

Les parcours de personnes âgées sur un territoire

Retours d'expérience





Christophe DOUESNEAU, ANAP
christophe.douesneau@anap.fr

Émilie DUCHANGE, ANAP
emilie.duchange@anap.fr

Virginie HOAREAU, ANAP
virginie.hoareau@anap.fr

Dr Marie-Dominique LUSSIER, ANAP
marie-dominique.lussier@anap.fr

Résumé

La complexité du parcours de la personne âgée en situation de fragilité tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au cloisonnement de leurs interventions.

Dans ce document de retours d'expérience, l'ANAP présente quatorze organisations qui concourent à fluidifier ce parcours et à éviter autant que possible les ruptures.

Cette publication a pour ambition de donner aux professionnels des clés de réussite dans la conduite de leur projet d'amélioration du parcours de santé des personnes âgées. Les préconisations et les grands enseignements formalisés sont éclairés de manière opérationnelle par les expériences des acteurs de terrain. Ils ont vocation à nourrir les réflexions sur la performance des organisations sur un territoire mais également sur l'évolution du système de santé en France.

Plusieurs préconisations peuvent être formulées pour aider les acteurs à mieux organiser et structurer leurs prestations. Elles tiennent à :

- ... Des facteurs de réussite dans la conduite des projets ;
- ... Des leviers permettant d'améliorer les réponses en matière d'accessibilité, de programmation ou encore de coordination et d'intégration sur un territoire ;
- ... Des leviers permettant d'accompagner une démarche d'amélioration continue reposant notamment sur une évaluation pertinente des actions mises en œuvre.

Summary

The complexity of patient pathways of infirmed elderly patients is due in large part to the diversity of the stakeholders involved in their care, and to the excessive compartmentalization of the procedures these patients undergo.

In this document consisting largely of feedback, the ANAP presents fourteen organizations that contribute to making this pathway more fluid, and to minimize miscommunications between stakeholders.

The goal of this publication is to give healthcare professionals the keys for success for improving elderly patient pathways. The recommendations contained in this publication and lessons formalized therein are illustrated operationally through the experiences of stakeholders working in the field. These recommendations are intended to provide food for thought on the performance of healthcare organizations in a given territory and on the development of the healthcare system in France as a whole.

Several recommendations can be advanced to help stakeholders better organize and structure their services. These recommendations are based on :

- ... Success factors in the running of projects ;*
- ... Levers for improving responses with respect to accessibility, scheduling or even coordination or implementation in a territory ;*
- ... Levers to support a continuous improvement process based on a relevant assessment of the implemented actions.*

Mots-clés

Parcours de santé, réseau, réseau gérontologique, personnes âgées, territoire, retour d'expérience, coordination, évaluation

Keywords

Healthcare pathway, network, gerontology network, elderly patients, territory, feedback, coordination, assessment

Introduction

L'accompagnement d'une personne âgée en situation de fragilité, du fait d'une limitation de son autonomie, de difficultés de santé au long cours ou d'une situation complexe, se traduit trop souvent par une succession de ruptures. Ces ruptures pourraient être évitées et le parcours de santé de la personne amélioré.

Par exemple, 40 % des admissions en hospitalisation complète passent par les urgences pour les personnes âgées de 85 ans et plus, alors que 15 % passent par les urgences pour les personnes âgées de 30 à 70 ans. Dans un certain nombre de cas, l'hospitalisation était requise mais le passage par les urgences aurait pu être évité. Dans d'autres cas, le passage par les urgences va induire une hospitalisation médicalement évitable du fait d'un retour à domicile difficile à organiser. Face à ces constats, largement partagés, les acteurs de terrain ont développé des réponses qu'il s'agit de partager.

La mission de l'ANAP est précisément d'appuyer les établissements de santé et médico-sociaux afin d'améliorer leur performance. Pour atteindre cet objectif, l'ANAP a bâti une méthodologie de travail dont une des règles d'or est la suivante : elle n'impose pas « par le haut » un modèle de performance théorique. Elle a au contraire pour ambition de repérer, susciter, capitaliser et diffuser les expériences des professionnels de terrain.

Tel est précisément l'objectif de ce document de retours d'expérience, qui présente quatorze organisations qui concourent à la qualité du parcours de la personne âgée.

Au travers de ce partage d'expériences et de pratiques, cette publication a pour ambition de donner aux professionnels intéressés des clés de réussite dans la conduite de leur projet d'amélioration du parcours de santé des personnes. Les préconisations et les grands enseignements formalisés ici sont éclairés de manière opérationnelle par les expériences des acteurs de terrain. Ils ont vocation à nourrir les réflexions sur la performance des organisations sur un territoire mais également sur l'évolution du système de santé en France.

L'ANAP a souhaité valoriser ces organisations soucieuses d'assurer une prise en charge adaptée des personnes âgées avec des parcours structurés et fluides : « La bonne réponse, au bon endroit, au bon moment ».

Sommaire

1. QUELQUES CONCEPTS POUR COMPRENDRE	7
2. ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS	11
3. DÉMARCHE DU PROJET	21
4. RETOURS D'EXPÉRIENCE	25
1. ASSOCIATION DE SOINS À DOMICILE DE LA HAUTE-GIRONDE : ASADHG/ TRANSI-SSIAD	26
2. ASSOCIATION DU RÉSEAU DE SANTÉ DE PROXIMITÉ ET D'APPUI : ARESPA	30
3. RÉSEAU DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUE DU NYONSAIS-BARONNIÉS : RESAGE 26	34
4. RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS ET DE SOINS DE SUPPORT DU NORD DE L'ESSONNE : NEPALE	38
5. GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE VILLE-HÔPITAL DE POITIERS	42
6. ASSOCIATION CARMAD : RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX	44
7. CRONOSS 06 : COORDINATION EN RÉSEAU D'ORGANISATION NIÇOIS POUR L'OPTIMISATION DES SOINS AUX SENIORS	48
8. LE NOBLE ÂGE : PÔLE GÉRIATRIQUE	52
9. RÉSEAU DE SANTÉ DE PROXIMITÉ ESTUAIRE DE VILAINE : RESPEV	54
10. HÔPITAL PRIVÉ GÉRIATRIQUE LES MAGNOLIAS : HPGM/ PLATE-FORME DE TÉLÉASSISTANCE MÉDICALISÉE ET FILIÈRE GÉRIATRIQUE INTÉGRÉE	56
11. COOPÉRATION DES RÉSEAUX RUN AVC ET ESPACE SENIORS DE BAUME-LES-DAMES	58
12. RÉSEAU DE SANTÉ DU HAUT-NIVERNAIS (RSHN)	62
13. RÉSEAU DE SANTÉ DU VAL-DE-SAÔNE : RESOVAL	64
14. RESAMUT, FILIÈRE POST-AVC ET POST-URGENCES DE LA PERSONNE ÂGÉE	68
5. GLOSSAIRE	71
6. REMERCIEMENTS	74



1

QUELQUES CONCEPTS POUR COMPRENDRE

Les concepts présentés ici visent à donner des clés à la lecture. Le périmètre du projet et l'ambition des enseignements et préconisations qui en sont tirés s'appuient sur des notions dont il convient de partager la définition ou la conception.

SANTÉ

La santé se définit de manière large. Ses composantes sont décrites dans la charte de l'Organisation mondiale de la santé puis d'Ottawa. En France, cette définition vient recouvrir plusieurs secteurs : sanitaire et médico-social. La diversité des réponses qu'ils apportent ne doit pas être un frein à une logique d'ensemble. La complémentarité des cultures doit ainsi prendre le pas sur une conception « hiérarchique » des valeurs inappropriée.

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ;

il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Les membres de la population ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias » (charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, novembre 1986).

PERSONNES ÂGÉES FRAGILES OU VULNÉRABLES

La personne est considérée de manière globale (dimensions physique, psychique, psychologique, sociale et environnementale). Ce document s'attache aux parcours de personnes âgées en situation de fragilité. L'environnement de la personne, un entourage qui n'est pas stable, un aidant en difficulté ou une situation d'isolement social viennent renforcer une ou plusieurs difficultés de santé.

BESOINS ET ATTENTES

Les besoins et attentes sont évalués/ exprimés de manière multidimensionnelle ; le parcours de santé va devenir complexe si les besoins sont multiples et requièrent l'intervention de différents acteurs :

→ Situation complexe : les besoins touchent aux dimensions sanitaire, sociale, psychologique et environnementale. Les acteurs à mobiliser pour y répondre sont multiples. La complexité tient également à la nécessaire combinaison des réponses en matière de compensation dans le domaine des soins et de l'aide à la vie quotidienne ;

→ Évaluation multidimensionnelle : pour évaluer une situation et ajuster une réponse adéquate, il est nécessaire de disposer d'un outil d'évaluation multidimensionnel. Il objective une situation et rend reproductible l'évaluation. Afin que les réponses puissent au mieux être coordonnées, l'évaluation doit par ailleurs être partagée entre les professionnels.

À ce jour en France, aucun outil commun et partagé n'est utilisé par l'ensemble des acteurs intervenant dans un parcours sanitaire et social.

TERRITOIRE - APPROCHE TERRITORIALE

La question du « bon niveau de territoire » a souvent été soulevée. Il semble important de distinguer plusieurs axes de travail sur lesquels l'approche territoriale est utilisée :

→ Le bassin de vie d'une personne : pour cette personne, ou la population du bassin de vie, la réponse opérationnelle de proximité en matière de « distribution » de prestations et services mais également de coordination de ces prestations est importante ;

→ Le niveau d'intervention pour la « distribution » des prestations visant à répondre aux besoins d'une population sur son bassin de vie : ce niveau est le plus souvent celui d'une ou plusieurs patientèles ou d'une commune ;

→ Le niveau du relais, de la coopération et de la mise en œuvre des synergies sanitaires et sociales, qui permet également l'organisation de l'accès aux réponses spécialisées. Ce niveau est, en général, au minimum celui de l'intercommunalité ou de plusieurs cantons.

Ainsi, la réponse adaptée va combiner plusieurs niveaux de territoires pour mobiliser des acteurs intervenant dans un périmètre à géométrie variable, ce qui rend possible l'échange, la coordination, la connaissance ou la reconnaissance mutuelle des professionnels concernés.

OFFREURS DE PRESTATIONS ET SERVICES

Ce document s'adresse à tous les offreurs en santé œuvrant dans les secteurs sanitaire et médico-social. Ces derniers sont en situation de produire une prestation (de soins, d'accompagnement), de coordonner le projet de soins ou encore les interventions, d'informer l'utilisateur et de l'orienter, ou encore d'évaluer sa situation.

On distingue donc plusieurs types d'actions qui peuvent être réalisées par un ou plusieurs acteurs : production (distribution), coordination, information, orientation, évaluation.

Le concept de « coordination », terme souvent qualifié de mot-valise, peut renvoyer à deux éléments distincts :

... La coordination « clinique » qui relève du médecin traitant au niveau de sa patientèle ;

... La coordination « d'appui » pour les patients ayant un parcours de soins complexe, qui implique ou non l'hôpital, avec mobilisation d'intervenants multiples et nécessité d'un accompagnement spécifique. Cette coordination peut être assurée grâce à l'intervention d'un réseau ou de plusieurs réseaux regroupés sur un territoire.

IMPACT FINANCIER INDIVIDUEL ET COLLECTIF

L'évaluation de l'impact financier des changements dans les organisations et notamment concernant la coordination des parcours en santé se pose. Les méthodes de production des analyses d'impact restent partielles et complexes. Le déficit de système d'information transverse aux différents secteurs constitue un frein important à la réalisation en routine d'analyses. Toutefois, certaines informations sont accessibles et, par le biais d'analyses en « faisceaux d'indices », il est possible d'estimer des impacts.

L'approche financière peut être de plusieurs ordres et mettre en évidence des impacts pour l'utilisateur (individuellement), le citoyen, le système de protection sociale ou le payeur, le producteur de la prestation. Il est ainsi important de distinguer en matière d'approche financière ce qui va toucher à ces différentes dimensions : les prestations ont un coût, elles sont rémunérées (tarif, forfait, dotation), et peuvent donner lieu à une couverture pour l'utilisateur (reste à charge).

OBJECTIFS ET RESPONSABILITÉ PARTAGÉE SUR UN TERRITOIRE

La réponse aux besoins doit être évaluée de manière transverse sur le parcours et la responsabilité des acteurs dans la qualité de ce parcours doit être décrite pour être partagée. La notion de « responsabilité populationnelle » recouvre la responsabilité des acteurs de manière collective vis-à-vis d'une population.

Afin de définir une responsabilité populationnelle, plusieurs conditions doivent être réunies :

... Exhaustivité du tour de table des acteurs engagés auprès de la population ciblée ;

... Définition partagée des missions, des responsabilités « propres » et partagées ;

... Définition des périmètres d'intervention, des modalités de passage de relais et de la coordination ;

... Partage des objectifs poursuivis, du public cible ;

... Organisation du partage de l'information utile à tous.

Ces éléments peuvent par ailleurs contribuer à la définition des éléments d'un modèle médico-économique de l'intégration.

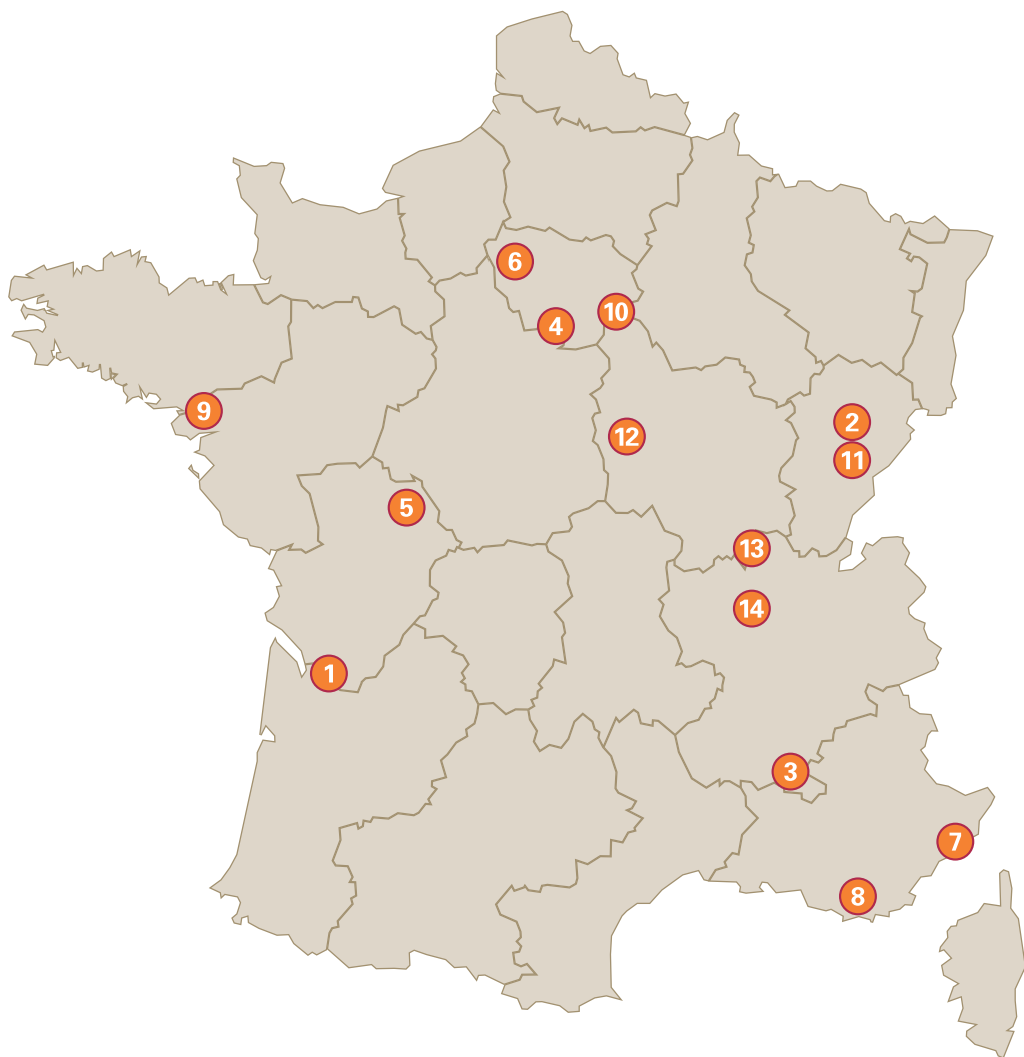


2

ENSEIGNEMENTS ET PRÉCONISATIONS

La complexité du parcours de la personne âgée tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au cloisonnement de leurs interventions. Ce constat est le résultat d'une construction qui a été progressive et qui se poursuit. Les réponses en silo de notre système de protection sociale sont par ailleurs inscrites dans le droit, de même que l'organisation des secteurs sanitaire, médico-social et social. Les réponses mises en œuvre par les offreurs de santé mais également les « régulateurs » tentent de pallier le cloisonnement du système. Toutefois, les freins juridiques, techniques ou encore culturels persistent. On peut citer par exemple l'absence de fongibilité entre les différentes enveloppes financières, le déficit d'outils et méthodes d'évaluation globale du besoin des personnes. L'harmonisation, la transversalité de la réponse, la lisibilité du système et la fluidité de la réponse pour l'utilisateur sont des objectifs d'amélioration partagés qu'il convient de soutenir mais également de concrétiser.

Quatorze organisations ont été retenues et ont nourri les enseignements et préconisations de ce document :



1. *Transi-SSIAD
(Saint-Savin)*

2. *Réseau ARESPA
(Besançon)*

3. *RESAGE 26
(Buis-les-Baronnies)*

4. *Réseau NEPALE
(Grigny)*

5. *Réseau gérontologique du
Grand Poitiers (Vienne)*

6. *Carmad réseau
de santé gérontologique (Plaisir)*

7. *CRONOSS 06
(Nice)*

8. *Pôle gériatrique
(La Seyne-sur-Mer)*

9. *RESPEV
(La Roche-Bernard)*

10. *Hôpital privé gériatrique
Les Magnolias
(Ballainvilliers)*

11. *Réseau RUN-AVC
et Espace Seniors
(Baume-les-Dames)*

12. *Réseau de Santé
du Haut-Nivernais
(Clamecy)*

13. *RESOVAL
(Mâcon)*

14. *Filière post-AVC
et post-urgences
de la personne âgée
(Lyon)*

Ces quatorze organisations présentent une grande diversité. Toutefois, on note un nombre important de contributions adressées par des réseaux de santé. Ils sont ainsi fortement représentés dans la cadre de cette publication. Une diffusion différente de l'appel à communication aurait pu amener d'autres types de contributions.

Le point partagé entre tous les contributeurs tient à la mise en réseau des prestations de différents acteurs de santé et la poursuite d'un objectif de facilitation de la prise en charge pour la personne.

À l'issue des analyses, plusieurs préconisations peuvent être formulées pour aider les acteurs à mieux organiser et structurer leurs prestations. Elles tiennent à :

- ... Des facteurs de réussite dans la conduite des projets ;
- ... Des leviers permettant d'améliorer les réponses en matière d'accessibilité, de programmation ou encore de coordination et d'intégration sur un territoire ;
- ... Des leviers permettant d'accompagner une démarche d'amélioration continue reposant notamment sur une évaluation pertinente des actions mises en œuvre.

Ainsi, le présent document est structuré de manière à illustrer des éléments de pratiques tenant à la conduite du projet, l'organisation de l'offre sur un territoire, l'évaluation des dispositifs.

DÉFINIR ET PARTAGER SES MISSIONS, CONNAÎTRE CELLES DE SES PARTENAIRES

La lisibilité pour l'usager mais également pour tout professionnel souhaitant travailler en cohérence avec son environnement est une condition forte pour offrir à la population un dispositif intégré. La lisibilité sur le territoire requiert que chaque acteur ait formalisé et soit en mesure de communiquer sur ce qu'il est, ce qu'il fait, sur ses objectifs et son champ d'intervention. Cette première étape semble « de bon sens », toutefois, elle est rarement réalisée sur un territoire. Le déficit d'outils de pilotage et notamment de structuration en système d'information est un des facteurs d'explication.

Les travaux de cartographie disponibles, quantitatifs, permettent de disposer d'une information de premier niveau très importante.

Exemple : sur un territoire donné, une région, mettre en regard l'offre en établissements de santé, établissements médico-sociaux, dispositifs d'information et de coordination (CLIC, réseaux), services de soins infirmiers à domicile, services à la personne, professionnels de santé libéraux (médecins, infirmières, kinésithérapeutes) permet de disposer d'informations très qualitatives et d'orienter les décisions en matière de planification.

Ces éléments qui sont une aide à la décision méritent d'être complétés pour tenir compte de l'histoire des acteurs et des stratégies qu'ils mettent en œuvre pour répondre aux besoins.

Exemple : le développement des réseaux s'est réalisé sur la base d'un cahier des charges très large qui a permis aux acteurs de déterminer le périmètre de leurs missions et actions en fonction de l'environnement dans lequel ils se sont implantés. Le contour des missions est très hétérogène. Une cartographie simple ne permettra ainsi pas de renseigner les décideurs.

Des leviers pour améliorer la lisibilité sur un territoire :

- Un cadre unique et synthétique pour décrire ses missions, son périmètre, son activité, objectiver l'utilisation des ressources allouées ;
- Une cartographie territoriale quantitative et qualitative permettant de poser un premier diagnostic territorial partagé ;
- Un socle de systèmes d'information permettant d'implémenter l'ensemble des contributions et de les traiter de manière pertinente et comparable sur les territoires.

Dans la mise en œuvre d'un projet visant à l'amélioration du parcours, il est également indispensable d'avoir défini de manière précise la « cible » de son action.

La définition précise des critères d'inclusion (ou d'admission) de chaque offre et la communication sur ces critères permet à chacun de se situer et de s'intégrer dans une chaîne d'acteurs cohérente. Cette définition a pour intérêt majeur d'éviter les doublons dans les prises en charge et accompagnements, et de repérer les zones de rupture. De la même manière, il est important de définir de manière précise les critères de sortie d'un dispositif et les objectifs de l'accompagnement.

Ces évolutions se traduisent nécessairement dans les pratiques professionnelles, au point de faire prévaloir une logique de spécialisation des prises en charge. Par la suite, le type de relation avec l'utilisateur a lui-même évolué vers un suivi personnalisé reposant sur la fixation d'objectifs et une évaluation régulière et partagée des résultats atteints. Dans cette évolution, il importe de concilier les attentes du public en termes de réactivité, d'efficacité et de disponibilité, et les valeurs du service public en termes d'égalité d'accès, d'adaptabilité de l'offre de service et de qualité du service proposé. La formalisation de ces objectifs d'accompagnement et actions en découlant permet dans les faits aux professionnels d'assurer un certain *turn-over* au sein des structures de coordination. Elle suppose la systématisation des suivis pour une actualisation régulière de la file active.

Ces deux éléments (inclusion/ sortie) permettent de définir les contours de la responsabilité de chacun dans l'accompagnement, et ceux de la responsabilité partagée dans la réponse à une population.

DÉVELOPPER L'APPROCHE MANAGÉRIALE DES PROJETS (GOUVERNANCE, TOUR DE TABLE, FORMALISATION)

Le *management* de projet constitue un axe d'évolution majeur dans la mise en synergie d'acteurs d'origines différentes. Pour cela, les organisations visitées ont permis de mettre en exergue deux axes de travail :

- La montée en charge des compétences individuelles sur la gestion de projet : la crédibilité de la démarche d'articulation tient autant à la pertinence du projet qu'à sa crédibilité formelle qui peut tenir à la capacité à appréhender les attentes des partenaires, à les reformuler, à les formaliser dans un calendrier prédéfini ;
- La définition de la fonction de pilote de réseau, clé de voûte de la coordination, mais nécessitant des compétences multiples d'ingénierie, d'animation de projet, de partenariat, de management d'équipe...

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité recouvre trois approches :

- ...✚ Géographie ; avec une distance « tolérable » par les usagers comme les professionnels dans une fourchette de 25 à 30 kilomètres (ou d'une trentaine de minutes) pour une zone géographique standard ;
- ...✚ Réactivité dans la réponse à la demande ;
- ...✚ Adaptation de la réponse au besoin versus l'inadéquation d'une réponse qui sera immédiate mais fournie par une structure dont les missions ne sont pas celles dont a besoin la personne.

1. Améliorer l'information et l'orientation des usagers

Le besoin d'articulation et d'information peut trouver une réponse avec :

- ...✚ La mise en place des guichets uniques ou intégrés, à l'exemple des MAIA qui ont vocation à constituer l'accès de proximité (quelle que soit la structure) à l'accueil et l'information et à partir desquels la population est orientée vers la ressource adaptée. Cet ensemble coordonné de lieux d'information, d'analyse et d'orientation doit faciliter le parcours des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants en évitant les réponses fragmentées ;
- ...✚ Les outils d'information et de comparaison permettant un choix éclairé pour les usagers et leurs proches, notamment via Internet.

Actuellement, les points d'informations et d'orientation restent structurés en silo, en particulier entre les champs sanitaire et médico-social. La connaissance transverse de l'hôpital et du domicile peut être recherchée par des formations et des échanges de pratiques entre les professionnels des différents secteurs pour améliorer la réponse à l'utilisateur et l'orienter (exemple : mobilisation conjointe du service social de l'hôpital, du réseau, du CLIC, des services du conseil général...).

2. Améliorer la programmation

La réussite de la prise en charge au long cours de personnes en situation de fragilité, porteuses de plusieurs maladies chroniques réside dans la capacité des professionnels à anticiper les difficultés à venir, qu'elles soient d'ordre :

- ...✚ Social (exemple : modification prévisible de l'entourage tel le décès d'un conjoint ou d'un proche aidant) ;
- ...✚ Médical (exemple : aggravation prévisible de la maladie).

Ces difficultés peuvent être réduites par des actions de prévention secondaires ou tertiaires ou peuvent être détectées précocement par des évaluations régulières des réseaux. Ces actions illustreront la capacité d'un réseau à mettre en œuvre ces actions d'anticipation et à programmer un suivi spécifique à chaque personne comme l'ont illustré la plupart des structures visitées avec l'élaboration et le suivi de plans de soins personnalisés (ou d'aide ou d'accompagnement), démarche qu'il convient de développer.

Parallèlement, la programmation sera lisible dans :

- ...✚ Le calendrier des suivis à domicile et/ ou des évaluations en consultations ;
- ...✚ La réussite des hospitalisations programmées quand ces hospitalisations s'avèrent nécessaires ;
- ...✚ La mise en œuvre de solutions de répit.

Ces éléments sont autant d'indicateurs permettant une autoévaluation au regard des objectifs à atteindre.

INNOVER : DE LA COORDINATION À L'INTÉGRATION DES ACTEURS

1. Organiser la complémentarité avec les services relevant de la compétence des conseils généraux

Le lien avec les services sociaux relevant des conseils généraux nécessite une vigilance particulière. En effet, les organisations retenues par les collectivités départementales sont hétérogènes et des risques de chevauchement dans les interventions ne peuvent être exclus, par exemple entre les réseaux de santé et les services sociaux territorialisés ou les équipes chargées des évaluations préalables à l'ouverture des droits d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dans les faits, on peut relever soit des évaluations AGGIR faites en doublon soit des réseaux de santé qui se substituent aux interventions des acteurs sociaux. Une réflexion mise en place dans certains départements a permis de rendre les interventions complémentaires. Cette réflexion peut être de deux natures :

- Le rappel et le partage des missions des différents acteurs institutionnels, formalisés par un document consensuel ;
- L'élaboration de référentiels pluriprofessionnels comme outil d'aide à la décision, notamment pour les médecins traitants. Il peut s'agir, par exemple, d'un référentiel facilitant la prescription/ l'orientation vers un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou un Service d'aide à domicile.

L'articulation avec les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), le centre 15 et SOS constituent également une piste d'évolution à développer.

Exemple : systématiser le partage d'informations ou les transferts d'informations hebdomadaires concernant les patients suivis par un réseau de santé et pour lesquels des protocoles ou prescriptions spécifiques ont pu être définis en cas d'urgence au domicile.

2. Sécuriser l'articulation entre les acteurs mobilisés auprès de la personne âgée

La fluidité du parcours de santé de la personne âgée suppose la réunion de plusieurs éléments « fondamentaux », quel que soit le porteur de projet :

- L'implication et la coopération organisée des principaux acteurs que sont l'hôpital, les professionnels de santé libéraux et le conseil général. Si l'ensemble des intervenants sanitaires et médico-sociaux sont également indispensables, leur mobilisation est davantage le fait du service rendu par le mode d'articulation retenu à partir d'un lien fort entre l'établissement de santé et les professionnels libéraux ;
- La définition des missions de chaque acteur potentiellement mobilisé dans le parcours de la personne âgée ;
- La définition précise mais simple d'objectifs, avec comme préalable une étude du territoire couvert. Le nombre de personnes de plus de 75 ans, d'intervenants libéraux, de partenaires... potentiellement concernés nécessite en amont leur recensement exhaustif.

3. Développer l'intégration des acteurs avec une logique de partenariat basée sur le « gagnant/ gagnant »

Ce dernier point suppose une information en direction des acteurs impliqués sur la valeur ajoutée potentielle de l'organisation. Si les rémunérations dérogatoires pour les professionnels de santé libéraux sont parfois mises en exergue pour contribuer à leur mobilisation au sein d'un réseau de santé, celles-ci ne sont pas généralisées et certains réseaux disposent d'une très forte mobilisation sans ces rémunérations. Le soutien potentiellement apporté pour orienter le patient dans ses démarches administratives et sociales, l'aide à la décision à partir d'une évaluation complémentaire gériatrique, l'organisation de la concertation pluridisciplinaire, la capacité à répondre sans délai à une sollicitation d'un professionnel libéral sont autant d'exemples régulièrement cités et qui restent à valoriser.

METTRE EN PLACE DES OUTILS PARTAGÉS DE COMMUNICATION ET D'INFORMATION

1. Développer les coopérations

Les coopérations sont de nature à améliorer l'accessibilité à des prestations adaptées et dans des délais raisonnables pour les personnes âgées. Il s'agit des modes de coopération cités dans les pages qui suivent tels que les groupements et les réseaux. Il peut aussi s'agir de coopérations très souples comme des conventions, ou très intégrées comme des fusions permettant d'améliorer l'échange des pratiques entre professionnels intervenant dans des domaines actuellement séparés. Plusieurs exemples peuvent être évoqués :

... Les pratiques mises en place au sein des réseaux de soins palliatifs peuvent être très intéressantes pour un réseau spécialisé auprès des personnes âgées, notamment pour ses capacités à anticiper une dégradation de la situation ou gérer la douleur. Cette expertise peut également être mise à disposition d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), au travers d'interventions auprès des résidents, de formations ou de soutiens pour l'élaboration d'un projet d'établissement ;

... La coopération entre plusieurs établissements de type EHPAD peut permettre de disposer d'un temps infirmier de nuit sur la base d'astreintes mutualisées rendant plus aisé le traitement de la douleur et l'accompagnement de fin de vie ;

... L'adaptation aux besoins des personnes âgées des services d'accueil d'urgence peut être envisagée au travers de la création d'équipes mobiles d'orientation gériatrique sur plusieurs établissements.

Les coopérations peuvent être complétées par l'utilisation de systèmes d'information partagés relatifs au patient (exemple : recueil de l'ensemble des informations permettant la continuité de l'accompagnement : médecin traitant, accompagnements sociaux, entourage, dates de sortie...) ou à la gestion des demandes d'admission (exemple : en Soins de suite et de réadaptation – SSR, en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD...).

2. Développer l'utilisation des nouvelles technologies et le partage des informations

Les objectifs du partage et de la transmission d'informations entre professionnels sont multiples. Il s'agit notamment d'éviter des doublons dans certaines actions (exemple : partager une évaluation) et de permettre la continuité des soins et de l'accompagnement (exemple : transmission rapide ou accès direct aux comptes-rendus d'hospitalisation et principaux examens réalisés). Ces échanges supposent dans tous les cas de porter une attention particulière au fait que les données appartiennent à la personne et non aux professionnels.

Dans le prolongement des développements précédents, l'utilisation des nouvelles technologies permet de mieux anticiper l'évolution de la situation.

Exemple : les rappels automatiques mis en place pour les suivis de Plans personnalisés de santé sont des gardes-fous utiles permettant aux professionnels de la coordination de disposer d'une veille sur les situations en file active. Ces outils présentent tout leur intérêt lorsqu'ils sont partagés entre les différents acteurs.

Exemple : la transmission automatisée et sécurisée des comptes-rendus d'hospitalisation au médecin traitant et aux acteurs de la coordination permet de faciliter les retours à domicile.

Exemple : l'accueil d'une personne âgée dans les services hospitaliers avec l'ensemble des éléments d'évaluation produits antérieurement à son admission (résumé de dossier médical, ordonnances délivrées par le pharmacien, synthèses de PPS réseaux...) peut potentiellement faciliter sa prise en charge.

METTRE EN PLACE DES OUTILS D'ÉVALUATION

Les éléments qualitatifs sont généralement inscrits dans les rapports d'activité des offreurs. Ces rapports d'activité, qui intègrent souvent un volet « évaluation », ne sont que peu exploités dans la mesure où il n'existe pas de cadre homogène et informatisé permettant de traiter ces informations sur un territoire.

De même, l'évaluation de l'impact des articulations décrites reste embryonnaire. Des données concernant les conventions ou adhésions sont généralement disponibles mais ne permettent pas une compréhension des conséquences pour les usagers, les professionnels ou les financements publics. Les indicateurs de coût à l'utilisateur constituent une première approche, sous réserve d'une définition précise de la notion de « file active ». Ils restent insuffisants et plusieurs pistes de réflexion pourraient être approfondies avec les acteurs œuvrant dans le champ de la coordination :

→ La définition d'indicateurs concernant les usagers, par exemple : le taux de résidents sortis d'un EHPAD vers un hôpital pour une fin de vie afin de mieux identifier les situations pour lesquelles le décès aurait pu être envisagé sur le lieu de la personne ;

→ L'exploitation des données du PMSI, par exemple : les Durées moyennes de séjour (DMS) des personnes suivies par un réseau ou les transferts et réadmissions dans les 30 jours suivant l'inclusion dans une file active ;

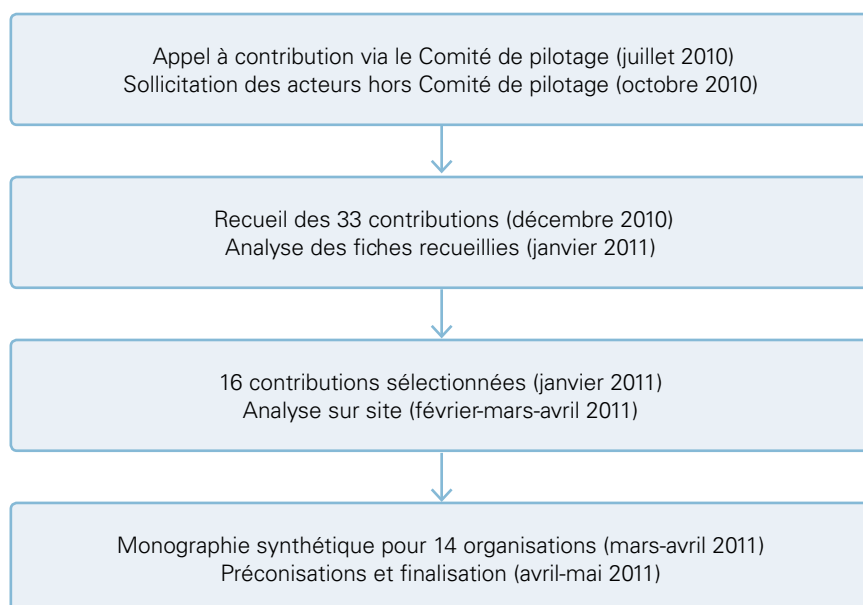
→ Le suivi d'une cohorte de personnes accompagnées par une structure de coordination permettant de mesurer si cette prise en charge (par exemple avec une plus grande assiduité dans la prise des traitements, pour honorer les rendez-vous et s'impliquer dans le suivi) conduit à un allongement de l'espérance de vie, une limitation des situations de dépression et une meilleure qualité de vie.





3 DÉMARCHE DU PROJET

La démarche méthodologique adoptée est classique.
Elle s'est déclinée en 4 phases :



Un appel à communication a été lancé en juillet 2010 et relayé par les membres du comité de pilotage national du projet « Parcours de personnes âgées sur un territoire ». Les institutions suivantes sont représentées au sein de ce comité de pilotage :

- Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales ;
- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) ;
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) ;
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) ;
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) ;
- Syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées (SYNERPA) ;
- Fédération hospitalière de France (FHF) ;
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ;
- Agences régionales de santé-pilotes ;
- Sociétés savantes.

D'autres représentants du secteur de la santé ont permis de relayer cette initiative :

- Mutualité Française,
- Union nationale des réseaux de santé (UNR Santé) ;
- Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL) ;
- Association nationale des médecins généralistes d'hôpital local (AGHL).

Un comité réunissant des personnes qualifiées dans les domaines sanitaire et social a accompagné l'ensemble de la démarche en vu notamment de :

- Valider les critères de sélection et les expériences à valoriser ;
- Préciser les questionnements en vue des rencontres sur site ;
- Identifier les principaux enseignements ;
- Formuler des préconisations de manière transversale.

Ont participé aux travaux de ce comité :

- M. Jean-François BAUDURET, Comité scientifique et d'orientation de l'ANAP ;
- M. Jean-Yves BLANDEL, Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL) ;
- M. Sylvain DENIS, Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) ;
- M. Christian FISCHER, Conseil général du Haut-Rhin ;
- Dr Nathalie MAUBOURGUET, Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO) ;
- Mme Catherine PEYRISSET, Équipe nationale pilotage MAIA à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;
- Dr Michel VARROUD-VIAL, Union nationale des réseaux de santé (UNR Santé) ;
- M. Jean-Philippe VINQUANT, Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).

À la fin du mois de décembre 2010, trente-trois contributions ont été adressées à l'ANAP sous forme de fiche descriptive synthétique. Une première analyse de ces fiches, complétée d'entretiens téléphoniques, a permis de retenir seize organisations à visiter au regard de quatre critères d'inclusion :

- ... Organisation orientée vers l'accompagnement des personnes âgées ;
- ... Objectif d'amélioration du parcours de la personne (soins et autonomie) au travers, notamment, d'un travail sur l'accessibilité (à une ou des prestations, dans un délai adapté, en vue de limiter les pertes de chances, en vue d'accéder au bon interlocuteur...), l'anticipation (avec une évaluation et une identification des besoins, une programmation des étapes à venir, la formalisation d'un parcours...) et la coordination ;
- ... Organisation présentant un caractère exemplaire pouvant alimenter un retour d'expérience intéressant l'ensemble des acteurs de santé ;
- ... Organisation effectivement en place avec une antériorité permettant, en pratique, une évaluation minimum. Ce dernier critère a joué un rôle prépondérant à toutes les phases de sélection.

Des rencontres sur site ont été organisées de janvier à mai 2011. Outre le recueil des éléments relatifs au contexte, à la constitution, aux modalités d'intervention et d'évaluation, le guide d'entretien a permis d'orienter les échanges sur la capacité des organisations à apporter des réponses à cinq principales barrières identifiées comme facteurs de rupture dans les parcours des personnes :

- ... La structuration en silo des acteurs : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, médecine de ville et soins à domicile ;
- ... L'étanchéité des accompagnements entre institutions et domicile ;
- ... La mauvaise articulation entre les prestations de soins et les actions « hors soins » venant compenser la perte d'autonomie ;
- ... La cohabitation entre plusieurs modes d'exercice des professionnels (libéral/ salarié) ;
- ... En matière de contenu des prestations, une trop forte étanchéité des savoir-faire sur les composantes physique et psychique de la personne accompagnée.

À l'issue de ces visites sur site et d'un échange avec les ARS concernées, quatorze organisations sont présentées dans les pages qui suivent.



4 RETOURS D'EXPÉRIENCE

1. ASSOCIATION DE SOINS À DOMICILE DE LA HAUTE-GIRONDE : ASADHG/ TRANSI-SSIAD	26	8. LE NOBLE ÂGE : PÔLE GÉRIATRIQUE	52
2. ASSOCIATION DU RÉSEAU DE SANTÉ DE PROXIMITÉ ET D'APPUI : ARESPA	30	9. RÉSEAU DE SANTÉ DE PROXIMITÉ ESTUAIRE DE VILAINE : RESPEV	54
3. RÉSEAU DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUE DU NYONSAIS-BARONNIÉS : RESAGE 26	34	10. HÔPITAL PRIVÉ GÉRIATRIQUE LES MAGNOLIAS : HPGM/ PLATE-FORME DE TÉLÉASSISTANCE MÉDICALISÉE ET FILIÈRE GÉRIATRIQUE INTÉGRÉE	56
4. RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS ET DE SOINS DE SUPPORT DU NORD DE L'ESSONNE : NEPALE	38	11. COOPÉRATION DES RÉSEAUX RUN AVC ET ESPACE SENIORS DE BAUME-LES-DAMES	58
5. GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE DU RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE VILLE-HÔPITAL DE POITIERS	42	12. RÉSEAU DE SANTÉ DU HAUT-NIVERNAIS : RSHN	62
6. ASSOCIATION CARMAD : RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX	44	13. RÉSEAU DE SANTÉ DU VAL-DE-SAÔNE : RESOVAL	64
7. CRONOSS 06 : COORDINATION EN RÉSEAU D'ORGANISATION NIÇOIS POUR L'OPTIMISATION DES SOINS AUX SENIORS	48	14. RESAMUT, FILIÈRE POST-AVC ET POST-URGENCES DE LA PERSONNE ÂGÉE	68

1 Association de soins à domicile de la Haute-Gironde : ASADHG/ Transi-SSIAD

OBJECTIFS

Répondre aux besoins de soins infirmiers à domicile avec un service réactif et transitoire

TRANSI-SSIAD est né de la volonté de répondre aux besoins d'accompagnement non satisfaits au niveau des soins de *nursing* à domicile. La multiplication des situations de crise ou d'urgence a conduit l'Association à rechercher des modalités innovantes d'intervention en priorisant le retour à domicile de la personne âgée.

Dès l'origine, l'Association de soins à domicile de la Haute-Gironde s'est inscrite dans une logique de pays. Elle couvre 65 communes situées au nord de la Gironde (plus de 77 000 habitants). Si la proportion de personnes âgées est comparable à celle relevée au niveau national, le territoire présente une certaine hétérogénéité avec, au nord, une zone à dominante rurale et plutôt vieillissante et, au sud, du fait de la proximité de l'agglomération bordelaise, une zone plus attractive.

Le projet est issu d'un quadruple constat posé en 2003 :

- Une carence de l'offre de soins de *nursing* à domicile traduite, notamment, par des allongements de séjours hospitaliers faute de solution en sortie d'hospitalisation ;
- Une densité d'infirmiers libéraux inférieure à la moyenne départementale et une incapacité pour le SSIAD à répondre aux demandes malgré des extensions de capacité (de 30 places en 1996 à 232 places en 2011) ;
- Une complexification de l'organisation de l'offre de service avec la montée en charge des auxiliaires de vie sociale et la nécessité d'articuler leurs interventions avec celles du SSIAD afin de s'assurer que chaque personne accède à la prestation la plus adaptée selon son niveau de dépendance et sa pathologie ;
- Une difficulté pour accéder aux différentes prestations dans un délai raisonnable à cause, par exemple, d'une commission d'admission pour le SSIAD ou d'un délai de traitement conséquent pour l'ouverture des droits à l'APA.

Dans ce contexte, le dispositif TRANSI-SSIAD a été créé en 2004 avec trois caractéristiques principales : transitoire, réactif et coordonné. Ses deux objectifs principaux sont de :

- Permettre aux personnes âgées ou handicapées du territoire requérant des soins de *nursing* à domicile d'accéder à une prise en charge rapide, soit après un séjour hospitalier, soit en raison d'une dégradation brutale de leur situation survenue à leur domicile ;
- Améliorer la gestion globale des flux de patients âgés.

Accélérer la prise en charge.
Multiplier la capacité d'accueil
d'un SSIAD avec un important
turn-over afin de fluidifier
le parcours.

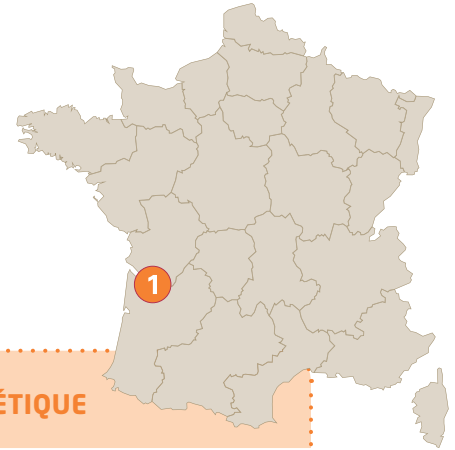
MISE EN ŒUVRE

La possibilité d'une réponse à la demande d'admission dans les 24 heures, d'une effectivité de la prise en charge dans les 48 heures et un accompagnement limité à 45 jours mis à profit pour rechercher une solution de relais

Le temps de prise en charge, limité, est mis à profit par l'équipe pour rechercher une solution de relais avec les acteurs locaux.

Les orientations vers TRANSI-SSIAD, qui ne sont faites qu'en second recours faute de solution autre, ont trois origines : le centre hospitalier de Blaye, les médecins libéraux et les autres structures hospitalières, chacun étant conventionnellement assuré d'un nombre prédéfini de places. Ce cadre reste néanmoins souple afin de tenir compte des contraintes liées au fort *turn-over* des patients et à la saisonnalité des orientations influant directement sur les circuits d'intervenants mis en place. Le taux d'occupation reste au total limité à environ 85 % (contre 98 % pour les SSIAD) malgré près de 80 refus sur un exercice, faute de places. Au final, l'ajustement se fait sur la totalité des places du SSIAD, avec une potentielle évolution selon les orientations qui pourraient être retenues dans le cadre de l'évolution des modes de financement des SSIAD.

Plus de 80% des usagers ont plus de 75 ans avec des critères d'inclusion liés à la dépendance (GIR 1 à 4 – GMP de 635 en 2009) et à l'absence de solution. L'accompagnement est assuré par une équipe spécialisée au sein du SSIAD qui intervient sur des circuits spécifiques. La pluridisciplinarité est garantie avec l'intervention d'une assistante sociale, d'une psychologue et d'un ergothérapeute. Pour l'organisation des sorties, un partenariat étroit et formalisé a été mis en place avec les services d'aide à domicile.



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Association de soins à domicile de la Haute-Gironde (ASADHG), Saint-Savin (Gironde) :

- 80 personnes pour 68 ETP
- SSIAD de 232 places
- Plusieurs services orientés vers le domicile (centre itinérant de préservation de l'autonomie, relais familles, SAMSAH, réseau d'entraide mutuelle)

Le projet

- Une prise en charge SSIAD sur un délai maximum de 45 jours
- Un début du projet en 2005
- Un taux de rotation supérieur à 7

En savoir plus

- Jacques VIDAL, Directeur, Association de soins à domicile de la Haute-Gironde, j.vidal@asad-asso.net
- Anne-Marie DONATI, Assistante sociale, centre hospitalier Saint-Nicolas-de-Blaye, am.donati@chblaye.fr
- Céline VAUDON, Responsable de secteur, Association d'entraide multiple, aem-celine@wanadoo.fr
- Patricia LAMOISSIÈRE, Médecin généraliste à Reignac, dr-patricia-lamoussiere@orange.fr



1 Association
de soins à domicile
de la Haute-Gironde
ASADHG/ Transi-SSIAD

RETOUR D'EXPÉRIENCE

La mise en place du dispositif s'appuie sur une organisation spécifique privilégiant :

- Une démarche « projet » au niveau du caractère global de la prise en charge mais également sur les modalités d'implication de l'ensemble des acteurs. Ainsi, dès la demande d'admission, les perspectives du devenir de l'usager sont évoquées à partir d'une définition précise des objectifs d'accompagnement et de sortie. Par exemple, si un médecin libéral est à l'origine de la prescription, l'échange téléphonique avec celui-ci conditionne l'admission ;

- Une approche managériale permettant de privilégier l'intervention de professionnels en capacité de se rendre au domicile, sans délai, sur des situations peu ou pas préparées et très diverses, les accompagnements étant de courte durée.

GAINS OBTENUS

Au total, le SSIAD dispose d'une capacité de 232 places dont 32 pour TRANSI-SSIAD (cette capacité totale intègre également, depuis 2009, le dispositif Mémo-SSIAD, unité spécifique de courte durée spécialisée dans l'accompagnement à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou assimilée). En moyenne annuelle, entre 2005 et 2009, le nombre de nouvelles prises en charge s'est élevé à plus de 200 pour TRANSI-SSIAD contre 40 pour le SSIAD. Sur cette période, le dispositif a comptabilisé 1 103 admissions. Pour la totalité des demandes, une réponse définitive au prescripteur quant à l'intervention est donnée dans un délai inférieur à 24 heures et près de 60 % des interventions ont été opérationnelles dans les 48 heures. La durée moyenne de séjour est de 32 jours. Sur 2009, le service enregistre 228 admissions et 218 sorties dont 80 % effectuées dans les 45 jours.

Même si faute de suivi de cohorte ou d'évaluation fine du profil des personnes accompagnées ce constat apparaît difficile à étayer, TRANSI-SSIAD permet d'éviter des accueils au sein des services d'urgences hospitaliers ou au sein de structures médico-sociales qui représenteraient, en moyenne, une journée par usager. Ce point pourrait à l'avenir être amené à évoluer en raison des modifications que connaît le territoire, notamment la création récente d'un service d'HAD, avec un enjeu d'articulation entre les deux structures en ce qui concerne les profils de publics accueillis.

Plus de 60 % des orientations sont le fait des médecins généralistes, 20 % du centre hospitalier de Blaye et moins de 20 % d'autres structures (11 de soins aigus et 8 de convalescence). Le nombre d'établissements et la répartition géographique des médecins sur les 5 cantons du service illustrent l'appropriation du dispositif avec un taux de pénétration de 66 % (54 médecins généralistes ont prescrit au moins une prise en charge sur un total de 82 médecins sur les 5 cantons).

OUTILS MIS EN ŒUVRE

- …❖ Procédure d'orientation des usagers concernant une demande de toilette permettant une articulation entre les infirmières libérales, le SSIAD et les services d'aide à domicile
- …❖ Fiche de suivi individuel longitudinal permettant d'évaluer précisément l'activité du dispositif avec les caractéristiques des bénéficiaires, l'origine des prescripteurs, le respect des délais, la durée de prise en charge, l'atteinte des objectifs d'accompagnement et la nature des relais
- …❖ Fiche de suivi à 6 mois pour vérifier la pérennité des relais, le devenir du bénéficiaire et sa satisfaction
- …❖ Fiche navette avec les services hospitaliers prescripteurs permettant, lors de l'orientation, de disposer d'un recueil de données homogènes sur le patient
- …❖ Fiche navette à destination de l'ensemble des acteurs mobilisés au domicile de la personne âgée pour les informer des modalités d'intervention et des objectifs d'accompagnement
- …❖ Convention avec le centre hospitalier de Blaye précisant notamment la capacité de TRANSI-SSIAD réservée à ses orientations



Association du réseau de santé de proximité et d'appui : ARESPA

OBJECTIFS

Disposer d'une vision globale de la situation jugée complexe par le professionnel de santé à partir d'une analyse médico-psychosociale et avec un suivi de la situation

À partir d'une expertise reconnue comme réseau de santé de soins palliatifs, l'ARESPA s'est ouverte aux situations complexes à domicile, en privilégiant et en soutenant le rôle premier du médecin traitant.

Le réseau, identifié sur le champ des soins palliatifs, a développé à l'origine une réflexion avec les médecins libéraux. Ceux-ci ont clairement exprimé un besoin de coordination, à partir du repérage effectué en consultation, et visant à soutenir leur action pour l'ensemble des questionnements sociaux. La définition du profil des coordinateurs a ainsi été effectuée par les médecins libéraux. Les principales étapes suivantes ont abouti à la structuration actuelle :

- 2001 : création, par des médecins libéraux et avec le soutien du FAQSV, d'une association régionale pour les soins palliatifs ;
- 2002 : étude de besoins et conceptualisation de la coordination d'appui avec un pilotage ville-hôpital ;

- 2003 : élaboration du réseau de santé avec une DRDR ;
- 2004 : début des inclusions ;
- 2005 : intervention sur 3 secteurs : bassins de vie de Dole et du Revermont, bassins de vie de Belfort et de Montbéliard et bassins de vie de Pontarlier et Morteau ;
- 2007 : financement FIQCS ;
- 2009 : extension au Grand Besançon et au Pays graylois.

Si le réseau a une vocation régionale, il n'en couvre effectivement qu'une partie : à l'est, à l'ouest et au centre avec Besançon. Ses interventions concernent donc des territoires hétérogènes en termes d'établissements, services et modalités organisationnelles des collectivités territoriales, notamment pour les services sociaux des conseils généraux. La région est également confrontée à une double problématique : la proximité de la Suisse qui attire une partie des professionnels qualifiés en France et la baisse de la démographie médicale, en particulier dans les zones rurales.

Dans les faits, la coordination d'appui, dont 45 % des usagers ont plus de 80 ans, tend à :

- Faciliter la mobilisation des ressources médico-psychosociales dont les professionnels ont besoin pour assurer une prise en charge globale et efficiente à domicile ;
- Aider les patients et leur famille à se repérer et accéder aux informations nécessaires à l'organisation de l'accompagnement à domicile ;
- Assurer l'interface entre tous les acteurs concernés pour garantir la continuité de la prise en charge à domicile.

Soutenir le médecin traitant.
Démêler les situations jugées complexes
par les professionnels de santé.

MISE EN ŒUVRE

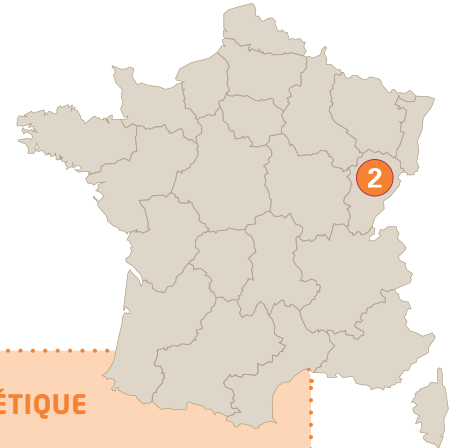
Une évaluation au domicile du patient dans les 48 heures de la sollicitation du professionnel de santé pour faciliter l'accompagnement

La coordination d'appui permet, pendant le temps d'inclusion, de mettre en place l'ensemble des dispositifs techniques et/ ou financiers pour le patient et son entourage, en lien avec les interventions du médecin traitant.

Le réseau intervient actuellement sur 5 secteurs géographiques de la région Franche-Comté, chaque secteur étant couvert par une coordinatrice d'appui. L'origine des saisines varie selon le territoire concerné. Les médecins traitants y occupent une large part, ainsi que les Équipes mobiles de soins palliatifs et les Établissements de santé. Le réseau a volontairement privilégié un format souple de saisine (téléphone, sms, fax) dans lequel l'appréciation de la complexité est laissée au professionnel de santé. Les refus d'évaluation sont par conséquent rares.

L'évaluation, réalisée à domicile dans les 48 heures, privilégie une approche sociale et environnementale, en vue de compléter les données médicales transmises par le médecin. Elle est effectuée à partir d'une trame d'entretien. Selon le secteur concerné, cette évaluation peut associer les autres services mobilisés auprès de la personne : service APA du conseil général, réseau gériatrique bisontin, CLIC... voire, en cas de besoin, un psychologue rémunéré sur vacation. L'élaboration du Plan personnalisé de santé (PPS) qui en découle permet l'activation des partenaires puis la mise en place d'un suivi de la situation généralement mensuel.

L'ensemble du *process* laisse une place majeure aux médecins traitants très régulièrement informés par la coordinatrice. Ils participent aux réunions de coordination sur la base du volontariat.



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Association du réseau de santé de proximité et d'appui (ARESPA), Besançon (Doubs) :

- 7,75 ETP
- Réseau de santé
- 5 secteurs géographiques sur la région Franche-Comté

Le projet

- La coordination d'appui représente un budget annuel d'environ 535 K€ (dont 520 K€ issus du FIQCS et le solde du conseil régional au titre d'une plate-forme de santé sur Gray) avec 6 ETP de coordinatrice et 1,75 ETP de personnel administratif
- Chaque coordinatrice dispose, en moyenne, d'une file active de 90 patients avec, au total, 523 personnes en file active

En savoir plus

- Frédérique LE MARER,
Directrice, ARESPA,
association.arespa@wanadoo.fr



Association du réseau
de santé de proximité
et d'appui : ARESPA

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Cinq caractéristiques du réseau sont à l'origine de la valeur ajoutée apportée aux médecins traitants (plus du quart des orientations) :

• Son caractère généraliste : celui-ci permet l'orientation par les médecins de toute personne :

- atteinte d'une maladie chronique, grave, évolutive dont le pronostic vital peut être mis en jeu,

- en situation de perte d'autonomie et/ ou de handicap permanent ou temporaire,

- dans une situation complexe ;

• Sa réactivité : celle-ci est liée aux évaluations réalisées dans les 48 heures de la saisine et aux interventions activées dans les 5 jours maximum ;

• Sa souplesse d'organisation : « l'adhésion » des intervenants libéraux est le fait d'une orientation ; la saisine du médecin est peu formalisée ; l'identification d'un intervenant par secteur facilite la mise en place d'une relation de confiance entre les acteurs ;

• Son expertise sur le champ social : elle est le fait de la formation (assistante sociale et conseillère en économie sociale et familiale bénéficiant d'une formation spécifique par l'ARESPA à leur arrivée) et de l'expérience des coordinatrices d'appui (connaissances des acteurs, procédures et démarches). Ces connaissances correspondent aux besoins exprimés par les médecins (démarches administratives, recherche de places dans les structures médico-sociales, recherche d'intervenants à domicile sur des zones ou horaires spécifiques, recherche d'un prestataire pour une adaptation du domicile...) ;

• Le suivi des situations : il permet de disposer d'une veille continue au domicile de la personne.

La crédibilité du réseau repose également sur la spécificité du profil des coordinatrices : si elles sont issues du champ social (formation et, souvent, expérience professionnelle), leur implication personnelle au domicile du patient et auprès du médecin libéral dans le cadre d'un réseau de santé allié à une présence téléphonique continue (relais entre les coordinatrices) contribue à consolider l'articulation médecine de ville-hôpital-acteurs sociaux et médico-sociaux.

Les interventions du réseau, maintenant multithématique, bénéficient de l'expertise issue des soins palliatifs. Ce qui se traduit plus particulièrement par des relances automatisées pour le suivi régulier de la situation et l'anticipation des échéances (exemple : information du médecin traitant préalablement à la fin de séance de chimiothérapie/ du retour à domicile).

Enfin, il convient de relever d'une part l'articulation très étroite avec la Fédération des maisons, centres et pôles de santé de Franche-Comté (FEMASAC) – concrétisée par une mutualisation des moyens financiers et humains et des savoir-faire pour encourager le regroupement de professionnels de santé, faciliter le travail interprofessionnel et accompagner la création des maisons et pôles de santé en Franche-Comté – et d'autre part le choix d'utiliser des vecteurs de communication novateurs, en particulier un film fait de témoignages d'usagers et de professionnels.

GAINS OBTENUS

Aucune évaluation des impacts du réseau n'a été réalisée à partir de l'exploitation de données relatives au parcours des 1 753 usagers accompagnés entre 2004 et 2010.

Deux enquêtes ont néanmoins été menées :

- La première, auprès des usagers, met clairement en évidence la satisfaction de ces derniers. Ces avis, unanimes, semblent mettre en exergue la pertinence du service proposé pour articuler les interventions à un moment difficile de la vie ;
- La seconde, menée sur la base d'une enquête déclarative auprès des médecins libéraux à l'origine de l'orientation de 68 patients, estime à 476 le nombre de jours d'hospitalisation évités (soit 40 hospitalisations).

Parallèlement, la dynamique de coopération avec les acteurs intervenant au domicile du patient se traduit par un nombre très important de professionnels impliqués (exemple : plus de 800 médecins généralistes intervenant dans au moins un PPS, plus de 300 infirmiers libéraux...) et par des coopérations (exemple : convention avec l'HAD, rapprochement avec la FEMASAC pour une expérimentation de coordination avec les maisons, pôles et centres de santé...). Elle illustre l'intérêt de diffuser à l'ensemble du réseau des pratiques issues des soins palliatifs.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

- Coordination d'appui
- Mutualisation des moyens entre le réseau et la FEMASAC
- Utilisation d'un film comme outil de communication



Réseau de santé gérontologique du Nyonsais- Baronnies : RESAGE 26

OBJECTIFS

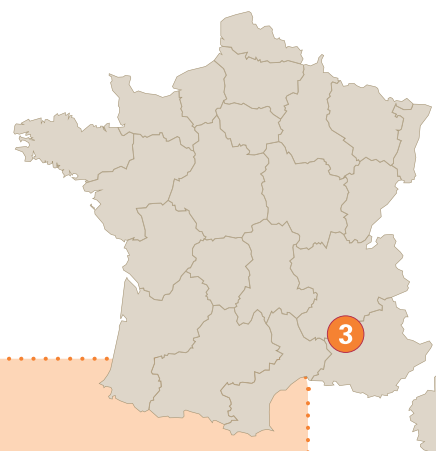
Identifier les conditions du maintien à domicile à partir d'une prestation d'évaluation de proximité

RESAGE 26 est issu de la volonté des acteurs du territoire, plus particulièrement les établissements de santé de Buis-les-Baronnies et de Nyons, des professionnels de santé et des élus, de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, y compris sur des territoires très ruraux, en s'appuyant sur les ressources existantes. Le conseil général, favorable à la mise en place des réseaux de santé, est partenaire du réseau de santé gérontologique du Nyonsais-Baronnies.

Les quatre cantons sur lesquels le réseau rayonne représentent 26 000 habitants répartis sur plusieurs vallées (Eygues, Ennuyé, Ouvèze...). Ce territoire, rural, a plus de 13 % de personnes âgées de plus de 75 ans, pourcentage bien supérieur aux données départementale et nationale. Même si le constat n'est pas strictement homogène selon le canton ou la commune concernés, les distances pour accéder aux soins de premier recours, la pénurie de médecins généralistes et, surtout, spécialistes, peuvent rendre difficile le maintien à domicile de personnes âgées dépendantes.

À partir de ce constat, une réflexion a été initiée en 2007 par les trois établissements de santé du territoire (deux « hôpitaux locaux » et un Établissement de santé privé d'intérêt collectif) et le conseil général dans le cadre proposé par la Mutualité sociale agricole (MSA). L'Association créée (composée des établissements de santé, des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, des partenaires institutionnels comme le conseil général et d'autres collectivités territoriales, des associations de services aux familles, des associations représentant les usagers et les familles) a bénéficié, pour faire aboutir le projet, d'un important soutien méthodologique de la MSA et des établissements de santé. Sur ces bases, une demande de financement auprès du FIOCS a été formalisée en 2008 et les premières inclusions ont été effectuées à partir du mois de décembre 2009.

Optimiser les moyens.
Proposer une évaluation pluridisciplinaire
sur un modèle commun au sein
d'un des établissements de santé.



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Association RESAGE 26, réseau de santé gériatrique du Nyonsais-Baronnies :

- Association réunissant :
 - le conseil général
 - l'établissement de santé de Buis-les-Baronnies (ex-hôpital local : 6 lits de médecine, 19 places de SSR, 144 lits d'EHPAD, 51 places de SSIAD, un foyer logement et un service de portage de repas)
 - l'établissement de santé de Nyons (ex-hôpital local : 10 lits de médecine, 25 places de SSR, 104 lits d'EHPAD, un foyer logement et un service de portage de repas)
 - l'ATRIR (comprenant la clinique Les Rieux-ESPIC, dont l'activité est majoritairement dédiée aux pathologies du système respiratoire : 19 lits de médecine, 61 places de SSR, 54 lits d'USLD, un centre de santé et un service d'assistance respiratoire à domicile, un ESAT, un foyer d'hébergement et un foyer appartement),
 - les professionnels de santé libéraux (notamment médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens)
 - les associations de services à la personne et les usagers
- Quatre cantons pour un total de 26 000 habitants

Le projet

- Un réseau de santé gériatrique disposant d'un financement du FIOCS (actuellement 45 K€ pour 32 personnes âgées en file active et objectif de 90 K€ pour 100 personnes) complété d'une mise à disposition par le conseil général d'un mi-temps de travailleur social. Le réseau est hébergé gratuitement par un Établissement d'hébergement pour personnes âgées géré par l'UGECAM
- Une évaluation exhaustive de la situation de la personne âgée à partir de l'expertise proposée par les trois établissements de santé du territoire

En savoir plus

- Hélène SICARD, Directrice, Hôpital local de Buis-les-Baronnies, helene.sicard@hl-buis.fr
- Philippe MOURIER, Directeur général, Association ATRIR santé et médico-social, pmourier@atrir.com
- Fabienne VILLON, Secrétaire coordinatrice, RESAGE 26, resage26@gmail.com
- Raymond CHOMEL, Président, Association du réseau de santé gériatrique du Nyonsais-Baronnies raymond-chomel@hotmail.fr



Réseau de santé
gériatrique du Nyonsais-
Baronnies : RESAGE 26

MISE EN ŒUVRE

Une évaluation pluridisciplinaire sur une journée

L'action du réseau, qui s'appuie sur un bilan complet réalisé au sein d'un des trois établissements et sur un bilan social et ergothérapeutique réalisé à domicile, permet d'articuler les interventions des professionnels libéraux, des services d'aide à domicile, des hôpitaux et des services sociaux.

Les orientations peuvent être le fait des médecins traitants, des travailleurs sociaux du conseil général, des établissements de santé, des intervenants à domicile ou des familles. Elles concernent des personnes de plus de 60 ans, en perte d'autonomie (GIR 1 à 4), résidant sur un des quatre cantons et souhaitant rester vivre à domicile.

Le réseau propose à ces personnes une évaluation pluridisciplinaire sur une journée en établissement. Celle-ci est réalisée sur un modèle homogène dans l'un des trois établissements de santé du secteur. L'arrivée à partir de 15 heures permet une approche exhaustive de la situation : sommeil, bilan sanguin, état bucco-dentaire, état cutané, état des pieds, thymie, état cognitif, état nutritionnel, dépistage auditif et visuel, actes essentiels de la vie quotidienne, prise des médicaments, risque de chute et douleur. Dans les faits, l'évaluation pluridisciplinaire se traduit par les interventions successives des professionnels de l'établissement (infirmier, ergothérapeute, psychologue, diététicien, kinésithérapeute, aide-soignant, agent des services hospitaliers) et par le passage au domicile d'un ergothérapeute mis à disposition par les établissements de santé de Buis-les-Baronnies et Nyons, et d'un travailleur social du conseil général.

L'inclusion est validée par une commission pluridisciplinaire (réunion de coordination organisée au domicile de la personne), en particulier au regard de la capacité de la personne à rester à domicile et des moyens humains et matériels existants. Les interventions des professionnels libéraux pour ces réunions de coordination font l'objet de rémunérations dérogatoires. La secrétaire coordinatrice du réseau assure un suivi mensuel du Plan d'Intervention Personnalisé et centralise l'ensemble des informations pour garantir la continuité des accompagnements.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Le réseau de santé gérontologique du Nyonsais-Baronnies s'appuie :

- D'une part, sur un bilan homogène quel que soit l'établissement du territoire. À cet égard, les plannings d'évaluation et les tests utilisés sont identiques. Cette pratique favorise l'équité dans l'accès à cette expertise de proximité ;

- D'autre part, sur une volonté d'optimiser les moyens disponibles pour répondre aux besoins de la population en visant plus particulièrement à anticiper l'évolution de la situation à partir d'une évaluation la plus fine possible. Cet objectif n'est pas sans entrave compte tenu de la contraction des dépenses des collectivités territoriales et plus particulièrement du conseil général. Elle se heurte également à la réticence de certaines personnes (sur 76 « signalements » en 2010, seules 49 personnes ont accepté un rendez-vous à domicile) : si l'évaluation a été adaptée depuis sa mise en place avec une arrivée de la personne la veille, et cela pour disposer d'une vision plus large de la situation, elle implique dorénavant une journée et une nuit d'hospitalisation, cette dernière étant source d'appréhension.

Le relevé des démarches mises en place dans le cadre des Plans d'intervention personnalisés illustre l'importance, pour les réseaux de santé, de définir précisément avec le conseil général et les autres partenaires (professionnels, institutions, collectivités territoriales, organismes de retraite...) les modalités de coopération. En effet, les 138 démarches du réseau recouvrent une mise en place de : l'APA (23 demandes ou réévaluations), 15 portages de repas, 15 téléassistances, 14 professionnels de santé, 21 services d'aide à domicile, 37 aménagements de domicile et 8 suivis par des travailleurs sociaux.

GAINS OBTENUS

Le réseau dispose d'un recul limité compte tenu de son caractère récent. Pour l'exercice 2010, il a reçu 798 appels dont 76 correspondent à des « signalements » de situations fragiles. L'implication des professionnels libéraux est progressive. Le réseau compte actuellement 70 adhésions de professionnels (traduites par une adhésion formelle à la charte du réseau prévoyant, notamment, le déplacement à domicile des professionnels et sans cotisation d'adhésion à l'Association). Ce chiffre correspond à près de 50 % du total des professionnels du territoire (17 médecins généralistes sur 25, 26 infirmières sur 54...). L'origine des « signalements » est le fait des infirmiers (27 %), des SSIAD (20 %), des établissements (15 %), des hôpitaux locaux (12 %), des familles-usagers (10 %), des services d'aide à domicile (8 %) et, enfin, des médecins libéraux (8 %).

OUTILS MIS EN ŒUVRE

- Planning identique sur 24 heures pour les trois établissements
- Tests communs (échelle de Braden pour l'état cutané, test de Tinetti pour l'évaluation de l'équilibre, test MNA – *Mini nutritional assessment* – pour l'état nutritionnel, MMS – *Mini mental score* –, test des 5 mots de Dubois, test de l'horloge, échelle IADL – *Instrumental activities of daily living*...)

4 Réseau de soins palliatifs et de soins de support du nord de l'Essonne : NEPALE

OBJECTIFS

Mettre en lien l'ensemble des intervenants

L'accès aux soins et la continuité de la prise en charge à domicile constituent les principes d'action du réseau.

Le réseau couvre la partie nord de l'Essonne, soit 86 communes représentant une population totale de 820 000 habitants (près de 70 % de la population essonnienne) aux profils socio-économiques très variés.

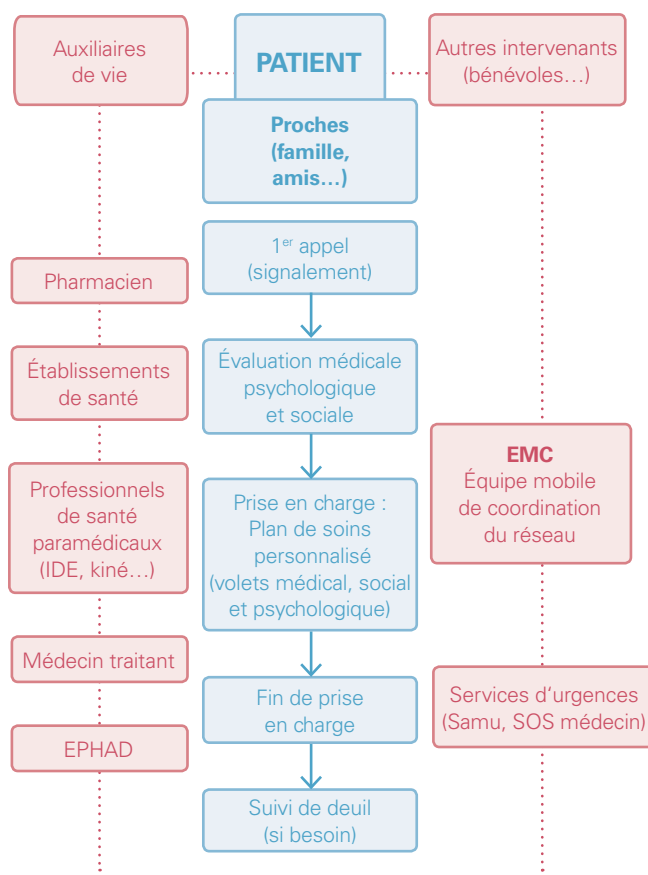
Le réseau, porté par l'association NEPALE créée en 2002 par des professionnels de santé libéraux, a été constitué en 2003 et a débuté son activité au début de l'année 2004.

Le réseau NEPALE travaille en complémentarité avec les réseaux de cancérologie et de gérontologie du département de l'Essonne ainsi qu'avec le réseau de soins palliatifs couvrant le sud du département (SPES) qui intervient dans le cadre de valeurs et méthodes similaires.

Le réseau NEPALE a pour objet de favoriser l'accès aux soins palliatifs, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge médico-psychologique et sociale à domicile, des patients en phase palliative d'une maladie grave évolutive ou terminale. Il assure l'accompagnement et apporte son expertise aux professionnels de la ville pour toute personne résidant sur son territoire d'intervention. De ce fait, le travail en réseau permet souvent de :

- Favoriser la continuité des soins entre la ville et l'hôpital en fonction de la graduation des soins ;
- Réduire les hospitalisations évitables et le recours aux urgences des personnes accompagnées ;
- Entretien des liens privilégiés avec l'ensemble des partenaires du territoire (en particulier unités de soins palliatifs) pour permettre, lorsque les hospitalisations sont inévitables ou souhaitables (hospitalisation de répit ou de fin de vie) de les anticiper.

Schéma de parcours du patient pris en charge par le réseau NEPALE



Faciliter le parcours du patient.
Développer une expertise fine et reconnue.

MISE EN ŒUVRE

Le fonctionnement de la coordination repose sur une Équipe mobile de coordination et d'expertise

Trois axes structurent l'organisation de l'Équipe mobile de coordination : une expertise fine, la réactivité et la continuité.

L'équipe est composée d'un médecin coordonnateur, d'infirmiers coordonnateurs, d'un psychologue, d'une attachée administrative et d'une coordinatrice administrative. Elle est mobilisée pour les demandes d'information, les demandes d'inclusion et l'organisation de la prise à charge à domicile. La décision d'inclusion est prise en équipe après l'analyse des données recueillies lors du « signalement » et sous réserve de l'accord du médecin traitant et de l'appel direct de la famille au réseau ; ce premier échange téléphonique permet de présenter les modalités de travail de l'Équipe mobile de coordination et d'expertise et de recueillir le consentement de la famille et du patient pour son intervention. Une visite à domicile est ensuite organisée en présence du médecin traitant, du médecin coordonnateur et d'un infirmier coordonnateur, s'il y a lieu de l'infirmier libéral ou des soignants du service d'HAD par exemple. Le Plan personnalisé de soins et d'aide est diffusé à l'ensemble des acteurs et fait l'objet d'une actualisation régulière en fonction des besoins qui émergent (mise en place de procédures selon la situation, prescriptions anticipées, garde d'enfants...). Ce suivi est basé sur un contact au moins hebdomadaire par téléphone.

Outre les indemnités valorisant les réunions de concertation et de synthèse pour les professionnels de santé libéraux, la continuité des soins est assurée, notamment via :

- Une vérification systématique de la transmission des informations et du dossier du patient lors des transferts ville-établissement ;
- Une attention sur les remplacements des professionnels libéraux lors des congés ou absences ;
- Une permanence téléphonique 24h sur 24 par un professionnel du réseau ayant un accès immédiat au dossier médical et connaissant le patient et son entourage ;
- Une transmission des informations au SAMU la veille des week-ends.



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Association et réseau NEPALE :

- 7,5 ETP (1 directrice, 1 coordinatrice administrative, 1 secrétaire, 1,5 médecin et 3 infirmières) avec un financement du FIQCS
- 315 patients suivis en 2010 (avec une file active moyenne de 55 patients et une durée moyenne de suivi de 68 jours)

Le projet

- Un projet axé sur les soins palliatifs (cancer 84 %, maladie neuro-dégénérative 10 %, insuffisance organique 5 % et polyopathie 1 %)
- Une moyenne d'âge des patients à 74 ans et 7 % des patients en EHPAD

En savoir plus

- Odile DAVID, Directrice, nepale@wanadoo.fr



4 Réseau de soins palliatifs et de soins de support du nord de l'Essonne : NEPALE

MISE EN ŒUVRE (SUITE)

La charte de fonctionnement du réseau prévoit également les motifs de sorties de la file active. Ce point apparaît intéressant pour un réseau de santé dans la mesure où il facilite la mise en place d'un accompagnement intégrant, chaque fois que possible, la notion « d'objectif » et où il permet une approche dynamique de la file active. Ces motifs sont de deux ordres :

... Ils peuvent être liés au patient. C'est le cas du déménagement, du renoncement du patient, du décès ou d'une hospitalisation définitive ;

... Ils peuvent être issus d'une décision de l'équipe du fait de chronicité, d'une rémission, d'une décision d'hospitalisation définitive par exemple.

Dans tous les cas, une réunion d'analyse est systématiquement organisée après un décès ainsi que, en cas de besoin, un suivi du deuil par des psychologues libérales formées à des questions et travaillant avec le réseau.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Outre l'adhésion à des principes éthiques formalisés, le réseau NEPALE s'appuie sur :

... Une attention continue à l'accès, pour le patient, aux prestations adaptées à ses besoins : celle-ci se décline avec des délais d'intervention réduits, des visites pluridisciplinaires, une permanence téléphonique 24h/24 et 7j/7, une centralisation des informations via, par exemple, le recueil des comptes-rendus d'hospitalisation... Cette attention porte également sur l'anticipation des évolutions de la situation.

... Des outils partagés, notamment la définition des missions de chaque intervenant (médecin traitant, équipe mobile de coordination, intervenant libéral, psychologue...), le dossier patient, les procédures d'intervention ou les grilles d'évaluation.

... Une identification précise des tâches assurées par le réseau et visant au soutien des professionnels libéraux : évaluation médico-psychosociale au domicile du patient au début de l'inclusion et de façon régulière, un soutien pour la recherche et la livraison du petit et gros matériel, l'aide à la recherche d'une aide-soignante ou d'une auxiliaire de vie sociale, l'aide à la famille pour la mise en relation avec les services administratifs et matériels, un soutien psychologique si besoin, des moyens logistiques tels que le classeur de coordination, des conseils téléphoniques 24h/24, une formation sur les soins palliatifs ou la recherche d'accueils hospitaliers.

Par ailleurs, les professionnels du réseau NEPALE, à partir d'un croisement des connaissances du secteur de la gérontologie et des soins palliatifs (exemple : rapport souvent contenu, minimisé et différé des personnes âgées au regard de la douleur, formation limitée des professionnels dans le domaine des soins palliatifs, sollicitations tardives du réseau par les EHPAD...), proposent aux EHPAD un mode de coopération qui peut prendre trois formes :

... L'accompagnement et le soutien dans le cadre de la prise en charge d'un résident ;

... L'information des familles (loi Léonetti) et la formation des professionnels ;

... L'accompagnement participatif pour élaborer le volet soins palliatifs du projet d'établissement.

GAINS OBTENUS

L'Association a financé une étude déclinée sous forme d'enquête qualitative auprès de proches de patients accompagnés et de leurs professionnels traduisant la satisfaction de ceux-ci. Des données précises d'activité sont colligées (exemple : en 2009, 376 « signalements » ont été transmis au réseau et 294 personnes ont été prises en charge. 150 patients ont été hospitalisés soit 216 hospitalisations au total dont 95 % pour motif médical et 5 % pour répit familial). Si aucune mesure de l'impact n'a été effectuée, plusieurs éléments illustrent les partenariats qui ont été tissés par le réseau :

- ⇨ Une convention a été signée avec une majorité des EHPAD du territoire de rayonnement du réseau.
- ⇨ Sur 708 médecins généralistes recensés, et depuis la création du réseau, 238 ont pris en charge un ou plusieurs patients dans le cadre du réseau et 225 ont signé la charte (pour les 434 infirmiers libéraux, ces chiffres s'élèvent à 218 et 187).
- ⇨ Les acteurs à l'origine des « signalements » sont divers (établissements de santé 43 %, entourage 21 %, médecin généraliste 15 %, réseau d'oncologie 7 %, infirmières libérales 4 %, EHPAD 5 %).

OUTILS MIS EN ŒUVRE

- ⇨ Procédure d'intervention en EHPAD (évaluation initiale avec l'équipe, évaluation clinique, élaboration d'un PPS, écoute et partage avec la famille, mobilisation de la permanence téléphonique du réseau pour les professionnels de l'EHPAD, retour hebdomadaire par l'équipe de l'EHPAD au réseau et visite de suivi sur site selon les besoins)
- ⇨ Protocole de soins et prescriptions anticipées (dont demande anticipée en USP)
- ⇨ Kit de matériel d'urgence
- ⇨ Fiche de liaison hebdomadaire avec le SAMU intégrant les « directives anticipées »
- ⇨ Protocole de liaison avec SOS médecin
- ⇨ Permanence téléphonique 24h/24
- ⇨ Évaluation de sortie d'hôpital

5 Groupement de coopération sanitaire du réseau gérontologique ville-hôpital de Poitiers

OBJECTIFS

Faciliter le parcours de la personne âgée en situation fragile et complexe

Le réseau repose sur une coopération équilibrée entre les principaux acteurs. La mobilisation, sur un pied d'égalité, du CHU, du centre hospitalier Henri-Laborit spécialisé en santé mentale, des professionnels de santé libéraux et de la Ville de Poitiers via son CCAS permet un réel portage du réseau sur le territoire. Il est consolidé par l'implication du conseil général dans le cadre d'un financement au titre du CLIC.

Le réseau de santé gérontologique couvre le territoire du Grand Poitiers soit 12 communes et environ 135 000 habitants. Ce territoire connaît un accroissement important de sa population, notamment âgée.

À partir d'une réflexion initiée en 1995, le partenariat s'est, dès son origine en 1999, appuyé sur l'implication des quatre membres fondateurs. Ce partenariat a juridiquement évolué en deux temps :

- À l'origine, une convention de partenariat et de gestion financière avec des mises à disposition de personnel ;
- En 2010, un Groupement de coopération sanitaire, reposant sur les mêmes principes de fonctionnement que la convention, avec un versement identique de 25 € pour chaque partenaire.

Ses missions sont actuellement de quatre ordres :

- Favoriser la prise en charge globale, personnalisée et multidisciplinaire des personnes âgées de 60 ans et plus, les plus fragiles ;
- Améliorer l'orientation du patient au sein du dispositif de santé ;
- Favoriser le décloisonnement entre hôpital et domicile, sanitaire et social ;
- Développer les réflexions et pratiques professionnelles communes dans une démarche de santé publique autour du vieillissement (groupe de travail de professionnels, groupe alerte pour les situations de suspicion de maltraitance et groupe isolement social).

MISE EN ŒUVRE

Des interventions visant les personnes âgées en situation complexe

Les interventions auprès des personnes âgées bénéficient d'une équipe pluridisciplinaire, en partie mise à disposition par les partenaires.

Les personnes orientées vers le réseau sont issues de l'hôpital pour 30 % d'entre elles. Les autres résident à domicile. Leur inclusion est conditionnée à une situation qualifiée de « fragile et complexe » c'est-à-dire avec au moins un des critères lié à un isolement social, des relations psychoaffectives perturbées, plus de deux chutes dans les six derniers mois, une polypathologie – plus de cinq médicaments allopathiques – une pathologie aiguë, une pathologie psychiatrique, un contexte de fin de vie, des problèmes sensoriels ou un problème de logement.

Les actions auprès de ces personnes sont déclinées avec :

- Un accueil, une écoute, une information, l'orientation et l'évaluation des besoins,
- Une proposition de plan « d'aide » et « de soins » adapté ;
- La coordination des actions ;
- L'orientation vers le service le mieux adapté et les consultations spécialisées ;
- Une concertation avec l'équipe soignante et médico-sociale au domicile ;
- Un suivi et une réévaluation régulière de la situation ;
- La préparation et le suivi des sorties d'hospitalisation ;
- Un soutien psychologique ;
- Une aide aux démarches administratives médico-sociales.

Le réseau dispose d'une équipe étoffée avec 1 ETP de coordinatrice de réseau, 2 ETP de secrétariat, 2,75 ETP d'IDE et une assistante Sociale (évaluation, coordination, suivi...), 0,2 ETP de psychologue et du temps d'infirmière psychiatrique, de gériatre et de psychiatre selon les besoins. Les interventions de cette équipe sont effectuées en lien étroit avec les intervenants libéraux qui bénéficient de rémunérations dérogatoires.

Coopérer de manière équilibrée. Crédibiliser les interventions par un partenariat institutionnel inscrit dans la durée.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

La dynamique et l'originalité du réseau tiennent à plusieurs éléments :

- Sa constitution sous forme de GCS avec une représentation de chaque institution partenaire par deux membres au sein de l'assemblée générale ;
- La réflexion initiée en 2003 visant à la mise en place d'un dossier patient partagé informatisé. Depuis 2006, l'ensemble des réseaux gérontologiques de la Vienne élabore un outil commun de gestion des dossiers patients. Et depuis 2008, cette réflexion est étendue à l'ensemble des réseaux de la région Poitou-Charentes. Cette démarche apparaît très structurante dans la mesure où la mise en place de cet outil informatisé de gestion des dossiers impose de formaliser l'ensemble des procédures de travail (critères d'inclusion, missions de chaque intervenant, automatisation des suivis...);
- Le maintien d'une dynamique de réflexion et de développement des interfaces entre les acteurs. Il peut s'agir, par exemple, du groupe de travail de professionnels, de la procédure de traitement des situations de suspicion de maltraitance (groupe « alerte » réuni en lien avec le procureur de la République), la mise en place d'outils de coordination comme des fiches de liaison, un cahier de transmission unique au domicile...

GAINS OBTENUS

L'ancienneté du réseau permet de disposer d'un recul sur son activité illustrant sa montée en charge jusqu'en 2007 et sa relative stabilisation depuis. Il enregistre environ 400 inclusions par an depuis 2007 et plus de 1 000 personnes âgées sont intégrées dans sa file active ; ce chiffre représente environ 10 % des 10 000 personnes de plus de 75 ans résidant sur le territoire de la communauté d'agglomération de Poitiers.

La réactivité des interventions est illustrée par le délai moyen entre la demande et l'inclusion qui est de 5,6 jours en sachant que la moitié des inclusions est effectuée le jour-même de la demande.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

- Formalisation de l'ensemble des procédures d'intervention avec une attention particulière portant sur l'anticipation de l'évolution de la situation (exemple : hospitalisations programmées, places réservées au sein du service de géronto-psychiatrie, visites à domicile d'un psychiatre...).
- Dossier partagé du patient utilisé en interne au réseau.
- Fédération des réseaux de santé de la région Poitou-Charentes avec mise en place d'une messagerie sécurisée, d'espaces collaboratifs et d'un dossier patient unifié des réseaux (socle commun aux réseaux gérontologiques et aux réseaux de soins palliatifs).



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Groupe de coopération sanitaire :

- Convention constitutive signée en mai 2010 avec le CHU de Poitiers, le centre hospitalier Henri-Laborit spécialisé en santé mentale, l'Association des professionnels de santé libéraux et la Ville de Poitiers via son CCAS
- Un partenariat financier avec le conseil général au titre du CLIC
- Près de 6 ETP et des mises à disposition d'infirmières psychiatriques, de gériatres et de psychiatres selon les besoins

Le projet

- Un réseau de santé constitué en GCS
- Un financement de 412,8 K€ au titre du FIQCS et de 33,8 K€ du conseil général au titre du CLIC. En outre, un financement de 450 K€ sur quatre ans de l'Assurance Maladie a permis de porter la réflexion sur le dossier patient partagé

En savoir plus

- Danielle MÉTAIS, Coordinatrice du réseau, d.métais@chu-poitiers.fr
- Renaud BÈGUE, Directeur Campus Santé, CHU de Poitiers, miletirie@chu-poitiers.fr
- Daniel HOFNUNG, Président, Association Libéraux 86, dhofnung001@free.fr
- Alain HAAS, Directeur général centre hospitalier Henri-Laborit, direction.generale@ch-poitiers.fr
- Laurence BRUNET, Directrice générale du CCAS, Ville de Poitiers, laurence.brunet@mairie-poitiers.fr

6

Association CARMAD : Réseau gérontologique de professionnels de santé libéraux

OBJECTIFS

Permettre aux professionnels de santé libéraux de s'approprier la démarche de coordination

À partir d'un constat posé au sein de l'hôpital, les intervenants libéraux ont pu créer une dynamique de liens avec les services hospitaliers.

Le secteur géographique couvert par le réseau de santé CARMAD représente 18 communes du département des Yvelines : le bassin de Plaisir et de Saint-Quentin-en-Yvelines pour environ 293 000 habitants (3 % de plus de 75 ans). Ce territoire dispose d'une offre de services conséquente en direction des personnes âgées avec la présence de l'hôpital gérontologique médico-social de Plaisir-Grignon (32 ETP de gériatres, 490 places d'EHPAD, 90 lits d'USLD, 3 hôpitaux de jour...). Le constat de nombreuses réhospitalisations lors du retour à domicile des personnes âgées a conduit l'hôpital à initier une réflexion pour améliorer la coordination des acteurs.

Les limites d'une coordination basée à l'hôpital ont conduit l'HGMS à réunir une centaine de professionnels libéraux. Une équipe a émergé pour constituer l'association CARMAD autour de quelques médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, biologistes et pharmaciens. Un financement du FAQSV en 2005 a débouché sur les premières inclusions en octobre 2005.

À ce jour, le réseau a pour principaux objectifs :

- Le décroisement et l'articulation des différents intervenants, avec la volonté de mettre en synergie les différentes compétences, la fluidité du parcours devant reposer sur une réelle expertise gériatrique et gérontologique ;
- La mise en place d'un Plan de service individualisé (plan de soins et d'aide) ;
- L'identification d'un interlocuteur privilégié pour la personne âgée et ses proches ;
- L'étroite collaboration avec les médecins traitants et les professionnels de santé libéraux ;
- La promotion de la culture gérontologique en ville.

Imbriquer les compétences ville-hôpital, sanitaires et sociales. Organiser la coordination à partir de l'implication des professionnels de santé libéraux.

MISE EN ŒUVRE

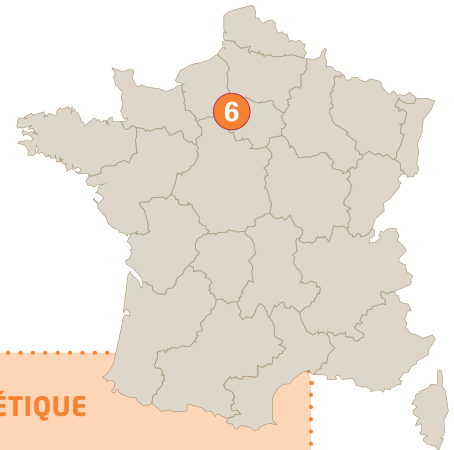
Une expertise qui complète l'action des intervenants libéraux

Les évaluations, graduées en fonction de la situation de la personne âgée, ainsi qu'une réactivité dans les interventions ont permis, au fil des années, de consolider le réseau dans le tissu territorial.

Les prises en charge concernent des personnes âgées de plus de 75 ans, voire de plus de 60 ans si leur état le justifie, pour un des motifs suivants : une situation complexe (liée à des troubles cognitifs : une maladie d'Alzheimer, une polyopathie, une pathologie rare, une ou des chutes ou un besoin de soutien des aidants), une perte d'autonomie ou une situation de crises pathologiques (comportements addictifs ou dépression). Dans les faits, les refus d'inclusion sont rares (2 sur un an) :

• Une évaluation est réalisée par une infirmière-gestionnaire de cas du réseau au domicile ou au sein du service dans lequel la personne est hospitalisée ;

• Cette première évaluation est complétée, selon les besoins, par des évaluations gériatriques pluridisciplinaires. Interviennent alors un médecin gériatre issu de l'équipe de liaison de l'hôpital, un kinésithérapeute, un orthophoniste, un diététicien... Chaque outil utilisé est standardisé et le réseau a choisi des outils d'évaluation validés au niveau international.



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Association de professionnels de santé libéraux :

- 4 ETP dont 3 d'IDE et 1 de cadre administratif
- Une forte implication de la présidente, gérontologue et kinésithérapeute et de médecins issus du conseil d'administration de l'association, de l'hôpital ou du service d'HAD
- Un agrément en tant qu'organisme de formation
- Des actions visant au développement de la culture gérontologique en lien avec les communes (exemple : les « Matins Tonic »)

Le projet

- Un financement d'environ 300 K€ (FIQCS) auquel il convient d'ajouter 100 K€ au titre des actions de prévention et de formation obtenues par réponse à des appels d'offre
- Une file active d'environ 167 personnes âgées par ETP d'infirmière-gestionnaire de cas

En savoir plus

- Marie-Thérèse ROOS, Présidente, association CARMAD, contact@carmad.fr
- Joël LE BOURHIS, Infirmier libéral, contact@carmad.fr
- Bertrand MENDELBAUM, Médecin gériatre, Président de la CME, hôpital gérontologique médico-social de Plaisir-Grignon, contact@carmad.fr



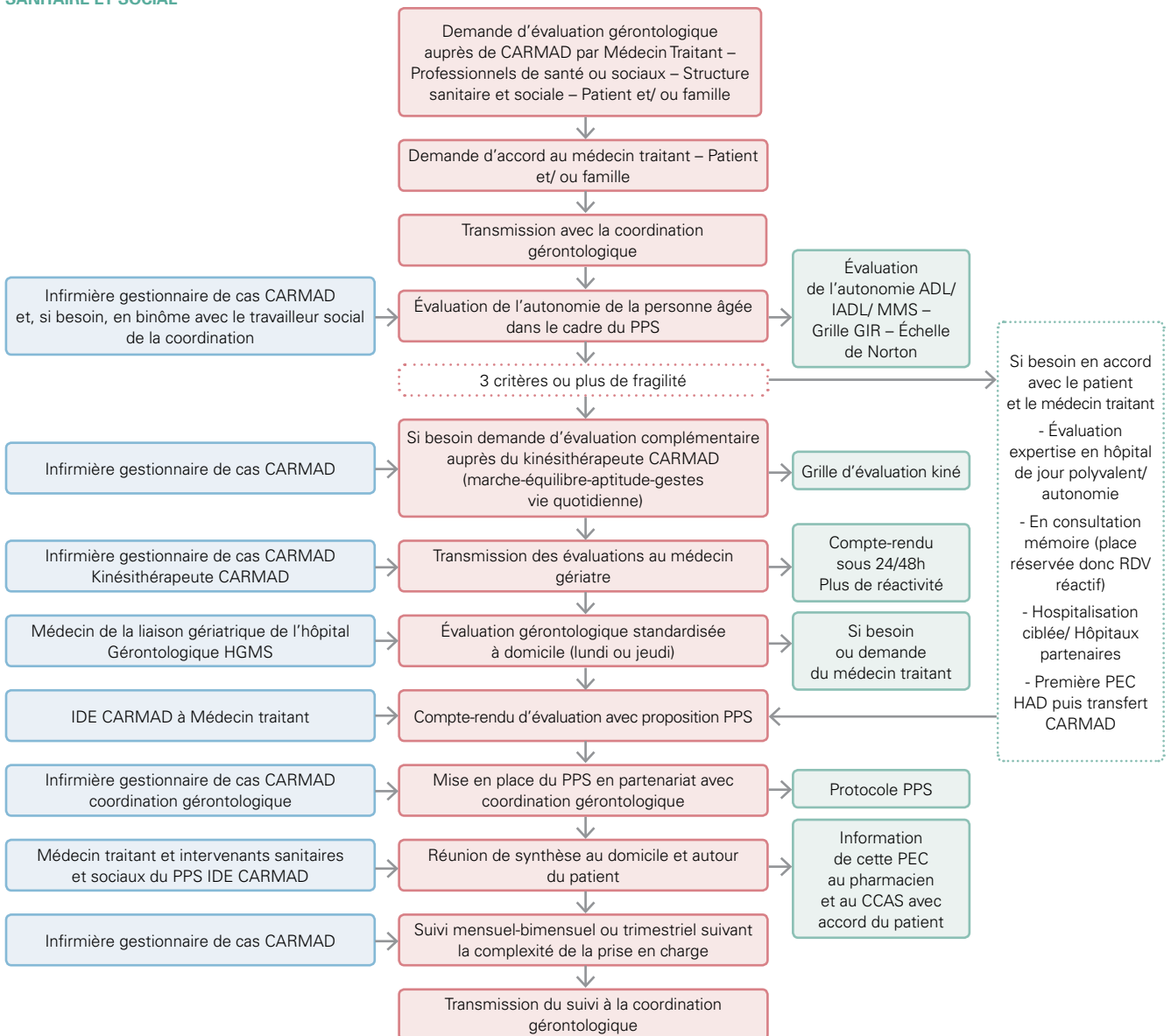
6

Association CARMAD :
Réseau gérontologique
de professionnels de santé libéraux

Parcours du patient à domicile

ÉVALUATION ET SUIVI DE PATIENTS
ÂGÉS FRAGILES À DOMICILE DANS UNE
CONTINUITÉ DES SOINS VILLE-HÔPITAL-
SANITAIRE ET SOCIAL

Personne âgée de plus de 75 ans vivant
à domicile en perte d'autonomie ou à partir
de 60 ans si leur état le nécessite



MISE EN ŒUVRE (SUITE)

⇨ Sont mobilisés, au titre de la coordination, les professionnels de santé libéraux, plus particulièrement le médecin traitant, l'infirmier et le kinésithérapeute. Leurs interventions ne font pas l'objet de rémunérations dérogatoires. Les travailleurs sociaux du CLIC sont également mobilisés à ce niveau (les interventions de diététicien et de psychologue dans le cadre du plan d'aide sont elles rémunérées par le réseau) ;

⇨ Dès ce temps d'évaluation, et en fonction de la situation, un partenariat est lié avec les structures hospitalières pour anticiper les urgences, organiser des hospitalisations de jour, des consultations mémoires voire une hospitalisation à domicile.

La réunion de synthèse organisée au domicile permet la mise en place effective du PSI avec :

⇨ Un focus sur l'éducation du patient à la gestion de sa maladie et/ ou de sa perte d'autonomie ainsi que la formation de ses proches ;

⇨ La remise d'un dossier médical partagé sous forme de classeur ;

⇨ L'engagement des démarches complémentaires telles que consultations mémoire, expertise de l'autonomie, examens complémentaires si possible dans les cinq jours.

Le suivi donne lieu en général à un contact tous les mois, tous les deux mois ou tous les six mois par téléphone ou à domicile en fonction du degré de complexité. Celui-ci est doublé d'une permanence téléphonique 24h/24.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Les interventions du réseau sont caractérisées par :

⇨ Une plus-value au profit des intervenants libéraux. Celle-ci peut être illustrée par la grande réactivité des interventions (rendez-vous pris le jour même du « signalement » ou le lendemain au plus tard et PSI finalisé dans un délai de 2 à 4 jours maximum), une expertise sur le volet gériatrique et gériatologique qui complète leurs interventions sans les concurrencer, une connaissance très fine du tissu local et un positionnement comme « prescripteur » privilégiant les interventions de qualité. Ce dernier point se traduit par une capacité à « fidéliser » les intervenants extérieurs, libéraux ou services intervenant à domicile ;

⇨ Une expertise basée sur une évaluation en deux temps : d'une part celle du médecin traitant et de l'infirmière-gestionnaire de cas avec une approche fine sur l'autonomie et, d'autre part, celle des autres intervenants dans le champ de la gériatrie en fonction de la situation de la personne ;

⇨ Un positionnement de l'hôpital comme expert au service des personnes âgées en quasi-totalité à domicile : cette approche, qui concerne principalement l'hôpital gériatologique médico-social de Plaisir-Grignon implique, par exemple, des mises à disposition de gériatres, la production et l'envoi du compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant le jour-même de la sortie, une préparation des sorties dès l'admission et l'identification d'un numéro unique au sein de l'hôpital permettant au réseau de connaître les disponibilités et de gérer l'hospitalisation éventuelle en lien avec le médecin traitant.

GAINS OBTENUS

En 2010, l'activité du réseau a concerné 640 personnes pour une file active de 502 personnes (soit 8,4 % des 7 600 personnes âgées de plus de 75 ans du territoire). La majorité, environ 30 %, est le fait du patient lui-même ou de sa famille souvent après conseil du médecin, 20 % sont issues des coordinations gériatologiques (conseil général), 15 % des médecins traitants et 14 % des personnes en sortie d'hospitalisation.

La quasi-totalité des médecins traitants du territoire ont au moins un patient inclus (197 sur 206).

À compter de 2012, une évaluation doit permettre de mesurer l'impact du réseau sur la baisse éventuelle du recours aux services d'urgences.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

⇨ Protocoles d'intervention (évaluation, construction du PSI...)

⇨ Évaluations standardisées et validées (ADL-IADL, MMS, échelle de Norton, Test « Get up and go », test Pinetti-Poma, bilan kiné-gériatrique, grille de dépistage de la fragilité)

⇨ Créneaux réservés chaque semaine au sein des structures hospitalières pour des consultations mémoire et des évaluations

⇨ Priorité pour les hospitalisations ciblées ou programmées

⇨ Progiciel de gestion des dossiers

⇨ Dossier du patient à domicile sous forme de classeur

7 CRONOSS 06 : Coordination en réseau d'organisation niçois pour l'optimisation des soins aux seniors

OBJECTIFS

Répondre aux problématiques des médecins traitants dans la prise en charge des patients âgés

CRONOSS 06 est le fruit d'une double mobilisation : celle des professionnels amenés à intervenir auprès des personnes âgées fragiles et celle des autorités de régulation mobilisées dans le champ de la gérontologie.

Le réseau de santé CRONOSS 06 couvre un territoire connaissant un important vieillissement de sa population, l'ensemble de la Ville de Nice. L'évaluation du réseau menée en 2009 a estimé, en s'appuyant notamment sur une extrapolation de l'étude PAQUID, le nombre de personnes âgées fragiles de plus de 75 ans, cible potentielle de CRONOSS 06, à 3 660 ; d'où un objectif de plus de 300 patients en file active.

Plusieurs éléments ont été particulièrement structurants pour la création du réseau :

- La gestion par la Ville de Nice, via son CCAS, d'un CLIC de niveau 3 ;

- L'existence d'un réseau expérimental de prévention des risques liés à l'âge (« Qualivie ») copromu par la CPAM et la Mutualité Française des Alpes-Maritimes. Ce réseau, créé en 2001 et composé majoritairement de médecins généralistes, après avoir obtenu un avis favorable de la commission « SOUBIE », a bénéficié d'un financement du FAQSV puis de la DRDR en vue de la mise en place d'une plate-forme gérontologique sur la ville de Nice ;

- Un projet porté par le CHU de Nice et la volonté de l'URCAM de ne soutenir qu'un seul réseau de santé gérontologique sur le territoire de la Ville.

Sur ces bases, la coopération entre la Mutualité Française, le CHU et le CCAS a permis la création du réseau CRONOSS 06 en 2006, actuellement financé par le FIQCS. Son mode de fonctionnement a fait l'objet d'une double adaptation afin d'intégrer :

- En 2007, les orientations de la circulaire du 15 mai (circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé personnes âgées) ;

- En 2008, les conclusions de la réflexion menée à l'initiative de la MRS, de l'URCAM et de l'ARH avec l'ensemble des réseaux de la région : celle-ci a permis d'élaborer un référentiel d'organisation et méthodologique d'évaluation des réseaux « personnes âgées » de la région PACA.

L'ensemble de ces travaux ont notamment conduit à une définition précise des critères d'inclusion :

- Cinq critères sont obligatoires car définis, même de manière implicite, par la circulaire : être âgé de plus de 75 ans, résider sur Nice, une polyopathie et/ ou être atteint de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, l'accord du patient et/ ou du représentant légal et l'accord du médecin traitant ;

- Ces critères sont complétés par trois groupes de critères d'alerte, liés à la dépendance physique ou psychique, à la fragilité médicale ou à la fragilité sociale. Le patient doit présenter au moins un critère dans deux des trois groupes d'alerte. Afin d'évaluer chacun de ces critères d'alerte une grille a été élaborée :

Dépendance	Besoin d'un tiers	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
Fragilité médicale	Troubles de la vue, de l'audition	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
	Troubles de la motricité	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
	Perte de poids	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
	Hospitalisation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
	Troubles du comportement et/ ou de la mémoire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
Fragilité sociale	Isolement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
	Entourage aidant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
	Logement inadapté	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
	Précarité financière	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr
	Situation de rupture (exemple : deuil...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> nr

Définir précisément les modalités d'intervention.

Décrire et formaliser les critères d'inclusion, de sortie et d'accompagnement.

MISE EN ŒUVRE

Une intervention structurée et conditionnée à des critères d'inclusion précis

Le processus d'accompagnement, qui prévoit la pré-inclusion, l'inclusion, la sortie mais également la notion de patient « surveillé », « aidé » et « stabilisé » permet de centrer les interventions sur le cœur de métier du réseau tout en tentant de répondre à un maximum de sollicitations.

Plusieurs grandes étapes permettent de décrire les modalités d'accompagnement :

- Le réseau est saisi par les professionnels de santé, notamment médecins libéraux (environ 1/3 des saisines), infirmiers libéraux ou médecins hospitaliers. Les modalités de saisine sont volontairement souples, par fax par exemple, avec une fiche standardisée ;

- Une pré-inclusion est faite par l'un des deux médecins coordonnateurs du réseau qui recherche l'accord du médecin traitant, l'accord du patient ou de son entourage et l'utilité potentielle du réseau. À ce stade, et par application des critères définis, il est possible de ne pas inclure la personne en file active (plus de 50% des saisines ne donnent pas lieu à inclusion). Dans cette hypothèse, la personne peut néanmoins être orientée par le réseau (elle est alors qualifiée statistiquement de personne « aidée »), par exemple pour la recherche d'une place au sein d'une structure d'accueil ou pour une demande uniquement sur le versant social. Dans tous les cas, la saisie informatique des critères d'inclusion (ou de non-inclusion) permet une connaissance fine des personnes orientées et accompagnées.



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Le réseau CRONOSS 06 est porté par l'association du même nom :

- 4,8 ETP (1,3 ETP de médecin coordonnateur, 1,5 ETP d'infirmière coordinatrice, 1 ETP de gestionnaire qualité et 1 ETP de secrétariat)
- Le réseau s'inscrit dans le cadre du référentiel régional et couvre la Ville de Nice (06000, 06100, 06200 et 06300)

Le projet

- 348 personnes en file active pour 173 nouvelles inclusions en 2010
- Un financement FIQCS de 468 K€
- Des interventions s'inscrivant dans un cadre précisément défini, notamment au niveau des critères d'inclusion

En savoir plus

- Alexandra CLOUET D'ORVAL, Médecin coordonnateur, CRONOSS 06, info@cronoss06.org
- Danielle ANTOINE, Coordinatrice du CLIC, CCAS de Nice, danielle.antoine@ccas-nice.fr



7 CRONOSS 06 : coordination en réseau d'organisation niçois pour l'optimisation des soins aux seniors

QUI ?

MC

MC

MC

MC

AS

MC

AS

MT

IDE

Autre

AR

IDEC

IDEC

AS

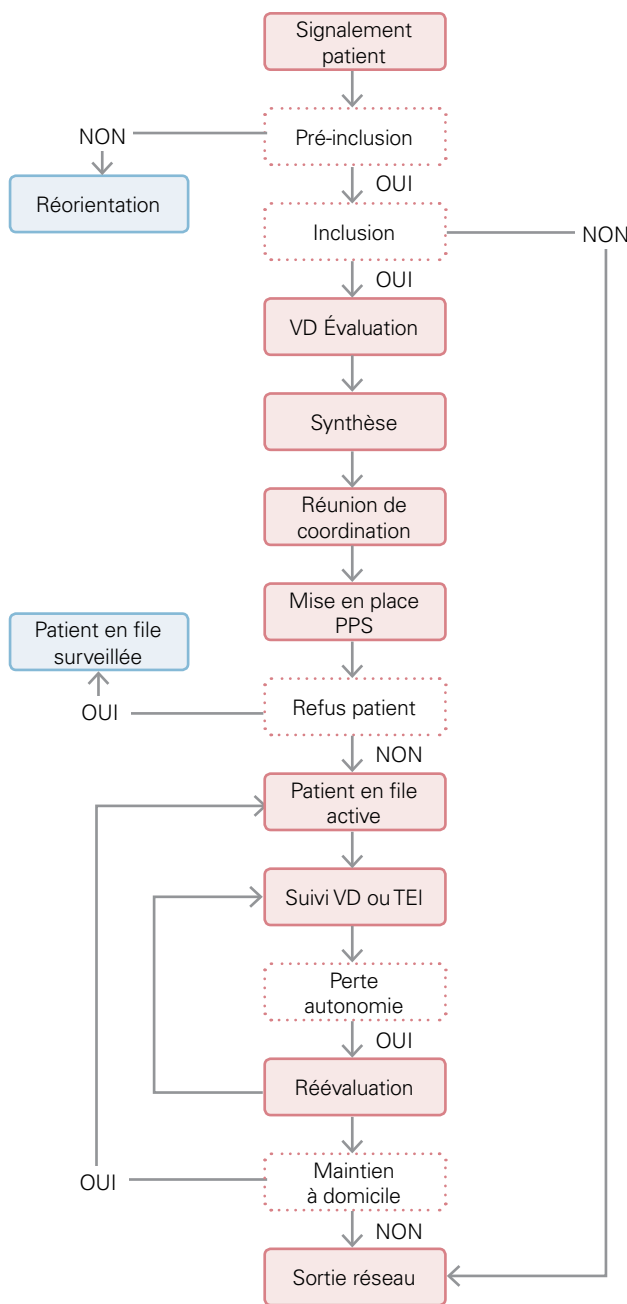
Autre

IDEC

et/ou

MC

QUOI ?



COMMENT ?

- FDI p1
- FDI p2-3
- Retour signalant
- PPS existant
- Charte Patient
- Engagement Patient
- PPS proposé
- PPS validé
- CR RC
- Charte Professionnel
- AD MT
- AD IDE
- AD ergo
- AD diét.
- AD psy
- Dossier patient
- Fiche suivi IDE
- CR Bilans
- Planning intervenants
- EGS-APA
- Courrier MT
- Retour signalant/ MT

Légende

- AD** : Acte dérogatoire
- AR** : Assistante réseau
- MC** : Médecin coordonnateur
- MT** : Médecin traitant
- IDEC** : IDE coordonnatrice
- AS** : Assistante Sociale
- EGS** : Évaluation gériatrique standard
- APA** : Allocation personnalisée d'autonomie
- VD** : Visite à domicile
- PPS** : Plan personnalisé de santé
- CR** : Compte-rendu
- RC** : Réunion de coordination
- FDI** : Fiche de demande d'inclusion

MISE EN ŒUVRE (SUITE)

⇨ La visite à domicile mobilise un médecin coordonnateur, une coordinatrice du SIAS-CLIC-assistante sociale de formation (service du CCAS de la Ville de Nice), la famille et, si nécessaire, l'infirmière coordinatrice. Le nombre de professionnels est volontairement limité en raison de la fragilité des personnes. Cette visite, sur une durée d'1h à 1h30, est effectuée sur la base d'une grille d'évaluation multidimensionnelle (état civil, lieu de vie, équipement du logement, ressources, traitement médical, tests tels que MMS, MNA...). Les données sont colligées dans un dossier commun et partagées avec les acteurs du réseau. Une version dématérialisée est en cours d'élaboration permettant, à terme, un meilleur partage des informations, le CLIC étant organisé sur 4 sites distincts.

⇨ Sur la base des deux rapports médical et social, un projet de plan d'aide est élaboré. Celui-ci couvre l'ensemble des besoins de la personne âgée (mesure de protection, APA, ophtalmologie, consultations spécialisées, kinésithérapie, besoin d'accueil...). Ce projet permet un échange de 30 min à 1h avec la personne âgée et son médecin traitant (cette réunion de coordination est rémunérée sous forme d'actes dérogatoires). Celui-ci est destinataire du compte-rendu d'évaluation et des actes dérogatoires qui peuvent permettre un bilan ou un soutien psychologique, d'ergothérapie ou de diététique.

⇨ Le PPS est décliné de manière opérationnelle grâce à la mobilisation des différents intervenants en privilégiant les acteurs ayant développé une expertise gérontologique et mobilisables sur les horaires les plus adaptés pour la personne.

⇨ La suivi du PPS donne lieu, en général, à un appel tous les 2 mois. Il peut permettre, par exemple, d'alerter le médecin traitant (note d'incohérence du service d'aide à domicile, perte de poids...). En raison du nombre croissant d'inclusions, la file active du réseau a connu une augmentation continue (+ 61 % en 2009, + 40 % en 2010 et + 38 % prévus en 2011 pour atteindre probablement près de 480 personnes). Aussi, en plus des motifs de sortie prévus dans le cadre national des réseaux (hébergement, déménagement, décès et rupture du contrat), les situations stabilisées depuis un an (situation stable lors des suivis et référent du PPS de qualité) conduisent à un suivi moins soutenu et à une sortie après un an.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

La réflexion menée au niveau régional et qui a permis d'élaborer le référentiel d'organisation et méthodologique d'évaluation des réseaux « personnes âgées » de la région PACA, a favorisé la mise en place par CRONOSS 06 d'une réelle rigueur organisationnelle. En effet, la définition d'un cadre partagé d'intervention (le référentiel), l'identification pour chaque réseau d'objectifs d'intervention basés sur des données objectives populationnelles et des évaluations externes ont conduit à l'élaboration d'un plan d'action pour chaque réseau. Ce constat peut être illustré pour CRONOSS 06 par :

⇨ Une définition précise des critères d'inclusion et de sortie complétée par les notions de patients « surveillés », « aidés » et « stabilisés » facilitant, grâce à une très bonne lisibilité des actions du réseau, l'articulation avec les principaux partenaires du champ sanitaire, de la médecine de ville et du secteur social.

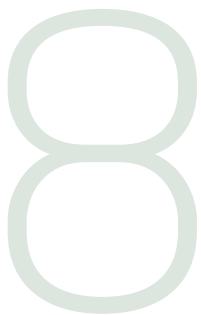
⇨ La formalisation d'un accord avec le conseil général, à partir du CLIC géré par le CCAS, permettant d'éviter la réalisation d'évaluations en doublon : dans les faits, l'évaluation de la dépendance réalisée dans le cadre d'une demande APA faite par une personne inscrite dans la file active du réseau est conçue par celui-ci.

⇨ Des conventions de partenariat avec la quasi-totalité des établissements sanitaires du territoire, l'identification d'un interlocuteur privilégié au sein des pôles de gériatrie (exemple : au sein du CHU) et l'identification des établissements privés disposant d'une filière gériatrique.

GAINS OBTENUS

Le nombre de professionnels de santé impliqués, en constante augmentation, est un des éléments chiffrés qui illustrent la crédibilité du réseau : par exemple, 148 médecins généralistes sont adhérents et ont par conséquent signé un engagement, 17 médecins hospitaliers gériatres sont adhérents dont 3 du pôle de psychogériatrie et 374 médecins généralistes sont actifs (ils ont réalisé au moins une action directement en lien avec la prise en charge du patient) ce qui représente 90 % des médecins traitants niçois.

Au niveau des indicateurs, le réseau dispose de l'ensemble des données permettant d'appréhender son activité (par exemple, pour 2010, 173 inclusions, 348 personnes en file active, durée moyenne d'accompagnement de 337 jours avec une médiane à 289 jours...). Celles-ci pourraient, comme l'ensemble des réseaux, être utilement complétées avec des données issues du PMSI ou de suivi de cohorte, sous réserve d'une définition préalable des critères de comparaison.



Le Noble Âge : pôle gériatrique

OBJECTIFS

Rechercher un modèle de pôle gériatrique afin d'être en capacité de le modéliser au sein du groupe

Les pôles gériatriques créés ou en cours de constitution par le Noble Âge permettent de mieux articuler les interventions sanitaire et médico-sociale.

Le Noble Âge est présent principalement en France, mais également en Belgique :

- Le secteur médico-social est constitué de 30 EHPAD (avec un GMP de 714), 4 maisons de repos en Belgique et 85 places d'accueil de jour ;
- Le secteur sanitaire est constitué de 5 SSR spécialisés, 1 clinique spécialisée dans le secteur de la santé mentale et 1 service d'HAD.

La poursuite du développement du groupe, spécialisé dans l'accompagnement de la grande dépendance, impose de prendre en compte les principaux enjeux liés notamment à :

- L'inadaptation de certains parcours de personnes âgées fragiles traduites par des recours indus aux urgences ou des risques iatrogéniques ;
- La contraction de la dépense publique et la limite liée au « reste à charge » de la personne accueillie ;
- La nécessité de répondre aux besoins d'accompagnement notamment en post-AVC ou dans le domaine de la gérontopsychiatrie.

Les pôles gériatriques constituent une piste de réponse avec une double volonté de mutualisation des moyens entre les différents services mobilisés auprès de la personne âgée et d'articulation entre les acteurs, en particulier EHPAD-USLD- SSR.

Actuellement, le pôle de Mar Vivo à la Seyne-sur-Mer dans le Var, créé en 2005, constitue l'exemple le plus abouti.

MISE EN ŒUVRE

Les pôles gériatriques visent à réunir sur un même site SSR, USLD et EHPAD

La lisibilité du pôle et son articulation avec les établissements de santé via la formalisation de conventions et l'utilisation des systèmes d'information doivent permettre de limiter les recours inadéquats aux services d'urgences et d'hospitalisation.

Le pôle gériatrique de Mar Vivo est un établissement d'une capacité totale de 233 lits. Il comprend 146 lits de Soins de suite et réadaptation à orientation gériatrique, 40 lits de Long séjour sanitaire et 47 lits d'EHPAD.

L'articulation entre les différents modes d'intervention prend trois formes :

- Une coopération liée au regroupement sur un site unique – mais avec des bâtiments distincts – qui se traduit par une cuisine centrale, une pharmacie commune, une lingerie partagée, des espaces partagés et des animations communes ;
- Des instances communes telles que le CLUD (Comité de lutte contre la douleur), le CLAN (Comité de liaison Alimentation-Nutrition), le CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales), la COMEDIMS (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) ainsi qu'une commission d'activité plénière visant à des échanges entre professionnels ;
- Un accompagnement global au travers d'interventions mutualisées de professionnels sur les structures, en particulier pour du temps d'assistante sociale, d'ergothérapeute, de psychomotricien et de diététicien.

Concilier amélioration du parcours et recherche d'un modèle économique viable. Constituer des pôles de gériatrie.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

La mise en place des pôles est de nature à faciliter le parcours de la personne à deux niveaux :

- Pour les passages entre l'hospitalisation et le SSR ou l'EHPAD. En effet, près de 70 % des patients sont issus de l'hôpital public le plus proche avec lequel une convention a été signée ;
- Pour l'accompagnement au sein des différents services du pôle : outre une maîtrise de la Durée moyenne de séjour au sein du SSR, les passages sont facilités vers les EHPAD, la permanence médicale de nuit profite à l'EHPAD et limite le recours aux services d'urgences et le recours au SSR est possible pour les personnes accueillies au sein de l'EHPAD, par exemple suite à une chute.

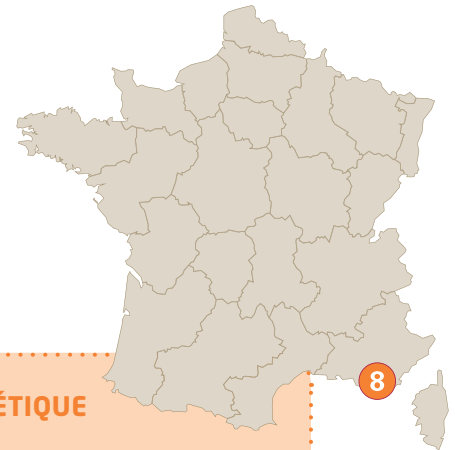
Il s'agit pour le Noble Âge de disposer au final d'une organisation modélisable intégrant la double contrainte du parcours de la personne âgée et de la pérennité économique.

GAINS OBTENUS

L'ancienneté du pôle de Mar Vivo permet de disposer de quelques indicateurs, notamment la durée moyenne d'hospitalisation des patients accueillis au sein de l'EHPAD (6,33 jours) ou de l'USLD (4,5 jours) qui tendent à se réduire.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

- À titre principal, la constitution d'un pôle (EHPAD-USLD-SSR) au service de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance avec la perspective d'une modélisation de cette organisation
- À titre complémentaire, l'utilisation du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour le pôle de la Seyne-sur-Mer (outil informatisé fournissant aux professionnels une aide pour l'orientation des patients, en donnant accès à une description des ressources sur le territoire de santé concerné). Cet outil étant de nature à éviter des déplacements de patients, objectiver/partager le diagnostic et limiter les inadéquations dans les prises en charge



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Le Noble Âge, groupe privé spécialisé dans la dépendance :

- Un chiffre d'affaires global de 206 millions d'euros en 2010
- Une introduction sur le marché financier depuis 2006 pour assurer le financement des investissements nécessaires aux créations et à sa politique de restructuration systématique des établissements repris
- 41 établissements médicalisés représentant une capacité totale de 3 765 lits et places
- Une volonté de développer un modèle alliant qualité, responsabilité sociale et sociétale et efficacité économique, notamment en tendant à accroître la capacité moyenne des structures et faciliter les économies d'échelle. Pour le secteur médico-social, l'accroissement de la capacité moyenne actuelle de 89 à 125 places vise à renforcer la médicalisation de nuit des EHPAD ou permettre des prix de journée de l'ordre de 65 € en conservant les exigences de qualité de son modèle d'établissement

Le projet

- La constitution de pôles de gériatrie, à terme modélisables
- L'utilisation des nouvelles technologies

En savoir plus

- Marie-Laure LEVÉQUE,
Directrice Stratégie et Partenariats,
Le Noble Âge,
marie-laure.leveque@lenobleage.fr
- Stéphane DEUTSCH,
Directeur du pôle gériatrique
de Mar Vivo, Le Noble Âge,
direction.imm83@groupe-noble-age.com

9 Réseau de santé de proximité estuaire de Vilaine : RESPEV

OBJECTIFS

Fédérer progressivement les acteurs pour renforcer leur articulation

Le réseau s'est mis en place grâce à une forte implication des professionnels de santé libéraux.

Le territoire de rayonnement du réseau est composé du canton de La Roche-Bernard, du canton de Muzillac et de la commune de Péaule soit, au total, 17 communes représentant, au recensement de 2008, près de 30 000 habitants dont 2 700 de plus de 75 ans. Ce territoire présente une triple particularité du fait de sa localisation dans le Morbihan à la frontière de la Loire-Atlantique :

- Il se situe à la frontière des régions Bretagne et Pays-de-la-Loire et des départements du Morbihan, de la Loire-Atlantique et d'Ille-et-Vilaine ;
- Il mêle zones rurales au nord, côtière au sud-ouest et touristique au sud ;
- Il concerne potentiellement les zones de rayonnement de plusieurs établissements de santé, notamment La Roche-Bernard (26 places de SSR et 60 lits d'EHPAD), Vannes, Redon, Saint-Nazaire et Nantes.

La constitution du réseau s'est faite progressivement avec, à l'origine, la volonté d'articuler les actions du conseil général, celles des professionnels de santé libéraux et celles des établissements. La difficulté à dégager un *consensus* sur les modalités de financement a conduit à recentrer le projet sur sa dimension réseau de santé avec un financement DRDR. Ce réseau a alors été constitué à partir d'une très forte implication des professionnels de santé libéraux. À ce jour, la collaboration avec les établissements de santé et médico-sociaux reste à consolider, par exemple pour la transmission des comptes-rendus d'hospitalisation qui n'est pas systématique et mobilise un temps conséquent de l'équipe de coordination du réseau.

Si le réseau est identifié comme réseau gérontologique, il tend à élargir ses interventions, notamment dans le champ des soins palliatifs pour se rapprocher d'un réseau multithématique. Sur ces bases, le réseau RESPEV décline trois objectifs : le maintien à domicile, la coordination des acteurs et le soutien des professionnels de santé libéraux.

MISE EN ŒUVRE

Mobiliser les acteurs autour de la personne âgée polypathologique dont le maintien à domicile est complexe

Le développement d'outils communs utiles au parcours de la personne âgée permet de renforcer les liens entre les intervenants.

L'accompagnement des personnes âgées orientées vers le réseau est globalement modélisé sur le cadrage fixé par la circulaire de 2007 avec :

- Une demande exprimée par un professionnel de santé libéral (près des 2/3 des demandes), un établissement de santé (essentiellement l'hôpital local de La Roche-Bernard) ou la famille. Les données d'activité mettent en évidence la prise en charge par le réseau de patients polypathologiques dont le maintien à domicile est complexe ou instable, notamment en sortie d'hospitalisation. De plus, une possibilité d'intervention dans la journée est toujours possible pour les situations d'urgence ;
- Un premier recueil d'informations à distance sur les volets administratif et médical avec la recherche de l'accord du médecin traitant ;
- Une présentation de la situation à une commission d'admission hebdomadaire réunissant les professionnels du réseau (médecin coordonnateur, coordinateurs, assistante sociale et personnel administratif). À ce stade, les rejets restent marginaux dans la mesure où, si l'inclusion est soumise à une notion de complexité, aucun critère n'a été précisément formalisé ;
- Une évaluation pluridisciplinaire à domicile permettant l'élaboration du PPS et sa mise en place. L'évaluation est réalisée *a minima* par le médecin gériatre et un coordinateur et, en cas de besoin, peut être mobilisé du temps d'assistante sociale, de diététicien à l'acte, d'ergothérapeute, de psychologue ou de médecin avec un DIU de soins palliatifs par autofinancement (dans l'hypothèse d'accompagnements de fin de vie pour ces deux derniers cas). Le plan recouvre un champ assez large, avec des aides liées aux actes essentiels de la vie quotidienne pour 30 % des aides et un accompagnement social pour 14 %. L'implication des médecins traitants fait l'objet de rémunérations dérogatoires ;
- Chaque situation fait l'objet d'une réévaluation complète au minimum une fois chaque année.

Faciliter le parcours de la personne âgée sur un territoire pluriel. Améliorer les liens entre les acteurs.

Parallèlement, des réunions de professionnels de santé libéraux sont organisées trimestriellement par secteur géographiques (4 au total) avec un objectif de formation, sensibilisation et échanges de pratiques.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Le réseau a permis, sur un territoire hétérogène avec des zones rurales, un échange entre professionnels de santé libéraux permettant de rompre en partie l'isolement de l'exercice mais également d'échanger les connaissances pour répondre à des situations complexes, par exemple pour des personnes désorientées à domicile.

RESPEV est également à l'origine d'une dynamique intéressante pour son territoire qui se traduit par un partenariat avec le centre hospitalier Bretagne Atlantique situé à Vannes, une contractualisation avec un réseau de cancérologie et plusieurs projets notamment un pôle de santé.

GAINS OBTENUS

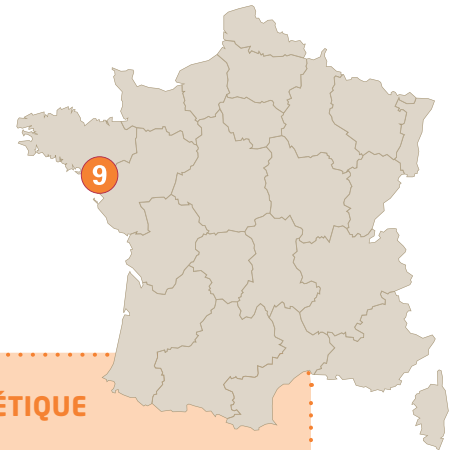
Le réseau, du fait de l'implication historique des professionnels de santé libéraux, connaît un taux d'adhésion quasi exhaustif, par exemple pour les médecins, pharmaciens et infirmiers. Il permet dans les faits un soutien pour les situations complexes (exemple : absence d'aidant naturel, intervenants nombreux...), une veille continue sur la situation, une anticipation de la situation par exemple via un lien privilégié avec une structure d'accueil voire une intervention sans délai si les services sociaux ne peuvent intervenir de suite.

La file active s'élève à 280 personnes. Du fait de son accroissement et des modalités d'inclusion, le nombre de demandes en attente croît ainsi que le délai d'intervention permettant, parallèlement, de ne pas dégrader le suivi des PPS des personnes en file active.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Les outils mis en place sont liés :

- Au suivi de l'activité avec un dossier papier et un logiciel réseau
- À la mise en œuvre des outils et des procédures avec, notamment, une fiche de demande d'admission, des comptes-rendus d'évaluation des coordinateurs, une fiche de synthèse de *staff* et le PPS
- À l'évaluation de la situation (grille de recensement des informations, bilan nutrition, grille AGGIR notamment)



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

L'association Réseau de santé de proximité estuaire de Vilaine porte le réseau depuis mai 2010 en remplacement d'HARPS@nté, association de professionnels de santé libéraux du secteur :

- 3,65 ETP (0,20 médecin coordonnateur, 0,20 médecin gériatre, 1,5 coordinateur, 0,5 assistante sociale et 1,25 secrétariat)

Le projet

- 271 personnes en file active en 2010 pour 119 nouvelles demandes et 91 nouvelles inclusions
- Un financement par le FIQCS à hauteur de 240 K€

En savoir plus

- Bruno NAGARD, Médecin coordonnateur, RESPEV, bruno.nagard.respev@laposte.net
- Laurent HÉLÉ, Coordinateur, RESPEV, laurent.hele.respev@laposte.net
- Karen COQUILLARD, Coordinatrice, karen.coquillard.respev@laposte.net

10

Hôpital privé gériatrique Les Magnolias : HPGM/ plate-forme de téléassistance médicalisée et filière gériatrique intégrée

OBJECTIFS

Structurer une offre de services complète

L'hôpital s'appuie notamment sur une plate-forme de téléassistance médicalisée et une filière gériatrique intégrée ville-hôpital-médico-social

L'objectif de l'HPGM est de favoriser le maintien de l'autonomie de la personne âgée et son retour à domicile par des actions de soins, de prévention, de dépistage et d'accompagnement. Sa filière gériatrique sanitaire et médico-sociale comporte de très nombreux éléments permettant une prise en charge complète au vu de l'évolution des besoins des personnes : accueil et hôpital de jour, réseaux de prise en charge thématiques, équipe mobile de gériatrie, CLIC, court séjour, SSR, USLD, EHPAD, plate-forme de répit et d'aide aux aidants.

L'hôpital comprend 315 lits et places et la description des activités est organisée en trois pôles :

- Le pôle sanitaire : accueil 24h/24, médecine (71 lits), SSR (104 lits), soins de longue durée (60 lits), plateau technique avec kinésithérapie, ergothérapie, radiologie, laboratoire et pharmacie et activités thérapeutiques (Snoezelen, art-thérapie, musicothérapie...);

- Le pôle ambulatoire : consultations mémoire et gériatriques externes (file active de 800 patients/an), hôpitaux de jour médecine (4 places) et SSR (8 places) ;

- Le pôle médico-social : EHPAD (60 lits dont 10 en hébergement temporaire), accueil de jour (10 places), 2 CLIC couvrant une population de 20 000 personnes âgées de plus de 75 ans (Orgyvette et La Harpe), plate-forme de répit et programme d'éducation thérapeutique pour les aidants (à titre expérimental).

Il met également à disposition des professionnels de son territoire :

- Une équipe mobile de liaison avec 30 EHPAD,
- Une équipe mobile de géronto-psychiatrie en partenariat avec le CHS Barthélémy-Durand ;
- Deux CLIC (Comité de liaison intercommunal) desservant 20 communes ;
- Un réseau bucco-dentaire Appolline, pour le dépistage et les soins.

L'organisation mise en place à l'HPGM vise à faciliter les retours à domicile sécurisés et à prévenir les hospitalisations. Il s'agit en particulier de :

- Éviter les ruptures de prise en charge ;
- Éviter le passage aux urgences ;
- Coordonner les acteurs autour de la personne âgée ;
- Former les personnels pour atteindre les objectifs fixés ;
- Diminuer au maximum les transferts non indispensables des patients.

L'intérêt de cette plate-forme réside principalement dans l'accès par le médecin régulateur au dossier médical et médico-social informatisé – via Internet – de la personne âgée à sa sortie d'hospitalisation. Celui-ci appelle grâce à une carte personnalisée et gratuite (payée par l'hôpital pendant 45 jours) et peut ainsi prendre une décision rapide et éclairée. Les informations médicales et médico-sociales ont été enregistrées lors de l'hospitalisation par une infirmière avec l'accord du patient et/ ou de sa famille. Cette démarche a reçu l'accord de la CNIL.

La plate-forme H2AD met par ailleurs à disposition des personnes âgées et des professionnels des applications relatives à la télésanté qui rendent possibles des activités de soins à distance (brassards électroniques et suivi des traitements anticoagulants).

MISE EN ŒUVRE

Mobiliser les acteurs du territoire à partir d'un large panel de prestations au service de la personne âgée

Le développement de nombreux types de services à destination des personnes âgées en perte d'autonomie facilite la proposition de plans d'accompagnement adaptés.

En 2009, l'HPGM comptait 454 salariés soit 320 ETP avec la répartition suivante :

- Unités de soins : 197 (cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques...)
- Personnel médical : 17
- Administration : 22 (direction, achats-finances, RH...)
- Logistique et technique : 30 (cuisine, lingerie, approvisionnement...)
- Médico-technique et transversaux : 54 (secrétariats médicaux, DIM, brancardage, psychologues...)

Il convient de noter l'équipe du service social qui compte 3,25 ETP pour près de 950 dossiers ouverts sur une année (hors activité de l'hôpital de jour). Les motifs principaux étant :

- Plan d'aide pour un retour à domicile : 549
- Recherche d'une maison de retraite : 309
- Demande de protection juridique : 48
- Demande d'aide sociale et APA : 182

Favoriser le maintien de l'autonomie et le retour à domicile.
Mobiliser un large panel de services et les nouvelles technologies.



RETOUR D'EXPÉRIENCE

Plusieurs éléments peuvent être mis en exergue :

- La filière gériatrique intégrée : elle recouvre le pôle sanitaire (hospitalisation et ambulatoire), les EHPAD (35 conventions), les équipes mobiles et l'UCC (Unité cognitivo-comportementale) de 19 lits au sein du pôle médico-social ;
- La plate-forme H2AD de téléassistance proposée gratuitement pendant 45 jours à toutes les personnes en sortie d'hospitalisation. Elle fait également l'objet d'une expérimentation auprès d'EHPAD au profit des professionnels présents la nuit ;
- Les équipes mobiles dont une équipe mobile de gériatrie intervenant dans les EHPAD de proximité ;
- Le réseau bucco-dentaire Appolline qui recouvre trois missions : le repérage des problèmes bucco-dentaires chez les personnes âgées, l'appui à l'expertise dans la prise de décision difficile chez des sujets souffrant de troubles cognitifs et la formation des aidants à l'hygiène bucco-dentaire.

GAINS OBTENUS

Si peu de données permettent de mesurer l'impact des services sur le parcours des personnes âgées, de nombreux éléments illustrent les activités succinctement décrites :

- Plate-forme H2AD : si elle reçoit 50 appels par mois, seuls 2 appels en 2 ans ont conduit à un retour au sein d'un service de l'HPGM. Seule une analyse plus fine des profils des utilisateurs serait de nature à mettre en lien la qualité du retour à domicile et ce faible taux de retour. L'hôpital de jour MCO a réalisé en 2009 941 consultations (737 bilans dont un tiers relatifs à la mémoire) et accueilli 530 patients dont 90 % vivent chez eux. Son pendant SSR a permis de suivre plus de 400 personnes.
- Pour 2010, l'activité en MCO représente plus de 20000 journées (âge moyen de 86 ans, DMS de 11,1 jours, taux d'occupation de 95 %, 43 % des sorties vers le SSR et 40 % vers le domicile).
- Pour le SSR, 23 000 journées ont été réalisées (âge moyen de 85,1 ans, DMS de 26,6 jours, taux d'occupation de 91 %, 74 % de retour au domicile (dont EHPAD) et 3 % d'admissions directes depuis le domicile pour éviter les décompensations).
- Pour l'USLD, l'âge moyen est de 86,3 ans (taux d'occupation de 95 %, GMP de 882 et 86 % des patients en GIR 1 et 2).
- L'EHPAD présente un GMP de 745 avec 72,5 % de résidents classés en GIR 1 et 2 et 17 % en GIR 3 et 4.

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

L'hôpital privé gériatrique Les Magnolias est un établissement de santé privé d'intérêt collectif situé à Ballainvilliers dans l'Essonne (établissement de santé des caisses de retraite AGIRC-ARRCO) qui compte 315 places et lits avec un budget de près de 26 millions d'euros.

Le projet

- La mise en place, au profit des personnes âgées à domicile, de leurs aidants et de certains EHPAD d'une plate-forme de téléassistance H2AD.
- L'animation d'une filière gériatrique

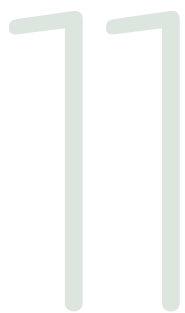
En savoir plus

- Évelyne GAUSSENS, Directrice, hôpital privé gériatrique Les Magnolias, lesmagnolias.hopital@hpgm.fr, <http://www.hopital-les-magnolias.com>

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Outre la plate-forme H2AD déjà évoquée ci-dessus, peuvent être cités :

- Les consultations de jour pour les bilans mémoire, nutrition et les actions de prévention des chutes
- La méthode Gineste-Marescotti® concernant notamment les actes de soins, de toilette et de manutention
- La formation des professionnels en EHPAD par l'équipe mobile gériatrique
- Les 35 conventions de continuité de soins avec les EHPAD du territoire (soit 4 200 places)
- L'évaluation des activités médecine et SSR dans le cadre du projet COMPAQH de la HAS (tenue du dossier patient, évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels...)
- La plate-forme de répit et d'accompagnement pour les aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et apparentée dans le cadre d'une expérimentation CNSA



Coopération des réseaux RUN AVC et Espace Seniors de Baume-Les-Dames

OBJECTIFS

Favoriser des partenariats complémentaires entre deux réseaux

La coopération entre les deux réseaux s'inscrit dans une dynamique régionale qu'elle contribue elle-même à alimenter

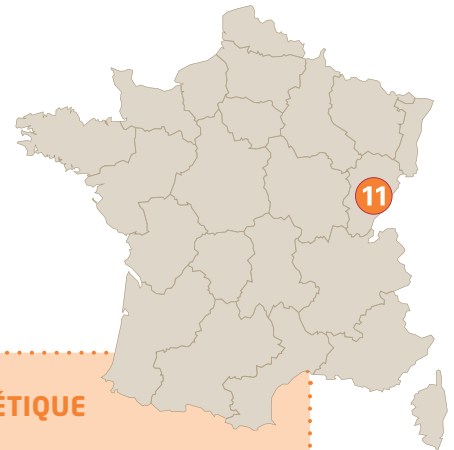
RUN-AVC est un réseau thématique régional. Il est destiné à répondre aux besoins quotidiens des patients ayant une problématique neurologique (dont les AVC ou TC), en associant, dans une prise en charge globale, l'ensemble des intervenants de soins. Il s'est constitué en réseau en 1999 sur la base d'un travail de partenariat de tous les neurologues de Franche-Comté en lien avec le service de neurologie du CHU de Besançon.

L'Espace Seniors de Baume-les-Dames est un regroupement du CLIC et du réseau gérontologique de Baume-les-Dames. Il est destiné à permettre le choix du maintien à domicile au plus grand nombre de personnes en perte d'autonomie dans les conditions sanitaires et sociales optimales. Il organise la coordination des intervenants et facilite le partage des informations nécessaires à une prise en charge globale de la personne. Il propose des conseils et un appui en matière sociale, juridique ou encore d'aménagement du domicile. Il développe des programmes de soutien aux familles et aidants. Il a vocation à intervenir auprès des personnes résidant dans plusieurs cantons du département du Doubs : les cantons de Baume-les-Dames, Clerval, de Rougemont, de Roulans et partiellement de Pierrefontaine-les-Varans, Vercel, Marchaux et de l'Isle-sur-le-Doubs.

La coopération entre les deux réseaux est favorisée par des partenariats opérationnels et structurants communs. On peut citer de manière non exclusive la Fédération régionale des réseaux de santé de Franche-Comté et le GCS EMOSIST dont la mission vise à la modernisation des systèmes d'information en santé et le développement de la télémédecine. Les projets des deux organisations et de leur partenariat reposent également sur une implication des représentants des usagers. Ce partenariat, ancré dans la vie et la dynamique des réseaux, garantit la pertinence des projets et permet de travailler en confiance sur l'utilisation des données de santé personnelles.

Enfin, le soutien des établissements de santé et de l'Agence régionale de santé (ARS) est considéré comme un levier indispensable du développement des actions proposées, particulièrement sur la problématique AVC. L'ARS Franche-Comté souhaite structurer l'organisation de l'offre de santé au sein de filières transversales. C'est avec cet objectif de transversalité et de qualité des parcours que le projet de PSRS régional et la déclinaison en schémas sont envisagés. Un diagnostic régional a été réalisé par l'ARS sur la base notamment des données recueillies par le GCS EMOSIST : PMSI et données de santé des réseaux de santé (structurées au sein du GCS).

Développer la complémentarité entre un réseau thématique AVC et un réseau gérontologique.
Développer les compétences et connaissances des professionnels.



MISE EN ŒUVRE

Permettre un accompagnement global grâce à l'imbrication des interventions

La coordination interréseau permet d'organiser un suivi de la personne âgée ayant une problématique neurologique dans le cadre d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire

La coordination du réseau RUN-AVC comprend trois volets de prise en charge : prise en charge hospitalière, dont un volet spécifique « urgences », et prise en charge libérale après le retour à domicile de la personne. Chaque axe de coordination est animé par un coordonnateur identifié. L'équipe du réseau est une équipe pluridisciplinaire (médecin responsable de la coordination, infirmière coordinatrice, secrétaires médicales mais également ingénieurs de recherche, systèmes d'information, bio-statistiques et programmeurs). Il est organisé pour répondre à la structuration des systèmes d'information.

L'Espace Seniors – réseau gérontologique et CLIC de Baume-les-Dames – intervient sous la responsabilité du médecin coordonnateur du réseau ; l'équipe pluridisciplinaire assure les réponses au domicile de la personne (évaluation, coordination des acteurs, suivi et mise en place des aides requises). L'équipe comprend une infirmière, une assistante sociale, une ergothérapeute, une psychologue, une aide médico-psychologique et des secrétaires médicales. Le réseau associe tous les professionnels de santé libéraux de son territoire d'intervention (médecins généralistes, infirmières libérales et SSIAD, ainsi que les établissements de santé (ex-hôpitaux locaux).

La coordination interréseau permet d'organiser un suivi qualitatif et personnalisé de la personne âgée ayant une problématique neurologique à 3 mois, 6 mois et 1 an à domicile et dans le cadre d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

La coordination entre les deux réseaux repose sur une convention de partenariat définissant les objectifs communs et les vecteurs de mutualisation (informations et compétences)

Le projet

- Mutualisation de moyens et de compétences autour d'objectifs orientés patients-mobilisateurs, de partage et de transferts de compétences, de partage d'informations au travers d'outils structurés et de projets de développement de nouvelles modalités d'intervention comme la télémédecine
- Réponse globale au patient : médicale, psychologique et sociale (RUN-AVC : données médicales/ consultation hospitalière spécialisée AVC et réseau gérontologique : données psychologiques et sociales/ visite à domicile/ spécialisé patients âgés – moyenne d'âge 84 ans)

En savoir plus

- Philippe LECUYER, Réseau gérontologique de Baume-les-Dames, reseau.baume@wanadoo.fr
- Thierry MOULIN, Réseau RUN-AVC, thierry.moulin@univ-fcomte.fr
- Didier CHAVOT, Réseau RUN-AVC, didier.chavot@laposte.net



Coopération des réseaux RUN AVC et Espace Seniors de Baume-Les-Dames

MISE EN ŒUVRE (SUITE)

Les étapes de la coordination

1/ Lors de l'hospitalisation, le patient est informé sur les prestations auxquelles il peut avoir accès dans le cadre de la coopération RUN AVC-réseau gérontologique ;

2/ Une fois le retour à domicile réalisé, contact est pris par le réseau gérontologique afin d'expliquer plus précisément le dispositif de coordination et de suivi proposé et de recueillir le consentement de la personne pour une visite à domicile ;

3/ Le médecin traitant est informé de la démarche du réseau auprès de son patient et son accord est également sollicité. En l'absence d'accord du patient et de son médecin traitant, la démarche du réseau n'est pas poursuivie ;

4/ Un bilan fonctionnel est alors proposé. Il est réalisé au sein de l'établissement de santé de Baume-les-Dames (ex-hôpital local) ;

5/ Un bilan social est ensuite réalisé au domicile par l'équipe du réseau ;

6/ Une réunion de coordination de tous les intervenants auprès de la personne est réalisée à son domicile. L'objectif de cette réunion de coordination est la mise en place d'un plan personnalisé de santé ;

7/ Suite à la réunion de coordination, la personne bénéficie d'une aide de 200 € utilisable dans l'année qui suit l'admission ;

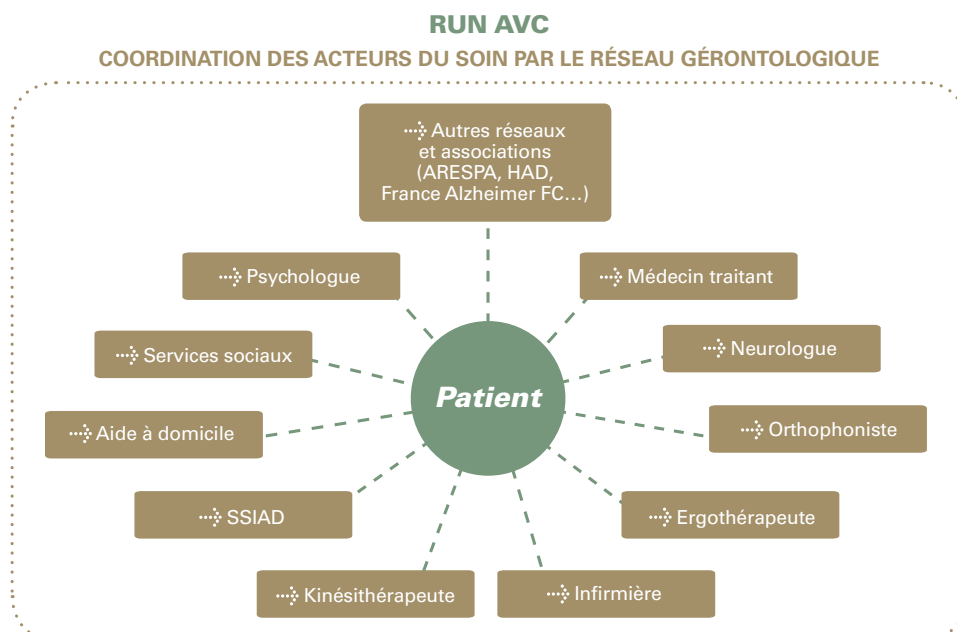
Des actions de prévention et de maintien du lien social sont également organisées au sein de l'Espace Seniors par le réseau ou avec l'appui logistique de celui-ci. Ainsi, sont proposées des actions de soutien aux aidants familiaux (groupes de parole animés par la psychologue), des temps d'activités à destination des personnes âgées, notamment désorientées, pour le maintien du lien social, et des temps de répit pour les aidants.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

La coopération entre les réseaux a permis de développer un projet commun pour :

- Trouver une réponse à l'augmentation forte et continue de la file active de personnes concernées par la problématique neurologique : sur le territoire, les AVC sont de mieux en mieux diagnostiqués et l'offre de santé doit s'adapter en continu. Le réseau thématique voit son rôle et ses missions évoluer dans ce nouveau contexte. Il doit se positionner en diffusion d'expertise et organiser mieux son rôle d'acteur ;
- Passer d'une logique thématique à une logique territoriale.

Cette collaboration a été bâtie à partir de pré-requis : la structuration d'un réseau de proximité pouvant assurer un relais ainsi que des transferts de compétences et l'organisation du recours à l'expertise du réseau thématique AVC.



Coordination des intervenants auprès du patient

Les objectifs « patients », qui rendent concret le nécessaire décloisonnement entre les professionnels, sont de réduire de manière significative les taux de mortalité et de récurrence, et d'améliorer la qualité de vie des patients :

DÉMARCHE Optimiser le suivi à domicile en présentiel dès la sortie d'hospitalisation et régulièrement sur plusieurs années pour les patients ayant subi un AVC ;

- Renforcer et sécuriser le suivi du patient en termes de prévention, de détection et d'accompagnement ou de prise en charge des problématiques médicales, psychologiques et sociales pouvant émerger d'une situation post-AVC ;
- Permettre au plus grand nombre de patients de bénéficier d'un service de qualité, humanisé et efficace avec l'ensemble des professionnels et services de santé.

Des évolutions touchant aux pratiques professionnelles sont mises en valeur avec :

- Le partage de compétences et la délégation du réseau thématique AVC vers le réseau gériatrique qui a permis de faire évoluer les connaissances et les pratiques de l'équipe sur la prise en charge et le suivi des personnes ayant une problématique neurologique ;
- Le partage de compétences et de connaissances psychosociales et environnementales du réseau gériatrique vers le réseau thématique qui permet de personnaliser et d'améliorer les stratégies de soins préconisées avec un AVC par exemple.

Cette coopération est également de nature à :

- Développer les échanges « métiers » pour faciliter la coordination et le bon positionnement des acteurs, notamment dans la sphère sociale (Espace Seniors incluant la mission CLIC, assistantes sociales des établissements de santé, assistantes sociales des communes) afin d'améliorer l'organisation de la sortie du patient de l'hôpital et d'éviter des doublons ou ruptures dans l'accompagnement social ;
- Mailler davantage le territoire afin de permettre l'accès aux personnes âgées à une réponse adaptée à leurs besoins et attentes quel que soit leur lieu de vie ;
- Valoriser la dynamique des réseaux à destination des établissements médico-sociaux ;
- Promouvoir les métiers et compétences transverses au travers de l'amélioration des pratiques professionnelles, des formations initiales et continues en santé.

GAINS OBTENUS

Au-delà de l'activité propre à chaque réseau, la coopération mise en place en 2010 a permis d'inclure 39 personnes dans le dispositif interrégional. Pour les personnes âgées inscrites dans l'interrégional, le suivi est harmonisé et permet :

- D'organiser et coordonner des actions de soins et des services à partir des informations recueillies et traitées par les professionnels des deux réseaux (hôpital comme domicile) ;

- D'assurer une information complète au médecin traitant par un canal unique pour les deux réseaux.

Les principaux gains repérés concernent la qualité et la circulation de l'information, gage de la qualité de la réponse à apporter. La communication entre les intervenants est assurée (accessibilité directe et souple aux informations relatives à la prise en charge).

Les indicateurs suivis par le réseau RUN-AVC concernant l'évolution de la mortalité, le taux de récurrences et la qualité de vie évoluent positivement.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Dans le cadre de la coopération avec le réseau RUN-AVC, le partage d'informations se concrétise au travers de l'utilisation d'un outil de suivi partagé. À l'avenir, les informations qu'il permet de partager seront disponibles au sein d'une nouvelle interface sécurisée du type « dossier partagé ». L'ensemble des solutions techniques sont compatibles avec le DMP. Par ailleurs, le « dossier neurologique » constitué pour tous les patients inclus dans le réseau RUN-AVC, est partagé avec le réseau gériatrique pour le suivi des personnes âgées concernées.

D'autres outils sont proposés dans le cadre du réseau RUN-AVC :

- Protocoles : l'organisation des prises en charge est réalisée selon des protocoles d'évaluation standardisés des symptômes ou signes alertes neurologiques, par des échelles neurologiques de gravité (scores de Glasgow, score NIHSS), des algorithmes décisionnels dans les situations d'urgence et lors du suivi et des conduites thérapeutiques à tenir
- Télémédecine : la mise en place d'outils de télémédecine pour le transfert de données, d'imageries et de visioconférences permet de relier les services d'urgences de la région avec les neurologues du CHU et de donner un avis médical sans transférer le patient (2 200 imageries transférées en 2010)
- Observatoire des données de santé AVC : le réseau vise par ailleurs à améliorer la connaissance épidémiologique sur les maladies prises en charge, en favorisant le recueil d'informations à la fois en ville et à l'hôpital. Pour atteindre ces finalités, il met à disposition des professionnels de santé des référentiels médicaux de prise en charge et un accès à diverses banques de données sur la pathologie et son environnement.

12 Réseau de santé du Haut-Nivernais : RSHN

OBJECTIFS

Coordonner les professionnels de santé et aider les médecins traitants dans la prise en charge des patients du territoire

Le réseau de santé du Haut-Nivernais est un réseau multithématique fondé en 1995 et construit à partir de la mise en place successive de nombreux volets (périnatalité, addictologie, éducation thérapeutique...)

Les développements qui suivent sont orientés sur l'organisation du volet gériatrique.

Dans la Nièvre, 92 communes sont couvertes par le RSHN. Elles correspondent aux 6 cantons de Clamecy, Brinon-sur-Beuvron, Lormes, Prémery, Tannay, Varzy et Corbigny, ainsi que le sud de l'Yonne. Le territoire ainsi défini est isolé et habité par une population relativement rurale, particulièrement âgée et souvent précaire.

Dès 2002, le RSHN a lancé les premiers travaux de construction du volet gériatrique, dont les objectifs ont été revus et réorientés en 2007 :

- Mettre en place des actions de prévention, de soutien et d'accompagnement ;
- Permettre un diagnostic gériatrique précoce et réalisé sur orientation systématique du médecin traitant ;
- Améliorer la gestion globale des flux de patients âgés.

MISE EN ŒUVRE

Réunir les acteurs afin de faciliter la mise en place du projet de la personne

Le réseau s'appuie sur la mobilisation de l'ensemble des acteurs du territoire en privilégiant les mutualisations de moyens et les échanges de compétences.

Une évaluation conjointe est organisée trois matinées par mois dans les locaux du centre hospitalier de Clamecy permettant le bilan d'un neuropsychologue (salariée du réseau) et d'un médecin avec capacité gériatrique (mis à disposition par le centre hospitalier de Clamecy).

Un suivi est organisé par l'équipe, à distance de l'évaluation initiale, avec un délai défini par le médecin capacitaire en gériatrie, lors de la consultation. Une visite de suivi est effectuée par l'IDE (ou directement en consultation), selon l'avis du médecin traitant préalablement contacté.

Une réunion de synthèse pour le cas complexe peut avoir lieu avec le médecin traitant au domicile de la personne âgée.

L'année 2011 devrait voir remise en place la mise à disposition d'un tiers-temps d'infirmière coordonnatrice et formée à la gériatrie dans le cadre d'une convention signée avec le centre hospitalier de Clamecy.

Une réunion mensuelle regroupant les acteurs des services à domicile, des SSIAD, d'un SSR, des CLIC du territoire du RSHN, de membres de l'équipe APA et de membres de l'équipe du réseau permet de poser et résoudre des questions relatives à certains patients (exemple : organisation de sortie d'hospitalisation, projet de mise en place ou réévaluation d'aides à domicile, entrée en SSR, projet d'entrée en EHPAD...).

Il convient de noter que d'autres professionnels sont salariés ou font partie du réseau et que son caractère plurithématique permet la mutualisation des fonctions. On peut ainsi citer les deux postes d'assistants administratifs, la coordinatrice administrative et le coordonnateur médical.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

La mise en place du dispositif s'appuie sur une organisation spécifique privilégiant :

- Un objectif clair d'appui pluridisciplinaire au diagnostic ;
- Une démarche « projet » pour faire évoluer le réseau vers de nouvelles problématiques ;
- L'engagement des professionnels de santé de ville.

GAINS OBTENUS

Sur un territoire dépourvu de services spécialisés dans le champ de la gériatrie, l'activité du réseau permet :

- Aux six EHPAD de Clamecy, Entrains-sur-Nohain, Varzy, Corbigny, Mailly-le-Château et Étas-la-Sauvin un accès à une compétence de psychologue, lesquels proposent une évaluation cognitive trois semaines après l'arrivée d'un nouveau résident. Cette offre de service prend fin dès que l'EHPAD a pu recruter un psychologue, le réseau se situant alors comme ressource éventuelle pour avis d'experts ;

Permettre un appui au diagnostic et à l'accompagnement. Dépister et soutenir les professionnels de la santé de ville.



- Aux médecins généralistes, un recours en proximité à une consultation gérontologique pour une aide spécialisée, avec recommandation de suivi, de prise en charge ou d'orientation ;
- Au centre hospitalier de Clamecy de disposer d'éléments sur la situation à domicile du patient, permettant l'organisation d'avis gériatrique au cours d'hospitalisations et l'organisation ponctuelle de sortie d'hospitalisation.

Les groupes de parole permettent aux professionnels des services à domicile, dont le travail est toujours solitaire, d'échanger sur des problématiques communes. Ils participent à l'amélioration des pratiques professionnelles.

Le Groupe local d'évaluation et d'amélioration des pratiques (GLEAP), confondu avec la formation médicale locale, permet des actions de formation à destination des professionnels de santé libéraux et la réalisation de documents encourageant l'éducation thérapeutique (les thèmes sont fonction des besoins soulevés par les professionnels : chutes, dénutrition, approche non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer, plaquette sur le diabète, intervention de diététiciens et podologues).

La totalité des 38 médecins généralistes du périmètre géographique collabore avec le réseau.

Un travail est du reste en cours sur l'informatisation des dossiers des personnes et l'évaluation du réseau : taux de signalement et provenance, utilisation des outils mis à disposition des médecins libéraux.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

- Dossier d'inclusion et de suivi comprenant la fiche d'identité, l'évaluation gérontologique, le plan d'accompagnement : actions, durées, acteurs et coordonnées
- Rencontres interprofessionnelles GLEAP à destination de l'ensemble des professionnels de santé du territoire (thèmes définis en amont : obésité, diabète, conduites addictives, personnes âgées...). Ces rencontres sont mutualisées avec le dispositif de formation médicale continue local
- Courrier transmis au médecin traitant systématiquement après l'évaluation cognitive
- Animation par un professionnel du réseau d'ateliers de chiens visiteurs avec des chiens éduqués à l'EHPAD de Clamecy à destination des personnes âgées. Cette initiative, qui permet par exemple d'aider à la prévention des chutes, a obtenu une Aide financière de l'association de prévoyance santé (ADPS) afin d'être mise en place dans plusieurs EHPAD de manière régulière
- Journée du « Bien Vieillir » organisée à destination des usagers (présentations, ateliers, conférences...) en 2010
- Rééducation cognitive
- Liens avec les EHPAD : évaluation et aide à la prise en charge des troubles du comportement

FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Réseau de santé du Haut-Nivernais, Clamecy (Nièvre) :

- 5 ETP
- 27 médecins généralistes
- 617 personnes incluses depuis la mise en place du volet gérontologique, une file active de 169 patients (faisant suite aux consultations gérontologiques uniquement)
- Pour 2010 : 184 nouvelles inclusions (89 patients évalués en SSR, 17 en EHPAD et 78 consultations gérontologiques)

Le projet

- Une aide au diagnostic en consultation pour les personnes âgées de plus de 65 ans
- Un appui aux professionnels de santé libéraux dans un contexte sociodémographique précis
- La mise en place d'actions d'évaluation participant à un dépistage des troubles cognitifs, dans un premier temps effectué par les psychologues salariés du réseau, à terme par des référents formés en interne dans chaque structure, avec supervision du RSHN sur dossier

En savoir plus

- Marie FAUTRIER, Coordinatrice administrative, RSHN, rshn@hotmail.fr, <http://www.rshn58.fr>

13 Réseau de santé du Val-de-Saône : RésoVal

OBJECTIFS

Faciliter le suivi du patient par son médecin traitant dans le respect des professionnels et avec leur confiance

Le réseau s'est structuré autour d'objectifs de qualité de prise en charge du patient, de partage et d'amélioration des pratiques en ville comme à l'hôpital.

Les patients accompagnés par le réseau sont majoritairement des personnes âgées (57 % des patients suivis en 2010 ont plus de 80 ans). L'hospitalisation constituant une rupture toujours importante dans le parcours, la sortie et la stabilisation d'un suivi à domicile sécurisé sont des points clés de la qualité d'une réponse individualisée. La préférence pour le domicile et les difficultés dues à l'accessibilité notamment financière aux EHPAD engendrent un besoin croissant de coordination.

Depuis plus de 10 ans (association née en 1997), RésoVal coordonne l'organisation du maintien à domicile des patients atteints de pathologies lourdes, nécessitant des soins médicaux, paramédicaux et des aides à domicile. Née d'une collaboration forte d'un médecin hospitalier avec ses confrères libéraux, elle s'est structurée autour d'objectifs de qualité de prise en charge du patient, de partage et d'amélioration des pratiques, en ville comme à l'hôpital. Elle a par ailleurs développé des solutions structurantes de partage sécurisé des informations et de communication ville-hôpital.

Ses missions recouvrent quatre axes :

- Faciliter la coordination des professionnels de santé de la région mâconnaise pour la prise en charge des patients à domicile, particulièrement après un séjour en établissement de santé ;
- Améliorer la qualité et la continuité des soins dans un environnement adapté pour le patient ;
- Décloisonner le système de santé ;
- Innover.

Au-delà de sa mission d'organisation du maintien à domicile, RésoVal développe ses activités autour de plusieurs projets :

- Des actions de formation à destination des professionnels de santé (médecins, infirmières, aides-soignantes, aides à domicile) ;
- Des actions d'amélioration de la qualité (étude thématique « médicaments » à domicile, élaboration d'ordonnances types et protocoles dans le cadre du suivi « insuffisance rénale » et « anémie sévère ») ;
- Deux programmes d'éducation thérapeutique : EDIAM (diabète) et ABC d'Air (asthme-BPCO).

Enfin, deux projets spécifiques sont conduits pour répondre à des besoins de santé non couverts à domicile concernant les parcours de santé liés à des pathologies :

- La prise en charge du lymphœdème,
- La prise en charge de l'hémocromatose.

MISE EN ŒUVRE

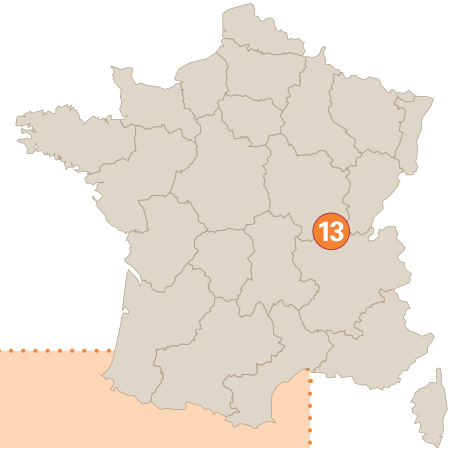
Faire intervenir une équipe pluridisciplinaire

Le réseau a développé des solutions techniques très structurées dans le domaine des systèmes d'information.

L'équipe RésoVal est une équipe pluridisciplinaire. Elle comprend des infirmières coordinatrices, une assistante sociale, une ergothérapeute, une psychologue, une assistante coordinatrice. L'administration et la conduite de projet sont assurées par un responsable administratif, par délégation du président du conseil d'administration ; une secrétaire assiste l'ensemble de l'équipe. La quasi-totalité des fonctions est assurée par des professionnels en temps partiel (postes parfois partagés avec le centre hospitalier de Mâcon). D'autres professionnels sont également mobilisés dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique (infirmières, diététicienne, kinésithérapeute).

Des solutions techniques ont été structurées en matière de système d'information : un dossier patient hospitalier accessible depuis la ville (DOMELIS) et une messagerie sécurisée (RESOMEL).

Créer une interface opérationnelle entre la ville et l'hôpital. S'engager dans la qualité des parcours.



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Le réseau est structuré juridiquement sous la forme d'une association, présidée par un chef de service au centre hospitalier de Mâcon. Le projet associatif est orienté vers la valorisation de l'action du réseau, l'implication dans des actions d'études et de recherches ainsi que vers une dynamique de partage d'expériences et de projets entre réseaux de santé.

Le réseau assure :

- ❖ La coordination ville-hôpital
- ❖ Des actions « qualité »
- ❖ Des actions d'éducation thérapeutique
- ❖ Des actions de formation (en tant qu'organismes agréés)

En savoir plus

❖ Gérard JANIN, Président, RésoVal,
gejanin@ch-macon.fr

❖ Cyril CHAUX,
Responsable administratif, RésoVal,
cychaux@ch-macon.fr,
resoval@ch-macon.fr

Le projet

❖ Les financements mobilisés sont issus des crédits FIQCS (60 %), MIGAC (22 %), organisme de formation (2 %), collectivités territoriales (0,2 %) et FNPEIS pour l'éducation thérapeutique (16 %). Le budget de l'association s'élevait en 2010 à près de 370 K€. Les professionnels sont salariés par le centre hospitalier et sont mis à disposition du réseau. La plupart des postes sont partagés entre réseau et centre hospitalier.

Les fonctions support (ressources humaines et systèmes d'information notamment) sont gérées par le centre hospitalier par le biais d'une convention. La fonction « qualité » est également partagée. Cette mutualisation des actions permet d'enrichir les échanges, le partage d'expériences et de pratiques sur les *process* mis en œuvre en interne à l'hôpital et avec l'environnement en ville.

Les éléments d'activité 2010 :

- ❖ 700 partenaires impliqués
- ❖ Plus de 4 500 patients accompagnés, 466 en 2010 (file active 1 jour donné : 80 personnes)
- ❖ 57 % de la file active a plus de 80 ans et la moitié est en perte d'autonomie majeure (GIR 1, 2 et 3)
- ❖ Durée de prise en charge : inférieure à 3 mois pour les 3/4 des patients
- ❖ Motifs de sortie de prise en charge : la coordination n'est plus requise pour 3/4 des patients sortis, un décès pour 20 % et un relais pris par une autre structure



Réseau de santé du Val-de-Saône : RésoVal

RETOUR D'EXPÉRIENCE

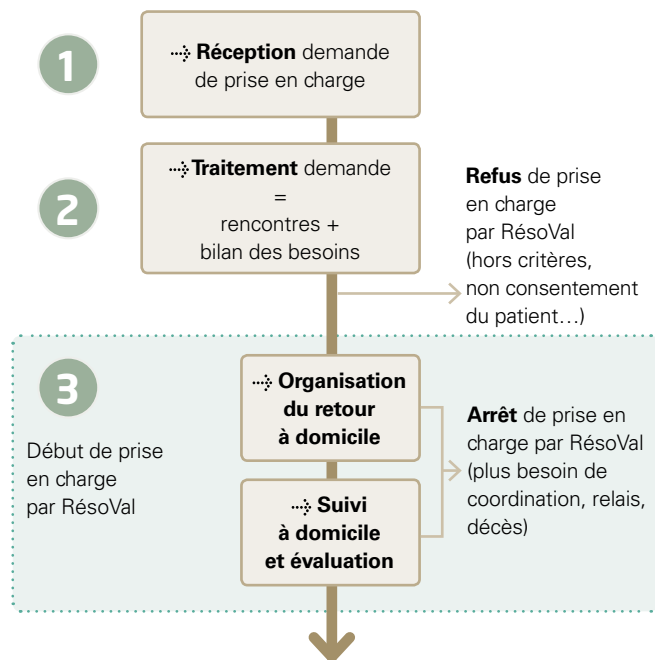
À l'hôpital, souvent par manque de connaissance de l'accompagnement au domicile, les besoins requis pour un retour dans des conditions de vie et de poursuite du soin à domicile peuvent être sous-évalués. L'intervention du réseau permet dans ce cadre :

- ... D'adapter la réponse par une évaluation de la situation déclenchée dès l'hospitalisation et par l'organisation du retour et de la coordination des intervenants au domicile ;
- ... D'assurer les conditions adéquates du suivi de soins à domicile en créant une interface utile de communication et d'échanges entre médecin traitant et services hospitaliers ;
- ... De sensibiliser et de faire évoluer à la fois les connaissances et les pratiques par la reconnaissance mutuelle des acteurs, de leurs missions et leurs savoir-faire.

En fonction du type d'intervention, l'action du réseau va se décliner sur un périmètre géographique différent. Toutefois, la proximité et la notion de bassin de vie sont des références. Une bonne connaissance du tissu local permet d'adapter au mieux les réponses.

En amont de l'intervention du réseau, les rôles, fonctions sont bien définis afin que le réseau soit sollicité de manière pertinente. Il n'est compétent que si les besoins de la personne sont multiples et requièrent la mobilisation de multiples intervenants à coordonner (IDE, kinésithérapeutes, aides à domicile, etc.). Les frontières avec la mission de l'HAD ou encore du service social de l'hôpital sont clairement identifiées.

Le schéma type d'intervention de RésoVal est le suivant :



... **Étape 1** : à la réception de la demande, information de la personne (remise d'une plaquette). La demande est réalisée selon des critères précis par le service hospitalier, les EHPAD, l'établissement de SSR, la polyclinique, le médecin traitant, la famille et son entourage, des professionnels et associations.

... **Étape 2** : le traitement de la demande comprend une phase d'écoute et d'information de la personne et de sa demande, le recueil des informations médicales, l'acceptation de l'intervention du réseau au travers du recueil du consentement écrit, un bilan des besoins, une première recherche de solutions et la création du dossier du patient.

... **Étape 3** : l'organisation du retour à domicile est réalisée au travers de l'élaboration d'un projet avec la personne et son entourage, la prise de contact avec les professionnels concernés, la mise en place d'évaluations complémentaires (ergothérapeute, psychologue, assistante sociale), la définition de la date de mise en œuvre du projet de sortie (à 72h dans l'idéal) et un retour auprès du demandeur avec un récapitulatif des aides prévues. 80% du temps de coordination est consacré à la « négociation », à faire le lien entre les professionnels pour que la sortie de l'hôpital soit réalisée au bon moment et dans les meilleures conditions.

Le réseau ne se substitue pas au médecin traitant dans la prise en charge globale de son patient. Il est un « facilitateur » et permet au médecin de rester et d'assurer sa mission de soins. Afin de maintenir un environnement stable et aidant, un projet de séjours de répit est proposé et organisé par le réseau lorsqu'une situation de rupture est prévisible.

GAINS OBTENUS

- Liens médecin traitant/ services hospitaliers facilitant l'accès direct à une hospitalisation ou une consultation en filière courte sans passage par les urgences ;
- Qualité de vie pour les patients (recueil de la satisfaction) ;
- Retour et maintien à domicile cohérent avec le souhait des personnes âgées de rester chez elles et dans un environnement sécurisé et coordonné. Le risque d'institutionnalisation « contrainte » après plusieurs passages à l'hôpital est également réduit.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

Plusieurs outils peuvent être mis en exergue :

- Organisation structurée, missions, rôles et interfaces du parcours formalisés
- Parcours coordonnés spécifiques formalisés
- Fiche de coordination communiquée au patient et aux professionnels du domicile
- Dossier médical partagé ville-hôpital (DOMELIS)
- Messagerie sécurisée (RESOMEL)

Le partage de l'information repose sur plusieurs axes :

- L'accès sécurisé au dossier médical (DOMELIS) de son patient à l'hôpital par le médecin traitant depuis son cabinet ;
- La possibilité pour le médecin traitant, par une requête simple, de savoir si un de ses patients est hospitalisé.

Enfin, deux projets sont actuellement en cours de réflexion :

- L'amélioration de la programmation des hospitalisations (hospitalisation complète, consultations, examens sur plateau technique hospitalier) ;
- L'accès au plateau technique partagé dans le cadre d'un GCS (public/ privé/ libéraux).

14 RESAMUT, filière post-AVC et post-urgences de la personne âgée

OBJECTIFS

Faciliter la réautonomisation des patients âgés, particulièrement après un AVC

La réflexion est structurée autour de l'outil Trajectoire

Centré autour de l'établissement SSR Les Ormes, RESAMUT est un projet de coopération entre professionnels. Au travers de l'utilisation de l'outil Trajectoire, il vise notamment à faciliter la coordination des acteurs dans un objectif de qualité de la prise en charge : la réautonomisation des patients âgés, particulièrement après un AVC.

Le SSR Les Ormes consacre la plus grande partie de son activité à la prise en charge des personnes âgées polypathologiques, notamment avec une affection neurologique. En 2010, la moyenne d'âge était de 78 ans avec une majorité de personnes en GIR 2 et 3.

Ce SSR a souhaité développer ses coopérations et ses partenariats avec d'autres structures intervenant classiquement dans le parcours de soins. Les structures d'amont concernées sont les urgences de l'hôpital des armées Desgennettes, l'hôpital Saint-Luc Saint-Joseph, les HCL, le GHM Les Portes du Sud et la Clinique mutualiste du Grand Large, l'UNV de l'hôpital neurologique de Lyon, les services MCO neurologie de la clinique mutualiste et de l'hôpital Saint-Luc Saint-Joseph de Lyon.

Il s'appuie sur l'utilisation de l'outil Trajectoire. Cet outil, d'abord expérimenté en région Rhône-Alpes depuis 2008, est un logiciel d'aide à l'orientation des patients. Il comprend un annuaire des soins de suite et de réadaptation qui décrit précisément les moyens humains et techniques des structures. Il constitue une interface d'orientation rapide en fonction de la pathologie et des spécificités susceptibles de modifier les types de prises en charge : l'environnement du patient et les objectifs de la rééducation. Enfin, il permet surtout aux professionnels de santé, prescripteurs et unités de SSR, d'échanger par voie électronique sécurisée.

Les missions de la structure sont de :

- Favoriser le retour à domicile en s'inscrivant dans la coordination des intervenants médicaux, paramédicaux et médico-sociaux au domicile ;
- Favoriser le soutien à domicile par un accompagnement adapté des aidants.

• Favoriser le retour à domicile en s'inscrivant dans la coordination des intervenants médicaux, paramédicaux et médico-sociaux au domicile ;

• Favoriser le soutien à domicile par un accompagnement adapté des aidants.

MISE EN ŒUVRE

Mobiliser une équipe pluridisciplinaire

L'intervention de l'équipe est facilitée par l'utilisation de l'outil Trajectoire avec une amélioration de l'accessibilité et une réduction des délais de réponse.

L'équipe pluridisciplinaire comprend, concernant le SSR et la MPR destinée à la prise en charge post AVC, 1 ETP de gériatre, 0,4 ETP de neurologue, 3 ETP de kinésithérapeutes, 2 ETP d'orthophonistes, 0,5 ETP de psychologue, 0,5 ETP de psychomotricien, 1 ETP d'ergothérapeute et 0,5 ETP d'assistant social.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Quatre axes peuvent être évoqués :

• Coordonner : le passage en SSR permet d'avoir du temps pour envisager une solution satisfaisante de retour à domicile. C'est lors de l'hospitalisation que sont effectuées les demandes APA, dont celles de réévaluation.

• Programmer : les services de médecine et chirurgie utilisent l'outil Trajectoire comme canal de demande d'admission, parfois doublé par des demandes par fax. Les professionnels de ville utilisent également l'outil Trajectoire afin de procéder à des admissions directes. Et, concernant les urgences, les relations sont peu formalisées mais la communication est quotidienne (téléphone).

• Informer les familles : les relais familiaux sont une condition primordiale d'un retour au domicile réussi. L'annonce du diagnostic AVC est un temps privilégié et réalisé sur le modèle du cancer (le neurologue prenant appui sur des clichés) puisque le projet de vie des personnes est brutalement bouleversé.

• Améliorer l'accès aux soins - Anticiper : les relations facilitées entre les structures de soins et parfois les établissements médico-sociaux permettent d'améliorer l'accessibilité, d'offrir une solution d'aval au court séjour et réduire les délais de réponse.

Développer la coopération autour d'un établissement SSR.
Faciliter la coordination des acteurs dans un objectif de qualité.

GAINS OBTENUS

Les éléments suivants permettent d'illustrer l'intérêt de la coopération :

- L'organisation du retour à domicile pour les personnes âgées dans un environnement sécurisé et coordonné permettant de réduire le risque de ré-hospitalisation et les pertes de chance ;
- Le partage d'informations et de pratiques entre professionnels ;
- La diminution de la DMS de l'établissement adresseur et notamment de l'UNV (en 2010 : 2,5 jours) ;
- L'augmentation du taux de retour à domicile : 63 % des 166 patients inclus dans en MPR pour raison d'AVC et 59 % des 513 personnes prises en charge en SSR.

Pour autant, la filière gériatrique ne fonctionne pas sur un modèle de circuit complet. La prévention des hospitalisations est limitée pour les bilans de repérage à domicile ou en EHPAD, bien qu'une équipe mobile de gériatrie pourrait bientôt être mise en œuvre, notamment pour un apport d'expertise ponctuelle. De plus, le recours à l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour est quasi nul.

OUTILS MIS EN ŒUVRE

- Plateforme Trajectoire : depuis son expérimentation en région Rhône-Alpes, elle permet non seulement la programmation (voie unique de demande d'admission, de réponse, les refus devant être motivés) ; mais également des retraitements statistiques de description des situations enregistrées
- Dossier médical informatisé, sécurisé et partagé
- Réunions de concertation entre les acteurs de la prise en charge avec un *staff* hebdomadaire
- Évaluations opérées à l'entrée/ pendant le séjour/ à la sortie des SSR (score MIF, évaluation de la déglutition et des troubles phasiques, évaluation neurocognitive, évaluation ergothérapeutique effectuée à domicile, évaluation psychologique et évaluation sociale)
- Groupes de parole dédiés aux aidants après les retours à domicile des personnes âgées



FICHE SYNTHÉTIQUE

La structure

Le SSR Les Ormes est implanté sur le site de la clinique mutualiste Eugène-André au sein du groupe hospitalier Mutualité Française Rhône, second opérateur de l'agglomération lyonnaise. Il compte 90 lits répartis sur deux sites (Lyon et Décines).

Le projet

L'utilisation de l'outil Trajectoire et la coordination de la prise en charge des personnes âgées, notamment suite à un AVC.

En savoir plus

• Yves MATAIX,
Conseiller médical - Chef de service,
SSR Les Ormes,
y.mataix@resamut.fr



5 GLOSSAIRE

ADL • Age diagnostic laboratories

AGGIR • *Autonomie gérontologie
Groupe Iso-Ressources*

APA • *Allocation personnalisée d'autonomie*

ARH • *Agence régionale de l'hospitalisation*

ARS • *Agence régionale de santé*

AVC • *Accident vasculaire cérébral*

CCAS • *Centre communal d'action sociale*

CHU • *Centre hospitalier universitaire*

CLAN • *Comité de liaison Alimentation Nutrition*

CLIC • *Comité local d'information
et de coordination*

CLIN • *Comité de lutte contre les infections
nosocomiales*

CLUD • *Comité de lutte contre la douleur*

CME • *Commission médicale d'établissement*

CNIL • *Commission nationale de l'informatique
et de libertés*

COMEDIMS • *Commission du médicament
et des dispositifs médicaux stériles*

CPAM • *Caisse primaire d'Assurance Maladie*

DIM • *Département d'information médicale*

DIU • *Diplôme interuniversitaire*

DMP • *Dossier médical partagé*

DMS • *Durée moyenne de séjour*

DRDR • *Dotation régionale des réseaux*

EHPAD • *Établissement d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes*

EMSP • *Équipe mobile de soins palliatifs*

ESAT • *Établissement et service d'aide
par le travail*

ESPIC • *Établissement de santé privé
d'intérêt collectif*

ETP • *Équivalent temps plein*

FAQSV • *Fonds d'aide à la qualité des soins
de ville*

FIQCS • *Fonds d'interventions pour la qualité
et la coordination des soins*

FNPEIS • *Fonds national de prévention,
d'éducation et d'information sanitaires*

GCS • *Groupement de coopération sanitaire*

GIR • *Groupe Iso-Ressources*

GMP • *Gir moyen pondéré*

HAD • *Hospitalisation à domicile*

IADL • *Instrumental activities of daily living*

IDE • *Infirmier diplômé d'État*

MAIA • *Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer*

MCO • *Médecine chirurgie obstétrique*

MIGAC • *Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation*

MMS • *Mini mental score*

MNA • *Mini nutritional assessment*

MPR • *Médecine physique et de réadaptation*

MRS • *Mission régionale de santé*

MSA • *Mutualité sociale agricole*

PMSI • *Programme de médicalisation des systèmes d'information*

PPS • *Plan personnalisé de santé*

PSRS • *Plan stratégique régional de santé*

SAMSAH • *Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*

SDIS • *Service départemental d'incendie et de secours*

SSIAD • *Service de soins infirmiers à domicile*

SSR • *Soins de suite et de réadaptation*

UCC • *Unité cognitivo-comportementale*

UNV • *Unité neuro-vasculaire*

URCAM • *Union régionale des caisses d'Assurance Maladie*

USLD • *Unité de soins de longue durée*

USP • *Unité de soins palliatifs*



6 REMERCIEMENTS

L'ANAP tient à remercier les équipes de toutes les structures l'ayant accueillie ainsi que le Comité des personnes qualifiées :

M. Jean-François BAUDURET,

Comité scientifique et d'orientation de l'ANAP

M. Jean-Yves BLANDEL,

Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL)

M. Sylvain DENIS,

Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)

M. Christian FISCHER,

Conseil général du Haut-Rhin

Dr Jean-Bernard BOUVOT,

Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)

Mme Catherine PEYRISSET,

Équipe nationale pilotage MAIA à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Dr Michel VARROUD-VIAL,

Union nationale des réseaux de Santé (UNR Santé)

M. Jean-Philippe VINQUANT,

Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).

Mention légale

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP.

Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier.

Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés.

Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Parcours des personnes âgées sur un territoire - retour d'expériences © ANAP 2011 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : corporate.pixelis.fr - 2011
Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ
Crédit photos : ANAP, Thinkstock
Imprimé par CARACTÈRE, imprimerie certifiée Iso 14001, sur du papier PEFC.

Dans ce document de retours d'expérience, l'ANAP présente quatorze organisations qui concourent à fluidifier le parcours de santé de la personne âgée en situation de fragilité.

Les professionnels trouveront ici des clés de réussite dans la conduite de leur projet d'amélioration du parcours de santé des personnes âgées. Préconisations et grands enseignements sont éclairés de manière opérationnelle par les expériences des acteurs de terrain. Ils ont vocation à nourrir les réflexions sur la performance des organisations sur un territoire mais également sur l'évolution du système de santé en France.

1

DES ÉTABLISSEMENTS TRANSFORMÉS

2

DES PROCESSUS DE PRODUCTION EFFICIENTS

3

DES PARCOURS DE PERSONNES OPTIMISÉS

4

DES RESSOURCES HUMAINES VALORISÉES

5

DES INVESTISSEMENTS EFFICACES

6

UNE CULTURE PARTAGÉE DE LA PERFORMANCE

Ce document s'inscrit dans le cadre du levier n°3, « Des parcours de personnes optimisés »