

# Fluidifier les parcours patients et les synergies entre acteurs

## Annexe - Enseignements de la méthodologie

METTRE  
EN ŒUVRE  
ET PARTAGER



## Table des matières

1	La démarche Filière de soins ANAP : un appui aux territoires au service de l'amélioration des parcours .....	3
1.1	Les objectifs du projet Filières de soins.....	3
1.2	La méthodologie d'accompagnement du projet Filières de soins .....	4
<b>2</b>	<b>Enseignements .....</b>	<b>6</b>
2.1	La démarche Filière de soins, un soutien des initiatives de territoire. ....	6
2.2	Des projets souvent précurseurs des actions et orientations des politiques publiques.....	6
2.3	La nécessité d'un appui pour développer des projets territoriaux .....	7
2.4	Le temps du projet .....	7
2.5	Une approche ascendante et descendante.....	7
2.6	Une action nécessaire à trois niveaux : clinique, territorial et institutionnel .....	12
2.7	La convergence des dispositifs d'appui .....	13
2.8	La réduction de la complexité .....	16
2.9	Les patients-usagers et aidants : des acteurs centraux de la coordination (sur la base d'une enquête qualitative). ....	18
2.10	Les cultures professionnelles et le besoin d'accompagnement.....	19
2.11	Les moyens alloués au projet .....	19
2.12	L'intégration et l'utilisation des outils sur un territoire sont liés à plusieurs critères :.....	19
<b>3</b>	<b>Mise en œuvre de la méthode « filières de soins » .....</b>	<b>21</b>
3.1	Gouvernance des projets .....	21
3.2	S'appuyer sur l'expérience utilisateurs .....	25
3.3	Processus de développement des outils .....	30
<b>4</b>	<b>Annexe : Modalités de développement par outil .....</b>	<b>33</b>
4.1	Les modalités de développement par outil (lisibilité de l'offre) : .....	33
4.2	Les modalités de développement par outil (Partage d'information) :.....	34
4.3	Les modalités de développement par outil (Accompagnement de l'orientation) : .....	35
4.4	Les modalités de développement par outil (Expertise partagé et accès à l'expertise) :.....	36

 **AUTEUR DE LA PUBLICATION :**  
*Jacques Henri Veyron, ANAP*

# 1 La démarche Filière de soins ANAP : un appui aux territoires au service de l'amélioration des parcours

Afin d'accompagner ces évolutions, l'ANAP a inscrit ces travaux dans le cadre d'approches territoriales complémentaires :

- La **coopération des établissements** : coopération territoriale, coopération dans le secteur médico-social, etc. ;
- Le **parcours des personnes âgées** (accompagnement dans le cadre des PAERPA) ;
- Le **parcours en psychiatrie et santé mentale** ;
- **L'approche filières de soins** : appui à l'organisation des prises en charge, notamment pour des maladies chroniques, via des outils opérationnels simples et fiables permettant de réduire les ruptures de prises en charge.

Initiée fin 2013, la **démarche Filière de soins** visait à concevoir et déployer des solutions innovantes améliorant la coordination des acteurs et réduisant les dysfonctionnements de prise en charge. Portée par les acteurs de terrain, elle fait la promotion de l'organisation du parcours par la coopération. Elle vise à prévenir la survenue d'évènements indésirables dans le trajet de santé : (ré)hospitalisations précoces, passage aux urgences, immobilisation dans un établissement alors qu'un autre type de prise en charge serait plus adapté ; difficulté d'accès aux aides et aux soins.

C'est une démarche d'amélioration de la prise en charge sur un territoire, structurée autour de la notion de « filière de prise en charge ».

**La sémantique filière de soins peut être réductrice : connotation hospitalière vs santé, mais le terme filière de soins est employé dans le présent document au sens large de prise en charge structurée entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.**

## 1.1 Les objectifs du projet Filières de soins

Construits avec les ARS et les acteurs du territoire, les **projets filières de soins** visent à identifier les leviers et les outils de coordination qui permettent de fluidifier les parcours patients et améliorer les dynamiques entre professionnels afin de :

- Favoriser les outils de connaissance, de coopération et de nouvelles pratiques organisationnelles (délégation de tâche, télémédecine, outils partagés) ;
- Expérimenter de nouvelles manières d'organiser la prise en charge ;
- Intégrer de nouvelles technologies de l'information comme soutien aux professionnels de la prise en charge (des personnes âgées notamment) ;
- Créer les conditions de coordination et d'échange d'information (procédures communes, informations partagées...).

Ils englobent plusieurs dimensions : le parcours de santé des personnes, les systèmes d'information, les coopérations territoriales, le décloisonnement opérationnel entre les acteurs de la prise en charge.

Lancé dès 2013, les travaux filières de soins ont souvent nécessité la création de nouveaux outils ou dispositifs. Ils reposent souvent sur la combinaison suivante :

- Un partage d'informations « au bon niveau » ;
- Un dispositif de suivi robuste ;
- Une plateforme d'analyse des données produites (système expert) ;
- Des moyens d'actions adaptés (consultations, équipes d'intervenants à domicile, hospitalisation...).

Les enseignements issus des projets territoriaux « Filières de soins » peuvent bénéficier aux pilotes de projets territoriaux : ARS/CD, pilotes et acteurs GHT, Directeur Médicaux en établissements privée, membres de CPTS, acteurs de MSP, pilotes PTA/MAIA/Réseaux, acteurs au sein de SNAC<sup>1</sup>, etc....

## 1.2 La méthodologie d'accompagnement du projet Filières de soins

La méthodologie d'accompagnement des filières de soins repose sur une approche spécifique :

- Une durée d'accompagnement courte avec un horizon de mise en œuvre des actions à très court terme ;
- L'engagement d'acteurs volontaires et le soutien des Agences régionales de santé et leurs partenaires départementaux.

Elle comprend trois étapes :

- Une phase de cadrage (étape 1) et priorisation des besoins du territoire. Cette phase s'appuie sur les outils suivants :
  - Analyse des flux entre acteurs<sup>2</sup>,
  - Outil de priorisation des enjeux du territoire<sup>3</sup>,
  - Enquête des priorités du territoire<sup>4</sup> : A titre illustratif, près de 10 000 professionnels ont été sollicités et plus de 1 670 - dont plus de 470 médecins, 700 infirmiers, cadre, paramédicaux 275 directeurs et 210 travailleurs sociaux - ont proposés les priorités des territoires,
  - un séminaire de clôture cette phase de diagnostic participatif<sup>5</sup>
- une phase de co-conception et de déploiement d'outils et méthodes organisationnelles innovantes (étape 2). Cette phase s'appuie sur l'implication des professionnels et l'apport des nouvelles technologies de l'information susceptibles d'apporter une amélioration de l'organisation du système de santé.
- Une phase d'évaluation des outils et méthodes (étape 3) afin de valider leur efficacité et leur utilité pour les patients concernés. Les premiers éléments d'évaluation décrivent l'analyse des relations entre professionnels et l'impact dans les prises en charge patient.<sup>6</sup>

<sup>1</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste\\_20170005\\_0000\\_0031.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-05/ste_20170005_0000_0031.pdf)

<sup>2</sup> Afin de répondre à ce besoin, l'ANAP et l'ATIH ont développé l'outil d'analyse des Flux entre Etablissements ORFEE : <http://www.scansante.fr/applications/flux-entre-etablissements-orfee>

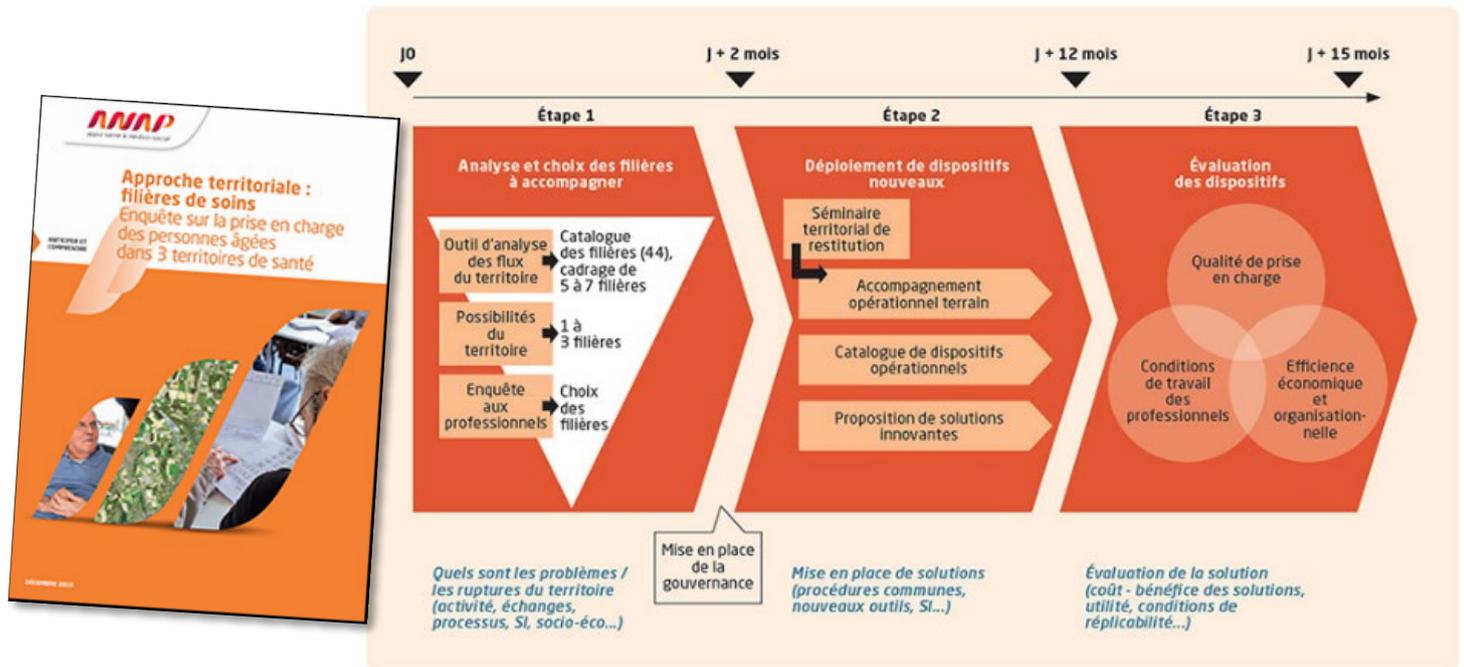
<sup>3</sup> Outil de priorisation disponible en annexe

<sup>4</sup> Voir exemples d'enquête en annexe

<sup>5</sup> Voir exemples en annexe « séminaires territoriaux »

<sup>6</sup> Les éventuelles analyses médico-économiques ne font pas l'objet de cette publication

Pour aller plus loin :



## 2 Enseignements

L'approche territoriale favorisant la fluidification du parcours patient et les synergies entre acteurs ne se décrète pas. Elle nécessite une implication importante des partie-prenantes (régulateur, producteurs de soins, acteurs en santé) tout en s'appuyant sur les dynamiques présentes au sein du territoire.

Les leviers de diffusion d'une approche territoriale sont :

- L'instauration d'une gouvernance « utile » contribuant au changement culturel des professionnels du territoire (*enseignements 1, 2,4, 5, 6 et 7*) ;
- L'apport de moyens financiers, humains ou matériels afin de créer de nouveaux processus de travail plus collaboratifs (*enseignements 11*) ;
- Le choix d'outils apportant un ou plusieurs bénéfices immédiatement mesurables par les professionnels ou les patients (gain de temps, amélioration de la connaissance, fiabilisation du processus d'échange d'information, ...) (*enseignements 8, 9 et 12*) ;
- Un appui tout particulier pour accompagner les professionnels dans l'usage des outils nouveaux permettant l'intégration dans les processus métiers (*enseignements 3 et 10*).

### 2.1 La démarche Filière de soins, un soutien des initiatives de territoire.

La méthode d'accompagnement Filière de soins (étapes, instances) consolide les initiatives et les dynamiques existantes. L'étape diagnostic permet d'objectiver les besoins d'amélioration et d'initier des projets partagés. A la fois, elle permet d'identifier des solutions nouvelles et d'activer et optimiser l'utilisation d'outils existants (exemple : Messagerie sécurisée de santé, ViaTrajectoire).

L'engagement des acteurs de terrain, leur mobilisation sur le développement des projets sont des caractéristiques fortes de la démarche.

L'appui de l'ANAP au travers de son action a contribué à maintenir une dynamique sur le territoire grâce à l'animation et la gouvernance territoriale mise en place dans le cadre du projet. Au-delà de son expertise métier et de l'aide qu'elle apporte pour des trouver des solutions et lever les résistances, elle a un savoir-faire en matière de conduite de projets dans des environnements multi-acteurs à large échelle.

L'engagement des acteurs de terrain, leur mobilisation sur le développement des projets sont des caractéristiques fortes de la démarche.

### 2.2 Des projets souvent précurseurs des actions et orientations des politiques publiques.

Les projets Filières de soins se sont déployés en 2013 puis en 2015. Certaines solutions identifiées anticipent les orientations des politiques publiques en termes de santé numérique ou d'organisation des services d'appui aux professionnels :

- En France, première expérimentation d'un système d'information partagé (données sociales et médico-sociales), sans double saisie (Nord-Essonne - 2013 ; Marseille - 2015)

- Proposition d'une solution numérique d'orientation support d'un « guichet unique » d'évaluation et d'orientation (Grand Lyon ; Marseille)
- Recherche guidée avec une extension du Répertoire opérationnel des ressources aux champs médico-social et social (Marseille).

Si les projets sont précurseurs, l'évolution des politiques publiques (Loi ASV, Loi de Santé), les orientations régionales des Agences régionales de santé (stratégie en santé numérique), les nouvelles organisations territoriales (Groupement hospitalier de territoire, Plateforme territoriale d'appui) intervenus au cours de la démarche vont déplacer les priorités des projets et avoir des impacts sur leur développement, leur positionnement ou leur continuité.

## 2.3 La nécessité d'un appui pour développer des projets territoriaux

L'ANAP a apporté une aide méthodologique sur les volets méthodologiques, de gestion de projets et d'animation d'une dynamique territoriale. Il ressort de cet accompagnement le besoin de poser un cadre pour faciliter l'émergence et la mise en place de projets pérennes et transposables. La mise en œuvre d'incubateurs pour le développement de projets ou de financements à l'échelle territoriale (ex : CPOM territorial, CLS...) pourrait être un axe de réflexion.

## 2.4 Le temps du projet

Le délai de 15 mois d'accompagnement par l'ANAP permet sur un temps serré, rythmé par les comités opérationnels, de s'assurer de la permanence des acteurs opérationnels et d'impulser une dynamique opérationnelle. En revanche, une asymétrie est constatée entre le temps opérationnel et le temps décisionnel :

- Le premier s'inscrit dans un objectif fonctionnel et opérationnel de développement des projets ;
- Le second s'inscrit dans un temps institutionnel, stratégique qui dépasse le cadre local du projet et peut freiner, voir suspendre les travaux conduits, en relation avec les évolutions nationales ou régionales.
- Enfin, ce temps permet d'initier les solutions, mais il n'est généralement pas suffisant pour une installation en routine.

## 2.5 Une approche ascendante et descendante

Le projet Filière de soins permet d'identifier des solutions concrètes qui répondent au besoin de fluidité du trajet de santé. En relation avec les questions de temporalité, l'intégration des initiatives portées par le terrain dans un cadre institué va favoriser leur essaimage et leur pérennité.

Le caractère décisionnel des instances du projet, le soutien fort des Agences régionales de santé, l'intégration des solutions dans sa stratégie vont conditionner leur réussite.

Lors d'une forte interaction entre les niveaux décisionnels et opérationnels tout au long de la démarche, la Filière de soins va contribuer à l'implication des professionnels terrain dans le développement des outils et favoriser leur promotion dans un cadre élargi et légitimé.

Pour exemple, l'implication des groupements régionaux E-santé est un atout des projets.

Lorsque la relation est faible, la question du portage de la solution identifiée et de sa pérennité est posée.

L'exemple de la filière de soins Marseille – Terminal Filière de soins et Recherche guidée - est illustratif avec une réflexion sur les projets en lien avec la définition de la stratégie numérique dans le cadre du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC).

Repère : SNAC

Instruction no DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans les régions NOR : AFSH1712343J Date d'application : immédiate. Validée par le CNP le 14 avril 2017. – Visa CNP 2017-54. Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles. Résumé : un appel à projets est lancé auprès des ARS afin de déployer les services numériques d'appui à la coordination au sein de leur région sur la période 2017-2021. Dans le cadre du volet numérique du programme « Territoires de soins 2021 », le volet « e-Parcours » a pour objet d'accompagner la mise en œuvre de services numériques d'appui à la coordination (SNAC) au service des organisations sanitaires, médico-sociales, sociales coordonnées au travers des dispositifs d'appui à la coordination (PTA, PAERPA, etc.). Il capitalise sur le programme « Territoire de soins numérique » (TSN). Pour accompagner la mise en œuvre des SNAC, les ARS définiront au préalable une stratégie de déploiement régionale de ces services numériques en concertation avec les acteurs de la coordination. Les ARS sélectionneront ensuite des territoires pilotes pour la mise en œuvre de ces services avant d'engager une généralisation sur tous les territoires de sa région en cohérence avec la mise en œuvre de structures polyvalentes de la coordination. Mots clés : services numériques d'appui à la coordination – territoire de soins numérique – structure de coordination polyvalente – plateforme territoriale d'appui.

**Exemple de projets s'inscrivant dans une stratégie territoriale (territoire hors Filière de soins)  
La région Occitanie porte deux projets Domoplaies et PÂSTEL, soutenus par l'ARS.**

Ils répondent aux besoins de continuité et de soutien des professionnels dans la prise en charge de patients complexes sur leur lieu de vie et de réduction des inégalités d'accès à la santé. Dans les deux cas, les projets s'appuient sur des dynamiques et des coopérations préexistantes et bénéficient d'un appui technique de groupement E-santé et de financements associés.

Ils illustrent la rencontre entre démarches ascendante et descendante, à travers laquelle, les trois niveaux de coordination sont en œuvre (autour du patient, sur un territoire et au niveau stratégiques).

**Domoplaies**

L'organisation en réseau et la coordination régionale pilotée par le réseau Cicat-Occitanie (ex Cicat-Languedoc-Roussillon), autour des plaies et cicatrisation permet la continuité de la prise en charge des patients atteints de plaies complexes sur la région ex-Languedoc-Roussillon. Depuis sa création en 1999, ce réseau régional ville-hôpital monothématique d'appui aux bonnes pratiques collabore tant avec les professionnels hospitaliers que les professionnels de ville. La mise en place du dispositif Domoplaies, projet interrégional avec la Picardie en novembre 2013 a permis le déploiement de moyens techniques améliorant l'échange d'informations entre professionnels, l'orientation des patients, l'amélioration de la continuité de la prise en charge et d'étendre l'action d'expertise du réseau au territoire régional, améliorant ainsi l'accessibilité géographique à l'expertise et aux soins.

Le dispositif Domoplaies permet l'accès à des téléconsultations, à la téléassistance et téléexpertise entre les professionnels libéraux ou équipes soignantes (établissements) directement sur le lieu de vie du patient, avec un expert en plaies et cicatrisation (médecin ou IDE expert formés).

Un protocole de coopération et un référentiel commun ont été établis, explicitant la délégation de tâches aux IDE experts (Obtention DU plaies et cicatrisation, justification de 3 ans d'expérience et formation par le réseau à l'outil de télé médecine).

Le dispositif Domoplaies comporte une centrale de coordination et de suivi (plateforme téléphonique) et un logiciel métier sécurisé (logiciel plaies et cicatrisation) pour la création du dossier patient et l'accès à un agenda partagé avec les experts (requis) via une application de téléconsultation sécurisée, interopérable sur Smartphone/tablette. La plateforme téléphonique gérée par le secrétariat médical et une IDE coordinatrice télé médecine permet d'orienter les patients (critères d'inclusion et d'exclusion mis en place) : inclusion patient dans le dispositif Domoplaies ou information et orientation vers le bon service suivant les informations décrites sur la plaie. Les IDE gèrent également l'assistance technique nécessaire pour la réalisation des téléconsultations.

### Étapes du dispositif Domoplaies



#### Moyens mobilisés

Financement via le FIR – fonctionnement du réseau : mission de coordination et activités de télémédecine

Financement via le FIR depuis 2016 : Fonctionnement du projet DOMOPLAIES (gestion de projet, maintenance et solution technique)

Financement article 36 LFSS expérimentation ETAPES (actes médicaux éligibles)

Financement via l'agence des systèmes d'information partagée (ASIP) de 2012 à 2016

Accompagnement par le GIP (Anciennement GCS)

Financements complétés par le fonds européen de développement régional (FEDER)

Temps investi par les professionnels

Formation à l'outil de télémédecine : Réalisée et financée par le réseau

#### Résultats

Le dispositif permet une amélioration de l'accès aux soins et à l'expertise sur le lieu de vie du patient. Il concourt au bien-être du patient en limitant les déplacements et le recours à l'hospitalisation. Il permet la détection d'autres fragilités, comorbidité lors des téléconsultations : prise en charge globale des patients.

Pour les professionnels, la continuité ville-hôpital est soulignée une amélioration du flux et la fiabilité des informations sans double saisie. Le dispositif soutient les pratiques et le développement des compétences sur la prise en charge des plaies complexes, en particulier auprès des infirmiers libéraux, moins isolés.

Pour en savoir plus : Réseau Cicat-LR : <http://www.cicat-lr.org/>

### **Le programme Télémédecine PÂSTEL**

Il vise à dynamiser l'offre de soins sur les territoires en soutenant et en organisant le développement des usages de la télémédecine au service de la prise en charge des personnes âgées.

Ce programme préfigure les orientations du plan gouvernemental qui sera mis en œuvre dès 2018 (Plan gouvernemental d'accès territorial aux soins et Stratégie Nationale de Santé 2018-2022), et s'intègre dans une des priorités opérationnelles du volet e-santé du Projet régional de Santé 2018-2022 en Occitanie.

Le programme PÂSTEL a pour but d'améliorer l'accès aux avis spécialisés dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et/ou polyopathologiques, résidant dans des établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) ou prises en charge par des professionnels de santé libéraux regroupés en maison ou en centre de Santé.

Les modalités de prise en charge se réalisent dans le respect du cadre réglementaire de la pratique de la télémédecine (décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine).

La prescription de l'acte de télémédecine doit obligatoirement être réalisée par le médecin traitant. La demande est ensuite dématérialisée par les équipes des EHPAD et des maisons et centres de santé pour être transmise au professionnel médical requis par le biais de la plateforme régionale télémédecine portée par le GIP e-santé Occitanie.

Les établissements participant à l'expérimentation sont équipés d'un écran, d'une caméra et d'un micro leur permettant de réaliser les séances de visioconférence (téléconsultation ou télé-expertise). Chaque acte donne lieu à un compte rendu, accessible sur la plateforme et envoyé systématiquement au médecin traitant par courrier postal ou messagerie sécurisée.

Le programme repose sur différents principes tels que :

- L'activité de télémédecine repose sur un seul projet médical commun et partagé entre les acteurs du territoire ;
- L'activité de télémédecine est complémentaire à une prise en charge en présentiel et ne se substitue pas à celle-ci ;
- L'activité respecte la gradation des soins : 1er recours ; recours territorial ; recours régional ;
- La prise en charge par télémédecine est réalisée avec des établissements référents devant se trouver au plus près du lieu de vie des personnes âgées (filière gériatrique et psycho-gériatrique)
- L'activité est programmée : l'usage de la télémédecine doit participer au suivi des prises en charge des personnes âgées et non pas répondre à des situations d'urgence.

Le programme PÂSTEL, piloté par l'ARS, a été expérimenté sur deux territoires pilotes : Tarn et Lot.

Les conditions favorables de mise en œuvre :

- Projet construit sur la base des coopérations existantes sur le territoire et intégrant des structures et établissements (publics, privés) positionnés sur l'ensemble d'un département ;
- Projet élaboré par les acteurs territoriaux métiers et institutionnels (Conseil départemental, URPS, Conseil de l'ordre des médecins, Assurance maladie) ;
- Processus de déploiement défini et ajusté selon les retours d'expérience des territoires pilotes ;
- Accompagnement de proximité : piloté par l'ARS (DDARS, pôle SIS) et réalisé par le GIP e-santé Occitanie permettant le cadrage, le déploiement opérationnel et technique, l'animation et le suivi du projet territorial ;
- Accompagnement financier des établissements et structures pour l'aide à l'installation matérielle : crédits FIR alloués selon des critères d'éligibilité définis à partir notamment de données relatives à la facilité locale d'accès aux ressources médicales ;

- Utilisation d'une plateforme régionale dédiée à l'activité de télémédecine ;
- Tarification des actes de télémédecine pour les professionnels médicaux requis. Le programme PÂSTEL s'inscrit dans le périmètre de l'expérimentation nationale de tarification des actes de télémédecine ETAPES (arrêté du 28 avril 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2014, portant sur le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou télé expertise).

#### **Indicateurs quantitatifs**

- Nombre de départements déployés
- Nombre de structures et établissements participant au programme sur chaque département
- Suivi de l'activité télémédecine réalisée sur chaque département déployé (nombre de téléconsultations et de télé-expertises réalisées, nombre de patients pris en charge par télémédecine, nombre de transports évités, nombre d'hospitalisations programmées).

#### **Résultats et perspectives**

Les usages de la télémédecine ont débuté sur le territoire tarnais en juin 2016. Le projet implique cinq établissements de santé du territoire, un établissement régional (CHU Toulouse, Gérontopôle), 19 EHPAD, une USLD et une maison de santé pluri professionnelle. Les recours télémédecine disponibles sont la gériatrie, la géronto-psychiatrie, la cardiologie et les plaies complexes. Au 31 décembre 2017, plus de 200 actes ont été réalisés depuis son lancement. Suite à ces expérimentations, une méthodologie de déploiement a été définie, des outils opérationnels construits et des recommandations émises au sein d'un guide.

L'objectif étant pour chaque département d'Occitanie dans les 5 ans à venir :

- Élaborer une organisation de la prise en charge de la personne âgée par télémédecine construite dans le respect d'un cadre de déploiement régional et partagée entre tous les acteurs.
- Déployer et accompagner, selon une méthodologie prédéfinie issue de ces deux expérimentations (guide PÂSTEL), les usages de la télémédecine sur le territoire.

## 2.6 Une action nécessaire à trois niveaux : clinique, territorial et institutionnel

Les conditions de la coordination sont contraintes à l'interdépendance des acteurs, chacun œuvrant dans des cadres singuliers (missions ; réglementation ; tutelles ; diversité des modes de financement; systèmes d'information spécifiques).

La prise en charge des patients désormais modélisée par parcours s'accompagne donc de l'objectif de coordonner les acteurs en plaçant le patient au centre du système de santé et à trois niveaux : structurel, organisationnel et clinique.

Les actions mises en œuvre doivent ainsi trouver une cohérence à ces trois niveaux :

- **Clinique** : autour du patient-usager, en accompagnant les pratiques des professionnels (formation, soutien des utilisateurs, concertation etc.)
- **Territorial** : c'est le niveau des établissements et des services (soutien des directions, dotation de moyen : plan de formation, investissement dans les systèmes d'informations, inscription des solutions produites dans un processus organisationnel)

- **Institutionnel** : c'est le niveau des décideurs politiques, relations des projets avec les stratégies départementales et régionales, accompagnement des changements structurels, allocation de ressources.

## 2.7 La convergence des dispositifs d'appui

Le comité opérationnel des parcours, organisé au niveau national et piloté par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales officialise les travaux sur la convergence des dispositifs de coordination en 2016. L'objectif de convergence répond au besoin du premier recours d'accès unique et de simplification, de souplesse et décloisonnement pour faciliter les articulations entre acteurs de la coordination. Cet objectif s'accompagne d'une convergence opérationnelle (moyens, système d'informations, lieu) soutenue en proximité par l'ARS et le Département. Le développement des solutions d'orientation pourrait soutenir cette réflexion, *a minima*, à partir des travaux réalisés. Leur reprise dans cet objectif leur conférerait une plus-value et un partage territorial sur les parcours des personnes en situation complexe.

### **Focus sur la convergence des dispositifs :**

#### **Exemples des Vosges (hors filière de soins)**

L'ARS Grand Est a mis au centre du développement des PTA la convergence des dispositifs dans une vision intégrative : Dispositif RAG – Réseau d'appui aux généralistes sur Strasbourg qui réunit PTA et MAIA ; Projet d'évolution de PAERPA en PTA à Nancy.

**Sur le territoire des Vosges**, la parution du décret relatif aux plateformes territoriales d'appui (PTA) en 2016 a fait levier pour conduire une réflexion partagée sur la convergence des dispositifs d'appui et une organisation territoriale intégrée. Les années 2016 et 2017 ont été dédiées à la préfiguration du projet.

L'ARS Grand Est a invité la MAIA et la filière gériatrique portée par le Centre hospitalier Ouest Vosgien à se positionner sur le projet de PTA. Un rapprochement opérationnel a lieu avec l'association vosgienne des réseaux de santé (AVRS) regroupant quatre réseaux et l'URPS Médecins libéraux.

L'objectif principal de préfiguration du projet de PTA, financée dans le cadre du fonds d'intervention régional de l'ARS, est la collaboration de tous les acteurs de la coordination et des acteurs de terrain. Le but est de répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients en situation complexe et de viser l'intégration des services.

La configuration prévoit une gouvernance partagée entre l'association vosgienne des réseaux de santé, la MAIA et l'URPS Médecins libéraux, traduisant la volonté de l'ARS Grand Est, pour une mise en œuvre en mars 2018.

Le projet de PTA est envisagé comme une plateforme de services de coordination, MAIA, les réseaux en étant les composantes. Ce choix permettra une complémentarité des connaissances et compétences.

### **Exemple de Marseille : une organisation transversale au sein de l'ARS**

La mise en place de la mission Services d'appui à la coordination (SACO) au sein de la direction des soins de proximité de l'ARS PACA Attachée à la Direction des soins de proximité créée en juillet 2017, la mission SACO a été mise en place sur l'objectif de convergence des dispositifs d'appui à la coordination.

Mission transversale, elle assure des liens entre les différentes directions de l'ARS et auprès des partenaires porteurs de dispositifs (CARSAT, Conseils départementaux, Assurance maladie, communes, etc.). La mission SACO permet de réfléchir différemment et de manière décloisonnée à l'organisation des services d'appui à la coordination des parcours en définissant une stratégie sur le territoire.

Elle pilote et organise la réflexion sur le développement des PTA expérimentées depuis 2013 dans le cadre d'une évolution des réseaux de santé, bien avant la généralisation prévue par l'article 74 de la loi de santé 2016.

Elles sont positionnées comme « chefs d'orchestre », sur le principe de subsidiarité avec un rôle central auprès des médecins généralistes et de leurs partenaires libéraux.

Deux grandes missions sont confiées aux PTA : offrir un soutien direct et concret aux professionnels ; contribuer à mieux organiser l'offre du territoire en soutenant les pratiques professionnelles (mission de veille territoriale en articulation avec MAIA).

Une réflexion l'organisation avec les autres services d'appui plus spécialisés est en cours : bilan des services d'appui à la coordination et articulation des missions ; animation du club PTA réunissant les PTA, MAIA et les représentants des professionnels libéraux ; processus partagés (orientation et langage communs) ; la gouvernance « parcours » : une gouvernance rationalisée et lisible pour les acteurs. L'URPS médecins libéraux, signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, assure un rôle de co-animation dans le développement des PTA. Il s'agit de s'assurer de la bonne adaptation des missions et des organisations des PTA sur les territoires aux besoins des professionnels libéraux de proximité.

**Repère : Les plateformes territoriales d'appui**

Art. D. 6327-1 du Code de la santé publique

L'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes comprend trois types de missions

1° L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ;

2° L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient. Cette mission comprend :

a) L'évaluation sanitaire et sociale de la situation et des besoins du patient ainsi que la synthèse des évaluations ;

b) L'appui à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle ;

c) La planification de la prise en charge, le suivi et la programmation des interventions auprès du patient, dont l'organisation des admissions et sorties des établissements, en veillant à favoriser le maintien à domicile ;

d) L'appui à la coordination des interventions autour du patient ;

3° Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

## 2.8 La réduction de la complexité

La complexité ne relève pas seulement de l'environnement immédiat de la personne. La complexité est tout autant liée à l'organisation du système de santé et du système local de prise en charge.

Ainsi, **deux types de besoins complémentaires en termes de lisibilité « qui fait quoi » sont relevés à travers les projets filières de soins :**

- Au niveau clinique : une lisibilité autour du patient-usager (besoins multidimensionnels, intervenants mobilisés) ;
- Au niveau organisationnel : une lisibilité des ressources territoriales et leur modalité d'accès.

Les territoires Filière de soins s'appuient sur des dynamiques et des solutions qui répondent à cet enjeu :

- **Accompagnement multidimensionnel** : Dispositif IMPACT à Chambéry : parcours de soins renforcés pour des personnes en situations complexes ; Permanence d'un représentant de l'équipe médico-sociale du Conseil départemental de l'Oise au Centre hospitalier de Beauvais pour l'accès à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ; Fiche de liaison Hôpital-Carsat (Eure-et-Loir)
- **Fiche de liaison dématérialisée et partagée** (Terminal Filière de soins de Marseille, Dossier de liaison global Nord Essonne)
- **Optimisation de ViaTrajectoire** (Profil-type patients et annuaire qualifié (Eure-et-Loir) ; temps d'une IDE sur l'aide au remplissage (Centre hospitalier de Beauvais)).
- **Recherche guidée** (Marseille)
- **Accès aux expertises** : permanence téléphonique gériatrique (Charolais-Brionnais, Oise-Ouest), repérage des fragilités lors d'une hospitalisation (Marseille, Oise-Ouest), Évaluation gériatrique en Officine (Oise-Ouest).

Le développement du Dossier médical partagé, les échanges d'information facilités et sécurisés entre professionnels de santé et professionnels du secteur social et médico-social (décret n° 2016-994), le déploiement du Répertoire opérationnel des ressources, l'adaptation des actions aux territoires soutiennent le besoin de coordination ville-domicile-hôpital.

En cela, les projets Filières de soins contribuent à optimiser l'usage de ces différents outils et à favoriser des interventions intégrées au-delà des cloisonnements administratifs, financiers, tutélares ou professionnels.

## Focus sur le Dossier médical partagé – Expérimentation en Haute-Garonne

La loi de Modernisation du Système de santé prévoit la généralisation du Dossier médical partagé, pour les bénéficiaires de l'assurance maladie. Son déploiement confié à la Caisse nationale d'assurance maladie est expérimenté sur 9 départements.

Le décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 décrit les conditions du déploiement du DMP.

Une matrice d'habilitation définit le type de documents auxquels chaque professionnel de santé peut accéder.

En Haute-Garonne : Plus de 48 000 DMP créés, 8 400 alimentés (données Haute-Garonne - octobre 2017).



Le dossier médical partagé (DMP) est un carnet de santé numérique sécurisé regroupant les informations utiles à la prise en charge. En 2017, les assurés sociaux peuvent créer leur DMP en ligne (<https://www.mon-dmp.fr/fr/>). Il permet de partager des données de santé entre professionnels : antécédents, allergies, traitements, comptes rendus d'hospitalisation, de consultation, résultats d'examen. Ces pièces jointes peuvent être intégrées directement dans le DMP sous format PDF. Pour y accéder, la carte professionnelle de santé (CPS) contenant l'identifiant du professionnel de santé (numéro RPPS) est obligatoire. L'utilisateur a accès à son DMP et contrôle l'accès en choisissant les professionnels autorisés à le consulter. Les établissements doivent être outillés d'un connecteur

rendant possible l'interopérabilité entre leur logiciel métier « dossier patient informatisé » et le DMP, afin de l'alimenter en informations médicales. En région ex-Midi Pyrénées, certains établissements pilotes sont équipés des connecteurs rendant possible l'interopérabilité entre le DMP et leurs logiciels métiers (dossier patient informatisé).

Le déploiement de l'outillage doit être mis en place sur la région ex Languedoc-Roussillon afin de déployer ce dispositif sur la totalité de la nouvelle grande région Occitanie.

### Résultats pour les patients / usagers

- Accès aux données de sa prise en charge
- Amélioration de la prise en charge : facilite le suivi, coordination des professionnels
- Évite les interactions médicamenteuses

### Résultats pour les professionnels de santé

- Partage sécurisé des données de santé, échange d'information pour la coordination de la prise en charge
- Accès direct aux données concernant le patient
- Gain de temps
- Coordination ville-hôpital renforcée

A ce stade, le dossier médical partagé est réservé aux professionnels de santé.

La matrice d'habilitation nécessite une évolution afin d'intégrer l'accès aux échanges d'informations du DMP aux acteurs des domaines médico-social et social

## 2.9 Les patients-usagers et aidants : des acteurs centraux de la coordination (sur la base d'une enquête qualitative).

L'expression des patients-usagers et aidants confirme les éléments de diagnostic des professionnels.

L'expérience singulière de la trajectoire de santé est illustrative des besoins d'amélioration en termes de lisibilité de l'offre et de partage d'informations.

Les patients-usagers et aidants interrogés recherchent en priorité des informations sur les aides financières et les aides à domicile. Ils ne savent pas d'emblée vers qui s'adresser et n'actionnent généralement pas leur droit au moment où ils auraient pu y prétendre.

**La première ressource mobilisée est l'entourage.** L'autonomie socioculturelle des patients-usagers et des aidants, leurs capitaux relationnels et éducatifs font leviers dans leur parcours ce qui est un facteur potentiel d'inégalité en termes d'accès aux droits et à la santé.

L'insuffisance de coordination entre professionnels et services est signalée comme une difficulté, due principalement à une dispersion des informations. Les témoignages illustrent des passages aux urgences évitables de ce fait.

La perception d'une rupture est évoquée à la sortie de l'hôpital ; d'une prise en charge globale, intégrée, tout est à organiser à domicile avec des intervenants multiples. Si le médecin traitant est identifié comme la ressource de proximité, les personnes repèrent un manque de temps et de connaissance des ressources pour assurer efficacement la fonction de coordination.

**En cela, les aidants et les patients-usagers se reconnaissent comme les premiers acteurs de la coordination du parcours et de la transmission d'information.**

Reflet de notre système d'aides à fondement administratif, ils témoignent du caractère chronophage des tâches administratives, sources d'épuisement, et de la charge financière inhérente à la prise en charge. Les personnes enquêtées observent une absence de solutions répondant conjointement à leurs différents besoins (sanitaires, médico-sociaux et sociaux).

**Une attente simple, des solutions qui facilitent le quotidien :** les officines de ville comme relais d'information ; une aide administrative au long cours ; un accès internet à un répertoire unique des ressources ; un numéro unique ; une centralisation des informations sur la carte vitale sont des pistes qu'ils proposent.

## 2.10 Les cultures professionnelles et le besoin d'accompagnement

Les solutions définies font leur preuve d'une utilisation optimisée lorsqu'elles s'inscrivent et soutiennent les organisations. La production du changement nécessite un accompagnement dans leur mise en œuvre, par exemples :

- Accompagnement des équipes dans le repérage des fragilités et intégration des outils sur les logiciels métiers ou patients ;
- Communication et diffusion de l'information aux utilisateurs ;
- Inscription dans un processus organisationnel : exemple d'optimisation de l'utilisation de ViaTrajectoire pour fluidifier les orientations en services de soins de suite et de réadaptions par du temps infirmier dédié.

Enfin, la modélisation des besoins en termes d'orientation peut rencontrer des freins : crainte d'une réponse automatisée vs réponse « sur-mesure », humaine ; crainte de la substitution des professionnels par un outil. En cela, la communication et la pédagogie autour du projet sont essentielles.

## 2.11 Les moyens alloués au projet

Il ressort des travaux menés la nécessité d'avoir des professionnels disposant d'une compétence en gestion de projet pour mener à bien ces projets à l'échelle territoriale.

L'enjeu est également de passer d'un mode projet porté des leaders historiques des projets à un fonctionnement pérenne avec des moyens dédiés (ex : coordinatrice du Pôle santé dans le sud-ouest mayennais) et des financements pérennes. Les moyens additionnels portant sur les fonctions de coordination sont repérés comme facteur facilitateur de développement et d'installation des projets.

## 2.12 L'intégration et l'utilisation des outils sur un territoire sont liés à plusieurs critères :

- **L'appropriation par les acteurs** : les outils sont utilisés lorsqu'ils sont co-construits par les futurs utilisateurs ou qu'ils sont accompagnés (sensibilisation, formation des utilisateurs). La Fiche de liaison AS-Carsat en Eure-et-Loir, outil simple d'échanges d'information est qualifié d'outil phare, car il répond à un besoin précis du parcours patients et permet d'anticiper des ruptures du fait de problématiques socio-administratives.
- **Les outils doivent s'inscrire dans des processus organisationnels** tenant compte de l'exercice quotidien des professionnels et leur venir en appui, dans un contexte de tension des ressources humaines de l'exercice de leur métier.
- **La communication et la pédagogie autour des projets** : fonctions essentielles, elles interviennent à chaque niveau d'acteur : décisionnel pour une implantation validée et organisée, technique pour leur diffusion et la compréhension de leur utilité dans le parcours patients.
- **La stratégie régionale voire nationale** : l'alignement des projets de terrain avec les orientations régionales et nationales en matière de santé et la prise en considération des initiatives de terrain par les tutelles permettent de bénéficier d'un soutien institutionnel renforcé et de faciliter la pérennisation et l'ancrage local des projets.

- Ainsi, l'adoption de solution régionale ou nationale sécurise dans la durée leur développement sur un territoire. Sur Oise Ouest et les Hauts-de-Chambéry, la messagerie sécurisée de santé s'intègre dans une stratégie régionale de santé. Cette solution trouve d'emblée un soutien institutionnel à l'inverse des solutions créées. Elle est déployée auprès des acteurs de la ville et l'hôpital, et dans un second temps auprès des acteurs sociaux et médico-sociaux.
- Dans ces cas, l'outil créé au niveau régional et national vient en appui des projets Filière de soins. **Cette stratégie apparaît comme plus favorable que le développement des solutions créées ad hoc, car elles s'inscrivent d'emblée une stratégie plus globale des territoires et ont une légitimité (labellisation ASIP Santé, stratégie numérique régionale ...).** Le second élément favorable est leur intégration dans des processus organisationnels définis.
- L'exemple du terminal Filière de soins marseillais est illustratif de la relation entre les initiatives Filière de soins « approche ascendante » et le déploiement de la stratégie régionale de santé numérique « approche descendante », le niveau opérationnel pouvant alimenter le niveau stratégique, le niveau stratégique pouvant conférer un cadre de déploiement institutionnel et élargi aux initiatives filière de soins. Sans ce point de rencontre, à l'exemple de Nord Essonne, la solution peut difficilement se pérenniser sur un territoire.

Les expériences occitanes indiquent que les solutions s'inscrivent en local lorsqu'elles bénéficient d'un accompagnement de proximité durant les phases de cadrage, de déploiement et de suivi des usages par l'ARS.

Au-delà de la généralisation pour le parcours Personnes âgées sur l'ensemble du territoire occitan, deux perspectives d'évolution du programme ont été identifiées :

- Son adaptation pour que la télémédecine vienne également en appui d'autres prises en charge que celles de la personne âgée. Ainsi, cette démarche d'accompagnement par les équipes de l'Agence et du GIP e-santé Occitanie va être élargie dans le cadre du Projet Régional de Santé 2018-2022, pour venir en appui des parcours prioritaires Handicap, Santé mentale, Cancer et Santé des jeunes, des filières de prise en charge des malades chroniques.
- Son complément afin de garantir un ancrage des usages dans le temps. En effet, les premiers retours des territoires pilotes ont mis en évidence une difficulté à maintenir une dynamique télémédecine territoriale dans le temps. Un levier identifié sur ce sujet vise à intégrer les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) dans le programme PÂSTEL. Celles-ci pourraient alors remplir la mission de coordination de l'ensemble des activités territoriales programmées de télémédecine.

## 3 Mise en œuvre de la méthode « filières de soins »

### 3.1 Gouvernance des projets

La gouvernance des projets varie également en fonction des territoires et du périmètre des projets.

La gouvernance mise en place dans la cadre des instances du projet filière de soins a été fortement portée par un niveau organisationnel et technique. Le niveau stratégique a été inégalement présent ce qui a pu freiner le développement de certains outils.

- **Une gouvernance portée par un collectif d'acteurs, des coopérations préalablement existantes : cette configuration est porteuse car elle mobilise d'emblée des acteurs clés.**

#### Illustration

- Le projet mayennais a été pensé dès l'amont par des professionnels libéraux, hospitaliers, des élus et des usagers, ce qui a permis de structurer progressivement une gouvernance embarquant un large panel d'acteurs de l'écosystème santé.
- De même, la gouvernance du projet IMPACT s'appuie à la fois sur les professionnels du Pôle santé, le Conseil départemental de Savoie, l'ARS AURA et la ville de Chambéry.
- La gouvernance marseillaise s'est appuyée sur la filière gérontologique et le soutien de l'ARS, présente avec le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, ce qui a permis une intégration des projets à un niveau plus stratégique (Portail de santé PACA). Cette implication est structurante, l'effet est un alignement du déploiement en phase avec la stratégie de l'Agence, ce qui décale le calendrier de déploiement de certaines actions.
- Ces gouvernances structurées en plusieurs niveaux et impliquant un large panel d'acteurs semblent garantir un ancrage durable des projets sur les territoires et permettre l'adaptation continue des orientations aux besoins du territoire.

- Une gouvernance technique incarnée par les Comités opérationnels filières de soin ou un leader :

#### Illustration

- Sur Nord Essonne, la gouvernance du projet a été soutenue par le Conseil départemental de l'Essonne et l'ARS. Le départ du référent de l'ARS et la priorité du Groupement hospitalier Nord Essonne sur le GHT a amoindri la gouvernance et a affaibli le portage du projet sur le territoire.
- **Un positionnement stratégique des projets à clarifier pour un alignement avec les orientations des Agences régionales de santé.** En 2015, le projet de solution d'orientation numérique est novateur et anticipe les orientations des politiques publiques. Préfigurateur d'une plateforme territoriale d'appui à Marseille sur une région les expérimentant et visant l'organisation de la continuité des parcours complexes sur le Grand Lyon, les deux projets sont intervenus en amont de la loi de modernisation de notre système de santé. Sur Lyon, le projet trouve difficilement son positionnement territorial, malgré un intérêt perçu par les acteurs hospitaliers en particulier les Hospices civils de Lyon, qui ont souligné l'intérêt de GEOD dans la perspective d'une mise en relation facilitée avec les services à mobiliser pour sécuriser le retour à domicile et ainsi gagner en temps. Sur Marseille, le projet est en test, l'ARS reconnaît son intérêt en termes de processus mais oriente les PTA sur un niveau de réponse qualifiée.

- Dans le cas de l'Oise Ouest, avec la nouvelle région Hauts de France, l'ARS s'est distancée du projet. Le projet d'une plateforme d'information et d'orientation via un portail Web à destination des professionnels et des usagers, formalisé avec l'appui du GCS e-santé de Picardie a été suspendu pour être repris dans un le cadre du développement du ROR et des outils MAIA, à la demande de l'ARS. En revanche, l'ARS soutient le projet de développement de la messagerie sécurisée de santé dans le cadre de filière de soins.
- Sur 4 territoires, on observe une forte implication de l'hôpital pivot du territoire, acteur central du projet : Charolais-Brionnais, Eure-et-Loir, Oise Ouest.
- Sur Eure-et-Loir, le projet a été lancé par l'ARS Centre-Val de Loire et la Fédération hospitalière de France. L'ARS a été présente, mais le départ du leader du projet, médecin hospitalier a été un facteur d'un moindre portage des projets et est perçu comme un élément de discontinuité sur certaines actions.

- **Une gouvernance mixte** : les institutions sont présentes et soutiennent les projets dans leurs institutions, donnent des orientations ou anticipent le devenir des projets.

#### Illustration :

- Le territoire du Charolais-Brionnais a bénéficié d'un fort soutien institutionnel et d'une gouvernance partenariale déjà en œuvre (Pays, CLS), qui a soutenu la dynamique Filière de soins. « *La constitution du pilotage à travers un COMOP dans lequel sont présents les élus de la région, du département, la vice-présidente du réseau, l'ARS amène une légitimité au projet* ». « *On voyait véritablement l'investissement de l'hôpital, ils ont été très investis, ce qui est très rare, de l'assistante sociale au cadre de santé* ». (acteurs Charolais-Brionnais)

**Focus sur le dispositif de gouvernance et de mobilisation des acteurs en Mayenne :**

Dès le lancement du projet en 2005, les médecins libéraux associés au CHLSOM ont pris l’initiative d’organiser en mai 2005 un colloque prospectif sur le système de santé local dans 10 ans qui a rassemblé près de 80 professionnels de santé. Parallèlement, dans le cadre du SROS 3 en 2005, ils ont organisé trois réunions publiques réunissant près de 200 usagers du territoire. Les échanges avec les professionnels et les usagers ont convergé vers la même conclusion : la nécessité de mettre en place un exercice regroupé entre professionnels libéraux intervenant à l’hôpital pour maintenir l’hôpital local et une activité de ville.

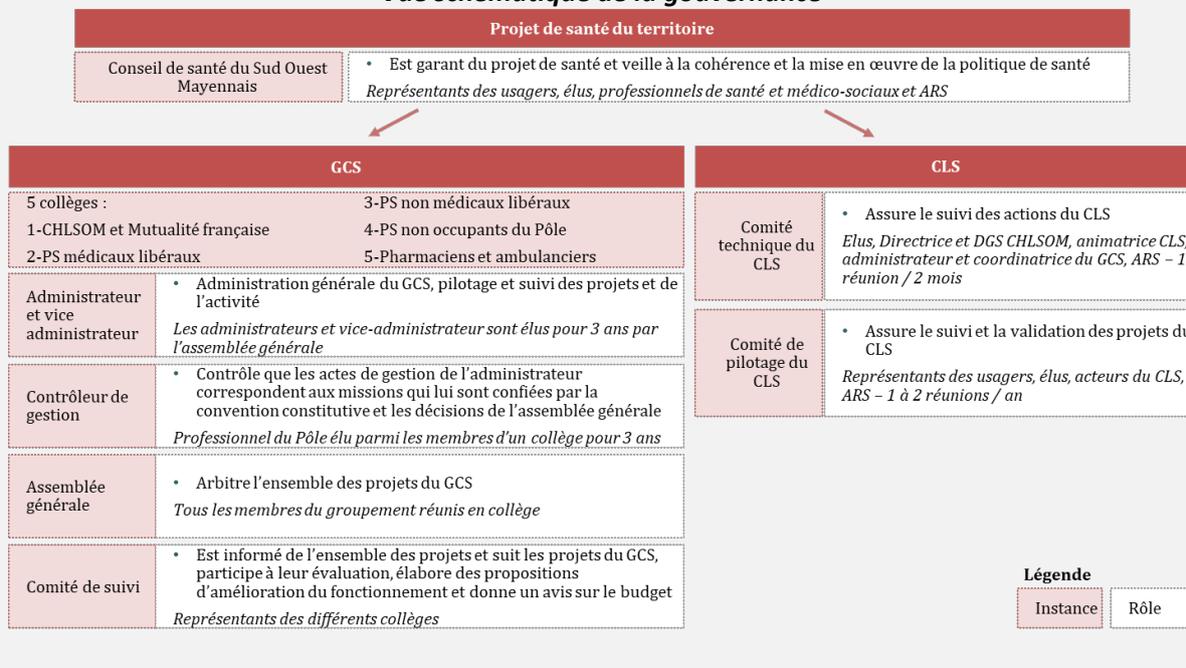
Pour réfléchir à un projet de santé de territoire cohérent avec les besoins à l’échelle des communautés de communes, le groupe de travail s’est rapproché des élus locaux. Des consultants ont accompagné l’élaboration d’un diagnostic territorial et du projet de santé qui a abouti à un préprojet en 2009 et à une version finale du projet local de santé du Sud-Ouest Mayennais en 2011, après des travaux intégrant les élus, les usagers, les médecins et professionnels libéraux et l’hôpital.

A partir de 2009, les professionnels de santé, élus et usagers ont souhaité créer une structure juridique afin de soutenir la mise en œuvre du projet de santé. Le choix s’est orienté sur un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de droit privé afin de rassembler dans une même entité des professionnels libéraux, un hôpital, la Mutualité française et de faire de la mutualisation (moyens techniques, équipements, locaux, etc.).

L’historique de création du projet de santé de territoire, du GCS et de la mise en place du Pôle santé a permis de structurer une gouvernance de santé locale impliquant tous les acteurs de la prise en charge : les soignants (professionnels libéraux et hospitaliers), les élus et les usagers, ainsi que les tutelles.

Cette gouvernance pluridisciplinaire facilite grandement la mise en place de projets à l’échelle du territoire et partagés par tout l’écosystème santé.

**Vue schématique de la gouvernance**



Par ailleurs, l'implication des organisations représentatives des professionnels libéraux dans les territoires impacte favorablement le développement des relations ville-hôpital. Elles ont souvent été mobilisées comme précisé dans le tableau suivant :

*Implication des organisations représentatives des professionnels de santé libéraux*

	Nord Essonne	Oise Ouest	Hauts de Chambéry	Eure- et-Loir	Grand Lyon	Marseill e	Charolais Brionnais	Mayenne
URPS ML								
URPS IDEL								
URPS Pharmacien								
FEMAS*								

\*Fédération des Maisons de Santé

## 3.2 S'appuyer sur l'expérience utilisateurs

Si les territoires analysés se sont tous dotés d'outils spécifiques aux projets, ceux-ci présentent des niveaux d'utilisation variables en fonction de leur degré d'appropriation par leurs utilisateurs. Ainsi l'utilisation des outils semble largement corrélée à l'accompagnement dont ont bénéficié les utilisateurs et l'utilité des outils sur l'amélioration des prises en charge.

Des outils cliniques, organisationnels ou territoriaux qui ont un potentiel stratégique.

### Illustration

- Sur le territoire d'Eure-et-Loir, la réalisation de la cartographie ciblée des capacités et des compétences des établissements sanitaires autorisés sur des filières cancérologie clarifie l'offre du territoire. Elle est repérée comme un outil stratégique dans la gestion des compétences territoriales (ex : absence d'un pneumologue sur un centre hospitalier questionne l'orientation du patient sur Chartres ou Ile-de-France et va mobiliser de l'expertise d'un autre centre hospitalier) ou d'organisation de la subsidiarité entre les niveaux de recours. La réalisation de cet outil « *a permis de clarifier les places de chacun et qu'on se mette d'accord, d'être un peu visionnaire aussi de ce qui allait se passer dans l'avenir* ». (acteur Chartres).
- Le travail de cartographie fonctionnelle des intervenants dans le parcours du patient-usager inclus dans le dispositif IMPACT du quartier des Hauts de Chambéry a permis de positionner le dispositif dans son territoire.
- Le repérage des fragilités (TAGRAVPA) initié à Marseille, à la suite de l'expérimentation conduite par un médecin-gériatre de l'AP-HM, connaît un déploiement structure par structure, dépendant de la décision des directeurs hospitaliers et services d'accueil et des urgences concernés. Son extension lui confère un potentiel territorial et stratégique : lien ville-hôpital, évitement des réadmissions précoce, anticipation de la dégradation de santé des patients âgés. La consolidation et l'analyse des données issues de la grille, des conduites à tenir adressées par les médecins-géiatres aux médecins traitants et des plans de soins produits à la suite pourraient soutenir une visée stratégique d'amélioration du parcours patient âgé à l'échelle du territoire, à la condition de définir des moyens dédiés à cette évaluation.
- Les constats réalisés grâce à la permanence gériatrique sur le Charolais-Brionnais ont permis d'identifier des besoins non couverts et d'aboutir à une extension de six places en court séjour gériatrique au sein du Centre hospitalier de Paray-le-Monial pour gérer des périodes de tension, la mise en place d'un gestionnaire de lits afin de mieux appréhender l'orientation vers l'hôpital ainsi qu'une cellule « *fiche d'évènement indésirable des parcours territoriaux* ».

### 3.2.1 Un élément facilitateur : des outils existants au niveau régional et national intégrés dans les projets

#### Illustration

- Sur le territoire des Hauts-de-Chambéry, 25 professionnels de santé du territoire sont équipés en 2017 du logiciel métier WEDA (8 médecins, tous les Intervenants Cliniques d'Appui du dispositif IMPACT, 6 infirmières libérales, 6 kinésithérapeutes et les pharmacies du territoire). L'implantation d'une solution numérisée et partagée à l'initiative du pôle de santé est exemplaire, dans le sens où elle s'inscrit dans le processus organisationnel d'IMPACT, soutient les pratiques pluri-professionnelles et participe du partage d'informations. L'accompagnement des utilisateurs et la mobilisation des compétences du GCS SISRA ont favorisé son utilisation en routine.
- Sur Oise Ouest, entre février, date de sa mise en œuvre et août 2017, l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé est en progression continue (+ 70 % de mails reçus). Les indicateurs de suivi du projet concernent des résultats quantitatifs : Taux de médecins équipé d'une messagerie sécurisée ; Taux de prescripteurs hospitaliers utilisateurs de la MSS, nombre de mail médicaux envoyés et reçus. Mais également, des indicateurs de partage d'informations : par service, taux de comptes rendus d'hospitalisation et comptes rendus opératoires transmis le jour de la sortie ; taux d'information au médecin traitant en cas d'hospitalisation.
- Sur Eure-et-Loir, l'utilisation du protocole de préparation de chimiothérapie inter-hospitalière produit des effets. En 2016, le CH de Chartres observe une baisse de sa file active et une progression de prise en charge au domicile du patient de 23% avec un retour de l'HAD très positif. Circuit sécurisé, chaque patient a un dossier spécifique à son domicile, les centres hospitaliers suivent les chimiothérapies. Les impacts sont visibles pour les patients qui évitent de se rendre à l'hôpital.

### 3.2.2 Des outils en expérimentation ou en développement

#### Illustration

- Sur le Charolais-Brionnais, la fiche de liaison « de Chez Moi à l'hôpital », portée par le patient lors d'une hospitalisation, est expérimentée en 2017 par une maison de santé pluriprofessionnelle, des services d'aide et de soins à domicile et le Centre hospitalier de Paray-le-Monial. Elle est promue et diffusée par l'association ResoClic.
- A Marseille, le Terminal de soins est intégré au Portail de santé PACA. Malgré cette assise, seules trois structures sont utilisatrices (Réseau Santé croisé, centre départemental gérontologique et Hôpital d'instruction des armées Lavéran (avec des restrictions)). Les raisons sont le coût de modification des logiciels métiers, les contraintes de sécurité. Une possible extension aux services du domicile est envisagée à partir de la plateforme DÔME (plusieurs logiciels utilisés par des SSIAD, SAD, SPASSAD et HAD). DÔME envisage un accompagnement des services d'aide à domicile sur la gestion et la qualité des données en vue de permettre leur migration sur le terminal. Néanmoins, la présence des acteurs hospitaliers est estimée comme prépondérante pour optimiser l'intérêt de l'outil de liaison entre professionnels du territoire connaissance des entrées et sortie d'hospitalisation notamment. Le soutien actif de l'ARS dans le cadre de la définition de sa nouvelle stratégie de santé numérique serait un élément favorable.

### 3.2.3 Différents freins à l'utilisation des outils peuvent être distingués

#### 3.2.3.1 Certains outils peuvent ne *pas être utilisés* par souci d'ergonomie ou par complexité ressentie dans l'utilisation ou dans le format

**Illustration :**

- L'utilisation des outils dépend en grande partie de leur facilité d'utilisation par les utilisateurs. Certains outils peuvent être longs à compléter ou difficile à utiliser et être de ce fait moins utilisés.
- A ce titre, certains outils de la boîte à outils de bilan d'observance médicamenteuse ne sont pas systématiquement utilisés par les pharmaciens stagiaires compte-tenu de leur grand nombre et du foisonnement d'informations qu'ils présentent. Certains stagiaires ont précisé s'appuyer en parallèle sur des applications mobiles d'interactions médicamenteuses.
- D'autre part, les outils de sollicitation d'une coordination et/ou de relevé de décisions d'une RCP en Mayenne sont des outils papier : pour tracer le contenu des outils dans leurs outils SI, les professionnels doivent ainsi ressaisir les informations. Il apparaît ainsi que le format et/ou le mode d'utilisation d'un outil peut avoir une influence sur son développement.

#### 3.2.3.2 Nécessité de discutés en amont avec les utilisateurs finaux

**Illustration :**

- L'équipe mobile de gériatrie du CH de Paray le Monial a mis en place une fiche de sollicitation de l'EMG par les services de l'hôpital pour permettre de mieux cibler les demandes avant d'intervenir. Il s'agit d'un formulaire rempli par les services et à destination de l'EMG précisant : le service demandeur, l'âge et les caractéristiques du patient et le besoin d'intervention.
- Or la fiche reste peu utilisée au CH ou peu précise sur le besoin d'intervention voire utilisée pour des patients qui ne relèvent pas de l'EMG, ce qui ne permet pas à l'EMG de prioriser finement ses interventions.
- L'EMG a identifié plusieurs moyens pour optimiser l'utilisation de la fiche : à la fois renforcer la communication interne à l'hôpital sur les missions et le périmètre d'intervention de l'EMG pour s'assurer que les sollicitations relèvent de ses compétences, communiquer sur la fiche de sollicitation et la nécessité de préciser dans la fiche les besoins d'intervention. Enfin, des ajustements de la fiche vont être réalisés entre l'EMG et les services du CH.

### 3.2.3.3 *Nécessité de produire un retour (positive feed-back) en lien avec l'utilisation de certains outils afin que l'utilisateur connaisse l'usage qui est fait de son implication*

**Illustration :**

- Le Pôle santé du Sud-Ouest mayennais a élaboré avec les professionnels libéraux et hospitaliers une fiche d'identification des ruptures dans le parcours des patients. La fiche n'a pas vocation à traiter des cas individuels mais à faire remonter les dysfonctionnements globaux des parcours.
- La fiche est utilisée par tous les professionnels du Pôle et du CHLSOM et est collectée par la coordinatrice du Pôle. Le contenu des fiches est synthétisé régulièrement et un plan d'action pour résoudre les dysfonctionnements est mis en œuvre.
- L'analyse des remontées des fiches rupture permet ainsi d'en garantir l'utilisation car l'outil répond aux besoins des professionnels et contribue réellement à l'amélioration des conditions de prise en charge.

### 3.2.3.4 *Enfin la mise en œuvre opérationnelle de certains outils peut être conditionnée par la mise en place de ressources et/ou prérequis spécifiques.*

**Illustration :**

- Le projet de Charolais Brionnais a permis l'émergence d'un protocole de délégation de tâches à mettre en place au sein de l'EMG et d'une fiche de poste pour les infirmières de délégation de tâches.
- Or ces outils nécessitent des prérequis pour être utilisés sur le territoire : tout d'abord le recrutement des infirmières au sein de l'équipe mobile, qui a eu lieu en septembre 2017, puis la formation des infirmières à la fois à la gériatrie et à la délégation de tâches.

### 3.2.4 **Pour pallier ces difficultés, plusieurs leviers peuvent être activés, notamment :**

- L'explication récurrente aux utilisateurs de la philosophie de l'outil pour s'assurer de leur utilisation et/ou de la cohérence entre l'exercice des professionnels et ces outils ;
- La cohérence entre les outils et les orientations stratégiques pour garantir que l'outil est au service de l'activité dans son ensemble.

**Illustration :**

- La coordinatrice du Pôle santé du Sud-Ouest mayennais a un rôle d'animation du projet de santé local auprès des professionnels de santé du Pôle.
- Elle s'assure ainsi que le projet de santé local et les outils du Pôle sont présentés et compris par tous les professionnels. La transmission des outils passe notamment par l'animation de réunions thématiques, l'explication de la charte du Pôle, etc.

- La facilité d'administration des outils : la plupart des outils observés et utilisés de manière récurrente sont des questionnaires et/ou fiche au format papier et utilisables en quelques minutes (ex : le test de fragilité SEGA est rapide à utiliser en officine; la fiche de liaison AS-CARSAT est un outil ciblé, simple et utile) ;
- La communication sur le processus d'utilisation de l'outil : les objectifs des outils, les cas d'utilisation et les modalités d'utilisation et de collecte doivent être clairs pour les utilisateurs afin que les outils soient utilisés et que les données collectées soient exploitables par la suite.

## 3.3 Processus de développement des outils

### 3.3.1 Moyens RH et financiers

Les moyens mobilisés sont différents d'un projet à l'autre. Trois types de moyens sont nécessaires en fonction de la nature de la solution mise en œuvre :

#### 3.3.1.1 *Des moyens ponctuels nécessaires à la mise en œuvre des projets*

Ils sont mobilisés pour le développement et la mise en œuvre des outils (outils numériques, action de communication, élaboration de l'outil dans un cadre expérimental). Sans cet appui conjoncturel, les projets n'aboutissent pas ou sont suspendus.

#### Illustration

- Dans le cadre du projet marseillais, le développement de la solution d'orientation en perspective d'une PTA a bénéficié du fonds d'intervention régional de l'ARS pour financer le poste d'un chargé de mission. L'expérimentation du repérage de la fragilité (TAGRAVPA) a été en partie financée par l'article 70 LFSS 2012. La Recherche guidée à Marseille a dans un premier temps mobilisé des moyens d'un acteur et du groupe de travail. La reprise du projet dans le cadre du Portail de santé PACA, à la demande de l'ARS, a apporté au projet les moyens de son développement par l'Observatoire régional des urgences PACA (ORU PACA).
- Les projets de site web portant sur la lisibilité de l'offre (Eure-et-Loir, Hauts-de-Chambéry) n'ont pu se concrétiser faute des moyens suffisants.
- Le projet GEOD se confronte à un besoin de compétence en développement, pallié en partie par les acteurs marseillais.

#### 3.3.1.2 *Des moyens humains, matériels ou financiers pour soutenir le projet dans la durée :*

Ils concernent des projets structurels qui font appel à des compétences et moyens dans la durée, soit au sein d'un établissement, soit pour soutenir un projet de territoire.

#### Illustration

- Les projets de territoire du Sud-Ouest Mayennais et IMPACT des Hauts de Chambéry ont bénéficié de l'appui de collectivités locales : la Communauté de communes du Sud-Ouest mayennais pour l'installation du Pôle santé attenante à l'hôpital et la ville de Chambéry pour la mise à disposition de locaux. Le projet en Mayenne a mobilisé différentes sources de financement qui lui ont permis de mettre en place des fonctions dédiées à l'animation du projet de santé et à la coordination (financement ARS, CNAM, collectivités locales). De même, le projet IMPACT des Hauts de Chambéry bénéficie de subvention de l'ARS et d'autres financeurs dans le cadre d'appel à projet ou de demandes ciblées.
- En Mayenne et en Eure-et-Loir, au-delà des professionnels de santé du Pôle et de l'hôpital, l'approche a par ailleurs été soutenue par des fonctions de coordination pour améliorer les parcours patients : une infirmière de coordination ville-hôpital à temps plein depuis septembre 2017, une coordinatrice du Pôle santé qui assure l'exercice du projet de santé local au sein du Pôle et l'animation de l'équipe en Mayenne et le coordonnateur du réseau ONCO28 notamment.

#### 3.3.1.3 *Des moyens apportés par les acteurs des projets :*

- Cela se traduit par un investissement financier, à budget constant, soit pour un investissement numérique, matériel ou un investissement sur des moyens humains.

#### Illustration :

- L'équipe mobile de gériatrie du CH de Paray a été initiée en s'appuyant sur un médecin gériatre de l'hôpital et comprend depuis septembre 2017 deux infirmières de l'hôpital à mi-temps qui vont permettre d'appuyer le développement de l'EMG et d'élargir son périmètre d'intervention. Ces projets ont été réalisés à budget constant. L'expérimentation de télémédecine en Charolais-Brionnais a quant à elle été intégralement financée par l'EHPAD La Capitainerie sur ses fonds propres.
- Le CH de Beauvais a dédié du temps infirmier à l'orientation des patients en SSR et a recruté une gestionnaire de lits.
- Le projet de Picardie et a été réalisé à budget constant en s'appuyant dans un cas sur des stagiaires ne nécessitant pas de mobiliser d'autres ressources en officine. Ainsi, si les projets peuvent être initiés grâce à l'initiative et la bonne volonté des acteurs, leur pérennisation nécessite des ressources dédiées pour structurer et ancrer les démarches sur le territoire.

#### 3.3.1.4 Des moyens de communication

Par ailleurs, **les moyens de communication mis en œuvre pour chaque projet varient**. Deux niveaux de communication sont à associer : auprès des utilisateurs potentiels et acteurs de niveau clinique et auprès des niveaux décisionnels (direction des établissements et services, tutelles) pour assurer l'adhésion aux outils proposés :

- La communication, l'accompagnement des utilisateurs, la pédagogie sur le projet sont des éléments essentiels à leur implantation dans la durée.

#### Illustration

- L'élaboration du projet de santé de territoire de Mayenne a nécessité l'organisation de réunions publiques, d'ateliers entre professionnels, usagers et élus et d'actions de communication ciblées pour faire connaître la stratégie. Le Pôle santé et le CHLSOM déclinent par ailleurs leur offre dans différents supports de communication à destination des usagers.
- Les projets de Charolais-Brionnais et de Mayenne ont moins fait l'objet d'une communication spécifique compte-tenu de leur périmètre : une présentation du projet a été faite dans les facultés de pharmacie impliquées dans le projet picard et un courrier d'information type des médecins traitants a été réalisé ; en Charolais-Brionnais, la diffusion du projet s'est appuyée sur le médecin gériatre et a récemment été complétée par des supports spécifiques réalisés avec le CH de Paray (flyers d'information, etc.) et le ResOclis qui a diffusé les outils (dépliants personnes âgées, fiche de « Chez moi à l'hôpital »).
- Le projet IMPACT Les Hauts de Chambéry et d'Oise Ouest s'appuient davantage sur la proximité auprès des professionnels (réunion de concertation) ou une promotion ciblée (la messagerie sécurisée par exemple) pour communiquer autour des projets. Le CH de Beauvais utilise les comptes rendus d'hospitalisations pour informer de la permanence gériatrique, un important relais de communication sont les URPS médecins libéraux et pharmaciens.
- Le projet Marseillais s'est appuyé sur les acteurs de la filière gérontologique pour communiquer autour de leurs actions, avec un relais du Portail de santé PACA ; la promotion de la grille de repérage de la fragilité s'est appuyée sur une démarche de d'information, de pédagogie et de formation d'un médecin-gériatre hospitalier, structure par structure.

- Le Nord Essonne a mis en place un club utilisateurs pour favoriser les échanges et l'appropriation du Dossier de liaison global.
- La solution GEOD a mobilisé le porteur Soins et Santé pour expliquer, promouvoir le projet (rencontres des hospitaliers, réseaux de santé, filière gérontologique, URPS ...). Ainsi, le niveau stratégique des Hospices civils de Lyon est partie prenante du projet. Une présentation a également été réalisée auprès de l'ARS AURA distante de la gouvernance du projet, d'autant que le projet a pu connaître des difficultés de positionnement sur le territoire.
- Enfin, les séminaires territoriaux, instances des projets filières de soins, sont repérés comme des points d'étape d'information et de communication permettant une diffusion des projets au niveau stratégique.

### 3.3.2 Modalité de développement des outils

La mise en place d'outils au service des projets s'est faite progressivement dans les territoires et selon une approche différenciée reposant pour certains sur de la capitalisation sur des outils existants et pour d'autres sur la création de nouveaux outils.

On distingue ainsi trois cas de figure qui sont toutes ou en partie utilisés sur chacun des territoires :

#### 3.3.2.1 *Une approche mixte consistant à s'appuyer sur des outils et protocoles existants dans d'autres territoires pour formaliser ses propres outils*

##### Illustration

- Le Charolais-Brionnais s'est appuyé sur des protocoles existants pour réaliser son protocole de délégation de tâches et a créé ses propres outils pour l'équipe mobile de gériatrie. La grille TAGRAVPA s'inspire d'outils du Gérontopôle de Toulouse et d'une grille anglo-saxonne, enrichie d'un plan gradué du parcours indicatif d'une orientation selon le score obtenu.
- **IMPACT et le Projet de santé Mayenne, dispositifs territoriaux**, ont développé leurs propres outils en déclinaison de leur projet de santé. Dans le cadre d'IMPACT, le Pôle de santé a investi dans l'acquisition d'un logiciel métier.

#### 3.3.2.2 *Une approche par capitalisation sur des outils existants :*

La Picardie a capitalisé sur l'expertise et le savoir-faire en matière de prise en charge gériatrique du CH de Chaumont en Vexin pour le transposer en officine de ville ;

L'outil de recherche des fragilités en Oise Ouest capitalise également sur la grille développée au CHU de Nîmes.

#### 3.3.2.3 *Une approche de création / développement de nouveaux outils :*

- La convention sur la préparation des chimiothérapies inter-hospitalières a été créée par les professionnels hospitaliers avec l'OMÉDIT sur la base du référentiel de l'OncoCentre.
- Marseille, Nord Essonne, Grand Lyon ont développé 3 outils créés spécifiquement pour répondre aux besoins identifiés du territoire dans le cadre de la démarche Filière de soins.

## 4 Annexe : Modalités de développement par outil

### 4.1 Les modalités de développement par outil (lisibilité de l'offre) :

<i>Facteurs</i>	Cartographie fonctionnelle Les Hauts de Chambéry	Cartographie des établissements et services Eure-et-Loir	La Recherche Guidée Marseille
<i>Modalités de création</i>	Co-construction groupes de travail filière de soins	Co-construction groupes de travail filière de soins	Co-construction groupes de travail filière de soins
<i>Acteurs impliqués</i>	Professionnels du pôle de santé	Médecins hospitaliers, cadre de santé), établissements autorisés	GCS PGAM, ILHUP, Pôle de service à la personne, ORU PACA
<i>Approche</i>	Analyse de 150 dossiers patients-usagers IMPACT pour repérer les intervenants et structures mobilisés	Enquête auprès des établissements autorisés Séquençage du parcours de soins Élaboration de la cartographie	Repérage des besoins Élaboration d'une arborescence Développement d'un site expérimental Intégration au Portail de santé
<i>Création -Capitalisation</i>	Création dans le cadre du projet	Création dans le cadre du projet	Création dans le cadre du projet Interface ROR
<i>Validation des outils</i>	COMOP	Comité de pilotage	ARS ; COMOP

## 4.2 Les modalités de développement par outil (Partage d'information) :

<i>Facteurs</i>	<i>Fiche de liaison De chez moi à l'hôpital Charolais-Brionnais</i>	<i>Terminal Filière de soins Marseille</i>	<i>Dossier de liaison global Nord Essonne</i>	<i>Fiche de liaison AS-CARSAT Eure-et-Loir</i>	<i>MSSanté Oise-Ouest</i>
<i>Modalités de création</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de travail Filière de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de travail Filière de soin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de travail Filière de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initié par le Réseau Onco28 et la CARSAT</li> <li>• Optimisation dans le cadre du groupe de travail filière de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de travail Filière de soins : appui sur un outil national</li> </ul>
<i>Acteurs impliqués</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs sociaux, acteurs de la coordination, CH de Paray-le-Monial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé croisée, GCS PGAM, ORU PACA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HPGM, SAD, SSIAD, GHT Nord Essonne, CLIC, MAIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AS hospitalière</li> <li>• Réseau Onco 28, CARSAT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GHT Oise Ouest en Vexin, ASIP Santé, URPS ; GIP Sant&amp;Numérique Hauts-de-France</li> </ul>
<i>Approche</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des informations partageables</li> <li>• Réflexion sur le consentement</li> <li>• Élaboration de la fiche de liaison</li> <li>• Diffusion (ResOclic)</li> <li>• Expérimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des informations utiles à partager</li> <li>• Spécification technique</li> <li>• Cahier des charges</li> <li>• Développement</li> <li>• Appui utilisateurs</li> <li>• Production de dépliants partages d'information</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des informations utiles à partager</li> <li>• Spécification technique</li> <li>• Cahier des charges, outils d'accompagnement</li> <li>• Développement</li> <li>• Suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repérage des besoins</li> <li>• Mise en place d'un outil simple révisé dans le cadre du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquêtes médecins libéraux</li> <li>• DPI comme vecteur d'information interne et externe</li> <li>• Transfert par l'ASIP des codes RPPS des professionnels de santé de l'Oise</li> <li>• Complétude par le CH de Clermont (coordonnées des praticiens)</li> <li>• Intégration de cette base par le GIP e-santé via le DPI</li> <li>• Communication</li> </ul>
<i>Création - Capitalisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création dans le cadre du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création dans le cadre du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création dans le cadre du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optimisation dans le cadre du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption dans le cadre du projet</li> </ul>
<i>Validation des outils</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COMOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COMOP – ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COMOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COMOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS/ASIP Santé</li> </ul>

### 4.3 Les modalités de développement par outil (Accompagnement de l'orientation) :

<i>Facteurs</i>	<b>Cartographie SSR et profil patients</b>	<b>Optimisation de l'utilisation de Via Trajectoire SSR</b>	<b>GEOD (Guichet d'évaluation et d'orientation du domicile)</b>	<b>Solution d'orientation (perspective PTA)</b>
<i>Modalités de création</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-construction en groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-construction en groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-construction en groupe de travail des critères besoins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Co-construction en groupe de travail</li> </ul>
<i>Acteurs impliqués</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CH, SSR, Réseau Onco28</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CH Beauvais, SSR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins et Santé</li> <li>• Hospices civils de Lyon, Hôpital de Fourvière, filières gérontologiques, URPS IDEL</li> <li>• Appui Marseille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acteurs de la filière gérontologique (GCS PGAM)</li> <li>• ILHUP</li> </ul>
<i>Approche</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition du profil patient en cancérologie</li> <li>• Sur cette base, construction de la cartographie des SSR</li> <li>• Élaboration de l'annuaire SSR</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquête auprès des SSR du territoire</li> <li>• Repérage des besoins</li> <li>• Définition d'un processus d'orientation (préadmission) du patient hospitalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définition des critères besoins en groupe de travail</li> <li>• Enquête sur cette base de recueil des expériences d'orientation</li> <li>• Essai de modélisation des expériences d'orientation</li> <li>• Communication et présentation du projet sur le territoire par Soins et Santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification des besoins (enquête auprès des professionnels)</li> <li>• Repérage et caractérisation des ressources</li> <li>• Élaboration des arbres décisionnels</li> <li>• Développement sur Excel</li> </ul>
<i>Création -Capitalisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création du processus / optimisation de l'outil ViaTrajectoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création du processus / optimisation de l'outil ViaTrajectoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création dans le cadre du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création dans le cadre du projet</li> </ul>
<i>Validation des outils</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COMOP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• COMOP/ARS</li> </ul>

## 4.4 Les modalités de développement par outil (Expertise partagé et accès à l'expertise) :

Facteurs	Convention sur la préparation des chimiothérapies inter-hospitalières Eure-et-Loir	TAGRAVPA Marseille	IMPACT Les Hauts de Chambéry	Expertise gériatrique en Charolais Brionnais	Grille de repérage des fragilités médico-psychosociales des personnes âgées Oise Ouest	Repérage de la fragilité gériatrique en Picardie	Projet de santé en Mayenne	Permanence gériatrique Charolais-Brionnais Marseille
<i>Modalités de création</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construction en groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expérimentation Article 70 LFSS 2012</li> <li>Initiée en 2013</li> <li>Reprise dans le cadre du projet filière de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Issu du projet de santé du pôle de santé des Hauts de Chambéry à la suite du diagnostic local de santé réalisé par l'ORS Rhône-Alpes en 2012</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construction des outils entre l'EMG et les services du CH / l'EMG et l'EHPAD La Capitainerie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construction en groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construction entre un praticien hospitalier, un professeur en pharmacie et un médecin épidémiologiste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construction entre les professionnels libéraux et hospitaliers, la direction du CHLSOM, le Pôle santé et les usagers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construction en groupe de travail</li> </ul>
<i>Parties prenantes et acteurs du projet</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OMéDIT Centre</li> <li>OncoCentre</li> <li>CH de Chartres et Dreux</li> <li>Réseau Onco28</li> <li>HAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AP-HM</li> <li>Acteurs de la filière gérontologique</li> <li>Praticiens hospitaliers</li> <li>Infirmiers hospitaliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecin et diététicienne du Pôle</li> <li>Tout professionnel médical, paramédical, médico-social et social assurant la prise en charge d'un habitant du QPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CH de Paray le Monial</li> <li>1 médecin gériatre</li> <li>2 infirmières de l'EMG</li> <li>EHPAD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CHB : service social et EMG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facultés de pharmacie</li> <li>Pharmaciens stagiaires</li> <li>Médecins traitants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CHLSOM et professionnels hospitaliers (dont IDE de coordination)</li> <li>Professionnels libéraux du Pôle santé (dont 1 coordinatrice du Pôle)</li> <li>Usagers</li> <li>Élus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réflexions internes</li> <li>CH de Paray le Monial</li> <li>CH Beauvais</li> </ul>
<i>Acteurs impliqués</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infirmières libérales et d'HAD</li> <li>Professionnels hospitaliers</li> <li>Équipe médicale d'hospitalisation de jour</li> <li>Pharmacien hospitalier</li> <li>Coordonnateur du réseau</li> <li>Pharmacien d'officine et transporteur</li> <li>IDE libérales</li> <li>IDE d'HAD</li> <li>Réseau Onco28</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins gériatres pour l'élaboration de la grille, le test et la formation des utilisateurs</li> <li>Médecins urgentistes</li> <li>IDE externes et internes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conçu par un médecin et une diététicienne du pôle de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels hospitaliers</li> <li>EHPAD La Capitainerie sur la télémédecine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infirmiers hospitaliers</li> <li>Gestionnaire de lit</li> <li>Service informatique (intégration de la grille sur le logiciel patient)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Praticien hospitalier</li> <li>Professeur en pharmacie</li> <li>Médecin épidémiologiste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Professionnels de ville (généralistes, infirmiers, kinésithérapeute...)</li> <li>Professionnels hospitaliers (direction, qualicien, IDE parcours...)</li> <li>Coordinatrice du Pôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Équipe mobile gériatrique</li> <li>Service d'accueil et des urgences</li> <li>Cadre de santé hospitalier</li> <li>Direction hospitalière</li> <li>Service social hospitalier</li> <li>Direction CH</li> </ul>

Facteurs	Convention sur la préparation des chimiothérapies inter-hospitalières Eure-et-Loir	TAGRAVPA Marseille	IMPACT Les Hauts de Chambéry	Expertise gériatrique en Charolais Brionnais	Grille de repérage des fragilités médico-psychosociales des personnes âgées Oise Ouest	Repérage de la fragilité gériatrique en Picardie	Projet de santé en Mayenne	Permanence gériatrique Charolais-Brionnais Marseille
<i>Approche</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référentiel créé avec OMÉDIT Centre</li> <li>Signature de la convention (CH Chartres et Dreux et HAD)</li> <li>Formation des infirmières (Réseau Onco28)</li> <li>Lettre d'engagement signée par les ES utilisateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaboration de la grille par des médecins gériatres de l'AP-HM sur la base de la fiche du Gérontopôle de Toulouse et de la grille anglo-saxonne de repérage des patients âgés</li> <li>Formation et sensibilisation des utilisateurs</li> <li>Administration systématisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création du dispositif IMPACT par un médecin et une diététicienne du Pôle santé du QPV</li> <li>Depuis 2013, ce dispositif est mis en œuvre par le Pôle dans un Espace Ressources Santé installé dans le quartier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de l'EMG avec intervention en intra-CH et en EHPAD</li> <li>Réflexion sur la mise en place d'un protocole de délégation de tâches au sein de l'EMG</li> <li>Expérimentation de téléconsultations du gériatre de l'EMG à La Capitainerie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaboration de la grille par le service social hospitalier et les médecins de l'EMG</li> <li>Implémentation de la grille dans le logiciel de gestion du dossier patient</li> <li>Administration systématisée de la grille par les infirmier-ères des services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expérimentation dans le cadre de stages en officine de ville de bilans gériatriques effectués en officine par des pharmaciens stagiaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réflexion et mise en œuvre d'un projet de santé de territoire</li> <li>Mise en place d'un Pôle santé sur les 2 sites du CHLSOM avec interventions des médecins libéraux du Pôle à l'hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réflexion portée par l'hôpital (depuis 2011 eu CH de Paray-le-Monial)</li> <li>Mise en place d'un numéro unique de permanence de semaine de 9h à 17h</li> <li>Permanence tournante</li> <li>Doublee d'une adresse mail dédiée en Oise Ouest</li> </ul>
<i>Création -Capitalisation</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création avec OMÉDIT Centre</li> <li>Référentiel OncoCentre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base : fiche de programmation personne âgée du Gérontopole de Toulouse et de la grille anglo-saxonne TRST (Triage Risk Screening Tool - 2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création du dispositif IMPACT en amont de filière de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capitalisation sur les protocoles de délégation de tâches mis en œuvre dans d'autres régions</li> <li>Création dans le cadre du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capitalisation / Adaptation de la grille utilisée à Nîmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capitalisation / Adaptation de l'expertise du CH de Chaumont en Vexin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création dans le cadre du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création</li> </ul>
<i>Validation des outils</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Médecins gériatres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pôle de santé</li> <li>ARS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CH de Paray-le-Monial (EMG)</li> <li>ARS et HAS (délégation de tâches)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CH Beauvais</li> <li>Communication auprès de l'URPS médecins libéraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CH de Chaumont en Vexin</li> <li>Faculté de pharmacie d'Amiens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CHLSOM et Pôle santé</li> <li>CHLSOM, Pôle, élus, usagers et tutelles (Projet de santé)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CH Beauvais</li> <li>CH Paray-le-Monial</li> </ul>