de suivi pluriprofessionnel du patient ; le projet prévoit un protocole de coopération au titre de l'article 51 ; il existe dans le projet une procédure formalisée permettant un accès rapide aux avis des spécialistes.

Analyse des projets :

La majorité des expérimentations vise à renforcer le travail en équipe en soins de premier recours. Des réunions de concertation pluriprofessionnelles sont prévues par 4 projets en amont ou en aval de l'hospitalisation, associant les généralistes, les spécialistes, les autres professionnels médico-sociaux de ville, les gériatres, les infirmiers²². Deux projets organisent un suivi par un infirmier en ville, avant et après l'hospitalisation, dans le cadre d'une intervention éducative²³, et un autre se propose de l'organiser dans le cadre du programme ESPREC (eNMR)²⁴. Un de ces projets formalise des échanges bimensuels entre généraliste et gériatre autour des dossiers complexes des patients âgés. Un projet donne aux médecins généralistes la possibilité de recourir à l'expertise spécifique des professionnels paramédicaux²⁵. Un projet prévoit une plateforme d'appui du premier recours organisant la continuité entre les acteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux du domicile²⁶. Un seul projet envisage une délégation de tâche en étendant à l'EHPAD le protocole dans le cadre de l'article 51 sur la prise en charge des plaies et blessures par l'infirmière (déposé à la HAS en 2011)²⁷.

²² CGB2, Saint-Amand, 18^e arrondissement, Grasse.

²³ 18^e arrondissement, 92.

²⁴ Saint-Amand-en-Puisaye.

²⁵ Saint-Méen-le-Grand.

²⁶ Nord Mayenne.

²⁷ Saint-Amand.

4.3 Implémenter et suivre des protocoles pluriprofessionnels, en incluant l'usage d'outils validés et partagés

Définition :

Un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) est le schéma d'une prise en charge optimale par une équipe pluriprofessionnelle. Il reflète l'expression d'un accord local et documenté pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge des patients. Leur élaboration s'appuie sur la littérature, le travail en équipe, et comprend un volet de gestion des risques.

Problématique :

L'élaboration d'un PPSPR est une réponse à l'identification d'un problème local à résoudre nécessitant la mutualisation des compétences (besoin d'actualisation, d'amélioration et d'harmonisation des pratiques ou d'homogénéisation des prises en charge). Elle nécessite à la fois la prise en compte des données de la littérature, de l'expérience des professionnels et des contraintes locales. Le protocole est d'autant plus appliqué qu'il a été le résultat d'une concertation locale impliquant l'ensemble des professionnels, qu'il est suffisamment concis pour être facilement utilisable et qu'il est intégré dans les systèmes d'information.

Références :

- Haute Autorité de Santé. Étapes d'élaboration d'un PPSPR. 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr-2clics_etapes_d_elaboration.pdf
- Haute Autorité de Santé. Guide d'élaboration d'un PPSPR. 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_guide_etapes_elaboration.pdf

Critères d'évaluation : Il existe dans le projet au moins un protocole pluriprofessionnel ou un projet de protocole pluriprofessionnel.

Analyse des projets :

Plusieurs projets évoquent l'utilisation ou l'élaboration de protocoles pour organiser la prise en charge conjointe, mais seulement deux en font état de façon explicite : un « *protocole sorties complexes* »²⁸ et des protocoles pluriprofessionnels sur les AVK, les vaccinations et avec les psychiatres²⁹.

²⁸ Nord-Mayenne.

²⁹ Saint-Amand.

4.4 Développer le DPC et la formation pluriprofessionnelle

Définition :

La formation pluriprofessionnelle désigne un programme de formation réunissant au moins deux groupes de professions médicales, paramédicales ou médico-sociales, pour apprendre ensemble, l'un de l'autre, et améliorer la collaboration et la qualité des soins.

Problématique :

La formation pluriprofessionnelle est l'occasion d'améliorer la capacité de travailler en équipe (meilleure connaissance des rôles et des pratiques de chacun, modalités de communication...) et de préciser les modalités de prise en charge partagée des patients (identification de recommandations partagées, élaboration de protocole pluriprofessionnels...). Elle prend en compte l'organisation des soins des participants et dépasse les enjeux particuliers de chacun d'entre eux pour être ciblée sur les besoins de l'équipe. Une analyse des pratiques et des buts de l'équipe paraît donc être un préalable incontournable. Parmi les thèmes prioritaires à aborder on peut citer l'utilisation des outils de repérage, les risques liés aux médicaments, la prévention des chutes, la dénutrition.

Références :

- Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. Med Educ 2012;46(1):58-70.
- Salas E, Diaz Granados D, Klein C, Burke CS, Stagl KC, Goodwin GF, Halpin SM. Does team training improve team performance? A meta-analysis. Hum Factors 2008;50(6):903-33.

Critères d'évaluation : Il existe dans le projet un programme de formation pluri-professionnel.

Analyse des projets :

Quatre projets prévoient d'organiser des formations pour former les acteurs aux procédures et outils utilisées. Dans trois cas elle est pluriprofessionnelle³⁰, et dans un cas elle est organisée séparément pour les médecins traitants (qui sont indemnisés) et les SSIAD, EHPAD et HAD d'autre part en raison de contraintes d'horaires³¹.

³⁰ Saint-Amand, 18^e, 92.

³¹ Lorraine.

4.5 Utiliser la télémédecine

Définition :

La télémédecine est une pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication, qui met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical. Elle inclut : (1) la délivrance de soins à distance par téléconsultation, (2) l'accès à distance à l'expertise ou téléexpertise qui peut nécessiter parfois la transmission de documents ou de résultats - (3) la télésurveillance qui se rapporte aux dispositifs de surveillance ou d'alarme à domicile recueillant les signes vitaux adressés ensuite à un clinicien pour interprétation et téléassistance. S'y ajoute la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (décret du 19 octobre 2010).

Problématique :

De nombreuses applications de télémédecine sont développées pour la prise en charge des patients âgés. La pathologie qui a fait l'objet de plus d'études contrôlées, notamment quant à la réduction des hospitalisations, est l'insuffisance cardiaque. Les bénéfices attendus sont d'améliorer l'accessibilité aux soins, de favoriser le recours aux spécialistes, d'optimiser le temps d'expertise des professionnels de santé, de décroquer le sanitaire et le médico-social et de sécuriser des professionnels isolés. Il existe un certain nombre de contraintes à l'utilisation de la télémédecine comme l'utilisation de logiciels certifiés CE, la personnalisation de l'organisation pour chaque patient et la mise en place de procédures assurant la sécurité des patients.

Références :

- Haute Autorité de Santé. Note de cadrage. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Juin 2011. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1064600/efficience-de-la-telemedecine-etat-des-lieux-de-la-litterature-internationale-et-cadre-devaluation
- Agence nationale d'appui à la performance. La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 1 : les grands enseignements. 2012. http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf
- Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, Stewart S, Cleland JG. Structured telephone support or telemonitoring programs for patients with chronic heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Aug 4;(8):CD007228.

Critères d'évaluation :

Il existe dans le projet des éléments se rapportant à une des applications possibles de la télémédecine.

Analyse des projets :

La télémédecine est également peu utilisée dans le cadre des projets article 70. Deux applications seulement en sont envisagées mais non encore finalisées : une possibilité de téléassistance médicalisée à travers l'accès des médecins aux dossiers du réseau³², et la mise en place de téléconsultations et transmission d'examen entre une MSP et un EHPAD pour optimiser l'intervention des médecins sur site et réduire les hospitalisations, ainsi qu'avec les infirmières libérales dans le cadre du maintien à domicile et du suivi de pathologies chroniques (insuffisance cardiaque)³³.

³² CGB2.

³³ Saint-Amand

5 Assurer la gouvernance et la coopération des acteurs

5.1 Réaliser un diagnostic de territoire (cf. ANAP)

5.2 Favoriser l'intégration des services sanitaires et structures médico-sociales

Définition :

Le concept d'intégration des soins renvoie à plusieurs définitions et modèles, chacun reflétant des points de vue et des contextes d'application différents. Dans le cadre des expérimentations article 70, on peut retenir cette définition : une approche managériale qui vise à l'intégration de différentes structures de santé et de services sociaux ou d'aide à la personne qui contribuent à maintenir l'autonomie des patients au niveau d'un territoire. L'intégration est dite « verticale » si elle implique différents niveaux de soins (par exemple soins de premier recours et établissements hospitaliers) ou « horizontale » si elle a lieu à un même niveau de soins.

Problématique :

Il est généralement admis que l'intégration des structures et services au niveau d'un territoire peut avoir un bénéfice médical et économique lorsqu'elle est ciblée sur une catégorie de patients dont les besoins de santé sont complexes et dont la coordination des soins est faible. Cette situation est bien celle des patients âgés et polyopathologiques qui font l'objet des expérimentations de l'article 70.

L'intégration doit être précédée d'un diagnostic de territoire.

L'intégration la plus fréquemment possible en France est l'intégration « virtuelle » qui fait intervenir des contractualisations entre différentes structures médicales et sociales ; l'intégration « réelle » est plus rare car elle nécessite une même appartenance des structures, permettant la fusion des prestations et des financements (un exemple en est l'Administration des vétérans aux USA).

Les services médico-sociaux concernés sont de nature diverse mais leur point commun est d'être produits et proposés hors du monde sanitaire. Cela peut être les dossiers MDPH, la prise en charge au titre des caisses de retraite ou de l'aide personnalisée à l'autonomie, l'intervention d'une assistante sociale, un service de portage de repas, l'aménagement du domicile, l'intervention d'auxiliaires de vie...

L'intégration facilite l'accès des patients aux services médicaux ou sociaux qui répondent à leurs besoins. Mais elle n'aboutit pas obligatoirement une meilleure utilisation des ressources de santé et de meilleurs résultats des soins ; pour parvenir à cet objectif il est nécessaire d'implémenter des interventions complémentaires : un exercice en équipe pluriprofessionnelle, la possibilité de recourir à des *cases managers* ou coordinateurs d'appui pour évaluer et suivre les patients complexes, un système d'information partagé. Une des questions à résoudre est de déterminer lesquelles de ces interventions il convient de privilégier dans le contexte particulier de chaque projet.

Références :

- Rand Europe, Ernst & Young LLP. National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots. Prepared for the Department of Health. 2012
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_133127.pdf
- The King's Fund. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together : a report to the Department of Health and the NHS Future Forum. 2012
<http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=9405>
- The King's Fund. Integrated care : What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? 2011. <http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=9260>
- Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Frameworks of Integrated Care for the Elderly: A Systematic Review. CPRN Research Report. April 2008.
<http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=1890&l=fr>
- Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. Health Serv Res 2011 ;11:93.

Critères d'évaluation :

Un diagnostic de territoire a été réalisé ; il existe dans le projet des éléments visant à l'intégration des services et structures pour répondre aux besoins identifiés ; le projet prévoit de favoriser la mise à la disposition des services sociaux et des aides aux personnes âgées dont la situation le nécessite ; il existe la possibilité de recourir à un appui du type « case management » pour évaluer et suivre les patients.

Analyse des projets :

Tous les promoteurs des projets article 70 ont une collaboration avec les services sociaux et d'aide à domicile³⁴, et prévoient de la développer en traitant les dossiers APA et de caisses de retraite dans les situations d'urgence³⁵, en fournissant une réponse en cas d'urgence sociale sur les possibilités d'hébergement temporaire³⁶, en mobilisant dans la journée les services sociaux³⁷, en donnant accès à l'assistance sociale de l'équipe Passerelle³⁸ ou à une aide financière en sortie d'hospitalisation³⁹.

L'intégration des structures et services est présente dans 8 projets : un projet est co-porté par un établissement hospitalier et une association associant un CLIC de niveau 3, un réseau, le CCAS et une MAIA⁴⁰, un projet est porté par un réseau qui est porteur d'un CLIC niveau 3 et participe au comité de coordination technique du SSIAD⁴¹ ; un autre projet est porté par une maison de santé qui intègre le service d'aide à domicile du CLIC et a passé une convention avec le CMP et la médecine du travail⁴²; un projet est porté par un pôle de santé et comprend plusieurs mesures visant à renforcer l'intégration fonctionnelle des structures⁴³; un projet porté par le centre gérontologique départemental associe les établissements hospitaliers, 4 réseaux, une MAIA, l'université et des services d'aide à domicile⁴⁴ ; un projet porté par un CHG a structuré une filière

³⁴ CGB2, Saint-Amand, Ussel, Lorraine, Nord Mayenne, Sud Mayenne, Grasse.

³⁵ CGB2.

³⁶ Saint-Méen.

³⁷ Nord-Mayenne.

³⁸ Grasse.

³⁹ Marseille.

⁴⁰ Grasse.

⁴¹ CGB2.

⁴² Saint-Amand en Puisaye.

⁴³ Saint-Méen.

⁴⁴ Marseille.

gériatrique intégrant un réseau, une MAIA, un hôpital local, des EHPAD, une MSP, des services d'aide à domicile avec mutualisation des postes de pilotage⁴⁵; les deux autres projets sont portés par un consortium d'offreurs qui prévoient de consolider les relations entre eux par des tables de concertation et des espaces de travail ; un de ces projets paraît plutôt à point de départ hospitalier et l'autre paraît plutôt organisé autour d'un pôle de santé⁴⁶.

⁴⁵ Ussel

⁴⁶ Nord et Sud-Mayenne

5.3 Recourir à des coordonnateurs de parcours de soins (*case managers*) pour les cas complexes

Définition :

Le recours au *case management* représente l'assignation explicite à une personne, ou à un groupe, des activités de coordination dont la complexité et la charge de travail dépassent les capacités des professionnels de premier recours dans le cadre de leur exercice quotidien.

Problématique :

La responsabilité spécifique du *case manager* (ou coordinateur de soins ou gestionnaire de cas) est de superviser et de coordonner, **en appui aux professionnels de premier recours**, la prise en charge des patients ayant un niveau élevé de complexité, avec le double objectif d'améliorer leur santé et de réduire le besoin de soins coûteux.

La complexité des patients provient en général de la combinaison de problèmes médicaux, fonctionnels et sociaux. La décision de faire intervenir le *case manager* nécessite donc au préalable une identification de la population cible.

Les *case managers* sont spécifiquement formés et s'appuient sur des supports de travail explicites. Ce peut être des professionnels de santé ou des travailleurs sociaux.

La procédure de *case management* comprend les étapes clés suivantes : repérage des sujets cibles selon des critères prédéfinis, évaluation standardisée et multidimensionnelle, élaboration d'un plan de services personnalisés, identification des ressources disponibles, implémentation, suivi et réévaluation du plan. On peut également rattacher au *case management*, l'intervention limitée dans le temps des professionnels non médecins dédiés au suivi des patients dans les jours et semaines après leur sortie, appelés aussi *navigators*, qui est une des composantes clés de la plupart des programmes organisant la transition hôpital-ville

tous ces titres, le *case management* paraît être une composante essentielle pour le succès de la prise en charge des patients âgés à risque de dépendance aux différentes étapes de leur parcours : élaboration et suivi du PPS, gestion des crises et prévention des hospitalisations évitables, transition hôpital-domicile, fin de vie. Son organisation au niveau territorial est un complément indispensable à l'intégration des structures sanitaires et médico-sociales.

Le guide récemment publié par la DGOS oriente les réseaux de santé dans cette direction.

Références :

- The King's Fund. *Case management. What it is and how it can best be implemented?* 2011 <http://www.kingsfund.org.uk/publications/case-management>
- Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F, Saint-Jean O et al. The individualized service, plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *Int J Integr Care* 2007; 7:e52.
- Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? octobre 2012. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

Critères d'évaluation :

Le projet prévoit l'appui de coordonnateurs de soins pour les cas complexes.

Analyse des projets :

L'intervention de coordonnateurs de parcours de soins en appui au premier recours pour les patients ayant des parcours complexes n'est prévue que par 5 projets : un projet propose une coordination d'appui avec les services sociaux partenaires⁴⁷ ; un projet prévoit une procédure du type *case management* autour de l'élaboration et du suivi des PPS⁴⁸ ; un projet prévoit un coordonnateur de plate-forme gériatrique chargé de mettre un place un projet personnalisé planifiant les différentes interventions⁴⁹ ; un projet prévoit la gestion de cas par l'équipe passerelle ou par la MAIA⁵⁰ ; un projet prévoit d'utiliser les gestionnaires de cas de la MAIA⁵¹. Dans un autre projet, cette procédure est possible autour de la plate-forme d'organisation des sorties et de la MAIA, mais cela demande confirmation⁵².

⁴⁷ CGB2.

⁴⁸ Lorraine.

⁴⁹ Saint-Méen-le-Grand

⁵⁰ Grasse.

⁵¹ Ussel.

⁵² Marseille.

6. Gérer les situations de crise et prévenir les hospitalisations évitables grâce à des procédures communes

Définition :

Il s'agit de procédures ou d'organisations spécifiques, destinées à prévenir les hospitalisations évitables, prévues et mises à la disposition des professionnels pour gérer les situations des patients qui ne pourraient pas, sans ces interventions, être maintenus à domicile ou en EHPAD.

Problématique :

Même si la continuité des parcours de soins et l'anticipation des ruptures de ces parcours sont des moyens importants de prévenir les hospitalisations^{II, IX, XIV}, il est inévitable que dans un certain nombre de situations les professionnels de premier recours soient confrontés à des situations à risque d'hospitalisation, qui nécessitent une réponse immédiate ou à très bref délai. Selon les données CNAMTS, 33 % des personnes âgées de plus de 75 ans ont été hospitalisées au moins une fois dans l'année 2010 et parmi celles-ci, 44 % sont passées par les services d'urgences. L'enjeu est de mettre à leur disposition des procédures pour répondre à ces situations de crise en ambulatoire dans des conditions d'efficacité et de sécurité au moins équivalentes à celles d'une hospitalisation en urgence. Il est également possible d'intervenir au niveau des services d'urgences eux-mêmes^{IX} pour améliorer leur connaissance de la situation des patients afin qu'ils puissent les orienter vers des alternatives à l'hospitalisation si cela est possible.

Références :

- Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiró S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: a systematic review. PLoS One, 2012;7(5):e35903.

Critères d'évaluation :

Il existe dans le projet au moins une procédure permettant de gérer en ambulatoire les situations de crise : mobilisation accélérée d'expertises et de services, protocoles de prise en charge en ambulatoire, identification d'alternatives à l'hospitalisation.

Analyse des projets :

Des procédures de réponse en situation de crise sont prévues par tous les projets mettant en œuvre le module 1. Ces procédures sont de nature et de réactivité variables, mais elles concourent toutes au renforcement de l'équipe de soins de premier recours et de sa capacité d'interaction avec les soins spécialisés.

Une première série de procédures concerne la mise à disposition de réponses immédiates en situation de crise : IDE de nuit en EHPAD⁵³, alertes protocolisées des médecins par les intervenants à domicile⁵⁴, accès téléphonique direct et 24 h sur 24 des professionnels libéraux à l'avis d'un gériatre pour aide à la conduite à tenir immédiate et soutien à la prise de décision éclairée⁵⁵.

⁵³ Ussel/

⁵⁴ Saint-Amand, St-Méen, Nord Mayenne.

⁵⁵ Lorraine, Grasse.

Un deuxième type de procédures vise à mobiliser dans des délais plus rapides des ressources déjà existantes : accès accéléré aux services d'aide à domicile (traitement en urgence des dossiers APA...) ⁵⁶, ouverture de CS préventives d'accès rapide au CH ⁵⁷, intervention à domicile en moins de 72 h d'une équipe spécialisée Alzheimer ou d'une équipe mobile de gériatrie pour y réaliser une EGS suivie d'une RCP, visite à domicile d'un infirmier spécialisé ⁵⁸, plate-forme d'appui du premier recours avec réactivité accrue (moins d'une semaine) en situation de crise ⁵⁹, intervention des équipes mobiles de gériatrie et de la HAD en EHPAD et « baluchonage » permettant l'intervention d'un aidant quand l'aidant naturel n'est pas disponible ⁶⁰.

Enfin une troisième série d'interventions vise à identifier et à mieux utiliser les alternatives à l'hospitalisation en amont de l'hospitalisation ou lorsque les patients sont déjà aux urgences : développement de l'accès des urgentistes à la « fiche urgence lorraine » ⁶¹, n° d'appel urgences relié aux responsables des admissions et médecins coordonnateurs aux urgences ⁶², programmation du recours au court séjour gériatrique ⁶³, recours à une aide-soignante ou à une infirmière du SSIAD ⁶⁴, mutualisation SSIAD-EHPAD, accueil de nuit et hébergement temporaire en EHPAD en alternative à l'hospitalisation non médicalement justifiée ⁶⁵.

⁵⁶ CGB2.

⁵⁷ Sain-Méen.

⁵⁸ Saint-Méen, Sud Mayenne, Grasse, 18^e et 92.

⁵⁹ Nord-mayenne.

⁶⁰ Marseille.

⁶¹ Lorraine.

⁶² Saint-Méen.

⁶³ Sud-Mayenne.

⁶⁴ Ussel.

⁶⁵ Saint-Amand, Nord Mayenne.

7. Organiser la transition hôpital-domicile

Quels que soient les pathologies concernées, les acteurs impliqués et les moyens utilisés, la transition hôpital-ville a 2 dimensions (1) l'organisation intrahospitalière de la sortie, (2) : l'organisation du suivi à domicile dès les premiers jours après la sortie. Pour les équipes hospitalières, cela implique d'améliorer le processus intrahospitalier de sortie mais également, comme les y invite un des objectifs du SROS PRS 2011, de se préoccuper du suivi après la sortie et de « développer la coordination et la continuité de la prise en charge avec la médecine de ville, en aval de la prise en charge hospitalière, avec comme indicateur de suivi le taux de réhospitalisations à 30 jours ». Pour les soins de premier recours, cela nécessite de dédier une attention particulière et du temps à la prise en charge précoce des patients après leur sortie, en étroite relation avec l'hôpital. La transmission de l'information en temps utile est une condition élémentaire de réussite. L'appui d'infirmières ou de coordinateurs de parcours de soins intervenant à domicile ou par téléphone est une stratégie couramment utilisée dans la littérature. La conciliation médicamenteuse et l'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage sont également utilisées. C'est la combinaison de plusieurs stratégies qui paraît la plus efficace.

Définition :

L'organisation de la transition hôpital-domicile désigne toutes les interventions limitées dans le temps qui ont pour objectif d'éviter la rupture de continuité des soins et la survenue d'événements de santé défavorables, incluant la réhospitalisation.

Le terme de réhospitalisation signifie que la nouvelle hospitalisation n'était pas prévue, qu'elle est en lien avec le séjour hospitalier précédent et qu'elle a eu lieu dans les 30 jours suivant la sortie.

Problématique :

Le critère le plus fréquemment utilisé pour juger des réhospitalisations est l'évolution de leur taux 30 jours après la sortie, bien que ce critère soit davantage validé par l'usage que par des données scientifiques, en particulier pour les patients âgés fragiles. Aux États-Unis presque 20 % des patients tous âges confondus sont ré hospitalisés dans ce délai. En France il a été rapporté un taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours de 14 % (IC 95 % 12-17,5 %) chez les patients âgés de plus de 75 ans. Ceci est cohérent avec les données de la CNAMTS qui rapportent que 14 % des personnes âgées de plus de 75 ans ont été hospitalisées au moins 2 fois dans l'année 2010. D'autre part, une revue systématique de 16 études situe la proportion médiane des réadmissions évitables à 23 % (IC 95 % 21,7-24,5).

Aux Etats-Unis, l'organisation de la transition hôpital-domicile est devenue une priorité, qui se traduit par plusieurs recommandations, mesures réglementaires et incitations. Deux stratégies sont au cœur de la transition : l'organisation intra-hospitalière de la sortie et l'organisation du suivi après la sortie, en coopération avec les acteurs du premier recours ou en s'y substituant lorsqu'ils ne peuvent l'assurer. Il paraît nécessaire d'accorder une importance équivalente à ces deux stratégies car une part majeure de la décision de réhospitaliser ou non dépend de la qualité du suivi en ambulatoire.

Cette organisation ne s'applique qu'aux patients à risque de réhospitalisation et cela nécessite de préciser les modalités de leur repérage qui doit avoir lieu le plus tôt possible après l'admission. Les autres questions portent sur la nature des interventions à déployer pour l'organisation intra-hospitalière de la sortie, sur les modalités du renforcement de la communication et de la coopération entre les établissements et les soins ambulatoires (en premier lieu le médecin traitant), sur le suivi après la sortie et sur les moyens à y engager en tenant compte des pathologies rencontrées et des possibilités locales...

La pathologie qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études contrôlées est l'insuffisance cardiaque, mais des données existent également sur les patients âgés fragiles.

Références :

- Institute for Healthcare Improvement. Effective Interventions to Reduce Re hospitalizations: A Survey of the Published Evidence. 2009. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Publications/EffectiveInterventionsReduceRehospitalizationsASurveyPublishedEvidence.aspx>
- Laniece I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, Voisin T, Lang PO, Jovenin N, Gauvain JB, Novella JL, Saint-Jean O, Blanchard F. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing* 2008;37: 416–22.
- Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No. : CD000313.
- Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS. Version 2. 2011. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_SROS.pdf
- Van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. *J Eval Clin Pract.* 2012;18(6):1211-8.
- Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(8):520-8.
- Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No: CD006211.
- Mueller S, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices A systematic review. *Arch Intern Med.* 2012;172(14):1057-69.
- Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD008165.

Critères d'évaluation : Il existe dans le projet une organisation intra-hospitalière de la sortie débutant par le repérage précoce des patients à haut risque de ré hospitalisation et une organisation d'un suivi après la sortie en coopération avec les soins de premier recours.

Analyse des projets :

Une grande variété d'actions et de combinaisons d'actions sont prévues. Les mesures d'organisation intrahospitalière de la sortie prédominent, et dans ce contexte une place importante est faite aux créations de postes et de structures : création de cellules ou plates-formes de gestion des sorties par 5 projets⁶⁶, formation de binômes intrahospitaliers (gériatre ou médecin/infirmier) par 2 projets⁶⁷, consultation de gériatrie intrahospitalière et augmentation du temps d'assistante sociale⁶⁸, intervention de l'EMG⁶⁹, RCP de sortie pour les cas complexes⁷⁰. Un projet prévoit de fournir des alternatives au court séjour en organisant une plate-forme de services⁷¹. L'utilisation de l'outil trajectoire est citée par 1 projet⁷². Ces mesures sont associées avec la volonté clairement

⁶⁶ Saint-Méen, Grasse, Marseille, Nord Mayenne, Lorraine.

⁶⁷ Paris 18^e, 92, Marseille.

⁶⁸ Saint-Méen.

⁶⁹ Ussel.

⁷⁰ Grasse.

⁷¹ Sud-Mayenne.

⁷² Marseille.

affirmée de préparer les sorties dès l'admission par 5 projets⁷³ et d'améliorer la transmission d'informations ville-hôpital par 5 projets⁷⁴.

La formalisation d'une évaluation partagée des patients entre la ville et l'hôpital est expressément prévue par 2 projets⁷⁵ et un autre prévoit la visite d'une infirmière libérale à l'hôpital pour voir le patient et préparer sa sortie⁷⁶.

Deux projets, qui sont construits autour d'une intervention d'éducation thérapeutique auprès des patients, débutant à l'hôpital et relayée en ambulatoire, incorporent une procédure de conciliation médicamenteuse⁷⁷.

Deux projets prévoient un plan de soins en sortie d'hospitalisation⁷⁸, encore au stade d'ébauche.

Un suivi rapproché après la sortie (téléphone, visite à domicile d'infirmières ou d'ergothérapeute, révision de l'EGS, suivi des modalités de sortie) est mis en place par 7 projets⁷⁹. Le suivi par télémédecine est évoqué dans 1 projet⁸⁰ et prévu dans un autre⁸¹. Un projet prévoit d'adresser au médecin traitant une fiche de sortie réseau qui est l'expression du travail de la cellule d'ordonnancement⁸².

Enfin un projet qui n'est financé que pour le module 1 prévoit une gestion du suivi après la sortie par une équipe pluridisciplinaire ambulatoire, appuyée par un travailleur social (projet non encore concrétisé)⁸³.

⁷³ CGB2, Saint-Amand, Ussel, Lorraine, Saint-Méen.

⁷⁴ CGB2, Saint-Amand, Nord Mayenne, Lorraine, Grasse.

⁷⁵ CGB2, Lorraine.

⁷⁶ Nord Mayenne

⁷⁷ Paris 18^e, 92.

⁷⁸ Nord Mayenne, Grasse

⁷⁹ Saint-Méen, Grasse, Paris 18^e, 92, Lorraine. CGB2, Marseille.

⁸⁰ Ussel.

⁸¹ CGB2.

⁸² Lorraine.

⁸³ Saint-Amand.

8. Développer l'autonomie des patients

8.1 Développer les actions de soutien à l'autonomie du patient et les programmes d'éducation thérapeutique

Définition :

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont pour but d'accroître les compétences des patients (et de leur entourage) à comprendre les effets de leur maladie sur leur vie, ainsi qu'à acquérir des compétences d'autosoins et d'adaptation de leurs traitements selon leurs symptômes et les situations.

Problématique :

L'éducation des patients doit être délivrée sous forme de programmes autorisés par les ARS et par des professionnels ayant satisfait à une obligation de formation. On peut lui associer toutes les actions qui visent à accroître les capacités des patients à l'autoprise en charge et l'autonomie (*self management*). Le recours aux démarches d'éducation peut être envisagé en ambulatoire en prévention de l'hospitalisation comme une des réponses aux résultats de l'EGS ou bien être initiée pendant l'hospitalisation et poursuivie à domicile après la sortie. Un des thèmes prioritaires est la prévention de la iatrogénie. L'éducation peut être associée à des plans d'action et à la remise aux patients de fiches d'information dont l'élaboration doit répondre aux règles de bonnes pratiques.

Références :

- Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. Juin 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, Lemaire A, Aquino JP, Paillaud E. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and re hospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2011;59(11):2017-28.
- Haute Autorité de Santé. Guide sur l'élaboration des fiches d'information aux patients 2012 à paraître.
- Sustersic M, Jeannet E, Cozon-Rein L, Maréchaux F, Genty C, Foote A, David-Tchouda S, Martinez L, Bosson JL. Impact of Information Leaflets on Behavior of Patients with gastroenteritis or Tonsillitis: A Cluster Randomized Trial in French Primary Care. J Gen Intern Med 2012;28(1):25-31.

Critères d'évaluation :

Il existe dans le projet un programme d'éducation thérapeutique ou des actions visant à soutenir les compétences d'autosoins des patients.

Analyse des projets :

Deux projets seulement prévoient de mettre en œuvre au titre de l'article 70 des programmes d'éducation des patients, pour les patients polypathologiques et à haut risque d'accident iatrogénique ; ces programmes sont initiés au cours de l'hospitalisation avec un suivi pendant le mois suivant la sortie⁸⁴. Il faut noter par ailleurs que plusieurs projets sont portés par des structures qui mettent déjà en œuvre des programmes d'ETP pour les patients en début d'Alzheimer⁸⁵, ayant des facteurs de risque cardio-vasculaire⁸⁶, ou encore des programmes d'éducation à la santé⁸⁷.

⁸⁴ 18^e arrondissement et Clamart.

⁸⁵ CGB2.

⁸⁶ Saint-Amand.

8.2 Accompagner les patients par les pairs, utiliser les ressources communautaires

Définition :

Ceci se réfère à la mobilisation de ressources dans la collectivité pour répondre aux besoins des patients, notamment pour les aider à s'impliquer dans des activités de prévention, et les soutenir pour gérer leur maladie dans leur vie quotidienne.

Problématique :

L'aide des associations d'usagers peut être sollicitée pour l'accompagnement des patients et de leur entourage dans leurs démarches administratives, mais aussi pour « une éducation par les pairs » qui peut être complémentaire aux programmes d'ETP ; le partenariat avec les collectivités territoriales peut apporter des ressources significatives dans les domaines du logement, du loisir et de l'exercice physique.

Références :

- Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD005108.

Critères d'évaluation :

Le projet propose aux patients un accompagnement par les pairs ; le projet propose aux patients de participer à des activités communautaires.

Analyse des projets :

Excepté les partenariats conclus avec les collectivités territoriales et la participation d'associations de patients aux comités de pilotage ou conseils d'administration, les projets article 70 sollicitent peu les ressources communautaires. Un projet envisage de les utiliser pour des actions de prévention⁸⁸.

⁸⁷ Lorraine.

⁸⁸ CGB2.

9. Améliorer la qualité et la sécurité des soins en renforçant les systèmes d'information

Les capacités des systèmes d'information (d'une part : collecter, structurer, trier, analyser, etc. un grand nombre de données dans le temps, d'autre part : échanger des données de façon immédiate et différée entre de nombreux acteurs et avec chacun d'entre eux y compris les patients) en font un support précieux pour les démarches de coordination, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Pour qu'un SI puisse avoir un impact sur la coordination des soins, il doit pouvoir fournir ou développer de nombreuses fonctionnalités qui sont toutes liées les unes aux autres (a, b). Pour une meilleure lisibilité, elles sont regroupées ci-dessous en 4 points.

Références :

- Patient Centered Primary Care Collaborative. Meaningful Connections. A resource guide for using health IT to support the patient centered medical home. 2009. http://www.pcpcc.net/files/CeHIA_Meaningful-Connections-Guide_2009_0.pdf
- Young AS, Chaney E, Shoai R, Bonner L, Cohen AN, Doebbeling B , *et al.* Information technology to support improved care for chronic illness. J Gen Intern Med 2007;22(Suppl 3):425-30.

9.1 Utiliser les SI pour améliorer la coordination des soins

Définition :

Il s'agit d'utiliser les capacités des systèmes d'information à gérer les données des patients (collecter, structurer, trier, analyser, etc. un grand nombre de données), à échanger à partir de ces données de façon immédiate et différée entre de nombreux acteurs (y compris les patients), et à être le support de fonctions favorisant la continuité, la qualité et la sécurité des parcours des patients. Le partage d'information, *via* les systèmes d'information, nécessite une architecture permettant ce partage, d'une part, et des fonctionnalités permettant le recueil et la synthèse des données à partager, d'autre part.

Problématique :

Concernant l'architecture des SI afin de faciliter le partage et l'échange d'informations entre différents métiers, entre différents sites, entre les professionnels et les patients l'ASIP santé a produit deux documents récents : (a) un document concernant les MSP plutôt basé sur des SI partagés, (b) un document concernant les réseaux de santé plutôt basé sur la liaison entre les différents logiciels métiers par le DMP et la messagerie sécurisée.

Les fonctionnalités relatives au recueil, à la synthèse et au partage des données sont :

- capacité à collecter des données essentielles, précises, de façon standardisée pour permettre leur analyse et leur partage de façon homogène ;
- capacité à intégrer les données de systèmes extérieurs : médicaments, hospitalisations, examens complémentaires et imagerie (interopérabilité des données) ;
- capacité à recueillir et à gérer en continu les examens et comptes rendus de tous les professionnels de santé prenant en charge le patient ;
- capacité à recenser les ressources communautaires : annuaire des ressources médico-sociales territoriales par exemple.

Références :

- Agence des systèmes d'information partagés de santé. Cahier des charges type pour la mise en place d'un système d'information en maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et centres de santé polyvalents. 2011. http://www.franche-comte.paps.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSitePAPS/systeme_d_information/ASIP_CDC_MPSP_CSP_V1_dec_2011.pdf
- Agence des systèmes d'information partagés de santé, union nationale des réseaux de santé. Système d'Information des réseaux de santé cadre national. 2011. http://www.unrsante.fr/web_documents/unr-asip_pec_cadre_national_si_reseaux_de_sante_v_0_0_7.pdf

Critères d'évaluation

Il existe dans le projet un système d'information permettant la collecte et le partage des données nécessaires à la réalisation et à l'évaluation du projet.

Analyse des projets :

Dix projets sur 11 s'appuient sur un SI. En revanche, les variations sont grandes en termes d'architecture (urbanisation), de fonctionnalités décrites (peu nombreuses mais non exhaustives) et de mise en œuvre effective : logiciel médical mis en réseau entre médecins généralistes et secrétaire de la MSP et communiquant avec l'hôpital par messagerie sécurisée (liens lors de l'hospitalisation)⁸⁹, espace d'information partagé alimenté par tous les professionnels⁹⁰, base d'information ou logiciel métier d'un réseau partagé par les médecins généralistes, les médecins des services d'urgences et des hôpitaux, les IDE libérales, les SSIAD ou permettant l'envoi de données extraites automatiquement⁹¹, dossier hospitalier servant de support à l'organisation des sorties et accessible aux médecins traitants après l'hospitalisation⁹². Les procédures de partage d'information ne sont cependant accessibles que dans 4 cas sous forme de droits d'accès donnés à des logiciels ou base de données réseaux⁹³.

9.2 Favoriser l'accès des cliniciens à des aides à la décision ou SADM

Définition :

Un système d'aide à la décision médicale (SADM ou *clinical decision support system* CDSS) est défini comme « tout système électronique destiné à aider directement la prise de décision dans lequel les caractéristiques individuelles du patient sont utilisées pour générer des évaluations ou des recommandations qui sont alors présentées au clinicien ». Entrent dans cette catégorie : alertes, *reminders*, sets de recommandations, calcul des doses de traitement, tableaux de bord de synthèses des soins qui apportent un retour sur la performance via des indicateurs de qualité ou *benchmarks*. Les SADM ont été considérés comme efficaces pour améliorer les prescriptions appropriées d'examen de prévention, d'examen complémentaires et de médicaments

⁸⁹ Saint-Amand.

⁹⁰ Nord et Sud Mayenne.

⁹¹ Lorraine (Logireso), CG2B (Logireso), Grasse (Visage), Marseille, Clamart.

⁹² Saint-Méen.

⁹³ Lorraines, CGB2, Grasse, Clamart.

Références :

- Agency for Healthcare Research and Quality. Enabling Health Care Decision making Through Clinical Decision Support and Knowledge Management. Evidence Report No 203. April 2012. <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/knownqttp.htm>
- Haute Autorité de Santé. Référentiel de certification par essai de type des logiciels d'aide à la prescription en médecine ambulatoire. 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/referentiel_certif_lap.pdf

Critères d'évaluation :

Le projet prévoit de mettre à la disposition des professionnels de santé des outils d'aide à la décision.

Analyse des projets :

Les SADM sont peu présents. Deux projets envisagent des systèmes d'information renforcés pour assurer notamment la diffusion de référentiels de pratique pluriprofessionnels⁹⁴. La base d'information d'un réseau de santé promoteur d'un projet permet d'analyser les parcours de soins (tableaux de bord)⁹⁵. Aucun promoteur n'a précisé si le logiciel métier utilisé dispose ou non d'un logiciel d'aide à la prescription.

9.3 Améliorer la qualité de façon continue par le suivi d'indicateurs

Définition :

Sont concernés ici les indicateurs de pratique clinique ou IPC (processus et résultats) spécifiques de la personne âgée, indépendamment d'une pathologie spécifique. Les IPC sont des mesures objectives de la qualité centrées sur le patient. Ils permettent de mesurer, de suivre et d'améliorer des étapes clés de la prise en charge par rapport à un référentiel de bonne pratique.

Problématique :

La fonctionnalité concernée est :

- capacité à collecter, à stocker, à mesurer des données et à rapporter des indicateurs de pratique clinique (processus et résultats) individuel et pour la population.
- Les indicateurs ont une double fonction d'amélioration des pratiques et de mesure des processus et résultats : leur implémentation est particulièrement appropriée dans le cadre des expérimentations. En France, des IPC sur des thèmes spécifiques ont été développés comme les neuroleptiques chez la personne âgée, l'infarctus du myocarde et les AVC. Ils reposent l'identification de points critiques et les données de la littérature scientifique.

Références :

- Haute Autorité de Santé. Programme AMI-Alzheimer. Alerte et maîtrise de la iatrogénie dans la maladie d'alzheimer http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/v18_brochure-ami_alzheimer.pdf

Critères d'évaluation :

Le projet propose un ou plusieurs indicateurs de pratique clinique permettant d'évaluer sa mise en œuvre et/ou ses résultats

⁹⁴ Nord et sud-Mayenne.

⁹⁵ Clamart.

Analyse des projets :

Les promoteurs ont proposé des indicateurs de suivi d'activité mais très peu d'indicateurs de pratique clinique. Un projet prévoit de renforcer l'intervention déjà réalisée par un réseau autour du programme AMI Alzheimer afin de réduire la iatrogénie⁹⁶. Dans un projet, le SSR suit un indicateur de ré hospitalisation⁹⁷. Un autre projet s'appuie sur des indicateurs de sortie et de ré hospitalisation⁹⁸.

9.4 Autres fonctionnalités des systèmes d'information

Définition :

Ces autres fonctionnalités, encore peu développées en France, sont tournées vers l'analyse de la population prise en charge par une structure de soins primaires en vue d'améliorer les soins et les résultats cliniques des patients de cette structure en adaptant l'offre de soins à cette population, et en développant la communication avec les patients.

Les fonctionnalités concernées sont :

- capacité à analyser les besoins de la population prise en charge (f) pour y apporter des réponses adaptées : identification des diagnostics et situations le plus souvent rencontrés, des facteurs de risque les plus importants de la population, repérage des patients qui doivent faire un test de dépistage (mammographie, hemocult, etc.) et facilitation de la prise de RDV, repérage des patients avec tel ou tel médicament ou qui ont besoin de refaire des vaccins et possibilité de leur envoyer des *reminders* (g), etc.
- capacité à soutenir l'autosoin et à développer l'accès et la communication avec les patients.
- aide aux professionnels pour la stratification du risque à partir des données démographiques et cliniques de la base de données.

Références :

- Agency for Healthcare Research and Quality. Practice-Based Population Health: Information Technology to Support Transformation to Proactive Primary Care. July 2010. http://www.pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh_home/1483/ahrq_commissioned_research
- Koch JA. Strategies to overcome barriers to pneumococcal vaccination in older adults: an integrative review. J Gerontol Nurs. 2012;38(2):31-9.

Analyse des projets :

Ces fonctionnalités ne sont pas inscrites dans les projets.

⁹⁶ Marseille.

⁹⁷ Ussel.

⁹⁸ Lorraine.

10. Conclusions

Toutes les données de la littérature confirment que pour prévenir les hospitalisations et des ré-hospitalisations évitables des personnes âgées il est plus efficace de combiner plusieurs stratégies complémentaires que de se reposer sur une seule stratégie. L'efficacité de chaque stratégie dépend de conditions de réalisation, qui sont documentées dans la littérature avec un niveau de preuve variable.

Il n'est probablement pas possible pour les projets article 70 d'implémenter la totalité de ces stratégies. Cependant, chacun des projets met en place des organisations spécifiques pour le parcours des personnes âgées, en associant plusieurs interventions (tableau 2). La nature des interventions mises en place reflète en partie le positionnement du promoteur : réseau de santé (n = 5), MSP ou PSP (n = 3), CHG (n = 2), SSIAD (n = 1).

Tableau 2. Interventions mises en place par les différents projets

Activités stratégiques / projets ⁹⁹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Repérer les patients	X	X	X				X				
Évaluer les patients – EGS	X		X				X		X	X	X
Élaborer / suivre PPS	X		X				X			X	X
Communiquer	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Intégration structures sanitaires et services sociaux	X	X	X			X		X	X	X	X
Appui par coordonnateurs de parcours	X		X			X	X			X	
Exercice en équipe pluri-professionnelle	X	X		X	X			X		X	
Protocoles pluriprofessionnels		X						X			
Formation pluriprofessionnelle		X		X	X		X				
Gérer les situations de crises	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Organiser la sortie	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Suivi après la sortie	X		X	X	X		X			X	X
Autonomie des patients et ETP	X	X		X	X						
Renforcer le système d'information	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X

⁹⁹1 = réseau de santé, 2 = MSP, 3 = PSP, 4 = SSIAD, 5 = réseau de santé, 6 = CHG, 7 = réseau de santé, 8 = PSP, 9 = CHG, 10 = réseau de santé, 11 = réseau de santé.

Conformément au cahier des charges, les EHPAD sont partenaires de tous les projets et des liens opérationnels avec eux sont prévus dans au moins 6 projets.

Les projets sont de complétude variable. Les projets n°1, 3 et 7 sont les plus complets quant aux interventions prévues. Les autres projets ont un abord plus partiel. Le projet n° 9 n'a pu encore faire l'objet d'une visite sur site et les données le concernant peuvent encore être ajustées.

L'analyse de ces projets montre qu'il existe encore une marge d'amélioration pour la plupart des projets.

Il paraît indispensable que les promoteurs apportent des précisions sur la mise en place des interventions suivantes :

- **la mise en œuvre par les acteurs du premier recours de la séquence repérage de la fragilité - évaluation gériatrique – élaboration et suivi d'un plan personnalisé de soins.** Seulement 3 projets sur les 10 qui mettent en place le module 1 prévoient cette séquence. Les autres promoteurs devraient compléter leur projet sur ce sujet. Cela suppose :
 - l'adoption d'un outil de repérage de la fragilité utilisable par tous les intervenants,
 - la mise à la disposition de l'ambulateur de ressources d'expertise gériatrique
 - la planification et le suivi d'interventions multifactorielles auprès des patients confirmés comme à risque élevé d'hospitalisation et/ou de dépendance ;
 - la possibilité en cas de risque de rupture du parcours de mobiliser rapidement les expertises médico-sociales nécessaires et d'accéder à des alternatives à l'hospitalisation ;
- **l'organisation de la transition ville-hôpital.** La totalité des 10 projets qui mettent en place le module 2 prévoit des créations de postes ou de structures à cette fin. Toutefois, les promoteurs devraient préciser davantage la nature des activités choisies pour organiser la sortie (cf. annexe 3). De plus, les 3 projets qui n'ont pas prévu d'organiser un suivi post-sortie devraient l'envisager en s'appuyant sur les acteurs des soins de premier recours, ou en s'y substituant si ces derniers ne sont pas en mesure d'assurer ce suivi ;
- **l'intégration sanitaire et médico-sociale** est présente dans 8 projets sur 11 avec des modalités diverses qui reflètent les situations locales. Dans la mesure où l'intégration au niveau des structures ne suffit pas à elle seule à améliorer les résultats des soins et à réduire le recours aux hospitalisations, il est indispensable que les promoteurs accordent toute leur attention aux mesures nécessaires pour assurer l'accès des patients aux services dont ils ont besoin :
 - le suivi pluriprofessionnel grâce à l'exercice en équipe des professionnels de premier recours,
 - la possibilité de recourir à une coordination d'appui pour les patients ayant un parcours complexe.

Le travail en équipe nécessite des ajustements à la pratique comme des réunions de concertation, l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels, des formations pluriprofessionnelles, une communication rapidement opérationnelle avec les soins spécialisés... Ces stratégies sont présentes dans les deux tiers des projets, à des degrés divers. Elles devraient être progressivement incorporées à tous les projets et consolidées.

La possibilité de recourir à une coordination d'appui pour les patients ayant un parcours complexe n'est proposée que par 5 projets, et souvent de façon partielle, alors même qu'elle apparaît comme un facteur de succès transversal aux différentes étapes de la prise en charge. Elle devrait être envisagée par davantage de projets en s'appuyant sur les possibilités offertes par les réseaux de santé, les maisons et pôles de santé, les HAD, les SSIAD, les MAIA et les CLIC.

La délégation protocolisée de tâches entre les médecins et les autres professionnels de santé pourrait être envisagée à plus large échelle pour renforcer le suivi des patients, en s'appuyant sur la loi HPST (article 51) ;

- **le renforcement des systèmes d'information (SI).** L'utilisation des SI est incontournable aux différentes étapes du parcours^{II, III, VIII, IX, XI, XII}. Chacun des projets apporte une réponse en fonction du contexte et des ressources existantes ; cependant, les procédures de partage de l'information ne sont opérationnelles que dans 4 projets, sous la forme d'accès à des logiciels réseaux. Les promoteurs pourraient se concentrer sur les points suivants :
 - la définition de modèles de documents à partager,
 - la saisie structurée dans les logiciels métiers des professionnels et des structures médico-sociales participant au projet des données minimales nécessaires au déroulement et à l'évaluation des projets,
 - le partage de ces données, depuis l'usage des messageries sécurisées et du DMP jusqu'à des SI partagés.

Les perspectives

Pour soutenir les efforts de structuration des parcours de soins par les équipes locales et en garantir l'efficacité, un pilotage national, rendu possible par la disposition législative, est mis en œuvre. Il fera appel à :

1. **des indicateurs de suivi des interventions envisagées** (cf. annexe 4). Ces indicateurs ont été élaborés de manière à s'adapter à chaque projet local tout en permettant les comparaisons intersites et une consolidation nationale des résultats. Ils explorent plusieurs dimensions : la cohérence par rapport aux besoins locaux, le degré d'intégration aux soins de premier recours, l'utilité pour les professionnels ou structures concernés, la pertinence du recours à ces interventions, la couverture de la population cible et l'efficacité des ressources mobilisées, la réactivité et la continuité des prises en charge.

Pour calculer les indicateurs des données simples seront recueillies de façon systématique et prospective pour chaque patient inclus dans le projet à l'aide d'un tableau de bord qui a vocation à être intégré dans les systèmes d'information partagés lorsque ces derniers le permettront. Les premiers résultats seront disponibles fin 2013.
2. **des indicateurs de pratique clinique.** Il s'agit d'indicateurs de qualité des soins et de recours à l'offre de soins, notamment aux hospitalisations, développés pour permettre aux professionnels de piloter les parcours de soins. Ces indicateurs correspondront, soit à des standards issus de la littérature scientifique, soit à des objectifs issus d'enquêtes spécifiques (taux d'adéquation des séjours hospitaliers à l'aide de la grille AEPF par exemple) qui permettront aux professionnels, en l'absence de groupes témoins, d'évaluer la qualité des prises en charge et mettre en place, le cas échéant, des actions d'amélioration. Ils s'appuieront sur un nombre limité de données recueillies de manière systématique et structurée dans les logiciels des professionnels de santé pour automatiser et standardiser leur calcul.

3. **des fiches « référentiels »**. Pour chaque type d'activité et de stratégie listé dans la grille d'analyse (cf. annexe 5), une fiche est en cours d'élaboration d'après l'analyse de la littérature, l'auditions d'experts et l'analyse des initiatives antérieurement menées en France. Elle comprendra :
- la problématique et la définition de l'activité/stratégie,
 - les principaux résultats de l'analyse de la littérature,
 - les conditions de mise en œuvre favorisant son efficacité,
 - les outils existants, validés et/ou utilisables en France pour sa mise en œuvre.

Ces fiches permettront d'approfondir l'analyse des projets et de soutenir les efforts des promoteurs.

La plus-value de la disposition législative a permis de consolider certaines actions déjà en place sur le terrain et de les mettre en cohérence avec de nouvelles actions envisagées. Surtout, elle a permis de faire progresser la vision globale de la coordination des parcours de soins au niveau des territoires. Cette vision reste cependant à un niveau inégal selon les projets : depuis le simple fait d'en envisager la problématique jusqu'à la mise en place d'actions très concrètes d'articulation des acteurs, d'appui à la coordination et de gestion des interfaces.

Le pilotage national des projets s'attachera à favoriser la consolidation des projets, notamment par le partage d'expérience, les comparaisons intersites et la prise en compte des données de la littérature scientifique.

Annexe 1. Stratégie de recherche documentaire

La recherche a porté sur les revues, méta-analyses, revues de revues et essais contrôlés randomisés depuis 5 ans. Des recherches bibliographiques complémentaires ont été conduites dans les bases de données spécifiques à la personne âgée. La littérature française sur le sujet a également été recherchée. A été ajoutée la littérature grise citée dans les références bibliographiques obtenues ci-dessus ou recueillie sur les sites Internet pertinents des agences de santé au niveau français et international ou provenant de la veille bibliographique continue sur des revues scientifiques pertinentes sur le sujet et sur les sites internet identifiés.

Les différentes étapes de la stratégie de recherche ont pour objectif d'identifier :

- modèles d'organisation et de coordination des soins ;
- expériences étrangères spécifiques à la personne âgée ;
- rapports d'évaluation ;
- méta-analyses, revues systématiques, essais contrôlés randomisés ;
- guides méthodologiques ;
- publications HAS ;
- les revues du groupe EPOC (*Cochrane Effective Practice and Organisation of Care*) de la *Cochrane Library*.

La recherche s'est adaptée en fonction de la question.

Sources d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées

► Type d'étude/sujet		Période de recherche	Nombre de références
Termes utilisés			
Modèles de coordination des soins à la personne âgée <i>Méta-analyses, revues systématiques</i>		01/2007– 05/2012	140
Étape 1	"Disease Management"[Majr] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Majr] OR "Interdisciplinary Communication"[Majr] OR "Patient Care Team"[Majr] OR "integrated care" or "patient-centered medical home" Or "chronic care model" OR "integrated care model" OR "care transition" Or "care bundle" OR "integrated management model" OR "chronic disease model" OR "disease management" Or multidisciplinary OR "shared care" Or "joint working" Or "collaborative management" OR "care coordination" OR "coordinated care" Field: Title AND "Aged"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] Or elderly Or Aged Field: Title AND "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract]		

Modèles de coordination des soins à la personne âgée
Essais contrôlés randomisés

01/2007– 05/2012 120

Étape 2 "Disease Management"[Majr] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Majr] OR "Interdisciplinary Communication"[Majr] OR "Patient Care Team"[Majr] OR "integrated care" or "patient-centered medical home" Or "chronic care model" OR "integrated care model" OR "care transition" Or "care bundle" OR "integrated management model" OR "chronic disease model" OR "disease management" Or multidisciplinary OR "shared care" Or "joint working" Or "collaborative management" OR "care coordination" OR "coordinated care" Field: Title
AND
"Aged"[Mesh] OR "Health Services for the Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] Or elderly Or Aged Field: Title
AND
"Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* Field: Title

Travail en équipe

01/2007-05/2012 45

Étape 3 "Interprofessional Relations"[Majr] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR Interprofessional OR "Team change" or "collaborative care management model" OR "joint visit" OR teamwork Field: Title
AND
"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR elderly OR aged OR "frail elderly" Or "frail older people" OR "vulnerable elderly" [title]
AND
"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract]

Aides à la décision

01/2007– 05/2012 202

Étape 4 "Decision Making, Computer-Assisted"[Majr] OR "Decision Support Systems, Clinical"[Majr] OR decision aid OR reminder Field: Title
"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract]

Indicateurs cliniques en soins primaires

01/2007– 05/2012 229

Étape 5 "quality criteria" Or "clinical indicator" [title] Or "Quality Indicators, Health Care"[Majr]
AND
"Family Practice"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Mesh] OR Primary Care OR Ambulatory Care Or general pract* OR home care OR Home-based Care OR "at Home"[title]

Transition/Gestion des interfaces

01/2007– 05/2012 89

Étape 6 Patient Discharge"[Mesh] OR "Patient Readmission"[Mesh] OR Discharge OR Readmission OR re-hospital* or "avoiding hospitalization" or "avoid hospitalization" OR "avoidable hospitalization" or "transition record"
Field: Title
AND "Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR elderly OR aged OR "frail elderly" Or "frail older people" OR "vulnerable elderly" [title]
AND
"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract]
OR
"Continuity of Patient Care"[Majr] OR "Health Transition"[Mesh] OR handover Or "improving transition" or "transition program" or "facilitating transition" or handoff [Field:title]
AND
"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract]

Evaluation gériatrique

01/2007– 05/2012 26

Étape 7 Comprehensive Geriatric Assessment AND Primary Health Care"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh]
AND
"Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* Field: [Title]
OR
"Frail Elderly"[Mesh] OR "frail elderly" Or "frail older people" OR "vulnerable elderly" [title]) AND

"Geriatric Assessment"[Mesh] Or "Mass Screening"[Mesh] OR "Questionnaires"[Mesh] Or "screening instrument" Or "screening tool" OR questionnaire [Field: Title]
 AND
 Primary Health Care"[Mesh] OR "Ambulatory Care"[Mesh]
 AND
 "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" Or "Quantitative Review" [Field: Title/Abstract] OR "Random Allocation"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR "Randomized Controlled Trial "[Publication Type] OR Random* [Field: Title]

► Systèmes d'information 01/2007– 05/2012 85

Etape 8 "medical informatics"[Majr:NoExp] OR "Medical Informatics Applications"[Majr:NoExp] OR "Information Systems"[Majr:NoExp] OR information technology [title]
 AND
 "Disease Management"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh] OR "integrated care" Or "chronic care model" OR "integrated care model" OR "care bundle" OR "integrated management model" OR "chronic disease model" OR "disease management" [title]

Plan de soins 01/2007– 05/2012 23

Etape 9 "Critical Pathways"[Mesh] OR "Advance Care Planning"[Mesh:NoExp] OR "Case Management"[Majr] OR "care plan*" OR "plan of care" OR "clinical pathway" OR "key worker of care"
 AND "Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR elderly OR aged OR "frail elderly" Or "frail older people" OR "vulnerable elderly" [Field: Title]
 AND
 "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract]

Formation pluri professionnelle 01/2007– 05/2012 10

Etape 10	Interdisciplinary education or Interprofessional education OR "routine reporting" or "routine feedback" [title] AND "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" Or "Quantitative Review" [Title/Abstract]		
----------	--	--	--

Les bibliographies des articles sélectionnés ont été exploitées, les essais contrôlés randomisés pertinents ont ainsi été identifiés et analysés.

Revues

En complément les sommaires des revues suivantes ont été exploités tout au long du projet :

<u>American Journal of Medical Quality</u> (mensuel)
<u>American Journal of Managed Care</u> http://www.ajmc.com/
<u>Annals of Internal Medicine</u> (bi-mensuel)
<u>Archives of Internal Medicine</u> (bi-mensuel)
<u>BMJ, British Medical Journal</u> (hebdo)
<u>BMJ Quality and Safety</u> <u>BMJ</u> (mensuel)
<u>British journal of general practice</u> (mensuel)
<u>Cochrane Library</u> (trimestriel)
<u>Health Affairs</u> (mensuel)
<u>Health Services Research</u>
<u>Implementation Research</u>
<u>International Journal for Quality in Health care</u> (mensuel)
<u>Journal of Evaluation in Clinical Practice</u> (mensuel) http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291365-2753
<u>JAMA, The Journal of American Medical Association</u> bi-mensuel
<u>The Lancet</u> (hebdo)
<u>Medical Care</u> (mensuel) http://journals.lww.com/lww-medicalcare/toc/publishahead
<u>International Journal of Integrated care</u> http://www.ijic.org/
<u>New England journal of Medicine</u> (hebdo)
<u>Pratiques et Organisation de Soins</u> (trimestriel)
<u>La Presse Médicale</u> (mensuel)
<u>Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique</u> mensuel
<u>Revue du Praticien</u> mensuel

Sites Internet

La littérature grise pertinente a été identifiée par l'exploitation systématique des sites suivants :

Organisme	URL
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux	http://www.anap.fr/
ANESM	
Agency for Healthcare Research and Quality	http://www.ahrq.gov/
American College of Physicians	http://www.acponline.org/
American Medical Association	http://www.ama-assn.org/
American Association of Family Physicians	http://www.aafp.org/online/en/home.html
Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	http://www.safetyandquality.gov.au/
Australian Government - Department of Health and Ageing	http://www.health.gov.au/
Bibliothèque médicale Lemanissier	http://www.bmlweb.org/
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	
Care quality commission	http://www.cqc.org.uk/
Centre fédéral d'expertise des soins de santé	https://kce.fgov.be/fr
CISMeF	http://www.chu-rouen.fr/cismef/
CMAInfobase	http://www.cma.ca/clinicalresources/practiceguidelines
Collège des médecins du Québec	http://www.cmq.org/
Cochrane Library Database	http://www.cochrane.org/
Commonwealth Fund	http://www.commonwealthfund.org/
Chronisante	http://chronisante.inist.fr/
Department of Health (UK)	http://www.dh.gov.uk/en/index.htm
Department of Health and Human Services, Tasmania	http://www.dhhs.tas.gov.au/
Department of Health, Victoria	http://www.health.vic.gov.au/
Fondation nationale de gérontologie	http://www.fng.fr/
Haut Conseil de la santé publique	http://www.hcsp.fr/explore.cgi/accueil?ae=accueil
Haute Autorité de Santé	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
Health foundation	http://www.health.org.uk/
Health Quality and Safety Commission of New Zealand	http://www.hqsc.govt.nz/
King's Fund	http://www.kingsfund.org.uk/
Institute for Healthcare Improvement	http://www.ihl.org/Pages/default.aspx
Institute for Clinical Systems Improvement	http://www.icsi.org/

Organisme	URL
Institut national d'excellence en santé et en services Sociaux	http://www.inesss.qc.ca/
Instituto de Salud Carlos III/Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/centros-y-unidades-AETS.shtml
Institut de recherche et documentation en économie de la santé	www.irdes.fr/
IQWIG	https://www.iqwig.de/
Joanna Briggs Institute	www.joannabriggs.edu.au
Kaiser Permanente Care Management Institute	http://kpcmi.org/
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales	http://www.msps.es/en/home.htm
National Coordinating Centre for Health Technology Assessment	http://www.hta.ac.uk/
National Coalition on Care Coordination (N3C)	http://www.nyam.org/social-work-leadership-institute/our-work/care-coordination/n3c/
Healthcare Quality Improvement Scotland	http://www.healthcareimprovementscotland.org/home.aspx
National Institute for Health and Clinical Excellence	http://www.nice.org.uk/
New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz/
Patient-Centered Primary Care Collaborative	http://www.pcpcc.net/
Patient Outcomes Research Institute PCORI	http://www.pcori.org/2012/methodology-report/
RAND Corporation	http://www.rand.org/topics/health-and-health-care.html
Santé Canada	http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	http://www.sign.ac.uk/
Singapore Ministry of Health	http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home.html
Société française de médecine générale	http://www.sfmq.org/accueil
Société française de gériatrie et gérontologie	http://www.sfgg.fr/
Tripdatabase	http://www.tripdatabase.com/
Wales Audit Office	http://www.wao.gov.uk/
West Midlands Health Technology Assessment Collaboration	http://www.wmhtac.bham.ac.uk/

Annexe 2. Bibliographie générale

- I. Agency for Healthcare Research and Quality. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Volume 7 — Care Coordination. June 2007. <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/caregaptp.htm>
- II. National Coalition on Care Coordination. The promise of care coordination. Models that decrease hospitalizations and improve outcomes for medicare beneficiaries with chronic illnesses. 2009. <http://www.nyam.org/social-work-leadership-institute/docs/N3C-Promise-of-Care-Coordination.pdf>
- III. Health Foundation. Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 2: A detailed review of the evidence. 2011. <http://www.health.org.uk/publications/docs-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money/>
- IV. Agency for Healthcare Research and Quality. Care coordination measures atlas. December, 2010 <http://www.ahrq.gov/qual/careatlas/>
- V. North West London Integrated Care Pilot: Business Case. 2011. <http://www.northwestlondon.nhs.uk/>
- VI. Centers for Medicaid and Medicare Services. Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Manual – Initial Release. 2011. <http://www.cms.hhs.gov/manuals>
- VII. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL et al. Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. J Gen Intern Med - 2009;24(8):971–6.
- VIII. The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. The Performance Improvement Imperative Utilizing a Coordinated, Community-Based Approach to Enhance Care and Lower Costs for Chronically Ill Patients. April 2012. <http://www.commonwealthfund.org/About-Us/Commission-on-a-High-Performance-Health-System.aspx>
- IX. The King's Fund. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say ? 2010. <http://www.kingsfund.org.uk/publications/avoiding-hospital-admissions>
- X. Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012. <http://www.securite-sociale.fr/Avenir-de-l-assurance-maladie-les-options-du-HCAAM,2020>
- XI. Institute for Healthcare Improvement . Effective Interventions to Reduce Re-hospitalizations: A Compendium of 15 Promising Interventions. 2009. <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/EffectiveInterventionstoReduceRehospitalizationsCompendium15PromisingInterventions.aspx>
- XII. Institute for Healthcare Improvement . Chronic care model. IHI <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Changes/ChangestoImproveChronicCare.aspx.2012>
- XIII. Centers for Healthcare Strategies. Literature review: evidence-based clinical models for multimorbid patients not specific to a multimorbidity pattern. 2010. http://www.chcs.org/usr_doc/Clinical_Opportunities_General_Models_121510.pdf
- XIV. Boulton C, Green AF, Boulton LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B. Successful Models of Comprehensive Care for Older Adults with Chronic Conditions: Evidence for the Institute of Medicine's. "Retooling for an Aging America" Report. J Am Geriatr Soc 2009;57:2328–37.

Annexe 3. Activités identifiées dans la littérature comme associées au succès des modèles de transition hôpital-domicile^{II, IX, XI}

1. Repérer et orienter précocement les patients à risque de réhospitalisation
2. Cibler les interventions aux besoins des patients grâce à une évaluation médico-psychosociale EGS plus ou moins complète
3. Réaliser une conciliation médicamenteuse (effet démontré sur la réduction de la iatrogénie, mais inconstant sur l'hospitalisation et les réadmissions)
4. Élaborer des PPS, ou à tout le moins des projets de sortie structurés.
5. Éduquer les patients à leur autoprise en charge
6. Utiliser systématiquement les systèmes d'information comme support de communication avec l'objectif de transmettre au médecin traitant le CRH et le plan de sortie dans les 48 h après la sortie.
7. Organiser un suivi téléphonique ou des visites à domicile dès les 72 h suivant la sortie et pendant les 4 à 16 semaines suivant l'hospitalisation
8. Assurer une interaction de bonne qualité entre les coordonnateurs chargés d'organiser la transition et les médecins de premier recours

Annexe 4. Indicateurs de suivi

Utilisation des services et dispositifs mis en place et caractérisation de leur mise en œuvre

Les axes explorés sont :

1. **Nombre d'usagers ayant bénéficié du service/population cible (à caractériser avec les promoteurs pour chacune des interventions prévues),**
2. Il sera important de caractériser les niveaux de risque et l'adaptation des interventions à ce niveau
3. **Nombre de demandes ou de situations effectivement traitées / demandes.**
4. **Délai de la réponse**

Pour les projets article 70 qui identifient clairement une activité de repérage des patients fragiles nécessitant une évaluation médico-psychosociale

Indicateurs envisagés :

- Nombre de patients ayant bénéficié d'un repérage (par grille de fragilité par exemple)/population cible de repérage
- Nombre de patients dépistés positifs (pour la fragilité)/patients ayant bénéficié d'un repérage
- Nombre de médecins adresseurs/nombre de médecins pouvant adresser

Pour les projets art. 70 qui proposent une évaluation médicopsychosociale (EGS) par une équipe dédiée.

Indicateurs envisagés :

- Délai de réalisation/demande
- Nombre de patients bénéficiaires / nombre de patients dépistés positifs (fragilité)
- Nombre d'évaluations réalisées dans l'année/population bénéficiaire
- Nombre d'EGS/équivalent temps plein de coordination

Pour les projets art. 70 qui proposent l'élaboration d'un plan de soins personnalisé

Indicateurs envisagés :

- Nombre de PPS réalisés/Nombre d'usagers bénéficiaires d'une évaluation medico-psychosociale
- Nombre de PPS réévalués à 1 an/nombre de PPS réalisés
- Nombre de PPS réévalués à 1 an en cas d'hospitalisation/nombre de patients avec PPS hospitalisés

Pour les projets art. 70 qui sont concernés par les possibilités suivantes en termes de SI

Indicateurs envisagés :

- Nombre de DMP ouverts
- En cas de SI partagé, nombre de dossiers partagés ouverts
- Si fiche urgence V-H : nombre de structures utilisatrices
- Taux de documents de synthèse renseignés en amont et en aval pour des patients hospitalisés

Pour les projets art. 70 qui s'appuient sur des protocoles pluriprofessionnels

- Nombre de protocoles adoptés par l'équipe
- Indicateurs de process propres au protocole pluriprofessionnel (définis dans le cadre de la mise en place du protocole)

Pour les projets art. 70 qui s'appuient sur des programmes d'éducation thérapeutiques du patient formalisés

Indicateurs envisagés :

- Nombre de patients avec séances ETP/population cible
- Nombre de séances réelles d'ETP/nombre séances prévues

Pour les projets art. 70 qui s'appuient sur un accompagnement des patients par une infirmière dédiée (ou un autre paramédical, ou un travailleur social)

Indicateurs envisagés :

- Nombre de patients accompagnés par infirmière dédiée/population cible
- Durée moyenne d'accompagnement/durée prévue

Pour les projets art. 70 qui mettent en place des Services à la personne dans les domaines sociaux, de l'aide et du soin

Indicateurs envisagés :

- Pour chaque type de services : nombre de personnes utilisatrices
- Nombre de cas traités/nombre de demandes
- Délai entre demande et traitement du cas
- Télésanté :
 - nombre déclenchements interventions/ nombre d'alertes
 - indicateurs spécifiques

Pour les projets art. 70 qui mettent en place une nouvelle organisation des acteurs du premier recours ou qui apportent des soutiens à ces acteurs du premier recours

Indicateurs envisagés en fonction des organisations mises en place ou des soutiens apportés

- Nombre de RCP annuel
- Nombre métiers différents qui participent au RCP
 - nombre dossiers traités
 - indicateurs spécifiques du protocole art. 51
- Nombre de *cas/case manager*
- Nombre de cas traités/an pour chaque structure de coordination (par ex. EMG)
- Nombre d'actes de télémédecine : indicateurs spécifiques définis dans le cadre du projet de télémédecine

Pour les projets art.70 qui mettent en place des procédures unifiées entre les interfaces (ville-hôpital ; ville-EHPAD ; ville-hébergement temporaire)

Indicateurs envisagés :

- Pour chaque procédure unifiée :
 - nombre de cas traités
 - caractérisation médicale et sociale des usagers bénéficiaires
 - taux d'utilisation correspondant aux critères d'inclusion
- Nombre d'accès directs dans les services sans passer par les urgences, en cas d'hospitalisation non programmée/nombre d'hospitalisations non programmées

Pour les projets art. 70 qui mettent en place une plate-forme/cellule ordonnancement des sorties à l'hôpital

Indicateurs envisagés

- Cellule ordonnancement :
 - nombre de signalements à la plate-forme
 - répartition des signalements selon les services de l'hôpital
 - nombre de plans de sortie élaborés
 - nombre de plans de sortie élaborés en collaboration avec la ville
 - nombre de plans de sortie avec suivi post hospitalisation

Pour les projets art.70 qui mettent en place une gouvernance territoriale

Indicateurs proposés :

- Réalisation d'un diagnostic de territoire (besoins et ressources)
- Complétude du comité de pilotage
- Nombre de réunions du comité de pilotage

Pour les projets art. 70 qui s'appuient sur une intégration des services

- Indicateur du degré d'intégration (à élaborer)
- Nombre de réunions réunissant l'ensemble des services intégrés ?

Impact médico-économique en termes de coûts et de recours à l'hôpital

La question du point de vue du financeur peut être formulée ainsi : l'intervention mise en place a-t-elle un impact sur la consommation de soins globale, le recours aux services d'urgences, les hospitalisations non programmées, la durée moyenne de séjour (par fluidification des flux de sortie), les sorties suivies de réhospitalisation à moins de 30 jours ?

Les indicateurs sont, pour la population concernée, à sélectionner précisément pour chaque intervention parmi les indicateurs suivants :

Coûts des soins

Consommation de soins remboursés (sur année N et année N1) et ventilation de ces coûts *via* les données Assurance maladie (SNIRAM). *NB : même si cet indicateur est intéressant en raison de sa globalité, ses résultats devront être utilisés avec prudence car il sera difficile de séparer ce qui revient à chaque intervention de ce qui revient au contexte général de soins.*

Set d'indicateurs génériques mesurant l'impact sur le parcours (hospitalisation, passage par les urgences...)

- Nombre de recours aux services d'urgences (non suivis d'une hospitalisation et avec hospitalisation)/population bénéficiaire
- Nombre de recours à l'hospitalisation avec hébergement (non programmée et programmée)/population bénéficiaire
- Nombre d'hospitalisations de jour (non programmées et programmées)/population bénéficiaire.
- DMS de l'hospitalisation attenante à l'intervention (non programmées et programmées)
- *Nombre de jours d'hospitalisation dans l'année (programmée, non programmée) / population bénéficiaire*
- Nombre de réhospitalisations dans les 30 jours suivant la sortie/population bénéficiaire.

- Nombre de recours aux alternatives à l'hospitalisation (hébergement temporaire) / population bénéficiaires.
- Nombre de patients à domicile (ou substitut domicile) à 1 an et 2 ans/population bénéficiaires.
- Nombre de jours d'hospitalisation inadéquate mesuré par la différence entre la date de sortie médicalement possible et la date de sortie effective dans la population bénéficiaire/non bénéficiaire d'une cellule d'ordonnancement des sorties.

Annexe 5. Liste et thèmes des « fiches repères » en cours d'élaboration

Fin décembre 2012, 8 fiches sont finalisées ou en cours de finalisation sur les thèmes suivants :

1. Repérer les patients fragiles en soins de premier recours
2. Réaliser en ambulatoire une évaluation gériatrique standardisée (EGS)
3. Elaborer et suivre un plan personnalisé de soins (PPS) ; identifier les intervenants et le responsable de la coordination
4. Communiquer/produire et échanger les données entre les différents acteurs et niveaux de soins (résumé de synthèse, PPS, CRH)
5. Réaliser un diagnostic de territoire (fiche rédigée par l'ANAP)
6. Favoriser l'intégration des services sanitaires et structures médico-sociales
7. Recourir à la coordination d'appui pour les cas complexes
8. Organiser la transition hôpital-domicile en intrahospitalier et après la sortie

Il est prévu d'élaborer et de publier 15 autres fiches d'ici la fin du 1^{er} trimestre 2013

1. Système d'information : recueillir les données de façon structurée
2. Système d'information : améliorer la qualité de façon continue par un suivi d'indicateurs de pratique clinique
3. Autres fonctionnalités du système d'information : alerter et rappeler les patients, favoriser l'accès des cliniciens à des aides à la décision, à des *reminders*, analyser la population
4. Gérer les interfaces soins primaires-secondaires en situation de crise grâce à des procédures communes
5. Organiser la transition hôpital domicile en fin de vie (soins palliatifs)
6. Organiser la transition EHPAD-hôpital
7. Réconciliation médicamenteuse
8. Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle, la concertation et la coopération entre professionnels
9. Elaborer et suivre des protocoles pluri professionnels.
10. Développer la formation pluriprofessionnelle
11. Utiliser la télémédecine
12. Développer les interventions de soutien à l'autonomie des patients et d'ETP
13. Utiliser les ressources communautaires, faire accompagner les patients par les pairs
14. Donner des fiches d'information aux patients
15. Gérer les risques, assurer la sécurité du patient, gérer les événements indésirables graves

Participants

Le projet a été conduit pour la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le service évaluation et amélioration des pratiques (SEVAM), sous la responsabilité du Dr Rémy Bataillon – directeur adjoint de la DAQSS et chef de service du SEVAM par le Dr Michel Varroud-Vial – chef de projet-, de Florence Maréchaux – chef de projet et de Frédéric Villebrun – chef de projet.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr