



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

« Rapport d'évaluation des
expérimentations menées dans le cadre de
l'article 70 de la Loi n° 2011-1906 du
21 décembre 2011 de financement de la
sécurité sociale pour 2012 »

Sommaire

1. Synthèse – principales recommandations.....	5
2. Contexte et objectifs	6
3. La démarche de la HAS.....	7
4. État d'avancement des projets.....	10
4.1. Activités essentielles de prise en charge	10
• Repérer les patients à risque de perte d'autonomie	10
• Réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS)	11
• Élaborer, suivre et mettre en œuvre le plan personnalisé de santé (PPS).....	11
• Communiquer vers les patients et avec les autres intervenants	12
4.2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	13
• La mise en place d'une gouvernance / intégration des acteurs	13
• Le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins primaires / les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP).....	14
• Le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins primaires / Les formations pluriprofessionnelles.....	15
• Le travail en équipe pluriprofessionnelle / Les protocoles pluriprofessionnels	16
• Le travail en équipe pluriprofessionnelle / Les autres dimensions	17
• La gestion des situations de crise.....	17
• Le recours à une fonction d'appui.....	18
• L'organisation de la transition hôpital - domicile	19
• La promotion de l'autonomie des patients	20
• Le renforcement du système d'information	20
5. Conclusions	22
5.1. Messages clés	22
5.2. Perspectives en termes d'évaluation quantitative	24
5.3. Perspectives en termes de production et de soutien	25
6. Annexes	26
Annexe 1. Fiche descriptive par projet	27
Annexe 2. Productions de la HAS pour accompagner les parcours de soins	54
7. La place des productions de la HAS dans la promotion des parcours	54
• Présentation des résultats du pilote. T3 2014.....	58
Annexe 3. Questionnaire d'évaluation des projets	64
Annexe 4. Autoévaluation de l'avancement des projets à partir des caractéristiques porteuses de réussite	67
• Quelques rappels des principes sur les matrices de maturité	67
• Résultats de l'autoévaluation des projets	67
Annexe 5. Tableau de bord proposé pour le suivi des patients inclus dans projet art.70	72
Annexe 6. Contributeurs	73

1. Synthèse – principales recommandations

Un an et demi après le démarrage des projets, les actions mises en œuvre et opérationnelles concernent avant tout la gouvernance territoriale, la séquence repérage / évaluation des personnes fragiles, la gestion de crises et la sortie d'hospitalisation. En revanche, les actions destinées à développer les Systèmes d'Information, à renforcer les soins primaires et leur articulation avec les spécialistes et à organiser la coordination des cas complexes sont moins développées.

Au-delà de la consolidation de ces actions, l'un des enjeux des projets est de parvenir à mobiliser l'ensemble des acteurs sur le territoire pour aboutir à une transformation effective et durable des prises en charge. Plusieurs freins ont été identifiés. Il s'agit tout d'abord du temps nécessaire à la mise en place du projet, correspondant à la prise de contact avec les différents partenaires potentiels, à la construction d'un cadre de confiance, à l'obtention d'un consensus, à la définition de modalités de pilotage explicite et enfin à l'appropriation du projet par les acteurs. Les autres freins évoqués par les porteurs de projet concernent la difficulté d'articulation entre la gouvernance des différents projets sur le territoire, l'absence de dynamique locale de coordination préexistante, l'étendue du territoire, notamment lorsque l'offre de soins de soins primaires est peu structurée, les difficultés de recrutement de compétences spécifiques, notamment de gériatres et le développement de fonctions de coordination, sans compter un turn-over des professionnels qui doivent s'approprier le projet, les difficultés à intégrer l'éducation thérapeutique des patients dans la pratique des professionnels de santé de soins primaires ou encore les difficultés à mettre en place et à s'approprier les technologies de l'information et de la communication en santé.

Face à ces difficultés, il conviendrait de prendre en considération les leviers suivants :

1. La promotion systématique de l'exercice en équipe pluriprofessionnelle en soins primaires, même quand il n'existe pas de maison ou pôle de santé pluriprofessionnel, à travers les activités d'évaluation, de planification, d'éducation–accompagnement des patients.
2. Le recours à une fonction d'appui pour soutenir, au quotidien, les démarches des professionnels au sein des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires. Ces personnes peuvent aider au recueil des données cliniques et, sur cette base, contribuer à la gestion des files actives de patients (alertes, organisation consultations, etc.), organiser les réunions de concertation pluriprofessionnelle, mettre en œuvre des actions à destination des patients (information, orientation, éducation thérapeutique), suivre la mise en œuvre des protocoles pluriprofessionnels, etc., missions n'incomant pas nécessairement à des professionnels de santé.
3. La mise en place d'**appuis au niveau de la région ou du territoire de santé**. Ces appuis visent à rendre des services, notamment aux professionnels de santé de soins primaires, pour faciliter la prise en charge des patients et la mise en place de nouvelles organisations / prestations. Ces appuis peuvent correspondre à :
 - a) des **annuaires** des ressources régionales / locales ;
 - b) des prestations d'**éducation thérapeutique** et une aide à la mise en œuvre de démarche d'éducation thérapeutique ciblée ;
 - c) des outils et des supports (référentiels, grille d'évaluation, etc.) ;
 - d) une aide à l'élaboration et à la mise en œuvre de **protocoles pluriprofessionnels** (formations, référentiels, etc.) et de procédures (PPS, évaluation gériatrique, etc.) ;
 - e) des **facilitateurs**, sous la forme de pairs intervenant auprès des professionnels pour les aider à mettre en œuvre leur projet ;
 - f) des **formations pluriprofessionnelles** ciblées sur la mise en œuvre concrète des parcours.
4. L'organisation de retours d'information réguliers définis avec les professionnels. Ils incluent deux types d'information :
 - le niveau de diffusion du programme (nombres d'organisations cibles mobilisées, nombre de professionnels engagés, etc.) ;
 - l'impact de ce changement (niveau de structuration des organisations cibles, impact sur les pratiques et sur l'état de santé des personnes).

2. Contexte et objectifs

Selon le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2012: *« L'attention portée à la qualité d'un « parcours » suppose de passer d'une médecine pensée comme une succession d'actes ponctuels et indépendants à une médecine qu'on peut appeler de « parcours ». C'est-à-dire une médecine – entendue plus largement que les actes des seuls médecins – dont l'objectif est d'atteindre, par une pratique plus coopérative entre professionnels et une participation plus active des personnes soignées, à une qualité d'ensemble, et dans la durée, de la prise en charge soignante. »*

Cette évolution vers la médecine des parcours de santé implique une adaptation du système de santé. Les parcours sont devenus depuis lors une priorité politique : lancement en décembre 2012 du « pacte territoire-santé » par le gouvernement, présentation en janvier 2013 de la Stratégie Nationale de Santé par le gouvernement.

Les parcours de santé résultent de la délivrance de prestations sanitaires et sociales coordonnées pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées, en lieu et place d'une juxtaposition d'actes sans lien entre eux.

Pour cela, les professionnels de santé doivent s'organiser de telle sorte que ces prestations (1) soient accessibles, coordonnées, continues, conformes aux données de la science et efficaces, (2) couvrent les besoins médico-psycho-sociaux des personnes, (3) prennent en compte leurs préférences. Cela suppose une évolution des pratiques professionnelles, des processus de travail et de l'organisation des acteurs sur un territoire donné.

La HAS développe un certain nombre de supports et référentiels pour développer les parcours de soin et structurer leurs évolutions (matrices de maturité, fiches « points-clés et solutions », etc...). Les projets relatifs au parcours des personnes âgées à risque de dépendance retenus dans le cadre de l'article 70 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2012 s'inscrivent dans cette même priorité. Ils 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). La HAS a la responsabilité de l'évaluation de ces projets, mission, s'inscrivant dans son engagement à promouvoir des parcours de soins adaptés aux besoins des patients afin de concilier, au mieux, qualité des pratiques soignantes et efficacité du système de santé.

Onze projets¹ ont été sélectionnés dans sept régions, neuf projets concernent les deux modules, un projet le module 1 et un projet le module 2 (cf. [annexe 1](#)– Fiche descriptive par projet).

Figure 1 - Les projets retenus, structures porteuses et localisation



La HAS accompagne les acteurs et porteurs des projets et les Agences Régionales de Santé (ARS) depuis mai 2012. Elle a élaboré, fin 2012, un premier Rapport d'analyse des projets dont les enseignements étaient les suivants² :

- 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.

L'objectif de ce rapport 2013 est de présenter l'état d'avancement de la mise en place des projets, les facteurs clés de succès et les freins identifiés par les porteurs des projets, les principaux enseignements et les perspectives.

3. La démarche de la HAS

La HAS a choisi dans un premier temps d'accompagner les acteurs et les ARS avant d'évaluer l'impact de leur projet. En effet, il est important de leur laisser le temps nécessaire à la définition de leurs actions, à la structuration de leur organisation et à la mise en œuvre progressive des parcours. Dans ce cadre, la HAS met à leur disposition les informations utiles pour piloter leur projet qui s'inscrit dans deux dynamiques :

¹Ile de France : CH Bretonneau/SPASAD, Réseau Osmose - Lorraine : Réseaux gérologiques (3) – Bourgogne :Coordination Gérologique Bresse Bourgogne (CG2B), Maison de santé Saint Amand – Limousin : CH Ussel – Provence Alpes Côte d'Azur : Association de Gérologie et Gériatre Grassoise (AG3) / CH de Grasse, Centre Gérologique Départemental (CGD) de Marseille – Bretagne : Pôle de Santé pluridisciplinaire de Saint-Méen-Le-Grand/CH de Saint-Méen-le-Grand – Pays de Loire : Pôle de Santé Sud-Ouest Mayennais, Pôle de Santé libéral du Pas de Mayenne

²Rapport d'analyse des projets article 70, Haute Autorité de Santé, décembre 2012(http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/rapport_analyse_projets_article_70.pdf)

- au niveau local, il s'agit de la constitution des équipes pluriprofessionnelles, soit de soins de santé primaire sous la forme, par exemple, des maisons, des centres ou des pôles de santé pluriprofessionnels, soit de soins spécialisés sous la forme, par exemple, des équipes hospitalières ;
- au niveau territorial, il s'agit des initiatives conduisant à la coordination et à l'intégration des acteurs sous la forme, par exemple, des réseaux de santé, des CLIC ou des MAIA.

Pour faciliter ces démarches et structurer ces évolutions, la HAS développe et propose un ensemble cohérent de supports et de référentiels, développés en annexe [2](#) :

- Les matrices de maturité (référentiels d'analyse et de progression)
- Les fiches « points-clés et solutions » et les guides parcours
- Le centre de ressource en soins primaires et les protocoles pluriprofessionnels
- Les DataSets de bonne pratique
- Les documents dématérialisés de coordination des prises en charge
- L'éducation thérapeutique
- La télémédecine
- Les protocoles de coopération « Article 51 »
- Les méthodes pour soutenir les démarches qualité

À partir d'une analyse bibliographique et des différents modèles de prise en charge des personnes âgées et polypathologiques, la HAS a élaboré **une grille d'analyse des projets**, s'appuyant sur (1) les activités essentielles de la prise en charge et (2) les stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins (cf. tableau 1), permettant d'avoir des éléments de lecture homogènes des projets (cf. [rapport d'analyse des projets art. 70 de décembre 2012](#)).

Tableau 1. Grille d'analyse des projets

1. Activités essentielles à la prise en charge
Repérer les patients à risque
Réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS) des patients à risque
Elaborer, suivre et mettre en œuvre un plan personnalisé de soins (PPS)
Communiquer vers les patients et avec les autres intervenants
2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins
Mettre en place une gouvernance
• Favoriser l'intégration des services sanitaires et structures médicosociales
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours
• Organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) • Mettre en place un suivi pluriprofessionnel • Développer les relations avec les spécialistes • Mettre en œuvre un protocole pluriprofessionnel • Réaliser des formations pluriprofessionnelles • Etablir un protocole de coopération « Article 51³ » • Développer la télémédecine • Recourir à des coordonnateurs de parcours de soins pour les cas complexes
Gérer les situations de crise
• Mettre à disposition des réponses immédiates • Mobiliser rapidement les ressources existantes • Développer les alternatives à l'hospitalisation • Proposer une coordination d'appui
Organiser la transition hôpital - domicile

³ L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération. (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)

• Organiser la sortie du patient
• Suivre le patient après la sortie
Promouvoir l'autonomie des patients
• Mettre en place un programme ou des actions d'éducation thérapeutique
• S'appuyer sur l'accompagnement des pairs et/ou l'utilisation des ressources communautaires
Renforcer le système d'information

En cohérence avec cette grille d'analyse, la HAS a adressé le 4 juillet 2013 à chaque porteur de projet un questionnaire concernant l'état d'avancement de la mise en place des actions envisagées, les difficultés rencontrées et les leviers identifiés (cf. [annexe 3](#)) ainsi qu'une grille d'autoévaluation de certaines dimensions (cf. [annexe 4](#)) :

- le repérage des patients âgés fragiles en ambulatoire ;
- l'élaboration d'un plan personnalisé des soins ;
- l'organisation de réunions de concertation et de coordination sur la prise en charge des patients ;
- l'élaboration et le suivi de protocoles pluriprofessionnels ;
- l'organisation de la sortie d'hôpital ;
- l'information et l'éducation des patients ;
- l'organisation et l'accès à la coordination d'appui ;
- l'intégration territoriale ;
- la prise en compte des attentes et des ressentis des usagers.

Cette grille avait pour objectif de leur permettre d'analyser leur projet en regard des caractéristiques porteuses de réussite identifiées dans la littérature et dans le cadre des travaux sur les matrices de maturité.

Le recueil de ces données ainsi que leur analyse ont fait l'objet d'un séminaire de partage d'expériences avec l'ensemble des porteurs de projets et les ARS concernées (octobre 2013), suivi d'un entretien téléphonique avec chacun.

La rédaction du présent rapport s'appuie sur l'ensemble de ces données, analysées et partagées, mis en regard avec les travaux actuels de la HAS sur les parcours de santé et les références bibliographique *ad hoc*.

4. État d'avancement des projets

Ce chapitre est consacré à l'état d'avancement 2013 des projets « Article 70 » et précise les actions mises en œuvre (définition, organisation), le résultat de l'autoévaluation des projets à partir des caractéristiques porteuses de réussite (cf. [annexe 4](#)), l'identification des freins et des facteurs-clés de succès rencontrés.

L'état d'avancement des actions est présenté dans les tableaux ci-dessous, en utilisant la légende suivante :

-  Action mise en place
-  Action en cours de mise en œuvre
-  Actions non engagées (différées, gestion des priorités, difficultés, etc.).

4.1. Activités essentielles de prise en charge

Le tableau ci-dessous s'intéresse à la mise en place par les porteurs de projet des actions relatives aux activités essentielles de prise en charge.

► Repérer les patients à risque de perte d'autonomie

a/ Définition

Le repérage précoce des patients à risque de perte d'autonomie permet d'identifier le risque de dépendance et de mettre en œuvre des interventions pour prévenir la perte d'autonomie, les chutes, l'institutionnalisation ou l'hospitalisation.

Ce repérage est d'autant plus efficace que :

- tous les professionnels de santé y participent, incluant les aides à domicile et l'entourage ;
- une grille d'analyse commune est utilisée ;
- l'évaluation systématique des patients repérés comme à risque de perte d'autonomie est envisagée ;
- un plan d'action (plan personnalisé de santé) est proposé pour les patients repérés à risque de perte d'autonomie et qui ont besoin d'un suivi pluriprofessionnel impliquant le médecin traitant et au moins 2 autres professionnels.

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Repérer le patient à risque					NC						

Dix des onze projets ont mis en place un repérage des patients à risque de perte d'autonomie. Toutefois, seuls six d'entre eux utilisent une grille de repérage partagée et cinq d'entre eux impliquent les aides à domicile ou l'entourage.

Les retours d'expérience mettent en évidence qu'il est important de :

- encourager l'adaptation d'une grille existante, pour faciliter son appropriation ;
- prévoir des formations pluriprofessionnelles pour organiser sa mise en œuvre ;
- faire un retour d'information à tous les acteurs mobilisés.

c/ Référence

Fiche points-clés et solutions « Repérage de la fragilité en soins ambulatoires » ([lien](#))

► Réaliser une évaluation gériatrique standardisée (EGS)

a/ Définition

L'EGS est une procédure diagnostique multiprofessionnelle 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. L'objectif est d'identifier l'ensemble des problèmes médicaux, fonctionnels, psychologiques et sociaux qui peuvent affecter un patient âgé à risque, puis d'établir un plan personnalisé de santé pour y remédier.

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Réaliser une EGS				NC	NC						

L'évaluation gériatrique, lorsqu'elle est prévue, est mise en place dans six projets. Dans les autres cas, la pénurie de gériatres freine cette mesure.

De plus, les retours d'expérience mettent en évidence qu'il est important de :

- définir des critères explicites qui, combinés au jugement du médecin traitant, permet d'orienter les patients vers une EGS.

c/ Référence

Lien vers la fiche points-clés et solutions ([lien](#))

► Élaborer, suivre et mettre en œuvre le plan personnalisé de santé (PPS)

a/ Définition

Le plan personnalisé de santé concerne avant tout les personnes qui présentent une situation complexe et pour lesquels il est nécessaire de coordonner l'intervention de plusieurs intervenants. Il découle de l'évaluation des besoins sanitaires et sociaux de la personne. Il résulte d'une concertation entre les professionnels et le patient et débouche sur un suivi. Il comprend un plan de soins, un plan d'aides et le cas échéant un plan d'éducation.

La mise en place d'un PPS est d'autant plus efficace que :

- des modalités communes sont agréées par les différents intervenants pour repérer les patients devant bénéficier d'un PPS ;
- une évaluation pluriprofessionnelle des patients est organisée dans les différentes dimensions sanitaires et sociales. Elle fait l'objet d'une concertation entre les intervenants ;
- les problèmes identifiés par l'évaluation sont priorisés en tenant compte de l'avis des intervenants et de l'avis des patients ;
- un plan d'actions écrit est élaboré en précisant les responsabilités de chaque acteur, les indicateurs et les critères d'alerte. Ce plan est rendu accessible au patient et aux différents intervenants. Le patient a connaissance de la (les) personne (s) chargée (s) de la coordination du PPS ;
- le PPS fait l'objet d'un suivi programmé et d'adaptations itératives en fonction de l'évolution de la situation du patient et des résultats obtenus ;

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Élaborer, suivre, mettre en œuvre PPS				NC	NC						

Lorsque le projet prévoit la mise en place d'un PPS, les différentes conditions de réussite sont réunies (6 sur 7). Cependant, certains projets rencontrent des difficultés liées, notamment, au temps nécessaire de conventionnement ou d'articulation entre les acteurs, à l'intégration du suivi du PPS dans le système d'information.

De plus, les retours d'expérience mettent en évidence qu'il est important de :

- définir collectivement des critères qui permettent d'identifier les personnes à qui un PPS pourra être proposé ;
- envisager une formation des professionnels qui seront amenés à travailler ensemble pour définir les modalités de repérage et d'évaluation des personnes ainsi que les modalités de mise en œuvre et de suivi du PPS.

c/ Références

Les documents relatifs au PPS ([lien](#))

► Communiquer vers les patients et avec les autres intervenants

a/ Définition

Le partage d'informations entre les acteurs de la prise en charge d'un patient, et entre ces acteurs et le patient lui-même est essentiel. En effet, le défaut de communication et de transfert d'information peut affecter de façon négative la prise en charge des patients.

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Communiquer vers les patients et avec les autres intervenants											

Tous les projets ont prévu d'organiser la communication vers les patients et/ou avec les autres intervenants. Toutefois, seuls sept des 11 projets sont opérationnels ; les autres rencontrent des difficultés en raison notamment de la nécessité de s'articuler avec d'autres projets sur le territoire, tels que les projets PAERPA⁴ (puisque certaines régions présentent des expérimentations dites « Article 70 » et projets PAERPA).

De plus, les retours d'expérience mettent en évidence les points suivants :

- en amont et pendant l'hospitalisation, la communication directe entre les professionnels de santé est un facteur de réussite de la mise en œuvre de projets autour du parcours de la personne âgée et doit être encouragée et favorisée.
Elle correspond, par exemple, à la possibilité pour le médecin généraliste face à une situation de crise de joindre un spécialiste à l'hôpital, afin de trouver une solution adaptée aux besoins du patient et faciliter la prise de décision (par ex. prévoir une hospitalisation spécifique, programmée en dehors des urgences). Autre exemple, suite au passage du patient aux urgences, un appel systématique de l'hôpital est passé au médecin traitant, au service de soins infirmiers, à la maison de santé ou au pharmacien référent du patient ;

⁴PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

- en sortie d'hospitalisation, la mise à disposition rapide des éléments d'information nécessaires à la continuité du parcours de soins au patient et à son entourage est importante (« utilisation facilitant de l'informatique »). Le besoin d'adapter les modalités et le contenu de communication nécessaire (qui peut être médecins dépendants ou patients dépendants) aux besoins propres des acteurs est nécessaire pour une meilleure appropriation.

c/ Références

Quatre documents types sont décrits pour assurer la communication des informations médicales et médico-sociales entre les professionnels de santé :

- le volet de synthèse médicale VSM ([lien](#)), rédigé par le médecin traitant MT ;
- le document de sortie d'hospitalisation, rédigé par le médecin hospitalier ;
- le dossier liaison urgence, établi par l'EHPAD ;
- le plan personnalisé de santé (voir ci-dessus).

Des modèles type de ces documents sont en cours d'élaboration afin que les données pertinentes puissent être échangées et partagées par voie électronique.

4.2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins

Parmi les **stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins, six sont à privilégier**⁵ : la mise en place d'une gouvernance, le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins primaires, la gestion des situations de crise, l'organisation de la transition hôpital - domicile, la promotion de l'autonomie des patients et l'utilisation du système d'information. Ces stratégies sont développées dans presque tous les projets.

► La mise en place d'une gouvernance / intégration des acteurs

a/ Définition

L'intégration a pour but de réduire la fragmentation du système afin de faciliter l'organisation des parcours. Il s'agit d'une démarche qui mobilise tous les acteurs d'un territoire et optimise les initiatives prises pour organiser les parcours, notamment pour coordonner les prises en charge.

Les démarches d'intégration s'organisent autour de plusieurs initiatives :

- la concertation à tous les niveaux : gouvernance régionale, gouvernance territoriale, concertation des soignants au niveau des organisations de soins ;
- le « guichet intégré » d'accès simplifié et rapide aux acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, de l'aide à domicile... ;
- l'organisation d'un suivi pluriprofessionnel ;
- l'accès à des gestionnaires de situations complexes (gestionnaires de cas) pour les personnes le nécessitant ;
- le partage d'outils cliniques communs pour l'évaluation des personnes et pour la planification des parcours (exemple : grilles de repérages, PPS...) ;
- l'utilisation d'un système d'information partagé permettant d'échanger entre les professionnels, de collecter des données et de les analyser ;
- les incitatifs professionnels et financiers à l'intégration.

La mise en place d'une intégration territoriale est ainsi d'autant plus efficace qu'ont été mis en place :

- un accord de gouvernance entre l'ARS et le Conseil Général au niveau de la région ou du territoire ;
- la réalisation d'un diagnostic territorial ;

⁵Rapport d'analyse des projets article 70, Haute Autorité de Santé, décembre 2012(<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013->

- l'organisation de réunions régulières entre les acteurs sanitaires et sociaux du territoire ;
- des procédures et outils communs sur le territoire ;
- un retour régulier d'information.

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Intégration					NC						

Tous les projets sauf un mettent en place les actions visant à favoriser l'intégration des services sanitaires et des structures médico-sociales, soit au niveau du territoire (comité de pilotage, comité d'orientation, contrat local de santé, Groupe de Coopération Sanitaire, etc.), soit au niveau de la région. Toutefois, ces démarches sont encore incomplètes. Ainsi, seuls cinq projets ont finalisé à la fois un accord de gouvernance, un diagnostic territorial, l'organisation de réunions, des outils communs et un retour d'informations aux acteurs.

Des questions demeurent au sujet de l'articulation entre la gouvernance des différents projets sur le territoire et la mobilisation des professionnels, notamment libéraux, en raison de leur charge de travail. L'existence de structures de soins primaires organisées semble un élément facilitant.

De plus, les retours d'expérience ont mis en avant que l'intégration des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux (d'après de Stampa – réunion retour d'expérience octobre 2013) :

- repose d'abord sur l'implication de personnes compétentes, crédibles et dédiées, qui vont montrer le réalisme et la pertinence du nouveau système de coordination des services ;
- requiert l'adhésion des dirigeants des organisations impliquées au modèle de coordination retenu ;
- doit se présenter à eux comme une solution appropriée à des problèmes d'organisation des services qu'ils jugent prioritaires ;
- exige du temps pour que les gestionnaires et les intervenants concernés par le changement nouent des liens de collaboration et s'approprient le modèle de coordination retenu. Sur le plan informationnel, l'efficacité d'un réseau intégré de services dépend de l'utilisation d'un système d'informations cliniques partageables interdisciplinaire et interservices. Sur le plan organisationnel, la mise en place d'un réseau intégré de services suppose l'instauration de modes de gouvernance et de coordination fondés sur la confiance et le respect mutuel (L. Demers FCRSS 2005).

c/ Références

- De Stampa M., Vedel I., Trouvé H. et al. Intégration des services : obstacles et facteurs facilitant leur implémentation. RevEpidemiol Santé Publique 2013;61 :145-153.
- [SPICe Briefing Integration of Health and Social Care: international comparisons](http://www.scottish.parliament.uk/ResearchBriefingsAndFactsheets/Factsheets/SB_12-48.pdf)
http://www.scottish.parliament.uk/ResearchBriefingsAndFactsheets/Factsheets/SB_12-48.pdf
- Somme D. et al. Prise de position de la Société Française de Gériatrie et Gériatologie sur le concept d'intégration : Résumé. La Revue de Gériatrie 2013 ; 38:323-330.
- *The King's Fund Integrated Care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS?* 2011. www.kingsfund.org.uk/publications/clinical_and_service.html

► Le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins primaires / les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP)

a/ Définition

Les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) dans le cadre des soins primaires sont organisées autour de deux objectifs : prendre une décision pour gérer une situation complexe présentée par un patient, d'une part, et définir a priori les modalités de prise en charge optimale

d'une catégorie de patients, d'autre part. Dans le premier cas, elles peuvent déboucher sur l'élaboration d'un plan personnalisé de santé, tandis que dans le second, elles conduisent le plus souvent à élaborer un protocole pluriprofessionnel. Au-delà de ces objectifs, elles contribuent puissamment à développer une culture pluriprofessionnelle (reconnaissance mutuelle, relations de confiance, etc.) qui sera le ciment de l'équipe. Même si beaucoup d'équipes organisent spontanément de telles réunions, il est nécessaire de les structurer autour de quelques principes (regard croisé, référence aux données de la littérature, suivi des décisions), sans quoi elles risquent de ne pas être efficaces et, par conséquent, d'être abandonnées.

Ces réunions sont d'autant plus efficaces que :

- elles sont organisées à une fréquence régulière ;
- elles sont ouvertes à tous les professionnels concernés et mobilisent systématiquement des intervenants de chaque profession concernée ;
- la présentation des problèmes liés à la prise en charge est réalisée de façon formalisée ;
- les décisions sont prises de façon concertée ;
- les décisions sont inscrites dans le dossier des patients sous forme de relevés de conclusion ou de PPS ;
- les interventions décidées font l'objet d'un suivi et d'une révision si nécessaire.

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
RCP					NC						
Suivi pluriprofessionnel	NC				NC	NC	NC				

Tous les projets sauf un ont organisé des RCP pour favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle. Ces RCP sont majoritairement opérationnelles. Elles sont organisées à fréquence régulière, de manière formalisée (6). Les décisions sont prises de manière concertée (4), formalisées dans le dossier du patient (6) suivies et révisées si nécessaire (6). De même, le suivi pluriprofessionnel, lorsqu'il a été envisagé, est opérationnel (7).

c/ Références

– NHS. *The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT)*. february 2010.

► Le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins primaires / Les formations pluriprofessionnelles

a/ Définition

Outre l'acquisition de connaissances, les formations pluriprofessionnelles permettent de développer une culture partagée, de s'approprier des supports communs et d'organiser la prise en charge les patients dans le territoire.

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Formation pluriprofessionnelle	NC				NC	NC		NC		NC	

Seuls six projets ont finalisé la mise en place de formations pluriprofessionnelles considérées comme un facteur clé de réussite de l'organisation du travail en équipe.

De plus, les retours d'expérience mettent en évidence les points suivants :

- les formations doivent être interactives, en petits groupes, organisées autour d'exposés, d'échanges entre les participants et de mises en situation ;
- les objectifs des formations doivent être ciblés sur les modalités de mise en œuvre du programme, réunir les professionnels qui seront amenés à travailler ensemble et idéalement déboucher sur des protocoles pluriprofessionnels ;
- les formations peuvent, de surcroît, être couplées avec des partages d'expérience ou des retours d'information.

c/ Références

- Cuff PA. *Interprofessional Education for Collaboration: Learning How to Improve Health from Interprofessional Models Across the Continuum of Education to Practice: Workshop Summary* (2013) http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13486

► Le travail en équipe pluriprofessionnelle / Les protocoles pluriprofessionnels

a/ Définition

Un protocole pluriprofessionnel décrit, pour une situation type, le schéma optimal de prise en charge par l'équipe en précisant qui fait quoi, quand, comment. Ces protocoles sont élaborés ou adoptés par l'équipe en tenant compte des données de la science (recommandations de la HAS, etc.) et de l'environnement local de travail (ressources, etc.). Ces protocoles sont un moyen efficace pour organiser la prise en charge de situations complexes ou peu fréquentes.

L'efficacité de ces protocoles est d'autant plus importante que :

- les thèmes des protocoles sont choisis en réponse aux besoins objectivés à travers par exemple le projet de territoire, le suivi d'indicateurs, les réunions de concertation ;
- l'ensemble des professions et partenaires concernés sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des protocoles ;
- les protocoles s'appuient sur des éléments de bonne pratique fondés sur la littérature scientifique ;
- les projets font l'objet d'un suivi et d'une analyse de leur impact (à l'aide d'indicateurs) ;
- les protocoles sont mis à jour régulièrement (sur la base des retours d'expérience, de l'actualisation des données de type EBM).

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Protocole pluriprofessionnel	NC			NC	NC	NC	NC			NC	

Moins de la moitié des projets ont choisi d'élaborer des protocoles pluriprofessionnels (5). Parmi eux, quatre ont des protocoles pluriprofessionnels définis et mis en place. Les thèmes sont choisis en réponse aux besoins du territoire et s'appuient sur des éléments de bonnes pratiques fondées sur la littérature. L'élaboration des protocoles a impliqué l'ensemble des professionnels et partenaires concernés. Toutefois, ces protocoles ne font pas encore l'objet d'un suivi et d'une analyse de leur impact (même si prévue à terme), ni de mise à jour.

Les protocoles, lorsqu'ils sont élaborés, restent parfois inappliqués faute d'un suivi et d'une analyse de leur mise en place. C'est la raison pour laquelle il est important de les associer à des indicateurs de pratique clinique, partagés par l'équipe et, autant que possible, renseignés dans le dossier des patients.

c/ Références

- Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316(7125):133-7.
- Haute Autorité de Santé. Étapes d'élaboration d'un PPSPR. 2011. http://www.hassante.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.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ppspr_guide_etapes_elaboration.pdf

► Le travail en équipe pluriprofessionnelle / Les autres dimensions

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Relations spécialistes	NC			NC	NC	NC		NC		NC	

L'organisation des **relations avec les spécialistes** est peu souvent prise en compte. Seuls cinq projets l'ont envisagée, dont trois sont fonctionnels.

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Protocole de coopération (Art.51)	NC		NC	NC	NC	NC	NC	NC		NC	NC

Seuls deux projets ont prévu de définir et de mettre en place **un protocole de coopération au titre de l'article 51**, un seul étant opérationnel. Ces protocoles de coopération semblent peu connus par les acteurs, leur cadre mal compris, et des interrogations subsistent quant à l'impact sur l'organisation de la prise en charge ou encore le modèle économique.

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Télémédecine			NC	NC	NC		NC				

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. De nombreuses applications de télémédecine sont développées pour la prise en charge des patients âgés. La mise en place de la télémédecine dans les projets concernés (7/11) présente des difficultés, liées, notamment, aux perspectives d'intégration de ces projets dans un schéma directeur informatique régional, dans des projets régionaux de télémédecine (e-santé) ou à l'indisponibilité des équipements.

► La gestion des situations de crise

a/ Définition

On entend par gestion des situations de crise la possibilité, face à une urgence en milieu ambulatoire : (i) d'obtenir une réponse immédiate (exemples : alerte protocolisée des médecins par les intervenants à domicile, astreinte téléphonique des gériatres hospitaliers pour les professionnels libéraux, etc.) ;(ii) de mobiliser rapidement des ressources existantes (exemples : mobilisation en urgence d'une infirmière pour une visite à domicile, intervention d'une équipe mobile de gériatre à domicile, etc.) ; (iii) d'avoir accès aux alternatives à l'hospitalisation telles que l'hébergement temporaire ou l'hôpital de jour.

b/ État des lieux et retour d'expérience

Gérer les situations de crises											
PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Réponses immédiates				NC	NC						
Mobilisation rapide des ressources existantes				NC	NC						
Alternatives à l'hospitalisation					NC	NC					

Les actions concernant la possibilité d'avoir **une réponse immédiate** face à une situation de crise accusent un retard par rapport à ce qui a été prévu tout comme celles autour de **la mobilisation rapide des ressources existantes**. Les principaux freins évoqués sont une pénurie des spécialistes, notamment en gériatrie, la dimension du territoire ou encore le temps pour formaliser les partenariats. La proximité géographique ou l'unité de lieu sont des éléments favorisant.

L'accès **aux alternatives à l'hospitalisation** est mis en place et opérationnel dans la majorité des projets (9), quel que soit le territoire.

► Le recours à une fonction d'appui

a/ Définition

Le recours au « case management » ou assistance au parcours représente l'assignation explicite à un ou plusieurs professionnel(s) des activités de coordination et de prise en charge d'une personne dont la situation est trop complexe pour être prise en charge par les professionnels de soins primaires dans le cadre de leur exercice quotidien. Les « case managers » interviennent directement auprès des patients pour les aider dans leur parcours de santé, coordonner ce parcours et faciliter leur accès aux prestations nécessaires. Leur intervention est ciblée sur la prise en charge des patients cumulant les complexités, 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 coexistence de problèmes médicaux, psycho-sociaux, fonctionnels et sociaux.

b/ État d'avancement et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Coordonneurs cas complexes	NC				NC		NC	NC			

Sept projets ont prévu de recourir à des fonctions de coordination pour les cas complexes, mais seuls trois d'entre eux sont opérationnels. Le recours à ces fonctions est réalisé, en général, soit par l'intermédiaire d'une Maison pour l'Autonomie et l'Intégration (MAIA), dont la couverture du territoire n'est pas toujours homogène avec celle du projet, soit par des réseaux de soins spécifiques (collaboration).

De plus, les retours d'expérience mettent en évidence que :

- il est important de constituer des équipes interprofessionnelles pour assurer la gestion de ces cas complexes. Dans ce cadre, il n'existe pas de profession idéale ;
- les gestionnaires de cas ont besoin de s'appuyer sur la concertation des acteurs au sein du territoire et seront d'autant plus efficaces que la démarche d'intégration est engagée.

c/ Références

- Ross S. and al. *Case management. What it is and how it can best be implemented. The King's Fund* 2011. http://www.kingsfund.org.uk/publications/case_management.html
- Taylor L., Machta R., Meyers D. et al. *Enhancing the Primary Care Team to Provide Redesigned Care: The Roles of Practice Facilitators and Care Managers. Ann Fam Med* 2013;11:80-83.
- Eklund K., Wilhelmson K. *Outcomes of coordinated and integrated interventions targeted frail elderly people: a systematic review of randomized controlled trial. Health & Social Care in the Community* 2009; 17(5):447-58.

► L'organisation de la transition hôpital - domicile

a/ 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 dont la réhospitalisation. Cette organisation s'appuie sur l'accompagnement de la sortie de l'hôpital et le suivi du patient à domicile après une hospitalisation.

L'organisation de la sortie d'hospitalisation est d'autant plus efficace que :

1. un repérage des patients à haut risque de réhospitalisation est organisé dès leur admission selon des modalités communes à l'ensemble de l'établissement ;
2. les patients repérés à risque sont évalués au plan médical et social en lien avec l'équipe de soins primaires ; des préconisations sont formalisées dans un plan personnalisé de soins et d'aides ;
3. les documents de sortie d'hospitalisation sont remis au patient le jour de la sortie ;
4. les interventions et les traitements débutés à l'hôpital sont poursuivis à domicile, grâce à une continuité de la prise en charge organisée avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires ;
5. un suivi spécifique de ces patients est organisé pendant les 30 jours suivant leur sortie, en coopération avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires.

b/ État des lieux et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Organiser la sortie de l'hôpital					NC						
Suivre après la sortie de l'hôpital					NC	NC					

Que ce soit pour l'accompagnement de la sortie ou le suivi à domicile, les actions prévues par les porteurs de projets sont, dans l'ensemble, mises en place. Huit des dix projets concernés ont organisé un repérage des patients à haut risque d'hospitalisation dès leur entrée. Ces patients sont évalués au plan médical et social en lien avec l'équipe de soins primaires, et les interventions et traitements débutés à l'hôpital sont poursuivis à domicile. Ces projets prévoient la remise des documents de sortie d'hospitalisation au patient le jour de sa sortie, et sept prévoient le suivi spécifique pendant les 30 jours suivant la sortie, en coopération avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires.

c/ Références

- Fiche points-clés et solutions « Réduction du risque d'hospitalisation évitables » ([lien](#))

► La promotion de l'autonomie des patients

a/ Définition

La promotion de l'autonomie des patients passe par **l'éducation thérapeutique** dont le but est d'accroître les compétences des patients (et si besoin 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. Cette éducation peut être sous la forme d'actions d'information/d'éducation simples et structurées ou s'inscrire dans un programme d'éducation thérapeutique.

Le développement actuel d'initiatives **d'accompagnement par des pairs ou par des ressources communautaires** contribue également au maintien de l'autonomie des patients. Ceci correspond à la mobilisation de ressources dans la collectivité ou l'aide d'associations d'usagers (éducation par les « pairs ») 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.

b) État des lieux et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Education thérapeutique						NC				NC	
Accompagnement par des pairs, utilisation des ressources communautaires			NC	NC	NC	NC	NC	NC		NC	NC

Des actions relatives à l'éducation thérapeutique du patient sont prévues dans neuf projets, en majorité mises en place. Elles sont organisées en partenariat avec d'autres institutions, impliquent différents professionnels de santé (médecin généraliste, pharmacien, infirmier) et s'adressent aux patients et, si besoin, à leur entourage.

En revanche, peu de projets ont prévu des actions relatives à l'accompagnement par des pairs ou aux développements des ressources communautaires (3) ; lorsqu'elles sont prévues, ces actions seront définies et mises en place ultérieurement.

c/ Références

- Adair R., Wholey DR., Christianson J., White KM., Britt H., Lee S. Improving chronic disease care by adding laypersons to the primary care team: a parallel randomized trial. *Ann Intern Med.* 2013 Aug 6; 159(3):176-84.

► Le renforcement du système d'information

a/ Définition

L'évolution des technologies de l'information conduit à une attente forte des professionnels en termes d'accès à l'information et de coordination des soins : avoir la bonne information, pour le bon patient, au bon moment.

D'un point de vue technique, il est attendu que les systèmes d'information disposent des capacités qui permettent de gérer les données des patients (collecter, structurer, trier, analyser, etc.) et de les échanger/partager de façon immédiate et différée entre de nombreux acteurs (y compris les patients), dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Au-delà des capacités techniques, l'appropriation par les professionnels (que peut-on faire, avec quel outil, dans quelles conditions) et l'intégration à leur pratique est nécessaire pour que ces outils apportent les services attendus.

b/ État des lieux et retour d'expérience

PROJET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Renforcement du système d'information					NC						

À l'exception d'un projet, tous prévoient un renforcement du système d'information, allant de la mise en place de messagerie sécurisée, d'équipement informatique des acteurs, à l'intégration au sein de projets régionaux de schéma directeur informatique ou encore du développement du dossier médical personnel.

Toutefois, de nombreuses difficultés freinent le déploiement de ces Systèmes d'Information.

Le retard le plus important dans la majorité des projets concerne la définition du schéma directeur informatique et le déploiement du système d'information. Les difficultés rencontrées ont trait, tout d'abord, à l'accès aux données et à l'échange de ces données via la messagerie sécurisée, du fait du retard dans la mise en place des messageries sécurisées ou du défaut d'équipement des professionnels. De manière plus large, la question posée concerne le type de données pouvant être partagées en fonction des profils de professionnels (quelles sont les données médicales qui peuvent être partagées selon le métier des professionnels de santé ? quelles sont les données qui peuvent être partagées avec les acteurs du social ?). La question des données à partager en fonction du profil des professionnels fait l'objet actuellement d'une réflexion sur les possibilités juridiques par les différentes institutions et directions du ministère de la Santé, notamment dans le cadre des expérimentations PAERPA⁶.

La majorité des professionnels ne maîtrisent pas l'outil DMP et ne comprennent pas comment il peut leur être utile dans le cadre d'une approche parcours.

c/ Références

- Cresswell KM., Bates DW., Sheikh A. *Ten key considerations for the successful implementation and adoption of large-scale health information technology*. *J AmMed Inform Assoc*. 2013 Jun; 20(e1):e9-e13.
- 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://esante.gouv.fr/sites/default/files/ASIP_SI_MCSPSP_Plan_Projet_Type_V0_2.pdf
<http://esante.gouv.fr/actus/services/l-asip-sante-publie-deux-documents-structurants-a-l-occasion-des-journees-de-la-feder>
- 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

⁶ PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

5. Conclusions

5.1. Messages clés

Un an et demi après le démarrage des projets, les actions mises en œuvre et opérationnelles concernent avant tout la gouvernance territoriale, la séquence repérage / évaluation des personnes fragiles, la gestion de crises et la sortie d'hospitalisation. En revanche, les actions destinées à développer les Systèmes d'Information, à renforcer les soins primaires et leur articulation avec les spécialistes et à organiser la coordination des cas complexes sont moins développées.

Au-delà de la consolidation des actions engagées, l'enjeu est de parvenir à mobiliser l'ensemble des acteurs sur le territoire pour aboutir à une transformation effective et durable des prises en charge, sur un plan organisationnel.

L'étendue du territoire dans lequel s'applique les différentes actions de coordination du parcours est un élément qui facilite ou au contraire freine les dynamiques locales en raison de la difficulté à créer des liens entre les acteurs et à organiser les concertations, notamment lorsque l'offre de soins de premier recours est peu structurée. Cela confirme la nécessité d'une définition du territoire plus fonctionnelle que géographique.

Le temps nécessaire à la mise en place du projet est un autre élément incontournable à prendre en compte. Ce temps correspond à la prise de contact avec les différents partenaires potentiels, la construction d'un cadre de confiance, l'obtention d'un consensus, la définition de modalités de pilotage explicites et enfin l'appropriation du projet par les acteurs. Cela doit mettre en garde contre toute évaluation prématurée des projets sans attendre leur mise en place complète.

Néanmoins plusieurs préconisations peuvent être faites à partir des premiers retours d'expérience et de l'analyse de la littérature:

► Organisation de la sortie

L'organisation de la sortie d'hospitalisation est au cœur du projet, avec pour objectif de réduire le risque de réhospitalisations évitables. Ce thème a été abordé essentiellement au sein des projets « Article 70 » par des mesures structurelles ou le recrutement de personnel dédié, infirmière de coordination ou coordinateur de réseau. Cela n'est cependant probablement pas suffisant : l'enjeu est de mobiliser l'ensemble des équipes soignantes dans un processus en trois étapes :

- **Point-clé 1** : pendant l'hospitalisation, repérer le plus précocement possible les personnes à risque de réhospitalisation débouchant sur une prise en charge spécifique incluant une évaluation médicale et sociale, un contact avec les soignants du domicile, une optimisation diagnostique et thérapeutique et parfois une éducation thérapeutique ;
- **Point-clé 2** : au moment de la sortie, remettre au patient un document de sortie comprenant l'ensemble des informations nécessaires à la continuité des soins ; de plus, afin de faciliter la qualité des retours à domicile, favoriser une sortie des patients en fin de matinée, et non en fin de journée ;
- **Point clé 3** : en aval de la sortie, assurer la poursuite des actions débutées pendant l'hospitalisation et un relais précoce par les équipes médicales et sociales du domicile : cela nécessite une implication des équipes hospitalières, à un degré variable selon l'offre de soins et d'aides disponibles localement.

Tout ceci représente un véritable changement culturel pour les équipes hospitalières, qui requiert une nouvelle organisation du travail, un outillage, des formations pluriprofessionnelles et des incitations financières. Les nouvelles méthodes de la certification 2014 (en particulier le patient traceur) peuvent sensibiliser les équipes ainsi que les critères de certification sur le contenu de la sortie ou la continuité et la coordination des soins.

► Organisation des professionnels de santé primaire en équipes pluriprofessionnelles

L'organisation des professionnels de santé primaire en équipes pluriprofessionnelles paraît être la condition de base pour favoriser l'émergence et l'avancement des projets. Cette organisation repose dans les projets « Article 70 », soit directement sur des maisons ou pôles de santé, soit plus indirectement sur l'action de réseaux de santé. Elle rend possible la mise en œuvre de la démarche pluriprofessionnelle commune à la prise en charge de tous les patients chroniques : repérer, évaluer, se concerter, planifier, suivre et réviser. Cependant les retours d'expériences montrent que cela se heurte :

- au manque de disponibilité des professionnels libéraux, en raison de leur charge de travail, pour participer aux réunions de concertation, aux groupes de travail, mais aussi pour traiter les alertes ou assurer les formations, et ceci, bien qu'ils soient convaincus de l'intérêt du projet ;
- aux difficultés de recrutement de compétences spécifiques, sans compter un turn-over des professionnels qui doivent s'approprier le projet ;
- aux difficultés à intégrer l'éducation thérapeutique des patients dans la pratique des professionnels de santé de soins primaires (la majorité de l'offre d'ETP provient d'établissements hospitaliers ou de réseaux) ;
- aux difficultés à mettre en place des protocoles pluriprofessionnels.

Ces barrières appellent une stratégie explicite pour les surmonter.

→ **Point-clé 4 :** une stratégie d'implémentation des projets qui organise des retours d'information réguliers aux professionnels selon des modalités définies avec eux. Ces retours peuvent porter sur le niveau de diffusion du projet (nombre d'organisations mobilisées, nombre de professionnels engagés, etc.) ou sur son impact (niveau de structuration des organisations, effets sur les pratiques, l'état de santé des personnes et le recours aux soins) ;

→ **Point-clé 5 :** prendre appui sur les activités qui requièrent une coopération à plusieurs (évaluation des patients, concertation et suivi autour du PPS, éducation des patients, partage des données, etc.) pour promouvoir l'exercice en équipe auprès des professionnels ayant un exercice isolé, renforçant ainsi la fluidité des parcours de santé. Ceci peut se traduire concrètement par des labellisations, « d'équipe d'action libérale » par exemple ;

→ **Points-clé 6 :** encourager (et faciliter) les regroupements pluriprofessionnels de soins primaires à se doter de fonctions d'appui pour soutenir au quotidien leurs démarches. Ces appuis peuvent contribuer à la gestion des files actives de patients (alertes, organisation des consultations, etc.), à l'organisation des réunions de concertation et des actions à destination des patients (information, orientation, éducation thérapeutique), au suivi des retours d'examens ou d'avis spécialisés, etc. ;

→ **Point-clé 7 :** déployer sous la responsabilité des ARS des fonctions d'appui au premier recours. Ces « fonctions d'appui » correspondent à des activités que les professionnels ne peuvent assurer de façon satisfaisante dans l'état actuel de leur organisation ou nécessitant une mutualisation de moyens au niveau territorial ou régional. Elles peuvent concerner les aides à la pratique, l'accompagnement à la démarche qualité, les aides à la réalisation de processus cliniques, l'éducation thérapeutique, la transition hôpital-domicile ou le suivi complémentaire par un coordinateur d'appui.

Plan personnalisé de santé (PPS)

Lien fiche points-clés et note de synthèse documentaire : « Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de premier recours ? (en cours)

► Capacité à recueillir les données cliniques structurées, à les partager et à les utiliser

La capacité à recueillir les données cliniques structurées, à les partager et à les utiliser à des buts cliniques ou organisationnels est une autre condition nécessaire à l'organisation des parcours. Le besoin d'un usage renforcé des systèmes d'information a été ainsi identifié par tous les projets « Article 70 ». Cependant, tous ont signalé des difficultés à s'approprier les technologies de l'information et de la communication en santé, d'où une limite à leur mise en place :

Trois éléments paraissent essentiels pour surmonter ces difficultés :

- **Point-clé 8** : partir des logiciels métier existants plutôt que de construire des systèmes d'information *de novo* spécifiquement dédiés à l'expérimentation d'un coût élevé et d'un usage incertain ;
- **Point-clé 9** : optimiser l'utilisation de ces logiciels. Pour cela, il importe d'assurer une assistance (cf. fonctions d'appui) aux professionnels pour qu'ils puissent intégrer à leur pratique les fonctionnalités existantes, comprendre l'intérêt de la structuration des données et la réaliser et définir les données à échanger et partager ;
- **Point-clé 10** : développer l'utilisation de ces logiciels au sein d'une équipe qui favorise un environnement « apprenant » et l'usage des fonctionnalités d'aide à la pratique et à la concertation ; un impact sur la coordination des soins n'est atteint que pour les équipes dont la cohésion est élevée.

Documents publiés ou en cours de réalisation par la HAS

Lien matrice de maturité

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-11/echanges_et_partage_de_donnees_par_voie_elctronique.pdf

5.2. Perspectives en termes d'évaluation quantitative

Des données quantitatives seront demandées aux équipes concernées, indicateurs simples et de saisie aisée, recueillis sous forme de tableaux de bord, pour les actions considérées comme opérationnelles (cf. [annexe 5](#)).

Les axes explorés seront :

- **Axe 1.** Le pilotage du projet, la réalisation d'un diagnostic de territoire, des ressources et des besoins selon une approche populationnelle (la liste des partenaires et structures impliqués, adéquation du projet aux résultats du diagnostic de territoire s'il a été réalisé)
- **Axe 2.** Le degré d'intégration aux soins primaires (participation des soignants de soins primaires à l'expérimentation).
- **Axe 3.** L'attractivité du service pour les professionnels ou structures concernés (nombre de professionnels ou structures utilisateurs du service par rapport aux demandeurs potentiels).
- **Axe 4.** La pertinence du recours au service (nombre de demandes suivies d'une intervention / nombre de demandes total).
- **Axe 5.** La couverture de la population cible et l'efficience des ressources mobilisées par le service (nombre de patients ayant bénéficié du service (au moins une fois) mis en regard de la population cible, nombre de patients ayant bénéficié du service mis en regard des effectifs en termes de métiers et de nombre en ETP de la structure qui intervient).
- **Axe 6.** La réactivité du service et la continuité des soins (délai de mise en œuvre / date de demande).

Sur un plan opérationnel, quelques données simples devront être recueillies de façon systématique, *a priori* et de façon prospective pour chaque patient inclus dans le projet pour renseigner le tableau de bord, selon des modalités définies par chaque porteur de projets.

Cette évaluation sera complétée par des visites sur site pour préciser les modalités de mise en œuvre des différentes actions.

Par ailleurs, un ou deux **indicateurs de pratique clinique**, simples à recueillir et appropriés à chaque projet, seront choisis par les ARS et les promoteurs. Ils portent notamment sur : autonomie, chute, dénutrition, iatrogénie.

5.3. Perspectives en termes de production et de soutien

Dans la logique du développement d'une médecine de parcours, la HAS a produit un certain nombre d'outils, sous forme de référentiels et supports pour aider les professionnels de santé, les porteurs de projet et les ARS (Cf. [annexe 2](#)).

Il est prévu de les compléter ces outils en 2014 par :

1. **Référentiel d'analyse et de progression** (« matrice de maturité ») pour les équipes de santé primaire ;
2. **Référentiel d'analyse et de progression** (« matrice de maturité ») pour les structures d'appui et les réseaux de santé ;
3. Cahier des charges pour l'éducation thérapeutique dans le cadre des prototypes PAERPA ;
4. Fiches points-clés et solutions.
 - Elaboration et suivi de protocoles pluriprofessionnels,
 - Organisation de l'appui aux professionnels de santé primaire,
 - Intégration territoriale des services sanitaires et sociaux,
 - Prévention des hospitalisations évitables,
 - Amélioration de la qualité et de la sécurité du traitement médicamenteux des personnes âgées,
 - Organisation de la sortie des diabétiques ayant une lésion des pieds,
 - Organisation de la sortie après hospitalisation pour exacerbation de BPCO,
 - Accès à la réhabilitation respiratoire,
 - Organisation de la sortie d'hospitalisation en EHPAD ;
5. **Datasets de bonnes pratiques concernant les « syndromes gériatriques », la BPCO, le diabète et les médicaments ;**
6. **Un modèle de document de sortie d'hospitalisation et de dossier liaison d'urgence (DLU).**

6. Annexes

Annexe 1. Fiche descriptive par projet

PORTEUR	RÉGION	MODULE
Association de Gérontologie et de Gériatrie Grassoise (AG3⁷) Contacts : - Isabelle THEVENIN-LAVALOU - i.theveninlavalou@wanadoo.fr - Jacques RIBIERE - j.ribiere@ch-grasse.fr - Martine TANGUY - m.tanguy@ch-grasse.fr - Isabelle GIANARIA - igianaria.passerelle@gmail.com	PROVENCE ALPES COTE D'AZUR Contacts ARS: - Marion CHABERT - marion.chabert@ars.sante.fr	1 et 2

CO-PORTEUR DU PROJET : Centre hospitalier de Grasse⁸

EXISTANT

Organisation

- ✧ Plateforme gérontologique (CLIC + réseau de santé) mise en place en 2004, opérationnelle (file active 339 patients âgés complexes) sur la commune de Grasse, offrant tous les éléments d'une prise en charge médicale et sociale des plus de 75 ans
- ✧ Coopération entre les services sociaux et l'AG3, socle du système de ville
- ✧ Filière gériatrique hospitalière presque complète mise en place au centre hospitalier (absence d'hôpital de jour)

Projet coordination

- ✧ Création d'une équipe médico-sociale (équipe PASSERELLE, composée d'une assistante sociale, une IDE, un gériatre de l'EMG) individualisée des autres structures de coordination, pouvant intervenir en intra ou en extra hospitalier + articulations privilégiées avec la filière gériatrique, le service social hospitalier, les professionnels de santé et les communes
- ✧ Déploiement favorisé avec l'aide de la plateforme gérontologique

PRÉSENTATION DU PROJET

1. Activités essentielles à la prise en charge

Repérer le patient à risque	✧ Fiche inclusion dans réseau spécifique (fiche inclusion réalisé pour l'Equipe Passerelle- sur la trame de la fiche inclusion de la plateforme) <i>Inclusions de patients débuteront en septembre 2013 pour le module 2</i>
Réaliser une EGS	✧ Réalisation d'une évaluation médico-sociale gérontologique à domicile sur demande du médecin traitant ou d'un autre professionnel avec accord du médecin traitant (critère d'inclusion) par l'équipe passerelle <i>Évaluation sociale de la situation et des besoins</i> <i>Évaluation infirmière gériatrique (type EGS)</i> <i>Évaluation médicale par gériatre si requis</i>
Élaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	✧ Rédaction d'un compte rendu médico-social signé par le patient adressé au médecin traitant avec un PPS par courrier (à venir : courriel par messagerie sécurisée)
Communiquer vers les patients et autres intervenants	✧ Transmission du compte rendu médico-social au patient, à l'infirmière et au kinésithérapeute du patient. En discussion, transmission possible à d'autres personnes intervenant dans la prise en charge du patient, notamment les aides à domicile (problèmes sur la confidentialité des données)

⁷ Créée en 2002 pour les professionnels de santé libéraux du bassin, elle s'est ensuite élargie aux professionnels de santé de la filière gériatrie du CH de Grasse. 69 adhérents principalement, des médecins et infirmiers, cadres de santé, psychologue, ergothérapeutes, diététiciens et assistantes sociales. Porte le financement du réseau de santé gérontologique sur la ville de Grasse depuis 2004.

⁸ Participation des gériatres hospitaliers et de l'équipe mobile gériatrique au projet.

2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	
Mettre en place une gouvernance	
Intégration	✧ Réunions de concertation pour réorganiser le système de gestion des sorties <i>La production des outils « Passerelle » se fait avec la Plate-forme (Réseau +CLIC)-EMG-Service social hospitalier - Filière gériatrique – MAIA Grasse</i> ✧ Conventionnements auprès des services d'aide à domicile, SSIAD, EHPAD
Gestionnaire de cas	✧ Gestionnaire de cas pour les patients très complexes de la file active de l'équipe Passerelle <i>Articulation entre coordination d'appui, filière gériatrique-MAIA déjà en place depuis 2 ans</i>
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP	✧ Proposition systématique au médecin traitant d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle par téléphone dans un délai de 48 à 72H en complément du compte rendu médico-social <i>RCP avec le médecin traitant, l'équipe passerelle, autres intervenants à domicile si besoin (SSIAD, IDE libérale, kinésithérapeute, etc.)</i> <i>Démarrage par module 2 en septembre 2013</i>
Suivi pluriprofessionnel	✧ Accompagnement de la mise en place du PPS pendant un mois et réévaluation à domicile par assistante sociale et infirmière
Relations spécialistes	NC (non concerné)
Protocole pluriprofessionnel	NC
Formation pluriprofessionnelle	NC
Protocole de coopération (Art 51)	NC
Télémédecine	✧ Utilisation et développement des nouvelles technologies de télésanté en lien avec e-santé PACA (fin d'expérimentation)
Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	✧ Mise en place d'une astreinte téléphonique des gériatres hospitaliers pour les professionnels libéraux <i>Communication d'un numéro d'appel unique à tous les médecins généralistes du bassin d'activité du CH de Grasse et de la maison de garde</i>
Mobilisation rapide des ressources existantes	✧ Mobilisation en urgence de l'infirmière de l'équipe Passerelle pour visite à domicile (<i>Mise en place début 2014</i>)
Alternatives à l'hospitalisation	✧ Les hébergements temporaires, accueil de jour et différents services à domicile sont déjà utilisés par les différents acteurs sur le territoire.
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ Création d'une plateforme de gestion des sorties pour réaliser une évaluation en milieu hospitalier au plus tôt durant le séjour et définir les conditions de sortie, composée du service social hospitalier, de l'EMG, de l'équipe passerelle ✧ Réunion de concertation de sortie pour les situations complexes, (solicitation de l'équipe passerelle, du médecin traitant, +/- l'EMG et les professionnels intra hospitaliers sollicités par le service social hospitalier)
Suivre après la sortie	✧ Évaluation et/ou suivi après la sortie
Promouvoir l'autonomie des patients	
Éducation thérapeutique	NC
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	NC

Renforcer le système d'information
✧ Système d'information de l'équipe Passerelle <i>Travail en cours avec l'ORU-PACA dans un 1^{er} temps sur les alertes aux différents acteurs (hospitaliers-d'appui-ambulatoire) selon les événements du parcours patient.</i>
✧ Messagerie de l'équipe Passerelle- à venir messagerie sécurisé avec e-Santé PACA
✧ Utilisation DMP

PORTEUR	REGION	MODULE
Coordination gérontologique Bresse Bourguignonne (CG2B⁹) Contacts :Karine MACHURON - k.machuron.cg2b@orange.fr	BOURGOGNE Contacts ARS: - Michèle JACQUETTON - michele.jacquetton@ars.sante.fr - Fanny PELISSIER - fanny.pelissier@ars.sante.fr	1 et 2

PARTENAIRE DU PROJET : Centres hospitalier de Louhans et de Chalon-sur-Saône

EXISTANT

Organisation

- ✧ Réseau : Médecin coordonnateur en gérontologie et infirmière coordonnatrice (IDEC)
- ✧ Mutualisation et cohérence avec personnel CLIC (la conseillère en gérontologie ou en économie sociale et familiale détermine en fonction de critères prédéterminés si besoin de prise en charge par le réseau. En cas de prise en charge par le réseau, intervention de l'IDEC)
- ✧ Partenariat avec l'Equipe Spécialisée Alzheimer

Support, système d'information

- ✧ Logiciels Logiclic et Logiréso, accès à distance et équipement de portable (consultation et saisie à domicile possible)
- ✧ Accès sécurisé au logiciel « Perceaval » du Conseil Général (info sur les plans d'aide mis en place)

PRESENTATION DU PROJET

1. Activités essentielles à la prise en charge

Repérer le patient à risque ¹⁰	✧ Elaboration d'un protocole d'inclusion des patients au réseau pour distinguer l'activité CLIC de l'activité réseau
Réaliser une EGS	✧ Protocole de prise en charge au sein du réseau (inclusion au réseau conditionné par l'adhésion du médecin traitant, l'accord du patient et l'obtention de 4 oui ou plus aux critères de fragilité préalablement définis, évaluation gériatrique réalisée par l'IDEC)
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	✧ Plan d'intervention (plan d'aides + plans de soins) �labor� par le CGBB (concertation) ✧ Certificat médical établi par le médecin traitant (rémunération) permettant de réaliser une synthèse du parcours de soins du patient ✧ Mise en place du projet de soins par le médecin traitant en partenariat avec les autres professionnels (spécialistes, kiné, IDE, etc.) ✧ Suivi tous les 6 mois, par entretien téléphonique du secrétariat (vérification mise en place du plan + corrélation aides apportées et besoins) ✧ Bilan annuel complet par l'IDEC
Communiquer vers les patients et autres intervenants	✧ Communication sur les missions du réseau auprès des médecins traitants (courrier, réunions), réunions avec les professionnels de santé et entretiens avec les assistantes sociales des hôpitaux (Lons-Le-Saunier, Chalon-sur-Saône, Clinique Ste Marie)

2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins

Mettre en place une gouvernance

Intégration	✧ Mise en place d'un comité de coordination technique et d'un sous-groupe de ce comité « SSIAD »
Gestionnaire de cas	NC (non concerné)

⁹ CG2B constituée en 2001, réseau de santé labellisé CLIC niveau 3 en 2006, participation active au fonctionnement du Guichet Unique personnes âgées de la Bresse Bourguignonne depuis 2007.

¹⁰ Existant avant projet « Article 70 », idem pour l'EGS et le PPS.

Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP	✧ Réunion de concertation suite à l'EGS par l'IDEC ✧ Réunion de coordination sur sollicitation des professionnels de santé ou de maintien à domicile ✧ Réunion de concertation technique (professionnel du domicile, IDEC, médecin traitant, etc.) pour situation complexe
Suivi pluriprofessionnel	NC
Relations spécialistes	NC
Protocole pluriprofessionnel	NC
Formation pluriprofessionnelle	NC
Protocole coopération (Art. 51)	NC
Télémédecine	✧ Déploiement de plateforme de téléassistance médicalisée (accès au dossier du CG2B, échanges sécurisés) à favoriser
Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	✧ Capacité à répondre sans délai sur sollicitation d'un professionnel libéral (réalisation simultanée des EGS et dossier APA dans les situations d'urgence, redéfinition des conditions d'inclusion au réseau pour améliorer les délais de prise en charge)
Mobilisation rapide des ressources existantes	NC
Alternatives à l'hospitalisation	NC
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ Formalisation d'une procédure permettant d'identifier le rôle de l'assistante sociale du centre hospitalier de Louhans et l'intervention du réseau de santé ✧ Visite hebdomadaire auprès des assistantes sociales de l'hôpital de Chalon ✧ Travail avec les bureaux des entrées des centres hospitaliers pour être informé des entrées à l'hôpital des patients relevant du secteur de CG2B. ✧ Accès aux évaluations pratiquées par le personnel hospitalier et les professionnels de santé (grille gériatrique, évaluation diététicienne, bilan du kinésithérapeute) dans le dossier patient hôpital ✧ Transmission des comptes rendus de visites à domicile réalisés par l'infirmière coordinatrice au service hospitalier ✧ Programmation des visites communes avec les responsables des associations d'aide à domicile pour une meilleure adéquation des aides en sortie d'hôpital
Suivre après la sortie	✧ Retour à domicile : Réalisation par l'IDEC de l'évaluation des besoins de la personne âgée puis vérification par le biais d'accès informatiques si une prise en charge est existante au titre de l'APA (GIR 1 à 4) ✧ Institutionnalisation : (1) Inscription faite : participation de l'IDEC à la commission d'admission (EHPAD dépendant CH Louhans), échanges téléphoniques pour autres EHPAD – (2) : Pas d'inscription : certificat médical unique à renseigner par le médecin traitant pour EHPAD du secteur du CG2B. Dans tous les cas, synthèse écrite dans le logiciel du CG2B
Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique	✧ Programme d'ETP sur le diabète de type 2 (Diab'Bresse) porté par le CG2B ✧ Développement d'un programme sur les maladies cardiovasculaires en partenariat avec la MSA
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	✧ Projets en cours avec ressources communautaires sur actions de prévention

Renforcer le système d'information

- ✧ Message d'alerte informatique à tous les professionnels de santé en cas d'hospitalisation et inscription dans le dossier patient
- ✧ Mise en place d'aides à la décision pour les médecins traitants : (1) accès au dossier patients du CG2B pour les médecins traitants et autres professionnels (accès limités en fonction de leurs compétences) : passage web des logiciel Logiclic et Logiréso (connexion mail sécurisée) – (2) Connexion à distance via la 3G
- ✧ Partage d'information dans le sens Réseau -> hôpital (accéder, de l'hôpital, au CR de visites à domicile ou aux résultats des EGS gériatriques effectuées auprès de patient commun hôpital/Réseau ; Idem pour SSIAD)
- ✧ Création d'une charte d'utilisation de logireso.net et d'un formulaire de demande d'accès
- ✧ Echanges par messagerie sécurisée

PORTEUR	REGION	MODULE
Centre Gérontologique Départemental Marseille Contacts : - Jean-Claude PICAL - jpical.cgd13@e-santepaca.fr - Géraldine DELALANDE - gdelalande.cgd13@e-santepaca.fr	PROVENCE ALPES COTE D'AZUR Contacts ARS: - Marion CHABERT marion.chabert@ars.sante.fr	1 et 2

PARTENAIRE DU PROJET : l'AP-HM, les 4 réseaux gérontologiques de Marseille, le réseau de santé ILHUP, l'organisme de retraite REUNICA, l'université de Provence

EXISTANT

Organisation

- ✧ Forte mobilisation des acteurs du territoire de la commune de Marseille en termes de coordination du parcours de soins de la personne âgée
- ✧ Développement d'un projet gériatrique de territoire par le Centre gérontologique départemental avec l'APHM
- ✧ Développement des consultations d'évaluation gériatrique et de la gériatrie ambulatoire

PRESENTATION DU PROJET

1. ACTIVITES ESSENTIELLES A LA PRISE EN CHARGE

Repérer le patient à risque	✧ Réalisation d'une grille de repérage pour les urgences et en hospitalisation <i>Nécessité d'une grille simple en cours de phase test</i>
	✧ Réalisation d'une grille pour le repérage de la fragilité chez les médecins généralistes (projet ADONIAS en parallèle. Rapprochement avec GCS où siège URPS notamment).
Réaliser une EGS	✧ Réalisation d'une EGS en EHPAD par l'équipe mobile de gériatrie (EMG)
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	✧ Elaboration d'un PPS en EHPAD par l'EMG
Communiquer vers les patients et autres intervenants	✧ Actions : Colloque filières gériatries (07.13), plaquette présentation EMG, flyers

2. STRATEGIES NECESSAIRES POUR ASSURER LA COORDINATION DES PARCOURS DE SOINS

Mettre en place une gouvernance

Intégration	✧ Mise en place d'un comité de suivi (composé des représentants de l'ensemble des partenaires) en charge de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet <i>Rapprochement envisagé avec le GCS (commission intégration)</i>
Gestionnaire de cas	✧ Recours à des coordonnateurs de parcours de soins pour les cas complexes en lien avec la MAIA (MAIA existante sur 4 arrondissements de Marseille).

Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours

RCP	✧ RCP existaient avant le projet Art. 70 dans les réseaux notamment
Suivi pluriprofessionnel	✧ Lien établi avec l'unité mobile gérontopsychiatrique, ENPS, HAD, SSIAD, réseau de santé et développement de l'offre ambulatoire (consultation gériatrique, HDJ)
Relations spécialistes	✧ Relation à venir avec l'extension du module 2 avec services de spécialités
Protocole pluriprofessionnel	✧ Protocoles pluriprofessionnels à développer localement par les équipes à partir d'une trame commune initiée au niveau de la PFGS
Formation pluriprofessionnelle	✧ Formation d'appui en EHPAD ✧ Projet de DPC pour les EHPAD (ex. circuit du médicament) ✧ Coopération possible avec unité mobile gérontopsychiatrique pour DPC troubles du comportement

Protocole coopération (Art 51)	Non concerné (NC)
Télémédecine	✧ En cours projet CGD – APMH (consultation de neuro pour résidents en EHPAD)
Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	✧ Procédure commune de contact pour les médecins généralistes notamment équipe mobile : organisation commune EMGE – UMGC pour répartition des appels des médecins traitants pour les demandes d'hospitalisations
Mobilisation rapide des ressources existantes	✧ Intervention des équipes mobiles de gériatrie en EHPAD dans le cadre d'une situation de crise <i>La situation de crise n'est qu'un des motifs de recours</i>
Alternatives à l'hospitalisation	✧ Développement d'une unité d'HAD en EHPAD ✧ Accès à HDJ, HAD, SSIAD, ESA (Equipe spécialisée Alzheimer)
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ Mise en place d'une plateforme de gestion des sorties – modélisation en cours
	✧ Harmonisation des pratiques – modélisation en cours
	✧ Prise en charge effective des patients les plus complexes par IDE de la plateforme de gestion de sortie : réflexion en cours sur le rôle d'une IDEC diplômée en pratiques avancées dans le domaine de la coordination
Suivre après la sortie	✧ Formalisation de la démarche du suivi post hospitalisation – modélisation en cours
Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique	✧ Existant avant le projet Article 70 : Programmes ETP via réseau diabète (formateurs, programmes très personnalisés aides aux aidants), 5 programmes labellisés à l'APMH pour pathologies chroniques, Ateliers Prévention des chutes
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	NC
Renforcer le système d'information	
✧ Réflexion sur système d'information : rapprochement avec GCS e-santé PACA et ORU pour utilisation de la messagerie sécurisée des médecins libéraux pour transfert de l'EGS et PPS	

PORTEUR	REGION	MODULE
CH d'Ussel Contact : Michèle NOUAILLE (m.nouaille@chussel.fr)	LIMOUSIN Contact ARS: Laurence TANDY (laurence.tandy@ars.sante.fr)	1 et 2

EXISTANT
Organisation ✧ Pôle d'accueil des personnes âgées au sein du CH ¹¹
Partenaire ✧ Réseau gériatologique de Corrèze (intégration d'une MAIA en 2012)

PRESENTATION DU PROJET	
1. Activités essentielles à la prise en charge	
Repérer le patient à risque	✧ Repérer les « Personnes Agées Fragiles », ou plutôt à risque de rupture, aux urgences, avec une grille formalisée ✧ Grille revue par coordinatrice gériatre pour orientation des patients vers la MAIA, vers institutionnel ou vers l'hôpital de jour pour une EGS
Réaliser une EGS	✧ Réalisation de l'EGS à l'hôpital de jour gériatrique (adressage possible par les urgences, les EHPAD, les médecins traitants pour éviter l'hospitalisation)
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	✧ Réalisation du PPS au sein de la maison de santé
Communiquer vers patients et autres intervenants	<i>Non concerné (NC)</i>
2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	
Mettre en place une gouvernance	
Intégration	✧ Création d'un Pôle de santé regroupant une maison de santé pluridisciplinaire, le CH, le réseau gériatologique et plusieurs structures d'exercices regroupées ✧ Coordination administrative et de gestion (mutualisation du poste de pilote MAIA et de directeur de pôle de santé) ✧ Coordination médicale (le médecin de l'équipe mobile gériatrique assurera aussi la coordination du réseau)
Gestionnaire de cas	✧ 3 gestionnaires de cas (ergothérapeute, psychologue, assistant de service social) ✧ Concertation entre acteurs médico-sociaux pour les cas complexes
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP	✧ Développement de la concertation pluridisciplinaire
Suivi pluriprofessionnel	<i>NC</i>
Relations spécialistes	<i>NC</i>
Protocole pluriprofessionnel	<i>NC</i>
Formation pluriprofessionnelle	<i>NC</i>
Protocole coopération (Art. 51)	<i>NC</i>
Télémédecine	✧ Développement de l'utilisation de la télémedecine (notamment après hospitalisation)

¹¹ Accueil des personnes âgées les plus dépendantes (proximité immédiate avec le plateau technique hospitalier)

Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	✧ Présence d'une IDE de nuit sur l'ensemble de la structure (existant)
Mobilisation rapide des ressources existantes	✧ Disponibilité d'une IDE ou d'une aide-soignante en urgence pour éviter une hospitalisation
Alternatives à l'hospitalisation	NC
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ Sortie organisée par le cadre infirmier, l'assistante sociale et le gériatre (existant) et envoi rapide du compte rendu au médecin traitant
Suivre après la sortie	NC
Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique	NC
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	NC
Renforcer le système d'information	
✧ Mise en place par le CH d'Ussel d'un système de messagerie sécurisée avec ses partenaires sur la base d'un annuaire sécurisé (partenariat Epsilim, dispositif « trajectoire »)	

PORTEUR	REGION	MODULE
Maison de Santé Saint Amand¹² Contacts : - Michel SERIN (m.serin@medsyn.fr), - Isabelle BALLENECKER (iballenecker.msp@free.fr)	BOURGOGNE Contacts ARS: - Michèle JACQUETTON (michele.jacquetton@ars.sante.fr) - Fanny PELISSIER (fanny.pelissier@ars.sante.fr)	1

EXISTANT
Organisation ✧ Professionnels de santé impliqués dans la maison de santé (MSP) : médecin généraliste, IDE, kinésithérapeute, dentiste, diététicienne, sage-femme, pédicure-podologue, psychologue, orthophoniste-neuropsychologue, pharmacien ✧ Rôle prépondérant de l'assistante de direction (animation, rédaction des comptes rendus, lien administratif, mise en œuvre des actions de prévention, communication interne, gestion des personnels, mise à disposition de renseignements, comptabilité, etc.) ✧ Secrétariat d'accueil avec amplitude d'ouverture ✧ Secrétariat ASAPAD pour l'organisation du maintien à domicile (MAD)
Partenaire de la maison de santé ✧ Centre Médicopsychologique Adulte (CMP), un EHPAD, le Centre Social ✧ ARS Bourgogne, Conseil Régional de Bourgogne, Communauté de commune des portes de la Puisaye ✧ Réseaux locaux : Réseau Emeraude (Soins palliatifs), Resedia (diététique, prise en charge psychologique), GISAPBN, TABAGIR
Support, système d'information ✧ Groupe de travail thématique : cohérence des interventions de chacun, rédaction documents supports ou évaluatifs communs, perspectives ✧ Logiciels métiers (prescription, lien Claude Bernard, utilisation dictionnaire des résultats de consultation de la SFMG avec équivalence CIM 10)

PRESENTATION DU PROJET	
1. Activités essentielles à la prise en charge	
Repérer le patient à risque	✧ Utilisation d'une fiche repérage de la fragilité, intégration au SI ✧ Alerte, par le 15, si chute d'une personne âgée (confirmation mensuelle des personnes relevées par les pompiers sans hospitalisation)
Réaliser une EGS	✧ Réalisation de l'EGS au sein de la maison de santé (nécessité d'intégration au SI)
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	✧ Réalisation du PPS au sein de la maison de santé (nécessité d'intégration au SI)
Communiquer vers patients et autres intervenants	✧ Mise en place d'un dossier de liaison au lit des patients (formation des aides à domicile à l'utilisation)
2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	
Mettre en place une gouvernance	
Intégration	✧ Réalisée (cf. existant)
Gestionnaire de cas	✧ Recours à des coordonnateurs de soins pour les cas complexes (coopération réseau émeraude)
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP ^{13*}	✧ Réunion hebdomadaire des médecins sur les situations aiguës et compliquées ✧ Réunion mensuelle interprofessionnelle permettant une formation continue pluridisciplinaire (ex. : démence, fin de vie, médicament, maintien à domicile, etc.) ✧ Réunion pluriprofessionnelle au chevet du patient en cas de besoin

¹² Création en 2003, intégration dans ses locaux en 2007, de l'ASAPAD (Association d'aide aux personnes âgées à domicile), relais Accueil CPAM.

^{13**} : Existait avant projet article 70

Suivi pluri professionnel*	✧ Mise en place d'action de prévention et de dépistage si besoin : en cas de plainte mnésique, bilan spécialisé par orthophoniste neuropsychologue + bilan organique étiologique, si chutes, bilan et participation à atelier équilibre avec un kinésithérapeute, si mauvais suivi médicamenteux, bilan mémoire + organisation avec l'ASAPAD pour la surveillance de la prise de médicament, voire la préparation du semainier ✧ Atelier « Pause Café » accueilli au sein de l'EHPAD par l'animatrice (stimulation, maintien du lien social, etc.)
Relation avec les spécialistes	✧ Mise en place de protocoles professionnels avec correspondant spécialiste
Protocole pluriprofessionnel	✧ Protocole sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et Protocole « AVK »
Formation professionnelle pluri	✧ Réunions mensuelles interprofessionnelles permettant une formation continue pluridisciplinaire ✧ Formation des aides à domicile par les professionnels de santé de la maison de santé
Protocole coopération (Article 51)	✧ Prise en charge des plaies et des blessures par l'IDE (possibilité d'extension à l'EHPAD)
Télé médecine	✧ Développement de l'utilisation de la télé médecine : téléconsultation avec l'EHPAD, avec les IDE à domicile pour le maintien à domicile ou une pathologie chronique, télé examens avec l'EHPAD
Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	✧ Protocolisation de l'alerte dans le cadre du maintien à domicile avec mise en place d'outils de communication (accès sécurisé) ✧ Extension au domicile des bracelets Vivago utilisés en EHPAD en suspens (en attente des résultats de l'évaluation technique)
Mobilisation rapide des ressources existantes	✧ Mutualisation des aides au maintien à domicile (aides à domicile, aides-soignantes et HAD) ✧ Intervention rapide de l'ergothérapeute (adaptation logement et choix de matériel pour le maintien à domicile en cas d'apparition d'handicap passager ou définitif tel que fracture, AVC, etc.)
Alternatives à l'hospitalisation	✧ Préparation à l'entrée en institution et développement de nouveaux services, en partenariat avec l'EHPAD (accueil de nuit, hébergement temporaire)
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ En lien avec le pôle de santé de Cosne¹⁴ : information du médecin traitant en cas d'hospitalisation, transmission du dossier médical du patient hospitalisé (messagerie sécurisée Apicrypt), transmission d'une synthèse lors de la sortie d'hospitalisation ✧ Mise en place de relation avec Hôpital et clinique du Nohain maishors Module 1 Hôpital et clinique du Nohain : - Prévenir le MT lors hospitalisation de patient sans qu'il soit adressé par lui - Recensement des entrées directes en urgence (partenariat avec les pompiers et les services d'urgence) - Transmission du dossier médical du patient hospitalisé puis transmission synthèse à la sortie - Transmission aux médecins hospitaliers du suivi de certains patients leur permettant de suivre leur diagnostic et l'évolution du patient.
Suivre après la sortie	✧ Réflexion sur la sortie avec visite infirmière et consultation avec le médecin traitant dans la semaine suivant la sortie + travail sur ordonnance pour éviter les réhospitalisations

¹⁴ Regroupement clinique, hôpital, service urgence avec SMUR sur un même site

Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique*	✧ Animation par l'infirmière santé publique (formée par l'Institut Régional d'Education et de Promotion de la Santé) de séances d'éducation thérapeutique du patient porteur de facteurs de risque ou de pathologies cardiovasculaires ✧ Réflexion sur ETP du sujet chuteur
Accompagnement pairs, ress. communautaires	✧ Atelier de cuisine éducative personne âgée
Renforcer le système d'information	
✧ Utilisation Apicrypt par l'établissement hospitalier de Cosne (en cours)	
✧ Accès à des fichiers de synthèse pour les professionnels non médecins de la MSP	

PORTEUR	REGION	MODULE
CH Bretonneau / SPASAD¹⁵ (Paris 18) Contacts : - Caroline MARQUIS - caroline.marquis@brt.aphp.fr - Pierre Christophe CATHELINEAU - pierre.cathelineau@crc.aphp.fr	ILE DE FRANCE Contacts ARS: - Gilles ECHARDOUR - gilles.echardour@ars.sante.fr - Alexandre FARNAULT - alexandre.farnault@ars.sante.fr	1 et 2

EXISTANT
Organisation ✧ Coordination : CLIC Paris Nord Ouest (niveau 3 dont le CH Bretonneau est l'opérateur, couvre le 18, 8 et 17 ^{èmes}) ✧ Réseau : Réseau de santé Paris Nord (6 arrondissements : 8,9,10,17,18,19) ✧ MAIA, filière gériatrique complète, Equipe Mobile Gériatrique Externe (EGME)
Partenaire ✧ Faculté, mairie 18 ^{ème} , DASES ✧ Etablissements sanitaires et médico-sociaux : filière labellisée sur 3 arrondissements : 8,17,18 ^{èmes} (CH Bichat, Bretonneau, établissement gériatrique de l'AH-PH de Charles Richet, Paul Doumer admettant les malades en consultation, SSR et SLD)
Expérience ✧ Projet OMAGE (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs) dans le cadre du PHRC 2006 (investigateur principal Pr Sylvie Legrain), dont la finalité était de diminuer les réhospitalisations en urgence de sujets octogénaires hospitalisés (surtout liées au risque iatrogénique médicamenteux), par une nouvelle intervention multifacette précédant la sortie du patient ¹⁶ .

PRESENTATION DU PROJET	
1. Activités essentielles à la prise en charge	
Repérer le patient à risque	✧ Utilisation d'une grille de repérage des situations de rupture chez les usagers de plus de 70 ans par les aides à domicile du SPASAD et test de mise en œuvre ✧ Travail sur dossiers présentés par les médecins généralistes (binômes) cf. infra
Réaliser une EGS	Non concerné (NC)
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	NC
Communiquer vers patients et autres intervenants	✧ Compte rendu d'hospitalisation formalisé incluant un compte rendu éducatif OMAGE partant avec le patient pour le médecin généraliste
2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	
Mettre en place une gouvernance	
Intégration	✧ Coordination, collaboration et intégration des projets de filières gériatriques, MAIA, CLIC, EGME, article 70, etc. ✧ Elaboration d'un organigramme fonctionnel incluant les ressources des 3 secteurs (sanitaire, médico-social et social) ✧ Formalisation des liens avec la nouvelle infirmière
Gestionnaire de cas	✧ Recours à des coordonnateurs de soins pour les cas complexes par le biais de la MAIA
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP	✧ Renforcement de l'expertise gériatrique des généralistes par un travail en

¹⁵ AMSAV (Aides et soins à domicile), SPASAD comprenant un SAAD (service de soins à domicile) et un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile)

¹⁶ Legrain and al. A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalizations of Older Adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2011.03628.x/abstract>

	binôme (réflexion en cours sur une « hot line » gériatrique)
Suivi pluri professionnel	✧ Suivi pluriprofessionnel par le binôme « médecin généraliste – gériatre »
Relation avec les spécialistes	NC
Protocole pluriprofessionnel	NC
Formation pluriprofessionnelle	✧ Formation des médecins et infirmiers en UGA et SSR à OMAGE <i>(L'expérience du projet 18 a permis une amélioration de la formation. Est apparue la nécessité d'une formation sur site complémentaire. Cette nouvelle formation, permettant de mieux s'adapter à la disponibilité des acteurs, sera mise en œuvre sur la filière Bicêtre/Paul Brousse fin 2013)</i>
Protocole coopération (Article 51)	NC
Télémédecine	NC
Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	NC
Mobilisation rapide des ressources existantes	NC
Alternatives à l'hospitalisation	✧ En cas de suivi OMAGE par l'infirmier parcours et dans le cadre des binômes
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ Soin transitionnel OMAGE. L'intervention OMAGE a trois axes : optimisation des Prescriptions, Coordination et Education : P, C, E ; les axes P et C sont faits systématiquement pour les personnes de + de 75 ans admises en urgence, qui ne sont pas en soins palliatifs, qu'elles rentrent à domicile ou en EHPAD. L'axe E lui ne concerne que celles qui rentrent à domicile. Le CRH de sortie intègre les différents axes et est envoyé le jour de la sortie au médecin traitant.
	✧ Création de binômes hospitaliers gériatre-infirmier en UGA et SSR Bichat et dans 1 SSR de Bretonneau
	✧ Axe P : optimisation diagnostique et thérapeutique systématique
	✧ Axe C : coordination précoce et renforcée entre les professionnels de ville et hospitaliers, notamment avec le médecin traitant pour s'accorder sur les ajustements thérapeutiques et préparer la sortie (y compris dans son volet social).
	✧ Axe E : éducation thérapeutique en intra hospitalier des patients et/ou de leurs aidants si troubles cognitifs
Suivre après la sortie	✧ Suivi éducatif OMAGE à domicile par infirmier parcours éducateur après la sortie d'hospitalisation pour les patients ayant débuté l'axe E en hospitalisation (accord du patient /aidant et du médecin traitant). ✧ Moyenne de 3 à 5 consultations de suivi éducatif à domicile (la première en systématique à J8) ; suivi téléphonique mensuel systématique par la suite. Mise au point d'outils de liaison pour faciliter la transmission d'informations dans une logique de parcours à l'infirmier parcours éducateur et au médecin traitant
Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique	✧ Axe E du Programme OMAGE: cf. suivi après sortie
	✧ ETP AVK ambulatoire à domicile pour les octogénaires, par une pharmacienne à la sortie des services de Bichat (hors filière gériatrique), en partenariat avec le CREATIF (clinique régionale des anticoagulants) et le médecin traitant, OU à la demande du CREATIF et des médecins traitants, sans hospitalisation préalable.
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	NC
Renforcer le système d'information	
✧ Messagerie sécurisée (Formation des gériatres Bichat et Bretonneau à l'utilisation d'Apcript)	

PORTEUR	REGION	MODULE
Pôle de santé libéral du Pays de Mayenne Contact : - Luc DUQUESNEL – luc.duquesnel@wanadoo.fr	PAYS DE LOIRE Contact ARS: - Thierry DUMAIS thierry.dumais@ars.sante.fr	1 et 2

EXISTANT
Organisation ✧ Association des professionnels de santé du Pôle de Santé du Pays de Mayenne constitué en 2013, regroupant 19 médecins généralistes, 3 médecins spécialistes, 4 CD, 20 infirmiers, 6 masseurs kinésithérapeutes, 23 podologues et 1 diététicienne ✧ Contractualisation ENMR (Expérimentation des nouveaux modes de rémunération) du pôle en 2011

PRESENTATION DU PROJET	
1. Activités essentielles à la prise en charge	
Repérer le patient à risque	✧ Elaboration d'une fiche d'évaluation de repérage des patients
Réaliser une EGS	✧ Evaluation systématique des personnes repérées
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	✧ Plan de prise en charge élaboré en moins d'une semaine grâce à la mobilisation des acteurs ✧ Plan de sortie d'hospitalisation ✧ Sortie hors les murs de l'EMG de l'hôpital Mayenne
Communiquer vers les patients et autres intervenants	✧ En attente d'articulation avec la communication et actions PAERPA
2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	
Mettre en place une gouvernance	
Intégration	✧ Gouvernance territoriale avec désignation d'un pilote, table de concertation stratégique, espaces de travail opérationnels
Gestionnaire de cas	NC
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP	✧ Organisation de RCP régulière (hebdomadaire)
Suivi pluriprofessionnel	✧ Plateforme d'appui du 1 ^{er} recours organisant la continuité entre les acteurs médicaux, sociaux et médico-sociaux du domicile
Relations spécialistes	NC
Protocole pluriprofessionnel	✧ Protocole sorties complexes
	✧ Protocole gestion patient sous AVK <i>Avant de poursuivre s'assurer du partage des références par l'ensemble des professions: réunion Groupe Qualité</i>
	✧ Protocole « amont prévention des hospitalisations »
Formation pluriprofessionnelle	NC
Protocole coopération (art. 51)	NC
Télémédecine	✧ Protocole de télémedecine dans le cadre de la surveillance à domicile des patients souffrant d'une insuffisance cardiaque

Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	✧ Alertes protocolisées des médecins par les intervenants à domicile ✧ Mobilisation des services sociaux dans la journée.
Mobilisation rapide des ressources existantes	✧ Réactivité <7 jours des acteurs de la plateforme d'appui ✧ APA d'urgence (en cours, attente des résultats de l'étude du Conseil Général)
Alternatives à l'hospitalisation	✧ Accueil de nuit et hébergement temporaire en EHPAD
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ Organisation en intra-hospitalier des sorties complexes, amélioration de la transmission des informations entre l'hôpital et la ville ✧ Intervention d'une IDE libérale au sein de l'hôpital auprès du patient pour sa sortie ✧ Plan de soins en sortie d'hospitalisation
Suivre après la sortie	✧ Staff pluridisciplinaire un mois après pour évaluation du patient
Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique	✧ 5 professionnels de santé formés (1 médecin, 1 pharmacien, 3 IDE) dans le cadre de la prévention du risque cardiovasculaire, en collaboration avec la MSA ✧ Programme d'éducation thérapeutique en lien avec le projet de télémédecine de surveillance du patient dans le cadre de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	NC
Renforcer le système d'information	
✧ Développement messagerie sécurisée (équipement Apycript dans le pôle) ✧ Diffusion de référentiels de pratique pluriprofessionnels (choix des outils, déploiement en 2014) ✧ Déploiement DMP	

PORTEUR	REGION	MODULE
Pôle de santé Sud-Ouest Mayennais Contacts : - Pascal GENDRY – pascal.gendry@club.fr - Annie RAVAILLAULT – direction@hlsom.com - Marie SAUVION - animatrice.sante@ccpaysducraonnais.fr	PAYS DE LOIRE Contacts ARS: - Thierry DUMAIS thierry.dumais@ars.sante.fr	1 et 2

EXISTANT
Organisation ♦ Pôle de Santé Sud-Ouest Mayenne (GSC regroupant l'hôpital local et les professionnels libéraux sur un même site) en 2011, regroupant l'hôpital local, 15 médecins, 22 infirmiers, 2 masseurs kinésithérapeutes, 2 sages femmes, 7 pharmaciens, 2 podologues, 2 orthophonistes, 1 diététicienne et 1 psychologue. ♦ A l'hôpital local interviennent uniquement des médecins libéraux. ♦ Contractualisation ENMR (expérimentation des nouveaux modes de rémunération)

PRESENTATION DU PROJET	
1. Activités essentielles à la prise en charge	
Repérer le patient à risque ¹⁷	♦ Mise en place de critères d'alerte des patients en situation de fragilité <i>Critères d'alerte définis entre les professionnels de santé libéraux et de l'hôpital et avec les intervenants médico-sociaux du domicile</i>
Réaliser une EGS	♦ Evaluation systématique des patients repérés (avant article 70) ♦ Mise en place d'une évaluation gériatrique réalisée par des acteurs locaux de 1 ^{er} recours pour les patients de plus de 65 ans hospitalisés <i>Evaluation médico-psycho-sociale en cours de mise en place : 1. Evaluation sanitaire prévue au cours d'une hospitalisation de jour. 2. Evaluation médico-sociale par le CLIC avec les intervenants du domicile</i>
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	♦ Elaboration du Projet de Soins Individualisé (PSI) suite à l'évaluation <i>Suite à l'évaluation, une synthèse est faite avec les professionnels et le patient et sa famille pour élaborer le PSI</i>
Communiquer vers les patients et autres intervenants	♦ Communication du PSI au patient et aux intervenants <i>Les patients et les professionnels participent aux réunions de coordination. Une fiche de transmission élaborée par l'Hôpital est donnée aux patients. Le plan d'actions élaboré avec les intervenants du domicile est fourni aux patients et aux professionnels intervenants du domicile."</i>
2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	
Mettre en place une gouvernance	
Intégration	♦ Mise en place d'une gouvernance territoriale intégrant les structures et services sociaux (hôpital, EHPAD, professionnels libéraux, représentant d'usager, Conseil Général, ARS) <i>Le CLIC de niveau 3 assure la coordination sociale</i>
Gestionnaire de cas	♦ Coordination de certains moments du parcours par une infirmière coordinatrice (en charge de la coordination de l'évaluation et de l'accompagnement de la sortie) <i>Fiche de poste rédigée, infirmière coordonnatrice en cours de recrutement</i>
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP	♦ Institutionnalisation des réunions de concertation pluriprofessionnelles (avant Article 70) 1. A l'hôpital : réunion de l'équipe soignante pour PSI et pour préparations des sorties d'hospitalisation : invitation des intervenants du domicile des champs sanitaires et sociaux. 2. Réunions de concertation pluriprofessionnelles pour gestion et suivi de situations complexes une fois par mois. 3. Réunions de pôle 4. Réunions de coordination à domicile pour situations complexes

¹⁷ Repérage existant avant l'article 70

Suivi pluriprofessionnel	❖ Suivi pluriprofessionnel <i>Logiciels partagés entre médecins, infirmiers et kinésithérapeutes mais également le logiciel Dx care de l'Hôpital accessible depuis les cabinets des médecins libéraux Suivi CLIC et IDE coordinatrice pour plan d'actions des services d'aide à domicile</i> <i>Temps sur des situations entre les professionnels du pôle</i>
Relations spécialistes avec	❖ Consultations avancées au pôle- comptes rendu inclus dans le dossier patient <i>Consultations cardio avec temps d'échanges du médecin généraliste et du cardiologue (du CH- Haut Anjou)</i> <i>Consultations CMP : Temps d'échanges avec les médecins et fiche de liaison médecins-CMP</i> <i>Consultations du réseau diabète (du CH- LAVAL) au sein du pôle avec fiche de liaison avec les médecins.</i>
Protocole pluriprofessionnel	❖ Protocoles entre professionnels libéraux et protocoles entre libéraux et hôpital <i>Protocoles entre médecins et infirmiers libéraux, l'hôpital et pharmaciens pour le suivi des patients sous AVK.</i> <i>Protocole d'évaluation gériatrique élaboré avec les libéraux et l'hôpital.</i> <i>Protocole sur prise en charge de la douleur avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et l'Hôpital.</i>
Formations pluriprofessionnelles	❖ Formations des médecins, des diététiciennes, des IDE, des pharmaciens et en lien avec l'hôpital <i>Addictologie : Entretien motivationnel, RPIB, - DASRI - Education thérapeutique sur le diabète, - Evaluation de la douleur, - Antibiothérapie, - Prescription non médicamenteuse</i>
Protocole coopération (art. 51)	❖ Protocole de coopération (art. 51) <i>Présentation de structures et définition des modalités de coopération en interne et avec les structures extérieures.</i>
Télémédecine	❖ Projet de visio-conférence et messagerie sécurisée : staff, consultations à distances, téléformations <i>Réponse à l'appel régional le 12 Septembre 2013 pour la télémédecine.</i> <i>Travail sur les modalités de coopération avec le CH-Haut Anjou et Laval pour mise en place de staff gériatriques, de consultations à distances (dermatologie, etc.) et téléformation</i>
Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	❖ Unité de lieu géographique du pôle de santé (hôpital et professionnels libéraux) permettant de gérer les situations de crise et d'assurer la continuité de la permanence des soins.
Mobilisation rapide des ressources existantes	❖ Unité de lieu géographique du pôle de santé (hôpital et professionnels libéraux) permettant une mobilisation rapide des ressources existantes
Alternatives à l'hospitalisation	❖ Alternatives à l'hospitalisation autour de l'hôpital local, en lien avec les 6 EHPAD (GCSMS), le SSIAD, etc., en cas d'urgence notamment <i>Candidature retenue du GCSMS pour l'élaboration d'une plateforme de services médico-sociaux centralisée d'orientation vers les places alternatives hébergement temporaire, accueil de jour et 80 places au sein du SSIAD.</i>
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	❖ Organisation de la sortie avec HLSOM : Elaboration du PSI <i>Elaboration du PSI et réunion de coordination à l'hôpital avec les intervenants du domicile- Outils de partage d'information et d'évaluation entre l'hôpital et le domicile. - Visite à domicile de l'ergothérapeute de l'hôpital si besoin pour organiser la sortie.</i>
	❖ Plateforme de services coordonnée sur le territoire <i>Candidature retenue du GCSMS pour l'élaboration d'une plateforme de services médico-sociaux centralisée d'orientation vers des places alternatives : hébergement temporaire et accueil de jour</i>
Suivre après la sortie	❖ Suivi après la sortie par le CLIC du plan d'aides à domicile <i>Suivi du plan d'aides par le CLIC et l'IDE coordinatrice avec réévaluation (15 jours après) par téléphone ou visite à domicile, en lien avec le suivi du SSIAD, des IDE et du médecin traitant</i>

Promouvoir l'autonomie des patients	
ETP	✧ Individuelle et collective <i>Education individuelle et collective portée par le réseau diabète avec interventions des professionnels du pôle dans le cycle (médecins et diététiciens) 6 INR (en cours)</i>
Accomp. par les pairs, ress. communautaires	✧ Travail pour 2014 : les relations aux associations
Renforcer le système d'information	
✧ Schéma directeur régional pour une harmonisation des systèmes d'information sur le territoire intégrant le DMP, la messagerie sécurisée, la télémédecine, et pour garantir l'interopérabilité des systèmes d'information de l'hôpital, des acteurs médico-sociaux (EHPAD), des professionnels libéraux, du SSIAD.	

PORTEUR	REGION	MODULE
Pôle de santé pluridisciplinaire de Saint Méen Le Grand¹⁸ - CH de Saint Méen Le Grand Contacts : - Béatrice ALLARD COUALAN - b.allardcoualan@urps-bretagne-medecins.org - Sébastien BELLEC - pole.sante.sme@gmail.com - Frédéric BRIVE - f.brive@ch-stmeen.fr	BRETAGNE Contacts ARS: Arnaud GANNE - Arnaud.GANNE@ars.sante.fr	1 et 2

PARTENAIRES : URPS MLB, ARS Bretagne, Pays de Brocéliande, hôpitaux de proximité, CHU, services médico-sociaux (EHPAD, hébergement temporaire, SSIAD)

EXISTANT

Organisation

- ✧ Pôle de santé pluridisciplinaire associant professionnels de santé libéraux (exerçant seul ou en groupe) et hospitaliers, formant un maillage du territoire accessible à tous, et valorisant le travail de concert entre médecins généralistes, spécialistes, IDE, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes, psychologues, pédicures - podologues, orthophonistes, SSIAD

Partenaire du pôle

- ✧ Hôpitaux de proximité, CHU, services médico-sociaux (EHPAD, hébergement temporaire, SSIAD), Centre départemental d'actions sociales, CLIC, Association d'aide à domicile

Actions mises en place par le pôle (avant « article 70 »)

Hospitalisation :

- ✧ Commission des entrées en service de médecine (composée de 3 médecins libéraux, oriente les entrées dans les services de médecine et de SSR, outil d'orientation des personnes âgées sur les besoins, outil de concertation des médecins libéraux)
- ✧ Mise en place d'un numéro dédié « Urgences » pour joindre la responsable des admissions à l'hôpital (prise en charge rapide des urgences non vitales)
- ✧ Présence de médecins coordonnateurs dans le service médecine/SSR et dans les services d'EHPAD (orientation des personnes âgées en fonction des besoins, coordination médecins libéraux/services de médecine/services médico-sociaux, réponse adaptée et personnalisée à chaque situation)
- ✧ Gestion des sorties d'hospitalisation
 - o Formalisation du dossier patient via le logiciel OSIRIS (accès des médecins libéraux à ce dossier patient à l'hôpital et dans leur cabinet de ville)
 - o Présence d'une assistante sociale, dont la mission principale est de prévoir les orientations des patients et résidents (coordination et gestion sortie)
 - o Remise d'une pochette de sortie avec l'ensemble des documents nécessaires à la poursuite de la prise en charge à domicile, pochette vérifiée et expliquée au patient et à sa famille avant la date prévue de sortie
 - o Coordination avec les hôpitaux environnants (convention) pour l'organisation des transferts
 - o Mise en place d'une procédure de sortie rapide, insertion automatique dans la file active du SSIAD dès que sortie approuvée, sous réserve d'une aide à domicile, par le médecin (libéral intervenant à l'hôpital)
 - o Mise en place de lits de décompression (lits d'hébergement temporaires pouvant être utilisés comme « sas de décompression » entre le service de médecine et le retour à domicile)
 - o Possibilité d'intervention à domicile sur prescription médicale d'un ergothérapeute (réalise un rapport pour améliorer les conditions de vie de la personne et préparer son retour à domicile)

Maintien à domicile :

- ✧ Partenariat « Réseau Sentinelle » (convention SSIAD/IDE libérale) : si repérage d'une situation à risque à domicile (médicale, sociale, environnementale), processus d'alerte du médecin traitant (via ou non la maison de santé)
- ✧ Intervention préventive de plusieurs spécialistes médicaux (gériatre, cardiologue, médecin rééducateur, nutritionniste) et paramédicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicienne)
- ✧ Participation des professionnels du pôle à une équipe spécialisée Alzheimer
- ✧ Participation des médecins libéraux aux instances de l'hôpital

Support, système d'information

- ✧ Mise en place d'une messagerie sécurisée dont le déploiement et l'utilisation seront progressifs jusqu'à

¹⁸ Création en 2009, rayonnement sur un territoire à la jonction entre 3 départements Ille-et-Vilaine, Côtes d'Armor, Morbihan.

aboutir en 2013. Par ailleurs, les médecins peuvent consulter le dossier des PA hospitalisées à l'hôpital local depuis la maison médicale (utilisation du logiciel OSIRIS-cf. supra).

- ✧ Médecins, kinésithérapeutes et pharmaciens du pôle équipés en logiciels informatiques pour suivre des patients au travers de différents indicateurs, mais pas possible de partager des informations par voie informatique
- ✧ Autorisation de l'ARS pour tester le DMP en dehors du champ d'expérimentation national

PRESENTATION DU PROJET

1. Activités essentielles à la prise en charge

Repérer le patient à risque	✧ Formalisation d'indicateurs de fragilité à utiliser par les intervenants auprès des personnes âgées quelle que soit leur profession ✧ Repérage opportuniste (à domicile ou en cours d'hospitalisation) qui donnera lieu à la sollicitation du coordinateur (seul ou binôme) qui va référencer les repérages, et activer la réalisation d'une EGS pour certaines personnes âgées (gradation de la prise en charge). Cf. logigramme en annexe
Réaliser une EGS	✧ Mise en place d'une consultation gériatrie ambulatoire : organisation d'une vacation au sein du pôle (lieu physique de la réalisation de l'EGS à déterminer : maison médicale, maison des IDE, des kinésithérapeutes, hôpital de proximité, etc.) ✧ Intervention d'une équipe mobile de gériatrie sur le territoire (convention de partenariat avec le CHU de Rennes)
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	✧ Mise en place d'un schéma de coordination des prises en charge (base de développement d'une plateforme gériatrique) avec une équipe de coordination en charge de la mise en œuvre et du suivi du PPS (patient fragile / complexe en sortie d'hospitalisation, sur St-Méen et dans les CH des environs et le patient complexe suivi à domicile)
Communiquer vers patients et autres intervenants	✧ Développement d'actions de communication en direction des personnes âgées, des familles et aidants et des professionnels de santé

2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins

Mettre en place une gouvernance

Intégration	✧ Mise en place d'un comité de pilotage stratégique et d'un comité technique opérationnel. ✧ Formalisation et création d'outils (développement d'outils fonctionnels d'aide à la décision, création d'une fiche de signalement, de synthèse et de suivi, outil informatique favorisé) ✧ Recueil du retour d'expérience des organisations mise en place pour mettre en œuvre les actions correctives nécessaires
Gestionnaire de cas	✧ Recours à des coordonnateurs de soins pour les cas complexes

Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours

RCP	✧ Réunions de concertation pluriprofessionnelles ciblées animées par l'équipe de coordination (pour les patients ayant eu une EGS et un PPS)
Suivi pluri professionnel	✧ Rôle de coordination des IDE en binôme avec le médecin traitant pour les patients qui le nécessitent sur le territoire
Relations spécialistes	✧ Interventions de plusieurs spécialistes médicaux (si besoin, second recours) ✧ Participation des professionnels du pôle à une équipe spécialisée Alzheimer ✧ Consultation gériatrique ambulatoire
Protocoles pluriprofessionnels	✧ Programme accompagnement sortie hospitalisation (prévention réhospitalisation) ✧ Programme suivi du patient complexe à domicile (prévention hospitalisation)
Formation pluriprofessionnelle	✧ Formation spécifique à la messagerie sécurisée
Protocole coopération (Art. 51)	NC (non concerné)
Télé médecine	NC

Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	✧ Gestion des événements indésirables dans le cadre du suivi du PPS
Mobilisation rapide des ressources existantes	✧ Possibilité de contact d'un gériatre du CHU de Rennes en cas d'événement aigu : rencontre, convention de partenariat à réaliser
	✧ Projet de possibilité de contact d'un gériatre du CH de Dinan
	✧ Projet de possibilité de contact d'un gériatre du CH de Ploërmel
Alternatives à l'hospitalisation	✧ Mise en place d'un numéro unique Hébergement temporaire sur le pôle sur son territoire → Projet de remplacement du numéro unique par la mise à disposition sur une plateforme internet d'un outil de suivi des places disponibles d'hébergement temporaire et permanent à l'échelle du Pays de Brocéliande. Outil prévisionnel requêttable par tous les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social du territoire
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ Mise en place d'une consultation gériatrique hospitalière pour aider les médecins généralistes dans les choix de sortie et d'alternative de prise en charge
	✧ Développer le temps d'assistante sociale (coordination entre les différents secteurs, recherche des solutions optimales par rapport aux besoins)
	✧ Développer l'intervention de l'ergothérapeute à domicile pour permettre un retour plus rapide à domicile
	✧ Mise en place d'une commission d'orientation (le « staff de sortie » organise les sorties complexes.)
	✧ Création d'une véritable cellule d'ordonnancement, dans le cadre de la commission d'orientation
Suivre après la sortie	✧ Continuité du suivi post-hospitalisation
Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique*	✧ Mise en place d'un programme d'ETP diabète par le pôle
	✧ ETP intégrée dans le PPS des patients repérés comme fragiles / complexes
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	NC
Renforcer le système d'information	
✧ Mise en place d'une plateforme collaborative (wimi) accessible à tous les professionnels acteurs de l'expérimentation art 70 (partage d'agenda, degré d'accès en fonction de l'action menée, organisation de réunions, partage de documents).	
✧ Développement d'une messagerie sécurisée	
✧ Informatisation des fiches de signalement, de synthèse et de suivi	
✧ Développement d'un système d'information et logiciel commun à tous les libéraux pour le suivi des patients (appel à projet en cours)	
✧ Développement d'un système d'information « parcours » pour un partage d'information entre les libéraux, les secteurs sanitaire, social et médicosocial	
✧ Déploiement DMP	

PORTEUR	REGION	MODULE
3 Réseaux gérontologiques¹⁹ Contacts : - Eliane ABRAHAM - docteur@reseaucunv.fr - Samy MENGEL – projet.reseaucunv@orange.fr	LORRAINE Contacts ARS: - Laurence ECKMANN laurence.eckmann@ars.sante.fr	1 et 2

EXISTANT Organisation - Intervention ❖ Leader de territoire indépendant en relation avec les institutions (ARS, Conseil Général, etc.) et les professionnels de santé. De nombreuses actions existaient avant l'article 70, celui-ci étant utilisé comme un accélérateur dans la mise en œuvre et la progression des actions ❖ Au niveau territorial, suite au repérage de la population âgée fragile, réalisation par le réseau d'une évaluation à domicile puis élaboration et suivi d'un plan personnalisé de santé en accord avec la personne concernée, son médecin traitant et l'entourage familial et professionnel ❖ Au niveau régional, une instance de mutualisation régionale créée en 2005, le groupe « réseaux » du Collège des Gériatres Lorrains, développe des outils communs d'amélioration de la qualité : Evaluation Gérontologique Standardisée, Fiche Urgence Lorraine, critères communs pour le rapport d'activité annuel, Plan Personnalisé de Santé commun, logiciel métier / système d'information identique pour tous les réseaux (Logiréso* DMP compatible), actions d'éducation pour la santé mutualisées (nutrition et santé bucco-dentaire, déficiences visuelles, mésusage de l'alcool, santé des aidants), annuaire / cartographie des réseaux et site Internet mutualisé, etc.

PRESENTATION DU PROJET	
1. Activités essentielles à la prise en charge	
Repérer le patient à risque ²⁰	❖ Utilisation de la grille SEGA de repérage de la fragilité à domicile et diffusion aux médecins traitants <i>Grille SEGA présentée aux différents URPS lors du comité de suivi du projet du 28/09/2012 et à deux médecins traitants formateurs de la FMC et du DPC</i>
Réaliser une EGS	❖ Réalisation de l'EGS standardisée Lorraine à domicile par les réseaux <i>Réalisée par l'équipe opérationnelle des réseaux gérontologiques impliqués dans l'expérimentation</i>
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	❖ Elaboration du PPS en concertation avec le médecin traitant et accompagnement du suivi <i>Réalisée par l'équipe opérationnelle des réseaux gérontologiques impliqués dans l'expérimentation</i>
Communiquer vers patients et autres intervenants	❖ Communication avec les médecins traitants par messagerie sécurisée <i>Messagerie sécurisée gérée par le GCS Télésanté Lorraine</i> ❖ Développement d'un système d'information communiquant, DMP compatible : Fiche de Sortie d'Hospitalisation <i>Système d'information permettant la transmission d'informations nécessaires aux intervenants à domicile à la sortie d'hospitalisation)</i>
2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	
Mettre en place une gouvernance	
Intégration	❖ Réalisée (cf. Existant)
Gestionnaire de cas	NC (non concerné)
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP	❖ Existant avant Article 70
Suivi pluri professionnel	NC
Relations spécialistes	❖ Organisation existante avant Article 70 avec passerelle vers EHPAD,

¹⁹ 3 réseaux gérontologiques : le réseau Gérard Cuny (réseau de santé personnes âgées du grand Nancy, le réseau Résapeg (réseau de santé personnes âgées du Toulousin), le réseau Age et Santé (réseau de santé personnes âgées Sud Meusien)

²⁰ Existant avant le projet « Article 70 », idem pour l'EGS, le PPS et pour la communication avec les médecins traitants par messagerie sécurisée

	établissements de santé et autres professionnels de santé
Protocoles pluriprofessionnels	NC
Formation pluriprofessionnelle	✧ Formation des médecins à la grille SEGA, parcours, PPS, fragilité (réseau) et au dispositif Vill'Hop (indemnisée), et à la Fiche Urgence Lorraine dans le cadre du DPC en partenariat avec un organisme de formation agréé pour les libéraux (NPPU)
Protocole coopération (Art. 51)	NC
Télémédecine	NC
Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	✧ Participation à la diffusion du dispositif « VILL'HOP » mis en place par le CHU de Nancy : existence de numéros de téléphone directs permettant au médecin traitant d'accéder aux conseils d'un médecin sénior dans chaque discipline hospitalière
Mobilisation rapide des ressources existantes	✧ Développement d'un thésaurus des prestations mobilisables en sortie d'hospitalisation en collaboration avec le CISS Lorraine <i>Mise en place d'un groupe de travail qui a donné lieu à 5 réunions ainsi que des rencontres individuelles, des recherches documentaires et des contacts téléphoniques</i>
Alternatives à l'hospitalisation	✧ En complément des urgentistes, ouverture de l'accès à la Fiche Urgence Lorraine aux professionnels de la permanence des soins (médecins généralistes notamment) <i>La Fiche Urgence Lorraine est un outil de partage d'informations. Elle est générée grâce à l'extraction données depuis le logiciel métier des réseaux gérontologiques Logiréso, et est consultable par les équipes soignantes sous la forme d'une fiche informatique dédiée, accessible via un simple navigateur Internet à l'aide d'une connexion sécurisé https.</i>
Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	✧ Mise en place d'une cellule d'ordonnancement dans les 4 hôpitaux sur 3 sites expérimentateurs (accompagnement des sorties).
Suivre après la sortie	✧ Alerte des réseaux si besoin par les cellules d'ordonnancement pour étayer l'organisation de la sortie en fonction de l'existant sur le territoire : - La cellule d'ordonnancement utilise un script d'analyse : outil support, la grille G8 (en cohérence avec les travaux du territoire) à renseigner au moment de l'alerte (repérage du risque d'hospitalisation) ✧ Dans le cadre du projet Article 70, expérimentation : - Repérage de manière aléatoire des patients. - Après obtention de leur consentement, renseignement de la Fiche de Sortie d'Hospitalisation (interopérable avec les systèmes d'information) et transmission au professionnel de santé du domicile sous le format souhaité (mail, courrier, fax, etc.). - Suivi à domicile à distance de la sortie par téléphone par l'infirmière (à 72H et à 30 jours). - Réévaluation à un mois par le médecin traitant. - Enquête qualité auprès des patients.
Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique	✧ Programme d'éducation à la santé des réseaux ²¹
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	NC
Renforcer le système d'information	
✧ Finalisation d'une plateforme de communication en partenariat avec le GCS Télésanté de Lorraine	
✧ Accès élargi des professionnels à la Fiche Urgence Lorraine	
✧ Accès des professionnels à la Fiche de Sortie d'Hospitalisation (communication de la fiche et possibilité de l'alimenter)	

²¹ Existant avant le projet « Article 70 »,

PORTEUR	REGION	MODULE
Réseau Osmose (Clamart, 92) Contact : Stéphane LEVEQUE - sleveque@reseau-osmose.fr	ILE DE FRANCE Contacts ARS : - Gilles ECHARDOUR - gilles.echardour@ars.sante.fr - Sophie GAUTHIER - sophie.gauthier@ars.sante.fr	2

EXISTANT
Organisation ✧ Réseau Osmose, créé en 2008, guichet unique sur 3 thématiques, la cancérologie, la gériatologie et les soins palliatifs (finalité coordination des professionnels de santé)
Partenaires ✧ 48 EHPAD dont 22 travaillent étroitement avec le réseau Osmose, UGA, SSR du territoire, MAIA, CLIC, coordination gériatrique, professionnels de santé libéraux.
Support, système d'information ✧ Base d'information Osmose partageable par les médecins généralistes, les médecins hospitaliers, les IDE libérales et les SSIAD, permettant d'avoir des dossiers patients complets et une traçabilité des actions auprès des patients. Cette base d'information constitue une base de données pour pouvoir analyser les parcours.

PRESENTATION DU PROJET	
1. Activités essentielles à la prise en charge	
Repérer le patient à risque	Non concerné (NC)
Réaliser une EGS	NC
Elaborer, suivre, mettre en œuvre PPS	NC
Communiquer vers patients et autres intervenants	✧ Communication sur le projet avec présentation des objectifs et enjeux aux différents acteurs (Direction des soins, équipes hospitalières, DIM, etc.), mais en attente d'adhésion
2. Stratégies nécessaires pour assurer la coordination des parcours de soins	
Mettre en place une gouvernance	
Intégration	NC
Gestionnaire de cas	NC
Favoriser le travail en équipe pluriprofessionnelle en soins de premier recours	
RCP	NC
Suivi pluri professionnel	NC
Relations spécialistes	NC
Protocoles pluriprofessionnels	NC
Formation pluriprofessionnelle	NC
Protocole coopération (Art. 51)	NC
Télé médecine	NC
Gérer les situations de crises	
Réponses immédiates	NC
Mobilisation rapide des ressources existantes	NC
Alternatives à l'hospitalisation	NC

Organiser la transition hôpital domicile	
Organiser la sortie	NC
Suivre après la sortie	NC
Promouvoir l'autonomie des patients	
Education thérapeutique	✧ Programme d'ETP pour les patients poly-pathologiques et à haut risque d'accident iatrogénique au cours de l'hospitalisation et suivi jusqu'à un an suivant la sortie : Elaboration écrite de la procédure d'intervention du projet en concertation avec les partenaires institutionnels et opérationnels (équipes hospitalières) : - Repérage des patients (élaboration des grilles de repérage des patients éligibles, d'une fiche de repérage des patients spécifiques aux sites d'Antoine Béclère (UGA) et Corentin Celton (SSR)). - Réalisation des séquences d'ETP Oimage®. - Modalités du suivi jusqu'à 1 an (1^{ers} suivis à domicile à 72H, à 3, 6,9 et 12 mois). - Participation à la coordination de la prise en charge des patients selon leurs besoins. ✧ Recrutement et formation des binômes hospitaliers à l'ETP Oimage® et à la procédure d'intervention. ✧ Concertation des procédures entre les 2 porteurs Art.70 Ile-de-France (IDF). ✧ Concertation régulière avec les partenaires institutionnels et opérationnels (COPIL, réunions trimestrielles CPAM/ARS DT 92, suivi régulier avec S. Gauthier – Référente parcours personne âgée ARS DT 92).
Accompagnement par des pairs, ressources communautaires	NC
Renforcer le système d'information	
NC	

Annexe 2. Productions de la HAS pour accompagner les parcours de soins

7. La place des productions de la HAS dans la promotion des parcours

Les parcours de santé sont au cœur de la Stratégie Nationale de Santé voulue par le Gouvernement. Ils font dès maintenant l'objet de nombreuses initiatives nationales et régionales.

Ces parcours résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées.

Afin de répondre, en routine, à cet objectif, les professionnels doivent faire évoluer leur pratique et l'organisation de leur travail. Ces évolutions s'inscrivent dans deux dynamiques :

- au niveau local, il s'agit de la constitution des équipes pluriprofessionnelles, soit de soins de santé primaire sous la forme, par exemple, des maisons, des centres ou des pôles de santé pluriprofessionnels, soit de soins spécialisés sous la forme, par exemple, des équipes hospitalières ;
- au niveau territorial, il s'agit des initiatives conduisant à la coordination et à l'intégration des acteurs sous la forme, par exemple, des réseaux de santé, des CLIC ou des MAIA.

Pour faciliter et structurer ces évolutions, la HAS propose un ensemble cohérent de supports et de référentiels :

1. Les matrices de maturité (référentiels d'analyse et de progression).....	55
2. Les fiches « points-clés et solutions » et les guides parcours.....	56
3. Le centre de ressources en soins primaires et les protocoles pluriprofessionnels	57
4. Les DataSets de bonne pratique	58
5. Les documents dématérialisés de coordination des prises en charge.....	58
6. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.	60
7. L'éducation thérapeutique	60
8. La télémédecine	61
9. Les protocoles de coopération (article 51)	61
10. Les méthodes pour soutenir les démarches qualité.	62

Ces productions peuvent être présentées en fonction de services rendus recherchés :

Les objectifs en termes de services rendus	Les productions de la HAS
Assurer la continuité des soins	- Volet de synthèse médical - Plan Personnalisé de santé
Organiser un suivi coordonné pluriprofessionnel	- Centre de ressources en soins primaires - Fiches points-clés et solutions - Plan Personnalisé de Santé
Gérer les prises en charge de façon proactive	- Plan Personnalisé de Santé - Datasets de bonne pratique (listes de patients)
Gérer / anticiper les ruptures entre les interfaces	- Fiches points-clés et solutions - Volet de synthèse médical - dossier liaison urgence
Accompagner les patients, prendre en compte leur avis Soutenir les aidants	- Supports d'éducation thérapeutique (cahier des charges) - Plan Personnalisé de Santé - Fiches points-clés et solutions (éducation thérapeutique ciblée) - Datasets de bonne pratique (fiches d'information patient)
Garantir la qualité des soins	- Centre de ressources en soins primaires - Fiches points-clés et solutions - Datasets de bonne pratique (mémos, rappels) - Indicateurs de pratique clinique - DPC (méthode patient traceur, exercice protocolé)
Prendre en charge l'ensemble des besoins des personnes	- Protocole article 51 - Tous

Quant aux Matrices de Maturité, référentiels (d'analyse et de progression) dessinant une organisation optimale, elles sont le support d'une démarche d'autoévaluation pour les équipes afin de leur permettre de s'organiser de telle sorte qu'elles répondent en routine à ces objectifs en termes de services rendus.

Les matrices de maturité (référentiel d'analyse et de progression)

L'objectif des matrices de maturité est d'aider les équipes pluriprofessionnelles à analyser et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact sur la prise en charge des patients.

Il s'agit donc d'outils pour une démarche qualité – dessinant une organisation optimale mise en place progressivement, le plus souvent sur plusieurs années – et non d'outils, en l'état, d'évaluation externe pour une labellisation ou des financements. Il n'en demeure pas moins que cette organisation optimale s'inscrit dans un cadre de financements adaptés. De plus, ces matrices peuvent alimenter les travaux pour déterminer des critères d'évaluation externe.

Par ailleurs, ces matrices de maturité ont vocation à être déclinées sous la forme de supports opérationnels, d'auto-évaluation ou didactiques, adaptés à la diversité des démarches d'accompagnement et des réalités locales.

Deux matrices de maturité sont envisagées :

- a) la première concerne les regroupements pluriprofessionnels de soins primaires (maisons, pôles, centres de santé) ;
- b) la seconde concerne la coordination des acteurs au sein des territoires de santé.

Contenu des matrices de maturité	Utilisation par les ARS
a. Dimensions reflétant les caractéristiques de l'organisation et traduisant sa capacité a priori à délivrer des prises en charge de qualité (par exemple : système d'information, concertation pluridisciplinaire, plan de soins, etc.).	- Organiser l'accompagnement des équipes pluriprofessionnelles - Disposer des données sur le niveau de « maturité » des regroupements, notamment pour identifier leurs besoins et mettre en place des retours d'information (benchmark)
b. Niveaux de structuration croissants pour chacune de ces dimensions, organisant un chemin de progrès.	

Calendrier prévisionnel – perspectives

- Publication de la Matrice de Maturité en soins primaires : T1 2014.
- Mise en place d'un dispositif spécifique pour accompagner et valoriser les initiatives en région : T1 2014.
- Elaboration de la Matrice de Maturité relative à la coordination des acteurs : T1 – T4 2014.

Les fiches « points-clés et solutions » et les guides parcours

Outre les recommandations de bonne pratique, la HAS a publié des *guides parcours* élaborés d'après l'analyse de la littérature, les retours d'expériences menées en France et l'avis d'experts. Pour plus d'opérationnalité, ces productions ont évolué en 2013 vers des *fiches points-clés et solutions* qui sont désormais ciblées sur :

- a) les épisodes critiques des principaux parcours (par exemple : prise en charge initiale d'un patient diabétique) ;
- b) les stratégies nécessaires à leur mise en œuvre (par exemple : repérage de la fragilité).

Elles cherchent avant tout à identifier les informations essentielles (exigences minimums) et utiles (outils, supports, etc.) pour soutenir les initiatives sur le terrain. De plus, elles ont vocation à faire l'objet d'un suivi concerté avec leurs utilisateurs (ARS, professionnels, experts) pour les compléter, les adapter et les actualiser à l'occasion de retours d'expériences.

Les fiches déjà publiées (lien)

- [Réduction du risque d'hospitalisation évitable des personnes âgées.](#)
- [Repérage de la fragilité en soins ambulatoires,](#)
- [Prise en charge des personnes âgées fragiles en soins ambulatoires](#)

Contenu des guides parcours et des fiches points-clés et solutions	Utilisation par les ARS
a. Ce qu'il faut savoir b. Ce qu'il faut faire c. Ce qu'il faut éviter de faire d. Les conditions à réunir en termes d'organisation et d'efficience e. Des outils concrets pour faciliter les initiatives des professionnels f. Des propositions d'indicateurs de processus ou de résultat g. Des exemples de projets sur le sujet	- Organiser une concertation régionale avec les partenaires professionnels et institutionnels - Rédiger les cahiers des charges des initiatives destinées à structurer les parcours après avoir été déclinés localement pour tenir compte des contraintes, des ressources et des dynamiques existantes. - Analyser les initiatives prises sur le terrain.

Calendrier prévisionnel – perspectives

- Production de nouvelles fiches en 2014 – cf. annexe.
- Déclinaison régionale des fiches, dans un premier temps à titre de pilote. À partir de T1 2014. Les ARS seront invitées à intégrer des informations régionales, notamment au sujet de la problématique (données régionales, etc.) et des exemples de projets (projets régionaux).
- Organisation de réunions de partage d'expérience et de retour d'informations en vue de compléter et d'actualiser les fiches. À partir de T1 2014.

Le Centre de ressources en soins primaires et les protocoles pluriprofessionnels

Le Centre de ressources en soins primaires est un nouveau service mis à disposition des professionnels de santé, dans un premier temps à titre de pilote. Son objectif est de faciliter la préparation de protocoles pluriprofessionnels locaux en s'appuyant sur les données de la science. Pour cela, le Centre de ressources réalise une recherche méthodique de la littérature afin de répondre rapidement et de façon pratique aux demandes des équipes pluriprofessionnelles. Ces demandes peuvent concerner autant les pratiques cliniques que l'organisation des prises en charge.

Contenu des réponses du centre de ressources en soins primaires	Utilisation (à terme) par les ARS
Les réponses : a. ont vocation à être autant de nature organisationnelle que de nature clinique ; b. concernent la pratique pluriprofessionnelle ; c. exposent les éléments de bonne pratique extraits des références sélectionnées ; d. sont présentées sous un format court, facilement assimilable, appelé à évoluer selon les retours qui viendront du terrain.	- Orienter les professionnels qui cherchent à élaborer des protocoles pluriprofessionnels

Calendrier prévisionnel – perspectives

► Présentation des résultats du pilote. T3 2014.

Les DataSets de bonnes pratiques

- La HAS élabore des DataSets de bonnes pratiques destinés à être intégrés dans les logiciels métiers des professionnels de santé. Ces Datasets débutent par la sélection d'un nombre limité de données cliniques par situation clinique (centrés sur les épisodes de soins critiques) à saisir de façon structurée et standardisée dans les logiciels. L'objectif visé est de :
 - faciliter l'accès aux données de la science en consultation,
 - soutenir les démarches qualité des professionnels.
- La mise en œuvre de ces DataSets au sein des logiciels métiers sera progressive, en cohérence avec les politiques publiques et leurs incitatifs (financement, rémunération sur objectifs de santé publique, etc.).

Contenu des DataSets de bonnes pratiques (DSBP)	Utilisation par les ARS
a. Set minimum des données cliniques à saisir de façon structurée et standardisée dans les logiciels métiers ; b. mémos, alertes ; c. indicateurs de pratique clinique d. fiches d'information à remettre aux patients.	- Organiser les financements des équipes pluriprofessionnelles - Utiliser, à terme, les données recueillies pour analyser les populations prises en charge et, sur cette base, guider l'implémentation des parcours et la dynamique d'intégration territoriale.

Calendrier prévisionnel – perspectives

- Développement des premiers DataSets concernant :
 - la BPCO. T1 2014,
 - le diabète, l'HTA et l'antibiothérapie, les personnes âgées dépendantes. T4 2014 ;
- Intégration dans les logiciels métiers. À partir de début 2015

Les documents dématérialisés de coordination des prises en charge.

- La HAS élabore, avec l'ASIP, des modèles de documents dématérialisés pour faciliter la coordination des soins. Il s'agit du volet médical de synthèse, du plan personnalisé de soins, du document de liaison urgence en EHPAD (DLU), du document de sortie d'hospitalisation.
- Ces documents s'inscrivent dans le cadre d'interopérabilité défini par l'ASIP, de telle sorte qu'une fois intégrés dans les logiciels métiers,
 - ils ne nécessitent pas de double saisie ;
 - ils puissent être partagés, le cas échéant via le DMP, entre professionnels.
 - Ils ont vocation par ailleurs à être articulés avec les DataSets de bonnes pratiques.
- **Plan personnalisé de santé ([Lien](#))**,
- Initialement développé pour le projet PAERPA, il est utilisable pour tous les parcours.

Modèle de Volet de Synthèse Médicale ([lien](#))

Contenu des documents dématérialisés de coordination	Utilisation par les ARS
a. Des rubriques et, pour chacune d'entre elles, niveau de structuration attendue de l'information. b. Une notice d'emploi sur les modalités de mise en œuvre du document dans le cadre des initiatives locales.	- Structurer les systèmes d'information partagés en région. - Mettre à la disposition des professionnels des supports d'organisation des parcours. - Utiliser les données recueillies, dès lors qu'elles sont structurées (lien avec les datasets), pour analyser les parcours sur un territoire et guider les initiatives prises.

•

Calendrier prévisionnel – perspectives

- Organisation d'un retour d'expérience pour ajuster le PPS (notamment dans la perspective d'une utilisation pour l'ensemble des parcours) et préciser les critères d'inclusion. T1 2014 ;
- Elaboration du modèle dématérialisé du :
- Plan personnalisé de soins. T2 2014,
- Document de sortie d'hospitalisation (J0). T2 2014,
- Document de liaison urgence en EHPAD (DLU). T3 2014 ;
- Intégration dans les logiciels métiers des modèles dématérialisés. À partir de fin 2014.

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

La HAS développe des indicateurs de qualité et de sécurité des soins visant à évaluer et à améliorer les pratiques. Ces indicateurs sont des indicateurs de spécialités (relatifs à la qualité des pratiques cliniques) et/ou transversaux (relatifs à la qualité des processus organisationnels). Ils peuvent être de processus ou de résultats. Ils concourent à trois objectifs possibles : l'amélioration de la qualité des soins, la régulation, l'information des patients. Aujourd'hui, ils concernent tout particulièrement l'hôpital via les recueils nationaux mis en place depuis 2006 en articulation avec le ministère de la Santé.

Les résultats de ces indicateurs sont diffusés dans un objectif de transparence visant à informer les usagers et à inciter à l'amélioration des pratiques professionnelles. Cette politique est renforcée par la LFSS 2012 qui confie à la HAS la mission de coordonner l'élaboration et d'assumer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants.

Scope santé. <http://www.scopesante.fr>

Contenu des indicateurs	Utilisation par les ARS
a. Indicateurs de processus b. Indicateurs de résultats recueillis par les professionnels ou à partir des bases de données.	- Promouvoir des actions d'amélioration des pratiques et d'organisation des soins sur la base de la diffusion publique des résultats des indicateurs – Cf. annexe.

•

Calendrier prévisionnel – perspectives

Des travaux sont en cours pour proposer des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur l'ensemble du parcours du patient. Des indicateurs seront proposés en priorité pour la prise en charge des pathologies chroniques. Ils seront construits à partir des systèmes d'informations cliniques des professionnels qui les recueillent pour mesurer leur pratique et l'améliorer (lien avec les datasets de bonne pratique).

L'éducation thérapeutique

La HAS a publié un guide pour aider les équipes à évaluer les programmes d'éducation thérapeutique. Au-delà, un des enjeux est d'intégrer dans la pratique clinique, de routine, les démarches d'éducation thérapeutique, notamment sous la forme d'actions éducatives ciblées.

Guide relatif à l'éducation thérapeutique : [Auto-évaluation annuelle d'un programme d'ETP - Guide pour les coordonnateurs et les équipes](#)

Calendrier prévisionnel – perspectives

- Indicateurs permettant l'évaluation quadriennale de ces programmes. T1 2014
- Fiche points-clés et solutions sur l'action éducative ciblée. T2 2014.
- Cahier des charges de démarches d'éducation thérapeutique dans le cadre de PAERPA. T2 2014.

La télémédecine

- La télémédecine permet, dans certaines situations, de faciliter une nouvelle organisation de la prise en charge des patients. Pour soutenir son déploiement, la HAS a publié plusieurs documents :
- Recommandations de bonne pratique : les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée.
- État des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation médico-économique.
- Indicateurs pour évaluer la prise en charge des patients atteints d'AVC.
- Grille de pilotage et de sécurité.
-
-

Contenu de la grille de pilotage et de sécurité « télémédecine »	Utilisation par les ARS
a. 55 points critiques regroupées en 15 points de pilotage et de sécurité (PPS). Pour chaque point critique : b. des objectifs opérationnels, c. des conseils, d. des références et des exemples pour aller plus loin.	- Accompagner les professionnels lors de l'élaboration de leurs projets de télémédecine. - Analyser les projets de télémédecine, notamment avant leur autorisation. - Contribuer à l'évaluation des projets de télémédecine.

Calendrier prévisionnel – perspectives

- Organisation d'un retour d'expérience pour adapter, compléter, actualiser la grille de pilotage et de sécurité. T1 2014.
- Mise en œuvre de l'évaluation des dispositifs de télémédecine en lien avec le ministère de la Santé. T2 2014.
-

Les protocoles de coopération (article 51)

Les protocoles de coopération (article 51 de la loi HPST) permettent d'organiser des transferts d'activités et d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient. Plusieurs d'entre eux concernent la prise en charge de maladies chroniques en ambulatoire ou en milieu hospitalier et peuvent contribuer à structurer les parcours des patients.

Dans le cadre de ses missions, la HAS encourage, autant que possible, l'élaboration de protocoles d'envergure nationale correspondant à des initiatives, soit identiques, prises simultanément dans plusieurs régions, soit portées par les représentants professionnels. De tels protocoles font l'objet d'une élaboration nationale et permettent plus facilement de mobiliser les représentants professionnels, de répondre à un objectif de structuration de l'offre de soins et/ou d'évolution des métiers paramédicaux et d'être mis en œuvre dans différents contextes de soins.

Protocoles disponibles : <https://coopps.ars.sante.fr/>

Contenu des protocoles article 51	Utilisation par les ARS
a. Actes dérogatoires délégués par les médecins aux paramédicaux, et modalités de cette délégation.	- Soutenir les efforts des professionnels pour mieux prendre en compte les besoins des patients.
b. Eléments d'information des patients.	- Pallier les insuffisances démographiques.
c. Formation nécessaire aux délégués.	- Favoriser la coopération pluriprofessionnelle.
d. Indicateurs permettant le suivi et l'évaluation des protocoles.	

Calendrier prévisionnel – perspectives

- Evaluation des premiers protocoles autorisés. T3 et T4 2014.
- Mise en œuvre de l'évaluation médico-économique des protocoles en lien avec l'installation du collège des financeurs. T1 2014.
- Consolidation de protocoles d'envergure nationale dans les champs, notamment, de la cancérologie, les soins primaires et l'ophtalmologie.

Les méthodes pour soutenir les démarches qualité.

Dans le cadre de la certification des établissements, la HAS a promu une méthode pour organiser les visites des experts visiteurs. Il s'agit de la méthode du patient traceur qui consiste, à partir de l'expérience de patients hospitalisés, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent. Elle permet ainsi d'observer les interfaces et la collaboration interdisciplinaire tout au long de la prise en charge et d'impliquer l'ensemble des acteurs qui y contribuent. Elle sera utilisée en routine à partir de janvier 2015.

Lien : [Méthode du patient traceur](#)

Par ailleurs, la HAS a publié une liste de méthodes et de modalités du Développement Professionnel Continu (DPC). Ces méthodes permettent aux professionnels de santé, engagés dans des regroupements pluriprofessionnels et la structuration de parcours, de valider leur obligation de DPC.

Lien : [Liste méthodes et modalités DPC Décembre 2012](#)

Contenu de la méthode du patient traceur	Utilisation par les ARS
a. Analyse du dossier du patient qui sert de fil conducteur.	- Soutenir et valoriser les initiatives des professionnels pour structurer des parcours.
b. Interview du patient lui-même.	- Identifier les points des parcours de soins devant être améliorés dans le cadre du suivi du diagnostic territorial.
c. Observations sur le terrain portant sur des points critiques de l'organisation.	- Organiser l'analyse / évaluer les parcours sur un territoire.
d. Rencontre des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient afin d'améliorer sa coopération.	

Calendrier prévisionnel – perspectives

- Adaptation de la méthode du patient traceur aux soins de santé primaire et test. T1 – T4 2014.
- Organisation d'un retour d'expérience des programmes de DPC sur le thème de leur intégration à l'exercice quotidien des équipes pluriprofessionnelles.

Annexe 3. Questionnaire d'évaluation des projets

Expérimentation article 70 – Evaluation intermédiaire – Projet xxxxxxxxxxxxx

1/ Nous vous remercions de préciser, pour chaque activité ou stratégie que vous aviez envisagée dans le cadre de l'article 70 (décrites dans la présentation jointe), le niveau de mise en œuvre selon les deux échelles suivantes :

– **L'organisation nécessaire au fonctionnement de l'activité/stratégie est-elle : 1. Non engagée ; 2. En cours de mise en place ; 3. Presque finalisée ; 4. Fonctionnelle.**

– **Si l'organisation nécessaire au fonctionnement de l'activité/stratégie est fonctionnelle (réponse 4 de l'échelle ci-dessus), merci de préciser si elle est appliquée : 1. Jamais ; 2. Parfois ; 3. Souvent ; 4. Toujours.**

2/ Nous vous remercions de préciser les principaux freins ou facteurs favorisant la mise en place de l'activité/stratégie que vous avez pu identifier.

3/ Dans la colonne « Commentaires », préciser par exemple les thèmes de protocoles pluriprofessionnels ou de formation pluripro, ou encore les populations ciblées par l'activité, le cas échéant.

4/ Si vous avez mis en place une activité/stratégie non prévue initialement, merci de la rajouter en précisant également où vous en êtes.

5/ Si une des activités/stratégies citées ci-dessous préexistait à l'expérimentation, nous vous remercions de le préciser. Dans ce cas il n'y a pas lieu de compléter le tableau pour cette activité/stratégie.

	L'organisation nécessaire au fonctionnement de l'activité/stratégie est-elle				Si cette activité est fonctionnelle, est-elle appliquée :				Commentaires	Freins	Facteurs favorisants
	1. Non engagée	2. En cours de mise en place	3. Presque finalisée	4. Fonctionnelle	1.Jamais	2.Parfois	3. Souvent	4. Toujours			
Activités / stratégies											
Repérer les patients											
Evaluer les patients - EGS											
Elaborer / Suivre PPS											
Communiquer											
Intégration structures et services sociaux											
Appui par coordonnateurs de parcours											
Exercice en équipe pluripro :											
RCP											
Suivi pluripro											
Relations avec les spé											
Protocoles pluripro											
Formation pluripro											
Protocole coopéra. (art51)											
Télémédecine											
Gérer les situations de crises :											
Mise à disposition de réponses immédiates											
Mobilisation rapide des ressources existantes											
Alternatives à l'hospit.											
Organiser la transition hôpital-domicile :											

	L'organisation nécessaire au fonctionnement de l'activité/stratégie est-elle				Si cette activité est fonctionnelle, est-elle appliquée :				Commentaires	Freins	Facteurs favorisants
	1. Non engagée	2. En cours de mise en place	3. Presque finalisée	4. Fonctionnelle	1. Jamais	2. Parfois	3. Souvent	4. Toujours			
Activités / stratégies											
Organiser la sortie											
Suivi après la sortie											
ETP et autonomie des patients :											
ETP											
Accompagner par les pairs, utiliser les ressources communautaires											
Renforcer le système d'information											

Annexe 4. Autoévaluation de l'avancement des projets à partir des caractéristiques porteuses de réussite

► Quelques rappels des principes sur les matrices de maturité

Une matrice de maturité²² est une grille d'analyse des organisations de soins composée de :

- dimensions (et sous-dimensions). Il s'agit de composantes de l'organisation retenues en raison de leur impact sur la qualité des soins ou leur importance accordée par les acteurs concernés (professionnels, experts, régulateurs, etc.). Elles traduisent la capacité a priori des organisations à délivrer des soins de qualité ;
- niveaux de progrès pour chacune des dimensions retenues. Ils correspondent à des niveaux croissants de structuration /de performance des dimensions.

Ainsi, une matrice de maturité permet l'auto-évaluation du niveau de développement organisationnel atteint par une équipe pluriprofessionnelle et, sur cette base, la mise en place d'actions d'amélioration dont les objectifs correspondent aux niveaux suivants de ceux atteints. Il doit s'agir d'un outil simple pour les équipes de terrain qui leur permette d'améliorer au fur et à mesure leur organisation pour une amélioration de la prise en charge des patients, à partir de caractéristiques porteuses de réussite et de progression.

A partir de la réflexion sur les premiers travaux conduits dans ce cadre par la HAS sur les parcours de soins, il a été proposé 9 caractéristiques porteuses de réussite et de progression (et sous dimensions afférentes) permettant aux porteurs de projet d'autoévaluer leur organisation.

► Résultats de l'autoévaluation des projets

Le tableau ci-après présente l'autoévaluation de chaque projet en fonction des caractéristiques porteuses de réussite et de progression à partir des données recueillies auprès de chaque porteur de projet. Il n'existe pas nécessairement d'ordre de progression préétablie, l'important pour chaque porteur de projet était d'identifier les points réalisés et ceux qui restaient à aborder.

²² Matrice de maturité en soins primaires, Note de synthèse, Haute Autorité de Santé, Décembre 2012 (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/matrices_de_maturite_en_soins_primaires_note_de_synthese.pdf)

Tableau 4 – Autoévaluation des projets selon les caractéristiques porteuses de réussite

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Repérage des patients âgés fragiles en ambulatoire	Repérage par les professionnels de santé											
	Repérage par les professionnels de santé avec un questionnaire agréé au niveau du projet		En cours	En cours								
	Repérage par les aides à domicile et par l'entourage		En cours	En cours								Projet
	Evaluation systématique des patients repérés		En cours	En cours	En cours							Test
	Etablissement d'un plan d'action (PPS) pour les patients repérés		En cours	En cours								Test
	Non concerné					--						
2. Elaboration d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS)	Des modalités communes sont agréées par les différents intervenants pour repérer les patients devant bénéficier d'un PPS			En cours								
	Une évaluation pluriprofessionnelle des patients est organisée dans les différentes dimensions sanitaires et sociales. Elle fait l'objet d'une concertation entre les intervenants			En cours								EHPAD
	Les problèmes identifiés par l'évaluation sont priorisés en tenant compte de l'avis des intervenants et de l'avis des patients			En cours								
	Un plan d'actions écrit est élaboré en précisant les responsabilités de chaque acteur, les indicateurs et les critères d'alerte. Ce plan est rendu accessible au patient et aux différents intervenants. Le patient a connaissance de la (les) personne (s) chargée (s) de la coordination du PPS.			En cours								
	Le PPS fait l'objet d'un suivi programmé et d'adaptations itératives en fonction de l'évolution de la situation du patient et des résultats obtenus.			En cours								
	Non concerné				--	--	--					
3. Organisation de réunions de concertation et de coordination sur la prise en charge des patients	Des réunions de concertation sur la prise en charge des patients sont organisées à une fréquence régulière											
	Les réunions de concertation sont ouvertes à tous les professionnels concernés et mobilisent systématiquement des intervenants de chaque profession concernée.											
	La présentation des problèmes liés à la prise en charge est réalisée de façon formalisée											
	Les décisions sont prises de façon concertée											
	Les décisions sont inscrites dans le dossier des patients sous forme de relevés de conclusions ou de PPS											
	Les interventions décidées font l'objet d'un suivi et d'une révision si nécessaire											
	Non concerné					--	--					

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
4. Élaboration et suivi de protocoles pluriprofessionnels	Les thèmes des protocoles sont choisis en réponse aux besoins objectivés à travers par exemple le projet de territoire, le suivi d'indicateurs, les réunions de concertations, etc.		En cours									
	L'ensemble des professions et partenaires concernés sont impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des protocoles		En cours									
	Les protocoles s'appuient sur des éléments de bonne pratique fondés sur la littérature scientifique		En cours									
	Les projets font l'objet d'un suivi et d'une analyse de leur impact (à l'aide d'indicateurs).		En cours									
	Les protocoles sont mis à jour régulièrement (sur la base des retours d'expériences, de l'actualisation des données de type EBM)		En cours									
	Non concerné	...			...	...	...	...			...	...
5. Organisation de la sortie d'hôpital	Un repérage des patients à haut risque de réhospitalisation est organisé dès leur admission selon des modalités communes à l'ensemble de l'établissement											
	Les patients repérés à risque sont évalués au plan médical et social en lien avec l'équipe de soins primaires ; des préconisations sont formalisées dans un plan personnalisé de soins et d'aides		En cours									
	Le compte rendu d'hospitalisation et les documents de sortie sont remis au patient le jour de la sortie											
	Les interventions et traitements débutés à l'hôpital sont poursuivis à domicile, grâce à une continuité de la prise en charge organisée avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires											
	Un suivi spécifique de ces patients est organisé pendant les 30 jours suivant leur sortie, en coopération avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires		En cours									
	Non concerné					...						

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
6. Information et éducation des patients	Les professionnels participant au projet reçoivent une offre de formation à la posture d'écoute et d'éducation des patients et de leurs aidants											
	Les messages délivrés aux patients font l'objet d'une harmonisation entre les différents intervenants participant au projet											
	Une offre d'éducation thérapeutique structurée est proposée aux patients le nécessitant, de manière individuelle ou en groupe											
	Une évaluation des compétences acquises et des modifications ressenties par le patient est réalisée par un des professionnels ayant réalisé le programme.								En cours			
	L'offre d'éducation thérapeutique est réalisée en partenariat et de façon complémentaire entre les différentes structures participant au projet (ville, hôpital, associations de patients, services communautaires, etc.)											
	Non concerné											
7. Organisation et accès à la coordination d'appui	Les acteurs pouvant contribuer à la coordination d'appui sont identifiés au niveau du territoire (Réseaux, CLIC, EMG, SSIAD, SPASSAD, MAIA, etc.) à travers un répertoire des ressources											
	Ces acteurs coopèrent entre eux de façon formalisée			En cours								
	La coordination d'appui coopère avec les équipes de soins primaires selon des modalités définies au niveau du territoire	En cours		En cours								
	Un guichet unique d'accès à la coordination d'appui est mis en place			En cours								
	Les critères pour le recours à la coordination d'appui sont définis dans le cadre du projet et connus de tous les acteurs			En cours								
	Les professionnels et les patients ont accès à la coordination d'appui selon des circuits courts.											
	Non concerné											

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
8. Intégration territoriale	Il existe un accord de gouvernance entre l'ARS et le Conseil Général au niveau de la région ou du territoire											
	Un diagnostic territorial a été réalisé											
	Des réunions sont régulièrement organisées entre les acteurs sanitaires (ambulatoires et hospitaliers) et sociaux du territoire											
	Des procédures et des outils de travail en commun sont mis en place entre les services sanitaires et sociaux au niveau du territoire											
	Un retour d'information régulier à la gouvernance régionale / territoriale est effectué par les structures de soins primaires et par la coordination d'appui pour nourrir la dynamique d'intégration											
	Non concerné					--						
9. Prise en compte des attentes et des ressentis des usagers	Les représentants des usagers participent à la gouvernance du projet											
	Une procédure de recueil des attentes et des ressentis des patients est organisée											
	Ce recueil est réalisé régulièrement											
	Les résultats du recueil sont analysés de façon concertée											
	Les résultats de cette analyse sont pris en compte pour adapter l'organisation du projet									Prévu		
	Non concerné				--		--					--

En bleu, sont représentées les interventions mises en place

Les résultats de l'autoévaluation montrent une corrélation avec l'état d'avancement des projets détaillé dans le paragraphe précédent.

En moyenne, les différents projets présentent une maturité dans la conception et la mise en place de leurs actions notamment concernant le repérage des patients âgées fragiles en ambulatoire, l'élaboration, d'un plan personnalisé de soins, la coordination de la prise en charge (RCP), l'organisation de la sortie d'hôpital, l'information et l'éducation du patient ou encore l'intégration territoriale.

Les marges de progression les plus importantes concernant l'organisation et l'accès à la coordination d'appui, l'élaboration des protocoles pluriprofessionnels et surtout, la prise en compte des attentes et des ressentis des usagers.

Annexe 5. Tableau de bord proposé pour le suivi des patients inclus dans projet art.70

		1er épisode	2e épisode	Etc.
Repérage des risques de fragilité	Dates Nom du PS (ou structure) qui fait Résultats (présence d'une fragilité/pas de fragilité)			
Evaluation médicopsychosociale	Nom et fonction du demandeur Date de la demande Date de réalisation (prendre date du 1 ^{er} RDV) ou NA*			
Plan personnalisé de soins	Date 1 ^{ère} élaboration puis dates modifications			
Système d'information	Ouverture dossier partagé (O/N)			
Services sociaux et d'aides <i>Aides à domicile, Télésanté</i> <i>Aménagement du dom</i> <i>Maintien à dom immédiat et temporaire, etc.</i>	Type de service demandé (menu déroulant) Date de la demande Nom et fonction du demandeur Période de prise en charge ou NA*			
Education thérapeutique du patient	Thème Date de la demande Nom et fonction du demandeur Période de prise en charge ou NA*			
Accompagnement patient par inf. dédiée (ou travailleur social)	Date de la demande Nom et fonction du demandeur Période de prise en charge (date début & fin) ou NA* Fonction du PS qui accompagne			
RCP	Type de RCP (dédiée au patient ou régulière) Dates RCP			
Suivi par un case manager	Date de la demande Nom et fonction du demandeur Période de prise en charge (date début & fin) ou NA*			
Dossier discuté en Cs télémedecine	Dates			
Protocole de coopération art.51	Thème protocole art.51 Période			
Recours aux alternatives à l'hospit. <i>hébergement temporaire</i> <i>accueil de jour, accueil de nuit</i>	Type de service demandé (menu déroulant) Date de la demande Période de prise en charge (date début- date fin)			
Procédures unifiées entre les interfaces <i>ville-hôpital ; ville-EPHAD ;</i> <i>ville-hébergement temporaire</i>	Type de procédure (menu déroulant) Date de la demande Nom du professionnel demandeur Date réponse apportée ou NA*			
Passage aux urgences sans hospit.	Dates			
Hospitalisation <i>avec hébergement Programmée/Non</i> <i>Programmée ;</i> <i>de jour programmée / non programmée ;</i> <i>HAD</i>	Type d'hospitalisation (menu déroulant) Date admission-date sortie Durée de séjour Passage par les urgences (O/N) Dates signalement à plateforme de sortie ou NJ** Nom du service faisant le signalement Date de sortie médicalement possible Plan de sortie (N/ O / en concertation avec la ville / avec suivi post hospi par personnel de la plateforme) CR reçu en moins de 8 jours (O/N)			
Sortie de la file active	Date motif (Menu déroulant institution, déménagement, décès)			

*NA (non applicable) : Demande non appropriée donc non suivi de réalisation **NJ= non justifié ; N = Non; O = Oui ; ***à renseigner en cas de plateforme/cellule ordonnancement

Annexe 6. Contributeurs

Ce rapport a été rédigé pour la Haute Autorité de Santé, 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 Carole Micheneau, chef de projet, avec les contributions du Dr Michel Varroud-Vial – chef du service maladies chroniques et dispositifs d’accompagnement des malades et du Dr Florence Maréchaux – chef de projet.

La recherche bibliographique a été effectuée par Emmanuelle Blondet, documentaliste.

Ordre dans lequel sont cités les pilotes :

- 1 CGBB
- 2 St-Amand
- 3 St-Méen-le-Grand
- 4 Paris 18
- 5 Osmose
- 6 CH Ussel
- 7 Réseau Lorraine
- 8 Nord Mayenne
- 9 SO Mayenne
- 10 AG3
- 11 CG Marseille



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