



EHESP

Directeur d'Établissement Sanitaire,

Social & Médico-Social

Promotion : **2016 - 2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**« Quel système d'information pour la prise en charge de la
personne âgée dans son parcours de santé ? Entre médecine de
ville, services d'accompagnement à domicile, établissements
d'hébergement et établissements de santé »**

André FORESTI

Remerciements

D'abord, je tiens à remercier vivement Mr Bertrand Vigneron, enseignant à l'EHESP et spécialiste des SI qui a accepté d'être mon encadrant pour le présent mémoire. Il m'a beaucoup assisté pour la correction et les conseils pour produire la dernière version de ce mémoire.

Ensuite, je souhaite aussi être très reconnaissant à Mr Michel Barbé, mon Conseiller de Parcours de Formation pendant ma formation D3S de janvier 2016 à décembre 2017 pour ses judicieux apports et son assistance bienveillante et pour avoir répondu à un de mes trois questionnaires en deuxième partie de ce mémoire.

Enfin, je souhaite également remercier mon maître de stage, Mr Pierre-Yves ALLAIN, Directeur des SI au GH-HUEP de l'APHP qui m'a mis en contact avec toute la filière gériatrique du GH-HUEP pendant mon stage de professionnalisation du 21/11/16 au 30/6/17. Cela m'a permis de rencontrer les principaux acteurs de la filière gériatrique du territoire de l'est parisien (**Annexe 11**).

Sommaire

Introduction	4
1. Les dispositifs, structures, programmes et les plateformes intervenant dans le parcours de santé des personnes âgées :.....	7
1.1 Le Programme TSN résulte d'un Appel à Projet de la DGOS	7
1.2 Depuis 2013, la DSS du Ministère de la Santé a mis en place le dispositif PAERPA pour améliorer le parcours de santé des PA :	8
1.3 Les CTA et les PTA sont des outils de coordination nécessaires au parcours de la PA ..	13
1.4 La MAIA a été mise en place par la CNSA pour suivre les PA en circuits complexes grâce à des gestionnaires de cas.....	16
1.5 Les CLIC, l'HAD et les SSIAD font partie du parcours de la PA.....	18
1.6 Les Filières Gériatriques	20
1.7 Le système "Via Trajectoire" permet d'orienter les PA	21
1.8 Le DPI est le socle minimal pour le parcours de santé des PA	22
2 Contexte et problématique tirés de la phase de diagnostic : évaluation du parcours et apports des outils SI	22
2.1 Démarches mises en œuvre pour mener les techniques d'investigation et assurer le recueil des données :	22
2.2 Exploitation et analyse des données recueillies	23
2.2.1 Analyse du questionnaire sur la filière gériatrique du lieu de stage	25
2.2.2 Analyse du questionnaire au niveau national (secteurs sanitaire & médico-social)	28
2.2.3 Analyse du questionnaire MAIA sur le territoire national	31
3 Des recommandations pour un outil SI fédérateur sont nécessaires pour un parcours de santé des PA plus fluide, intégré et optimal	37
3.1 Le numérique : outil de facilitation pour la mise en place d'un parcours fluide	37
3.2 Déployer le RAI au niveau des MAIA pour une meilleure intégration des parcours.....	43
3.3 Permettre au numérique d'être un réel levier d'amélioration des parcours de santé des PA en rendant le recours aux soins plus efficient	46
4 Conclusion	55
Bibliographie	57
Table des Illustrations	60
Liste des annexes.....	61

Liste des sigles utilisés

ALD : Affections Longue Durée
AM : Assurance Maladie
ARS : Agence Régionale de Santé ; DT : Direction Territoriale
CCP : Coordination Clinique de Proximité
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CNAMTS : Caisse National D'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés
CNSA : Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie
CSP : Code de la Santé Publique
CTA : Coordination Territoriale d'Appui
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DPI : Dossier Patient Informatisé
DMP : Dossier Médical Partagé
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GH : Groupement Hospitalier ; GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAD : Hospitalisation A Domicile ; HUEP : Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien
IDEC : IDE (Infirmier/Infirmière Diplômé(e) d'Etat de Coordination)
MAIA : Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé ; PA : Personne Agée
PAACO : Plateforme Aquitaine d'Aide à la COmmunication
PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PPS : Plan Personnalisé de Santé ; PRADO : Programme de Retour A Domicile
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
RAI : Resident Assessment Instrument
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
SI : Système d'Informations
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation ; TSN : Territoire de Soins Numérique
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé ;
USLD : Unité de Soins Longue Durée

Introduction

Pour les ARS, un **parcours de santé** rassemble les trois étapes par lesquelles passent les patients : la prévention, les soins et l'articulation ville-hôpital et l'accompagnement médico-social et social. Ce mémoire se limitera à l'étude du parcours de santé des personnes âgées (PA) parmi les 12 parcours de santé prioritaires définis par les ARS (**Parcours des Personnes âgées**, Parcours Cancer, Parcours Santé mentale et psychiatrie, Parcours Précarité-vulnérabilité, Parcours Nutrition et santé, Parcours Diabète, Parcours Cardio-Vasculaire, Parcours Neurologie, Parcours Addictions, Parcours Maternité et parentalité, Parcours Petite Enfance et enfance, Parcours Adolescents et jeunes adultes).

L'augmentation de l'espérance de vie, la baisse de l'autonomie des PA du fait du vieillissement sont des indicateurs de notre démographie actuelle. La croissance des personnes dépendantes soulève de nouveaux défis. Il s'agit de concilier les structures hospitalières, sociales et médico-sociales avec cette évolution. Selon l'INSEE, les PA de plus de 60 ans représenteront 21,4 millions en 2035 (soit 31% de la population) contre 13,4 millions en 2007 (soit 21%).

L'efficience avec le maintien de la qualité des soins prodigués aux PA et dépendantes est donc essentielle.

Quelle place doit tenir « le numérique » dans le parcours de santé des personnes âgées? Organiser les acteurs autour du parcours des patients et des usagers est devenu aujourd'hui un enjeu crucial de qualité et d'efficience. Cet enjeu est rappelé par la récente loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Celle-ci souhaite faciliter au quotidien les **parcours de santé** suivant les modalités suivantes :

- Promouvoir les soins primaires et favoriser la **structuration** des **parcours de santé** ;
- **Renforcer l'animation territoriale** conduite par les ARS ;
- Mieux **informer**, mieux **accompagner** les usagers dans leur parcours de santé ;
- Renforcer les outils proposés aux professionnels pour assurer la **coordination** du parcours de leur patient.

Articulé entre les différents intervenants, le parcours de santé a pour vocation de décroiser les secteurs sanitaires (hospitalier, ambulatoire), sociaux et médico-sociaux afin d'offrir un accompagnement et une prise en charge globale de la personne âgée.

Cet objectif impose de réduire les « **ruptures** » de prise en charge tout au long du parcours, de la prévention jusqu'à la réinsertion.

La coordination des acteurs est donc une fonction - au sens système d'information - essentielle du parcours de santé afin de garantir la continuité, l'accessibilité et la qualité des soins et services. Il s'agit d'offrir aux usagers les bons soins, les bons services avec les bons acteurs au bon moment. Cette fonction de coordination figure parmi les missions attendues du médecin traitant dans la relation avec ses patients. **Il convient d'identifier la place que doit occuper la numérisation des données et les SI.** La croissance du nombre de maladies chroniques, de cas complexes, de prises en charge longues nécessitent de soutenir le médecin traitant par la mise en place **d'un parcours dédié.**

Le numérique peut faciliter les échanges, la connaissance des acteurs et leurs disponibilités, le travail collaboratif en définissant les meilleurs services à mobiliser pour chaque usager. A cet égard, selon le baromètre de l'IFOP, 81% des Français estiment que le premier bénéfice du numérique réside dans la coordination des professionnels de santé. Les Français attendent du numérique un appui important à la coordination des parcours¹. La notion de **parcours** constitue l'un des fondements de la stratégie nationale de santé. De multiples dispositifs mis en place par le Ministère de la Santé en découlent.

Les événements de **rupture** à chaque étape importante du parcours de santé ont été largement soulignés comme étant des obstacles majeurs pour la qualité des soins et pour l'efficacité du système de santé et de son organisation. A l'inverse de la **rupture** et de la discontinuité qu'elle implique, la **fluidification** des parcours vise à créer les conditions permettant de réduire à leur maximum les aléas et les pertes de temps et d'énergie, de favoriser les échanges et coordinations entre les acteurs et de renforcer l'écoute des besoins et souhaits des patients. La place du numérique au sein du parcours de santé de la personne âgée pose plusieurs enjeux auxquels le présent mémoire ambitionne de répondre.

Enjeu #1 : Quels sont les enjeux clés de la mise en place de ces parcours ? En quoi le numérique peut-il les faciliter ? **Enjeu #2** : Quelles sont les conditions techniques et organisationnelles au sein des établissements de santé pour que le numérique soit un réel levier d'amélioration des parcours?

¹ Le terme « parcours » désigne la succession des interactions entre un usager et le système de santé. Il intègre la dimension de prise en charge mais aussi la prévention.

Pour répondre à ces enjeux, la **méthodologie** ci-dessous a été utilisée pour le mémoire:

1. Définition de la problématique :

- Identification de la thématique ;
- Détermination de la problématique soulevée par l'étude de la thématique ;
- Identification des questions sous-jacentes.

2. Recherches documentaires :

- Etude de la littérature sur cette thématique à travers les publications de l'ANAP sur les parcours de santé des PA en France ;
- Analyse des différents outils SI déployés au sein de l'AP-HP et des autres établissements de santé en France dans le cadre du parcours de santé de la PA avec les acteurs du territoire

3. Participations à des conférences :

- « Parcours de santé des Aînées » (Ministère de la Santé, 20/1/17)
- Journée Nationale « Le Numérique en santé » (ANAP, 15/3/17)
- Colloque SI hospitalier portant sur l'innovation (Université Rennes 2, 8 & 9/6/17)
- « Rencontres PAERPA » (DT Paris, ARS Ile-de-France, 29/6/17)

4. Données à recueillir :

- Par la conduite d'entretiens avec les acteurs de la filière GH HUEP (AP-HP) gériatrique sanitaire et médico-sociale du territoire 75-2 rive droite de l'est parisien ;
- A partir de ces entretiens, un premier questionnaire regroupant le secteur médico-social des EHPAD et le secteur sanitaire des HAD, SSR et USLD a été établi.
Ce 1^{er} questionnaire a été transmis à des professionnels de santé du territoire de l'Est parisien ;
- Plus largement, un second questionnaire a aussi été mis en place pour déterminer les parcours de santé de la personne âgée sur d'autres territoires de santé en France ;
- Un 3^e et dernier questionnaire a également été établi pour connaître l'outil utilisé par les MAIA.

Ces trois questionnaires constituent une base de données et de connaissances indispensable pour identifier et mener les réflexions qui s'imposent et proposer ensuite les actions et préconisations les plus pertinentes.

5. Rédaction du mémoire :

- Elaboration d'un plan du mémoire ;
- Echanges et rencontres avec l'encadrant mémoire afin de connaître son avis tout au long de la rédaction du mémoire ;
- Relecture du mémoire avec l'encadrant mémoire.

Ce présent mémoire traitera, dans la première partie, les dispositifs, les structures, les programmes et les plateformes intervenant dans le parcours de santé des personnes âgées (1.). Dans la seconde partie, seront abordés les démarches et outils mis en œuvre pour mener les techniques d'investigation et assurer le recueil des données dans le cadre de l'évaluation du parcours des PA grâce à différents questionnaires (2.).

Enfin, la troisième et dernière partie présentera des propositions et préconisations concrètes permettant la mise en œuvre d'un système d'information fédérateur et idéal en vue d'optimiser et d'améliorer le parcours actuel de santé des personnes âgées (3.).

1. Les dispositifs, structures, programmes et les plateformes intervenant dans le parcours de santé des personnes âgées :

1.1 Le Programme TSN résulte d'un Appel à Projet de la DGOS

Le programme TSN, piloté par la DGOS du Ministère de la Santé, fait partie du volet e-santé du programme d'investissements d'Avenir de la précédente mandature du Président Sarkozy entre 2007 et 2012.

Ce **programme de 80 millions d'euros** doit permettre de soutenir des projets innovants pour le partage et l'échange d'information grâce aux outils numériques.

Il devrait contribuer à une prise en charge coordonnée des patients depuis la médecine de ville en rayonnant sur tout le parcours de santé (sanitaire et médico-social).

Le programme TSN a pour ambition de favoriser l'émergence de territoires avant-gardistes en matière d'usage des outils numériques au service de l'amélioration du système de soins TSN a pour objectifs :

- dans un premier temps, d'améliorer l'état de santé de la population du territoire via le soutien aux logiques de parcours et de prises en charge coordonnées des patients, puis de rendre des services à l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins et des patients, au profit d'une offre de soins optimisée et coordonnée à l'échelle d'un territoire, enfin d'assurer une forte coordination et un appui à la transversalité entre les différents acteurs impliqués dans le parcours de santé du patient (acteurs ambulatoires, établissements sanitaires, médico-sociaux, du secteur social et de la coordination, intervenant dans le parcours du patient).

- Dans un second temps, le programme TSN souhaite garantir des **SI modernes, innovants, collaboratifs, évolutifs, ouvert à l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins** et proposer des **services nouveaux aux professionnels de santé et aux patients pour des prises en charge innovantes et coordonnées.**

Pour mener à bien ce programme TSN, la DGOS a publié le 31 janvier 2014 un appel à projets auprès des ARS pour sélectionner 5 projets territoriaux.

En septembre 2014, 5 projets ont été retenus: Aquitaine: programme XL-Ens², Bourgogne: programme eTICSS³, Ile-de-France: programme TerriS@anté⁴, Océan Indien et Mayotte: programme OIIS⁵ ; Rhône-Alpes: programme PASCALINE⁶.

1.2 Depuis 2013, la DSS du Ministère de la Santé a mis en place le dispositif PAERPA pour améliorer le parcours de santé des PA :

La population cible :

Le dispositif PAERPA vise *«l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social»*. Les personnes particulièrement concernées sont les personnes éligibles aux ALD et porteuses de *polyopathologies*.

² www.ars.aquitaine.sante.fr rubrique « système d'information »

³ www.eticss.fr rubrique « système d'information »

⁴ www.ars.ile-de-france.sante.fr/20-millions-d-euros-attribues.182179.0.html, rubrique « système d'information »

⁵ www.oils-programme.re/#Home rubrique « système d'information »

⁶ www.pascaline-sante.com rubrique « système d'information »

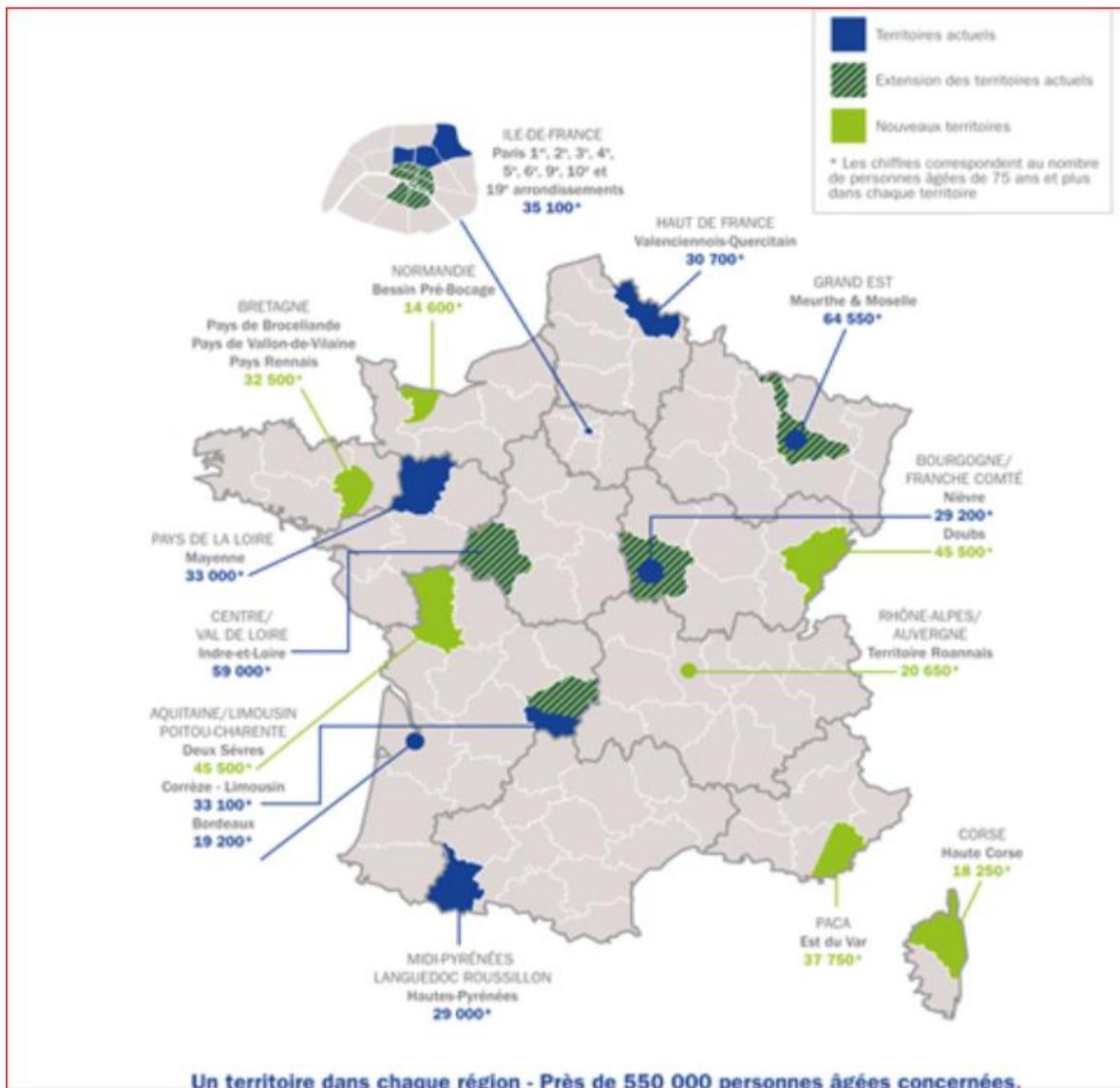


Figure 1: Les territoires PAERPA (source : <http://solidarites-sante.gouv.fr/> rubrique « dispositif PAERPA »)

Objectif #2 : Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ;

Objectif #3 : Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs.

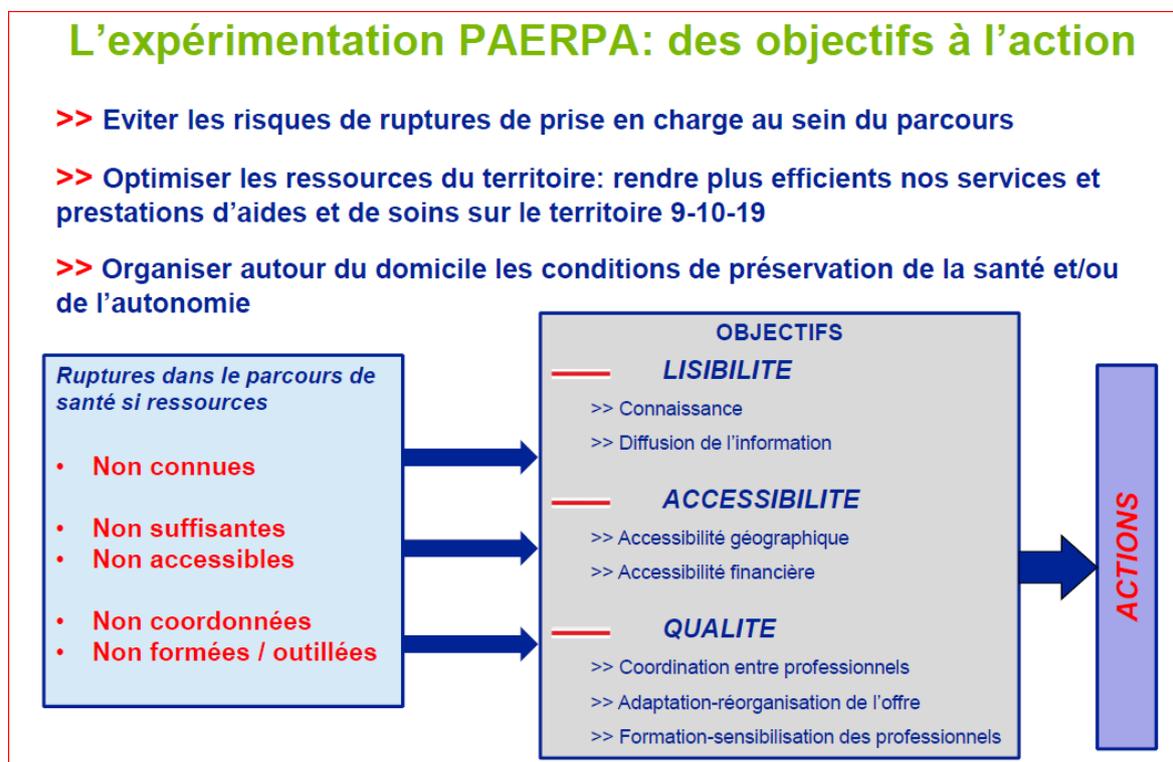


Figure 3 : L'expérimentation PAERPA sur le territoire 9-10-19 de Paris (Atelier PAERPA, DT Paris, Avril 2014)

Dans le programme PAERPA figure notamment un volet relatif au déploiement et à l'usage des outils numériques : **le DMP, la MSS, le Dossier pharmaceutique, le ROR, l'Aide à l'orientation, la Télémédecine et l'Outil informatique de la CTA.**

Afin de contribuer au rapprochement et à la mise en cohérence des approches sanitaire, sociales et médico-sociales, le projet PAERPA prévoit la mise en place, dans l'ensemble des territoires pilotes, d'une CTA.

Le projet PAERPA est décliné de façon différente en fonction des territoires : ils peuvent avoir des approches différentes, du fait de la spécificité de chaque acteur. Par exemple, en région Lorraine, il repose notamment sur une forte mobilisation de nombreux acteurs parmi lesquels le réseau gérontologique, le CLIC – service du Conseil général de Meurthe et Moselle et les URPS notamment médecins.

Ce projet offre la possibilité d'avoir une approche territoriale tous champs d'intervention confondus ; il permet de croiser le fonctionnement de structures et de dispositifs. Un des enjeux est de bien comprendre ce qui existe sur le territoire et les missions des uns et des autres. Pour la construction de la CTA, il s'agit de positionner l'ensemble des structures de coordination.

Il convient également de regarder comment les nouveaux territoires PAERPA mis en place depuis 2016 ont fait évoluer leurs pratiques. Dans ce cadre, on prendra pour exemple le nouveau territoire PAERPA du centre hospitalier de Roanne mis en place en 2016 qui a mis en œuvre différentes actions clés définies pour chaque étape du parcours de santé de la PA.

Action clé n°1 : Renforcer et sécuriser le maintien à domicile :

- ➔ Alerte/Repérage au plus près de la PA et au plus tôt dans le parcours
- ➔ Prise en charge coordonnée de la PA par une équipe de soins du 1^{er} recours (CCP) autour d'un PPS intégrant, si besoin, les professionnels sociaux.

Action clé n°2 : Mieux coordonner les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux avec la CTA via une plateforme d'infos et d'orientation à destination des professionnels, des PA et de leurs aidants composée par des structures existantes.

Action clé n°3 : Limiter les hospitalisations évitables et optimiser les entrées et sorties d'hospitalisation : enjeux de qualité de vie et d'efficacité du système de santé

- ➔ Eviter le passage aux urgences lors de l'hospitalisation des PA
- ➔ Prendre en compte les besoins spécifiques de la PA lors du séjour hospitalier
- ➔ Mieux anticiper et gérer activement l'entrée et la sortie d'hôpital (domicile et EHPAD).

Pour les établissements de santé :

Cette action clé consiste à la mobilisation de la communauté hospitalière autour de la prise en charge des PA par une gouvernance adaptée : repérage, évaluation, référentiels de bonnes pratiques, N° gériatrique, admissions, sorties et suivi des hospitalisations en lien avec la CCP et les acteurs du domicile, partage d'informations DSH⁷ (Document de Sortie d'Hospitalisation), DLU⁸ (Dossier de Liaison d'Urgence), VSM⁹ (Volet de Synthèse Médical).

⁷ Il s'applique à tout document remis au patient à la sortie d'une hospitalisation et adressé aux professionnels de santé amenés à le prendre en charge en aval du séjour, quelle qu'en soit la dénomination. Il vise à créer un seul « document de sortie » qui vaut « compte rendu d'hospitalisation » : il est remis le jour de la sortie soit dans sa version complète soit dans une version intermédiaire complétée dans un 2^e temps avec les résultats non disponibles le jour de la sortie.

⁸ Il sert à améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence pour une prise en soins optimale du résident dans l'EHPAD ou dans un service des urgences.

⁹ Il est formalisé par le médecin traitant et s'apparente à une photographie de l'état de santé de la personne et est actualisé à chaque évolution importante de l'état de santé du patient.

Pour les EHPAD : Cette action clé consiste à la mise en place et/ou actualisation du projet de vie personnalisé, organisation et **partage d'informations avec le médecin traitant** et les structures hospitalières, **informatisation du dossier de soins**, évaluation gériatrique standardisée, astreinte IDE nuits et weekend, convention HAD/Etablissements de santé, **partage d'informations DLU...**

Action clé n°4 : Faciliter et sécuriser la circulation d'informations entre les professionnels de santé : l'information (ROR) pour tous les professionnels de santé, l'orientation : ROR/annuaire régional, Via-Trajectoire SSR et EHPAD avec pour objectif de connaître tous les acteurs du territoire (qui fait quoi et quand), le partage (DMP, VSM, DLU, DSH, PPS), l'échange (MSS), la collaboration (plateforme collaborative de type PPS et télémédecine). Les principaux enjeux **sont l'interfaçage des SI entre les différents opérateurs de santé, le passage de la conception à l'usage et le changement de pratiques.**

1.3 Les CTA et les PTA sont des outils de coordination nécessaires au parcours de la PA

La nécessaire pérennisation du fonctionnement de la CTA

Puisque la CTA est toujours en phase de développement sur de nombreux territoires, des mesures ont ainsi été prises afin de faciliter sa montée en charge progressive¹⁰. L'un des axes du projet consiste à reconfigurer les partenariats et les organisations territoriales pour améliorer la prise en charge des PA.

Sa pérennité est assujettie à l'attribution de moyens supplémentaires adaptés en particulier sur le financement du temps de coordination nécessaire. Par ailleurs, les CTA doivent être suffisamment dimensionnées pour assurer leurs missions dans de bonnes conditions en anticipant leurs montées en charge associées aux sollicitations qui s'annoncent croissantes.

Chaque territoire PAERPA est lié à une CTA de territoire avec son propre SI :

La reconnaissance de la CTA par les acteurs dépend fortement de la mise en place de SI opérationnels pour faciliter la saisie et le suivi des PPS par les professionnels.

¹⁰ Le projet PAERPA a démarré entre 2013 et 2014 et se prolongera jusqu'à fin 2018. Le projet est passé en 2016 de neuf à seize territoires expérimentateurs répartis en France.

Il s'agit d'un levier essentiel pour mobiliser les médecins généralistes mais aussi pour gérer la montée en charge de l'activité de la CTA.

Le Cahier des Charges National 2013¹¹ précise aussi que la CTA doit *disposer d'un outil informatique de la coordination territoriale* pour pouvoir assurer pleinement ses missions. Cet outil utilisé par le porteur de la CTA nécessite d'être adapté afin d'assurer, d'une part, le suivi des dossiers passant par la CTA, et d'autre part, de connaître l'identité, l'âge et l'origine des personnes âgées suivies par une coordination clinique de proximité.

La structure porteuse doit être en mesure d'accueillir le SI et les outils portés par l'ARS et le Conseil Départemental.

La CTA n'intervient que sur sollicitation des professionnels de santé, des personnes ou de leurs aidants. Elle n'a pas vocation à se substituer aux professionnels de proximité mais à les soutenir dans l'organisation de la réponse aux besoins de santé des personnes âgées. La création de la CTA repose sur un principe essentiel de subsidiarité : elle ne doit pas entraîner la création d'une nouvelle structure mais doit s'appuyer *sur les systèmes de coordination et d'intégration existant déjà sur le territoire (CLIC, réseaux, filières...)* en prenant en compte les démarches d'intégration MAIA du territoire.

Les enjeux de la CCP : Passer d'une logique d'une prise en charge centrée sur les pathologies et les structures vers une **logique de parcours coordonné centré sur les besoins de la PA.**

L'outil de la CCP : le Plan Personnalisé de Santé (PPS) : c'est un plan d'actions sous la responsabilité du médecin traitant. Le PPS fait suite à une évaluation, débouche sur un suivi et à une réévaluation, Le PPS est une approche personnalisée, globale et anticipative.

¹¹ La CTA joue un rôle décisif dans la structuration des acteurs au niveau territorial. Se reporter au Projet de Cahier des charges des projets pilotes PAERPA, janvier 2013, DSS : www.securite-sociale.fr/MG/pdf/cdc_paerpa.pdf

La CTA est précurseur de la PTA sur le champ des PA: elle participe à la mise en œuvre progressive des PTA qui ont vocation à être en appui des médecins traitants, pour les situations complexes, sans distinction ni de l'âge ni des pathologies ;

Les enjeux et missions communes sont les suivantes : une meilleure organisation des parcours, un dispositif d'appui plus lisible et intégré sur les territoires (information/orientation/appui à l'organisation des parcours) et une place importante accordée à l'initiative des acteurs pour proposer un projet.

La PTA : un nouveau dispositif territorial d'appui à la coordination

La Loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 74)

prévoit la mise en place de dispositifs territoriaux d'appui à la coordination, en définissant les fonctions d'appui et leurs modalités d'organisation.

L'article L.6327-1 du CSP définit *«des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les ARS en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers».*

Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les **ruptures** de parcours. Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, dans la prise en charge globale du patient. Les fonctions d'appui peuvent être mises en œuvre par une équipe de soins primaires ou en communauté professionnelle territoriale de santé. Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à *l'article L.6327-1*, l'ARS peut constituer par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé une ou plusieurs PTA à la coordination des parcours de santé complexes.

L'Article L.6327-2 du décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 définit les plateformes PTA à la coordination. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'HAD peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs PTA à la coordination des parcours de soins complexes.

Pour organiser ces fonctions d'appui dans les territoires, les ARS pourront mettre en place des **PTA**, en s'appuyant sur les initiatives des professionnels, notamment ceux de ville et des communautés professionnelles territoriales de santé, en vue du maintien à domicile.

L'objectif est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction sur l'âge et les pathologies. En termes d'accompagnement, les PTA pourront bénéficier du **plan d'investissement de 2 milliards d'euros annoncé le 24 mai 2016** par Mariol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. L'un des axes prioritaires de ce plan comporte le développement du numérique entre la ville et les établissements de santé ainsi que l'aide à l'organisation territoriale des soins visant à favoriser les parcours de santé pertinents et le maintien à domicile.

1.4 La MAIA a été mise en place par la CNSA pour suivre les PA en circuits complexes grâce à des gestionnaires de cas

Objectifs de la MAIA

Née du constat de la fragmentation de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment pour l'accès aux soins et aux aides, la MAIA a vocation à apporter une réponse à l'accès aux ressources locales et à la fluidité du parcours de santé de la PA. C'est un dispositif visant à mettre en œuvre, sur un territoire de santé, une nouvelle méthode de travail entre les professionnels, poursuivant l'objectif d'intégration répondant à plusieurs objectifs :

Objectif #1 : Renforcer l'articulation entre les professionnels des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour de la personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants ;

Objectif #2 : Simplifier les parcours ;

Objectif #3 : Réduire les doublons d'évaluations ;

Objectif #4 : Eviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des PA;

Objectif #5 : Améliorer la lisibilité par l'organisation partagée des orientations.

Les publics pris en compte par la MAIA sont les personnes âgées atteintes de troubles neuro génératifs (maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées) et, plus largement, les personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle.

Les personnes considérées en situation dite *complexe* sont orientées vers la *gestion de cas*. En revanche, la population concernée par le dispositif est plus large : la MAIA ne se limite pas à la gestion de cas mais entrevoit la fluidification du parcours des personnes âgées, par le processus d'intégration.

Trois niveaux d'intervention participent au mouvement d'intégration :

Le Niveau #1 est constitué de la table stratégique. Il regroupe les décideurs et financeurs. Il s'agit d'ajuster la planification, l'évaluation et la régulation de l'offre de services sur le territoire, à partir des retours d'information de la *table tactique* et de la *gestion de cas*.

Le Niveau #2 est constitué de la table tactique. Il regroupe les professionnels de l'hôpital, les représentants de libéraux, les EHPAD, acteurs des soins à domicile, du conseil Départemental, de l'ARS. Le niveau de représentation doit être décisionnel.

Tous ces professionnels travaillent de concert sur l'harmonisation des pratiques, sur l'amélioration de la lisibilité du système de soins et d'aides, sur des outils communs et enfin sur le *guichet intégré*. Le **guichet intégré** ne se réfère pas à un lieu physique mais à un processus d'orientation homogène dont les partenaires sont coresponsables. Il s'agit d'un *projet collectif* porté en partenariat.

Le Niveau #3 est constitué de la gestion (opérationnelle) de cas :

Il a pour objectif le suivi individuel et intensif de certaines personnes âgées à **situation complexe** par des professionnels dédiés (*système de r f rent*).

Son organisation repose sur le gestionnaire de cas. Celui-ci est l'interlocuteur privilégié entre a personne âgée, le médecin traitant et les professionnels de santé concernés.

Il travaille avec un **outil d'évaluation multidimensionnelle**, un plan de services individualisé (afin d'articuler les interventions) et un système d'échange d'informations. Le pilote MAIA est l'animateur de la concertation et responsable fonctionnel des gestionnaires de cas. Choisi par le porteur du dispositif et l'ARS, il assure le lien entre les deux tables et la gestion de cas.

1.5 Les CLIC, l'HAD et les SSIAD font partie du parcours de la PA

Les CLIC : services de proximité pour les PA de plus de 60 ans

Ils sont des lieux d'accueil gratuits, centres de ressources et d'informations. Ils orientent les PA dans le dispositif d'offre de services et de prestations sur la base des besoins des PA. En plus du service aux PA, le CLIC assure aussi la coordination sur son territoire en informant les différents partenaires et en organisant des rencontres contribuant au partage de connaissances et d'expériences.

En principe, il existe 3 niveaux de compétences, correspondant aux niveaux de labellisation du CLIC :

Le label niveau #1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil, de soutien aux familles ;

Le label niveau #2 : en plus du niveau 1, les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;

Le label niveau #3 : en plus du niveau 2, les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Le rôle de la HAD dans le parcours de la PA

Un entretien a été conduit avec le Président du comité consultatif médical de l'HAD de l'AP-HP lors du stage de professionnalisation. Cet entretien a permis de mieux appréhender la place de la HAD dans le parcours de la PA. Le schéma ci-dessus montre les différentes fonctions assurées par la HAD:

La réactivité de la plateforme HAD - APHP: C'est une plateforme d'admission médicalisée avec l'intervention d'une infirmière de coordination (IDEC) dans la journée. Une réponse dans les 24h est assurée pour une date de prise en charge et une admission en HAD en 36h hors situation complexe (sociale).

La continuité des soins de la plateforme HAD - APHP:

Des soins hospitaliers sont assurés 24h/24, 7jour/7, avec une équipe de nuit et une astreinte médicale avec des moyens techniques hospitaliers au domicile. Une organisation des relais à la sortie d'HAD est garantie.

La coordination médicalisée des soins de la plateforme HAD –APHP :

Les coordonnées des référents médicaux HAD sont envoyées au médecin traitant.

Un appui au médecin traitant en termes d'expertise est aussi ciblé.

Un document de synthèse de fin d'HAD est envoyé au médecin hospitalier et au médecin traitant. La présence d'IDEC peut être assurée à la demande au personnel hospitalier.

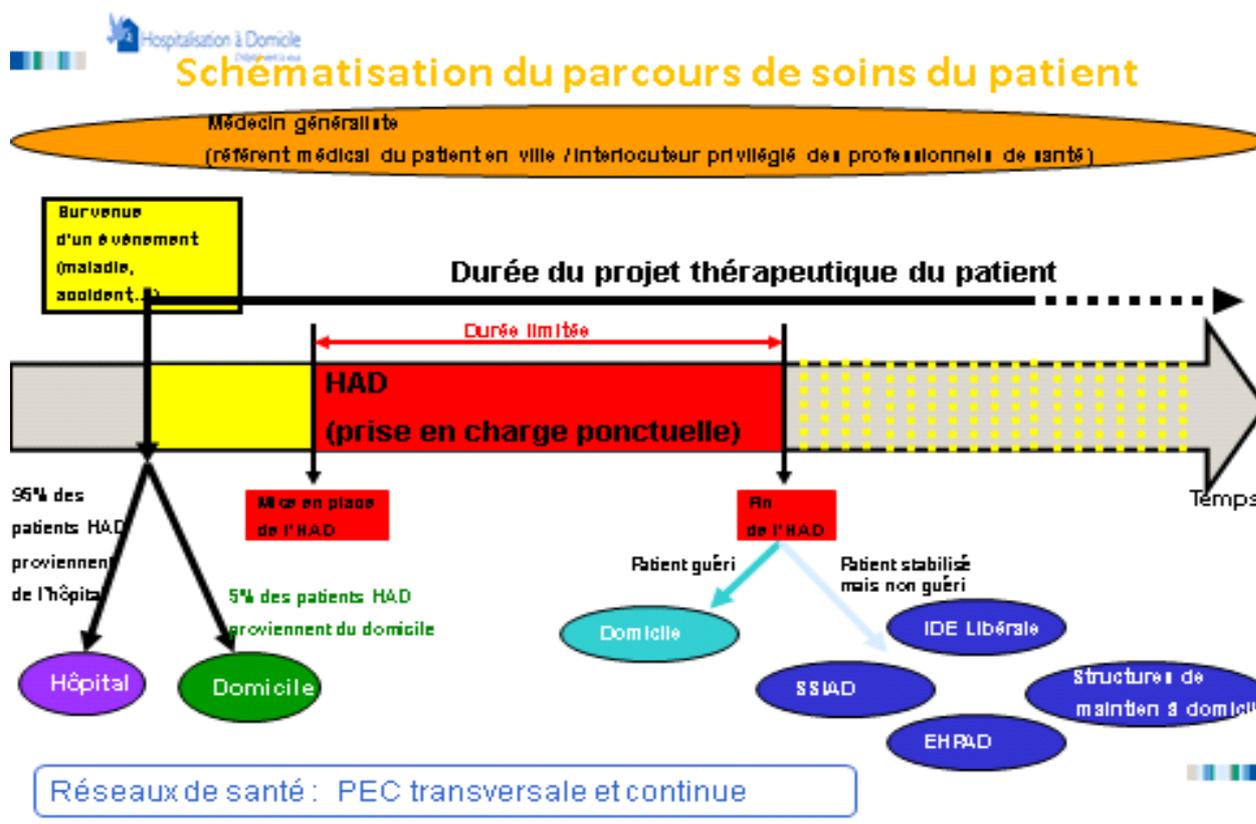


Figure 4 : Extrait de la Présentation du Comité Consultatif Médical HAD de l'AP-HP

Le SSIAD favorise le maintien à domicile des PA et répond à plusieurs missions.

Afin d'améliorer la prise en charge des PA de plus de 60 ans malades ou en perte d'autonomie, le SSIAD répond à plusieurs missions :

Mission #1 : Faciliter leur retour à domicile après une hospitalisation ;

Mission #2 : Eviter ou retarder une hospitalisation ;

Mission #3 : Prévenir ou retarder l'admission en EHPAD ;

Mission #4 : Préserver leur bien-être et leur autonomie ;

Mission #5 : Prévenir la perte d'autonomie, la maladie et ses complications.

1.6 Les Filières Gériatriques

Le terme de **filière gériatrique** a été énoncé dans la **Circulaire n° 2202-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques**. Celle-ci a été complétée par la **Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques**.

La **filière gériatrique** hospitalière constitue un maillon du dispositif de coordination. Sa mission est de contribuer aux parcours de la personne âgée à titre de conseil et d'expertise gériatrique.

Elle constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé. Elle s'inscrit dans une politique de réponse globale et participe à la structuration du parcours de soins et à l'accompagnement de la PA en s'articulant avec les coordinations de proximité.

Sur un territoire donné, la **filière gériatrique** a pour objectif de proposer des dispositifs de soins gériatriques nécessaires à la réponse aux besoins de santé des personnes âgées y compris en santé mentale et d'assurer les évaluations gériatriques

La **filière gériatrique** permet à la PA de bénéficier d'un avis gériatrique -si possible- préalable à l'hospitalisation, d'une palette complète d'interventions spécifiques de soins en gériatrie (court séjour, équipe mobile, unité de consultations et d'hospitalisations, SSR, USLD), d'un accès à un plateau technique et d'un accompagnement à la sortie d'hospitalisation.

La **filière gériatrique** s'appuie sur un établissement support (centre hospitalier disposant de l'ensemble des services spécialisés en gériatrie) qui a vocation à formaliser les liens avec les autres établissements hospitaliers de son territoire de filière.

1.7 Le système "Via Trajectoire" permet d'orienter les PA

Via Trajectoire est un outil logiciel d'aide à l'orientation et à l'admission des patients en SSR, HAD, EHPAD, Accueil de Jour et USLD. Cet outil SI offre des Portails dédiés pour les usagers, médecins traitants et les professionnels en établissement.

Un dossier d'admission unique, créé suite à la démarche de recueil du consentement du bénéficiaire, avec un accès partagé entre professionnels et usagers. Le dossier et les réponses sont suivis en temps réel.

Le dispositif du logiciel **Via Trajectoire** facilite également la **fluidité des parcours**. Il est un outil permettant de structurer des projets médicaux et de décrire les profils des patients accueillis ainsi que les types d'établissements et des compétences disponibles. Véritable "Observatoire des filières" pour les ARS, le déploiement de cet outil collaboratif dans le secteur social et médico-social permet d'assurer la fluidité des parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie.

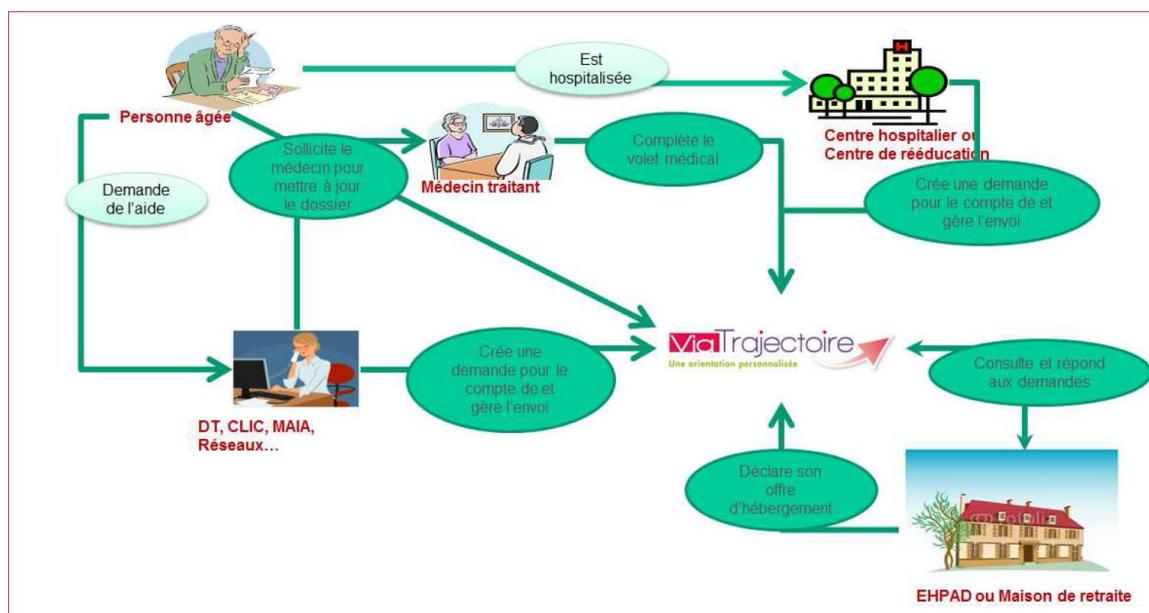


Figure 5 : Extrait de la Plaquette « Via Trajectoire » du Ministère de la Santé

Bon nombre de cloisonnements rendent difficile l'ensemble des acteurs du champ médico-social à disposer d'une connaissance partagée des besoins d'accompagnement et de leur évolution. Le logiciel Via Trajectoire est un outil qui offre une *réponse à la visibilité de ces besoins et à la coordination des acteurs au service des parcours de santé coordonnés.*

L'ARS de Nouvelle Aquitaine se satisfait de l'essor de Via Trajectoire Grand âge:

Plus de 3 800 dossiers de demande d'admission en EHPAD, résidences autonomie et unités de soins de longue durée (USLD) ont été complétés dans le cadre de l'utilisation de **Via Trajectoire**. Déployé depuis 2013 sur l'ancienne région Poitou-Charentes et depuis 2015 sur l'ex-Aquitaine, le logiciel d'aide à l'orientation personnalisée voit son utilisation "*en plein essor*". D'après l'ARS Nouvelle-Aquitaine, plus de 1 500 médecins libéraux l'ont déjà utilisé.

1.8 Le DPI est le socle minimal pour le parcours de santé des PA

Le contenu du dossier patient est défini par le **décret no 2002-637 du 29 avril 2002** :

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé... ».

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé renforce la nécessité de disposer d'un DPI :

La mise en place d'un dossier patient informatisé (DPI) unique permet une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements faisant partie d'un GHT. Il est prioritaire dans la trajectoire de convergence des SI des GHT. La vision cible d'un DPI unique doit permettre de disposer d'un même environnement de travail et un partage transversal de données.

2 Contexte et problématique tirés de la phase de diagnostic : évaluation du parcours et apports des outils SI

2.1 Démarches mises en œuvre pour mener les techniques d'investigation et assurer le recueil des données :

L'étude visée initialement concernant le parcours du patient dans le secteur médico-social soulève un nombre important de sujets, questionnements et problématiques qui nécessitent par conséquent d'en redéfinir son périmètre.

C'est ainsi que le périmètre s'est limité en l'étude du parcours en EHPAD, en HAD, SSR et USLD.

Dès lors que le périmètre du sujet a été redéfini, une étude documentaire approfondie assortie de rencontres avec des professionnels du lieu du stage ont permis d'investiguer les axes clefs sous-jacents : le dossier patient et plus largement le système d'information dans son ensemble.

Par ailleurs, la participation à différents colloques – parcours de santé des aînés au ministère de la santé en janvier 2017 et les rencontres PAERPA à la DT Paris en juin 2017 – complétée de questionnaires semi-directifs adressés aux protagonistes (EHPAD, HAD, SSR et USLD) - a permis de recueillir les informations ayant trait aux enjeux, aux forces, menaces et opportunités ainsi qu'aux difficultés rencontrées dans ces établissements. Ces méthodes d'investigation ont également été l'occasion d'observer les tendances qui se dessinent en termes de prise de conscience sur la nécessité de repenser le parcours de la personne âgée (PA).

2.2 Exploitation et analyse des données recueillies

Rencontre des principaux acteurs de la filière gériatrique de l'est parisien (Annexe 11) :

A Paris, 18,3% des PA de plus de 75 ans reçoivent l'APA (Allocation Personnalisée de l'Autonomie). Le territoire de l'Est Parisien comporte 497 200 personnes dont 95 500 de plus de 60 ans (19,2% de la population) et 34 500 de plus de 75 ans (6,9%).

Le **réseau AGEP (Association Gériatrique de l'Est Parisien)** prend en charge les PA de plus de 75 ans. Les actions du réseau AGEP ont évolué depuis sa création en 2000 et devront encore évoluer pour répondre aux besoins du territoire.

Le réseau AGEP a été créé en décembre 2000 par le Dr Albert Servadio grâce au financement du FAQSV (Fonds d'aide à l'Amélioration de la Qualité des Soins en Ville), issu de la CNAMTS.

Son objectif est d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale du sujet âgé de plus de 75 ans dans les 11^e, 12^e, 19^e et 20^e arrondissements de Paris.

Depuis sa création, l'AGEP a élargi ses actions en créant un système de « dépistage » des situations médico-sociales complexes. Une « veille médico-sociale » a été mise en place. Un dispositif de coordination Ville/Hôpital a été créé dont l'objectif est d'assurer la sortie de l'hôpital. Il prend le relais au retour à domicile des patients afin de garantir au maximum la mise en place des actions médicales et sociales prévues à l'hôpital.

L'action de l'AGEP est centrée sur l'Est parisien et implique une coordination avec tous les hôpitaux publics du territoire, notamment du GH HUEP (Groupement Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien), du CLIC Paris Emeraude Est, la MAIA de Paris Est et la filière gériatrique de Paris Est 75-2 (**Annexe 11**).

Les évolutions futures de l'AGEP devront s'inspirer du modèle PAERPA tout en innovant pour renforcer l'ancrage territorial et la prise en charge des patients de manière transversale. Cela devrait permettre d'améliorer la qualité de vie des PA et de leurs aidants tout en améliorant l'efficacité de la prise en charge.

Le dispositif Ville-Hôpital sur le territoire Paris-Est :

Son but est d'améliorer la prise en charge des PA effectuant un passage ou un séjour hospitalier sur le territoire de Paris-Est : l'hôpital Saint-Antoine, l'hôpital Tenon, l'hôpital des Diaconesses/Croix Saint-Simon, l'hôpital Rothschild. De même, concernant la sortie des soins de suite du territoire : La Fondation de Rothschild, la Clinique du Parc de Belleville (groupe ORPEA), la Clinique Korian Canal de l'Ourcq et les Florales (Bagnole).

A la sortie de l'hôpital, le réseau intervient à la demande de l'hôpital (hospitalisation traditionnelle ou suite à un passage aux urgences) pour accompagner la sortie et évaluer les retours précaires au domicile. Il peut aussi rencontrer le patient à l'hôpital avant sa sortie et intervenir à domicile pour la prise en charge des conjoints dépendants des patients hospitalisés. En 2014, 149 patients ont été pris en charge par l'AGEP à la sortie de l'hôpital¹².

¹² Rapport d'activité et financier 2014 du réseau AGEF, 28 mars 2015
André Foresti - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

Des entretiens ont été conduits auprès des acteurs de la filière gériatrique sanitaire et médico-sociale du territoire 75-2 rive droite de l'est parisien (Annexe 11)

Des entretiens ont été conduits principalement avec les personnes suivantes du GH HUEP de l'AP-HP: Dr Bouvard de l'UGA de l'hôpital Tenon, Dr Thomas de l'UGA de l'hôpital Saint-Antoine, Dr Grancher et Dr Meaume, médecins gériatres de l'hôpital Rothschild, Dr Brahimi, Médecin Coordonnateur de l'EHPAD « Résidence Alquier Debrousse » de la Ville de Paris, Dr Matthieu de Stampa, responsable de l'activité médicale de la HAD de l'AP-HP.

Les objectifs étaient de comprendre l'articulation des acteurs dans cette filière gériatrique du territoire de l'est parisien aussi bien avec des acteurs publics et privés (EHPAD appartenant au groupe Korian).

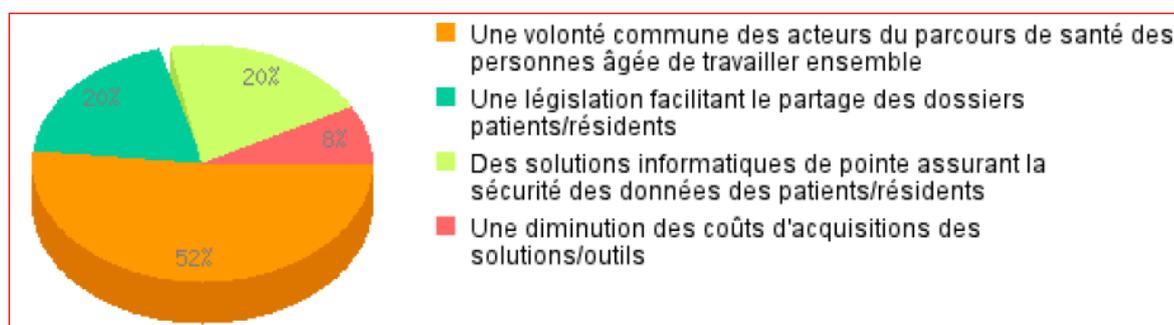
2.2.1 Analyse du questionnaire sur la filière gériatrique du lieu de stage

A partir de ces entretiens, un questionnaire a été élaboré, questionnaire regroupant le secteur médico-social des EHPAD et le secteur sanitaire des HAD, SSR et USLD de cette filière gériatrique (Annexe 1).

13 professionnels de santé ont répondu à ce questionnaire.

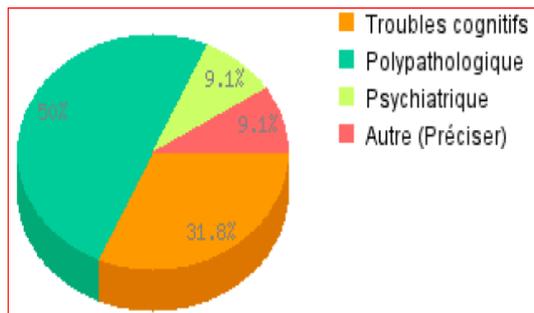
Une extraction des principaux points saillants de ce questionnaire a été effectuée et synthétisée ci-dessous :

- 1) *Pensez-vous que les difficultés de communication entre la médecine de ville, les services d'accompagnement à domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées et hôpitaux puissent être atténuées par:*



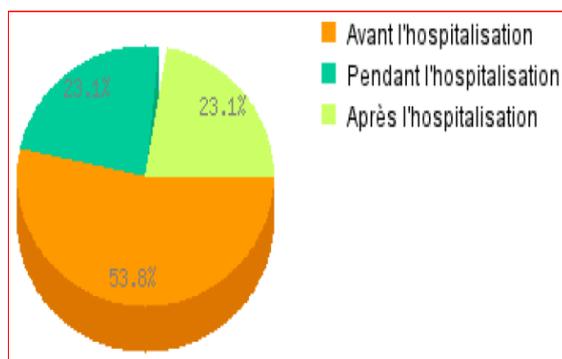
→ L'amélioration du parcours de santé des PA n'aura lieu que si l'ensemble des acteurs de ce parcours travaille en étroite collaboration.

2) *Quel est le profil pathologique des personnes âgées prises en charge?*



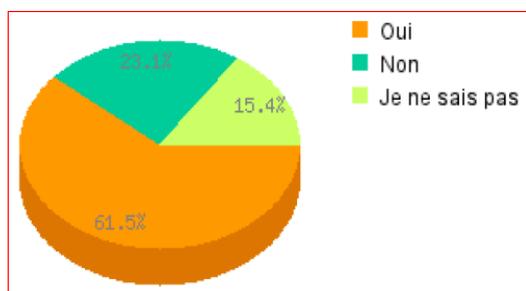
→ Les Patients polypathologiques sont de plus en plus majoritaires : diabète, hypertension, dyslipidémie, neuropathie cumulés souvent associés de problèmes socio-économiques.

3) *A quel niveau l'information dont vous disposez sur le patient/résident est-elle la plus déficiente?*



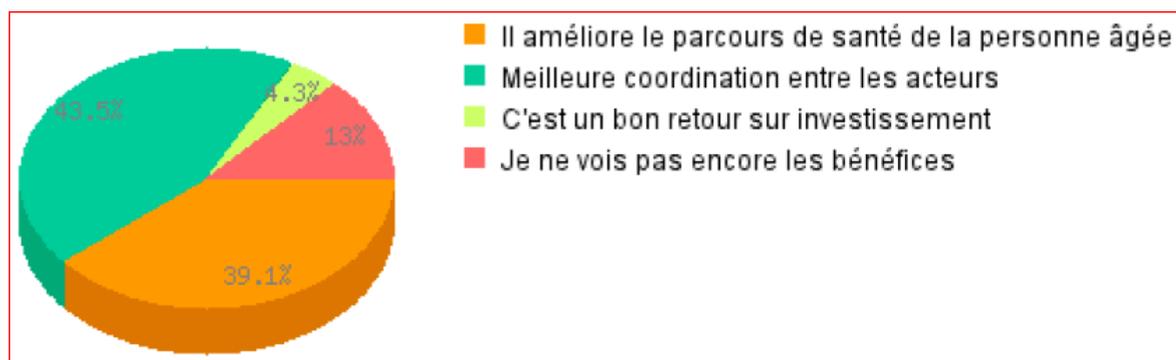
→ Les professionnels de santé disposent malheureusement souvent de peu d'information sur le dossier du patient avant l'hospitalisation.

4) *Disposez-vous d'une application informatisée pour le dossier du patient/résident?*



→ Il y a encore une forte proportion des personnes interrogées qui n'utilisent pas ou ne disposent pas de dossier patient informatisé (DPI).

5) *Quels bénéfices vous apporte votre DPI?*



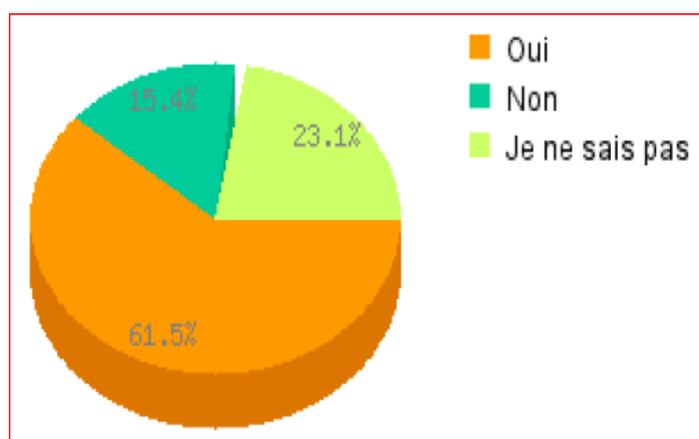
→ Parmi les professionnels de santé ayant un DPI, ces derniers reconnaissent qu'il permet une meilleure coordination entre les acteurs et améliore grandement le parcours de santé des PA en évitant les ruptures en milieu de parcours.

6) *A combien de temps évaluez-vous le gain administratif si le DPI était généralisé pour vos patients/résidents (et ainsi avoir accès directement par exemple aux CR opératoires, de consultation et d'hospitalisation, analyses biologiques ou prescriptions de sortie ?*



→ En revanche, l'efficacité du DPI est encore très difficile à évaluer car coexistent très souvent dans les établissements de santé le DPI et « encore » les dossiers des patients sous forme papier.

7) *Souhaitez-vous que votre DPI soit partagé avec tous les acteurs du parcours de santé de la PA (SSIAD, HAD, EHPAD, Médecine de Ville)?*



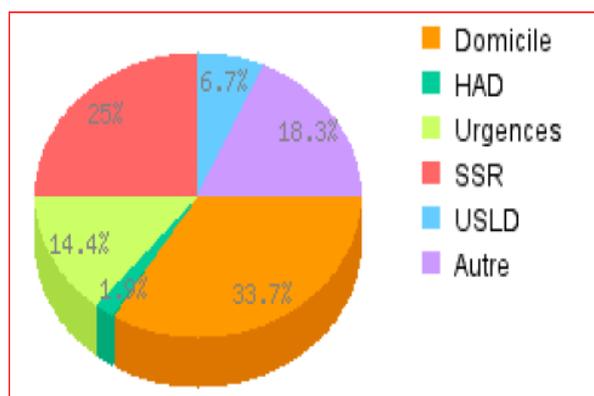
➔ Les Professionnels de santé plébiscitent en grande majorité le partage du DPI de la PA pour éviter les ruptures de prise en charge de la PA.

2.2.2 Analyse du questionnaire au niveau national (secteurs sanitaire & médico-social)

Plus largement, un second questionnaire a aussi été mis en place pour déterminer les parcours de santé de la PA sur d'autres territoires de santé en France (**Annexe 2**).

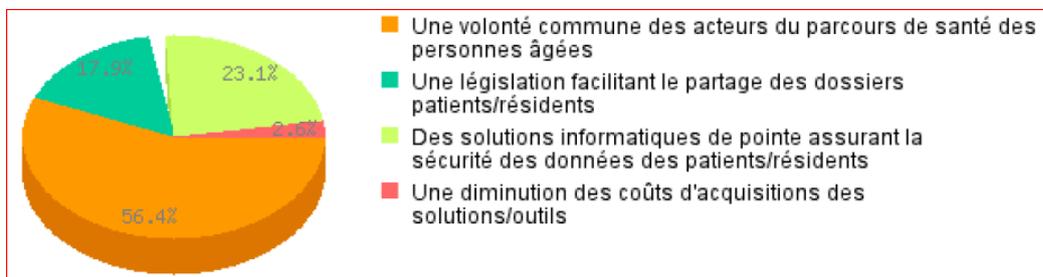
39 professionnels de santé répartis sur toute la France ont répondu à ce questionnaire.

1) *Indiquer les principales portes d'entrée de la personne âgée dans le parcours*



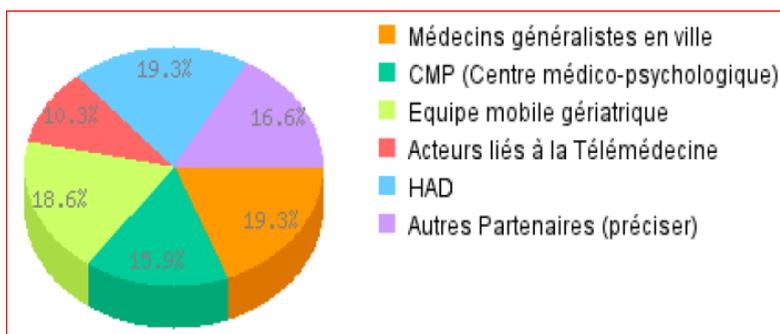
➔ L'entrée de la PA dans son parcours de santé s'effectue de manière hétérogène : La PA provient surtout de son domicile, des SSR (Services de Soins et de Réadaptation) puis des Urgences. Une PA est souvent provient des services SSR avant de se voir orientée en EHPAD.

2) Pensez-vous que les difficultés de communication entre la médecine de ville, les services d'accompagnement à domicile, établissements d'hébergement pour PA et hôpitaux puissent être atténuées par:



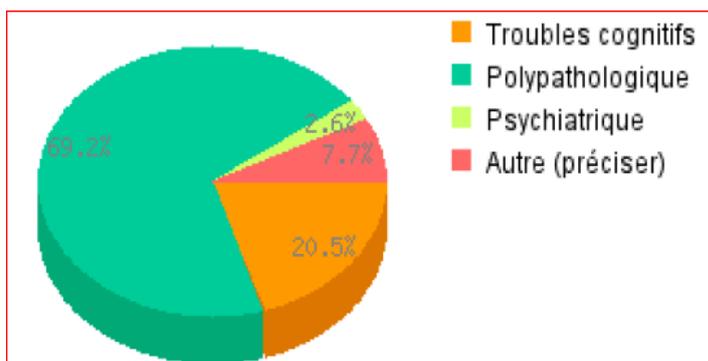
→ Comme cela a été constaté dans le questionnaire précédent, les professionnels de santé répondent majoritairement que seule la volonté des acteurs à travailler ensemble pourra améliorer le parcours des PA.

3) Avez-vous des partenariats avec?



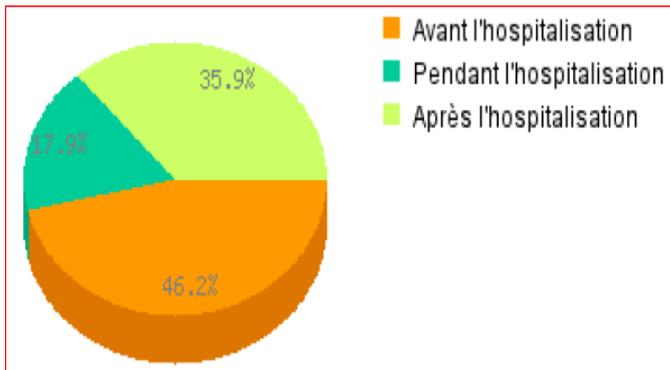
→ Les partenariats sont très divers et équirépartis sur l'ensemble des acteurs. Les partenariats sont par exemple : réseau soins palliatifs, réseau de neurologie, Unité de soins palliatifs, équipe mobile de géronto-psychiatrie, SSIAD, Résidence autonomie, CLIC, MAIA, Centres hospitaliers, AUTRES EHPAD, CHU Rennes - CHGR Rennes (équipe mobile psychiatrie) - Autres CH (IDE Nuit - bucco-dentaire), etc...

4) Quel est le profil pathologique des personnes âgées prises en charge?



→ Les profils polyopathologiques, troubles cognitifs et psychiatriques sont prédominants du fait de l'âge avancé de beaucoup de PA. Ils se cumulent aussi souvent avec de problèmes sociaux.

5) *A quel niveau l'information dont vous disposez sur le patient/résident est-elle la plus défailante?*



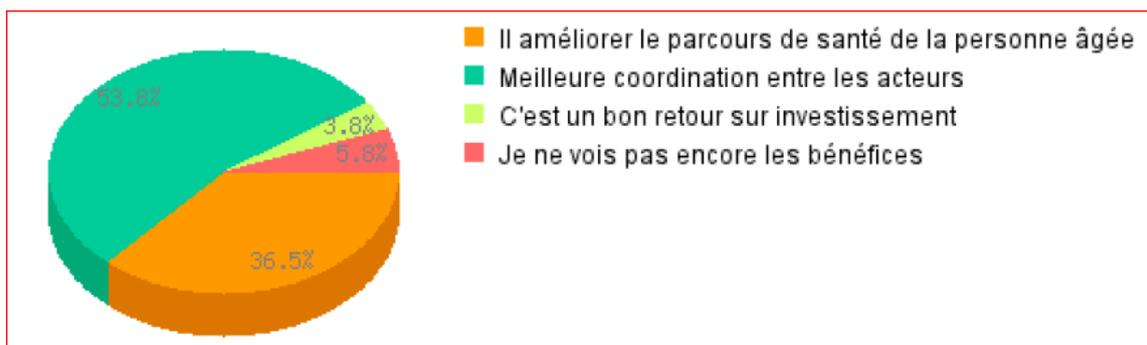
→ Comme constaté dans le questionnaire précédent, l'information est déficiente majoritairement avant l'hospitalisation. En revanche, elle peut se révéler aussi défailante après l'hospitalisation dans bon nombre de cas.

6) *-vous d'une application informatisée pour le dossier du patient/résident?*



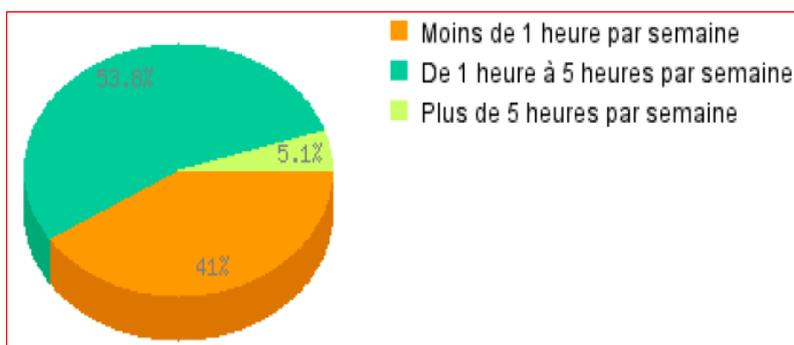
→ Contrairement au questionnaire précédent, il y a une écrasante majorité d'établissements de santé qui disposent désormais d'un DPI

7) *Quels bénéfices vous apporte votre dossier patient informatisé (DPI)?*



→ En très grande majorité, le DPI, grâce à une meilleure coordination entre les acteurs, améliore le parcours de santé de la PA et évite ainsi des ruptures de sa prise en charge.

8) *A combien de temps évaluez-vous le gain administratif si le DPI était généralisé pour vos patients/résidents (et ainsi avoir accès directement par exemple aux CR opératoires, de consultation et d'hospitalisation, analyses biologiques ou prescriptions de sortie ?*

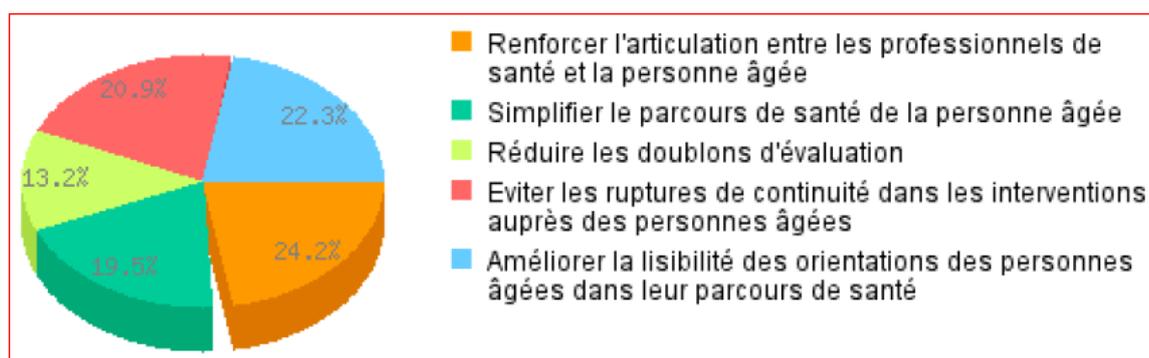


→ En très grande majorité, le DPI permet un gain administratif de plusieurs heures/semaine. Si le taux d'informatisation des dossiers patients augmente, ce gain pourra encore évoluer à la hausse.

2.2.3 Analyse du questionnaire MAIA sur le territoire national

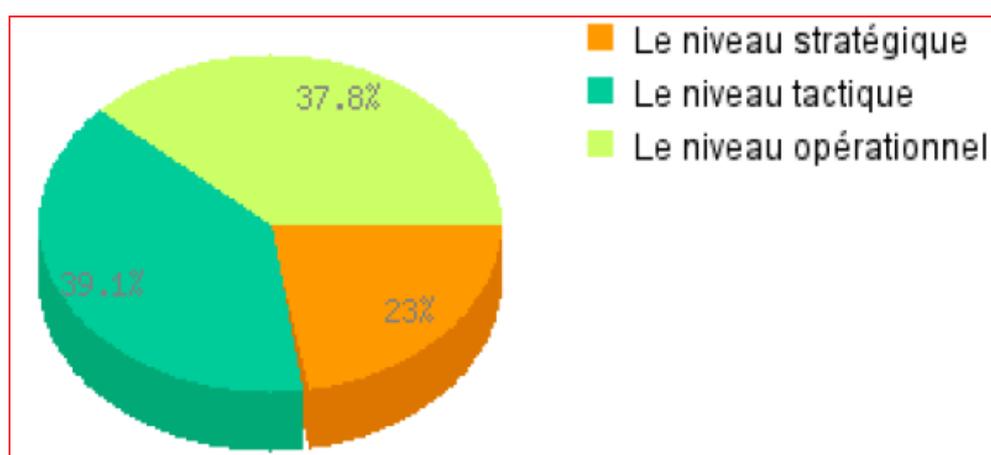
Un troisième questionnaire a également été réalisé pour connaître l'outil utilisé par les MAIA (**Annexe 3**). **100 MAIA sur les 355 totales ont répondu au questionnaire.** Cela représente un excellent retour et démontre leur vif intérêt sur les outils SI qui peuvent améliorer leur gestion quotidienne des parcours de santé des PA en **circuit complexe**. En moyenne, chacune des MAIA dispose entre 3 et 4 gestionnaires de cas avec un pilote. Chaque gestionnaire gère en moyenne 40 PA sur son territoire.

1) Est-ce-que votre MAIA satisfait à l'ensemble ou en partie aux objectifs suivants?



→ L'ensemble des 100 MAIA répond de manière équilibrée à l'ensemble des 5 objectifs ci-dessus dans l'optique d'améliorer le parcours de santé de la PA.

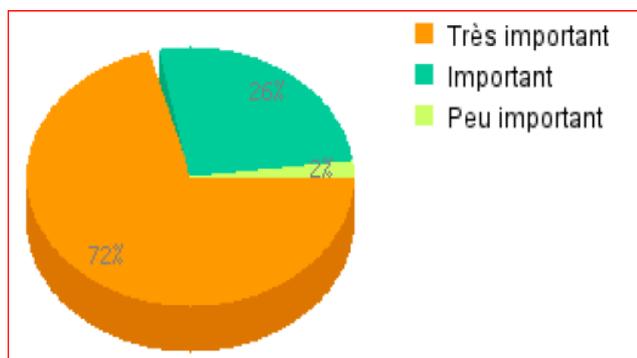
2) Quel(s) niveau(s) d'intervention utilisez-vous régulièrement? Veuillez expliquer vos choix dans la partie commentaires.



Parmi les commentaires libres laissés par les MAIA interrogées, certains interpellent par exemple sur **la conduite de projets, la conduite de changement, la communication** et d'autres sur **le manque de concertation, le manque d'appropriation**. Ainsi peut-on relever certains commentaires portant par exemple :

« Le projet a cinq ans et se heurte aux résistances au changement des interlocuteurs tactiques », « La dimension stratégique cadre le déploiement de la MAIA...le niveau tactique permet un échange entre MAIA et professionnels partenaires une fois par trimestre globalement...les échanges entre gestionnaire de cas et professionnels se font dans le cadre de réunions de concertation au cas par cas (fréquence irrégulière) », « Le niveau opérationnel permet de mieux diagnostiquer les problématiques de terrain et de répondre aux difficultés des professionnels et des usagers sur le terrain...la concertation aux trois niveaux est un élément fondamental ».

3) *Comment considérez-vous l'utilisation des Systèmes d'Information (SI) au niveau des MAIA?*



- ➔ Les SI représentent des outils stratégiques pour les MAIA. Par exemple, la Pilote MAIA de Paris Est qui fait partie du GH HUEP du lieu confirme que l'outil SI SMAF utilisé entre 2008 et 2016 -totalement dématérialisé- a beaucoup contribué à une efficacité importante de ces 4 gestionnaires de cas qui gère chacune 40 PA en circuit complexe
- ➔ En revanche, depuis l'appel d'offres de la CNSA en 2016 qui a sélectionné le RAI, ce nouvel outil RAI n'est uniquement opérationnel en Corse et dans la région PACA mais pas encore sur les autres régions françaises. Cela pose question car les gestionnaires de cas gérant 160 PA ne peuvent, d'une part, plus utiliser l'outil SMAF et d'autre part, ne disposent pas encore du nouvel outil RAI.
- ➔ Actuellement, et ce probablement jusqu'en fin 2017 ou début 2018, la MAIA Paris Est doit malheureusement retourner en mode papier comme avant 2008 pour gérer ces 160 PA.
- ➔ Cet exemple démontre parfaitement que sans un outil SI efficace, le parcours de santé de la PA en est affecté et sera confronté à de potentielles ruptures de sa prise en charge dans son parcours.

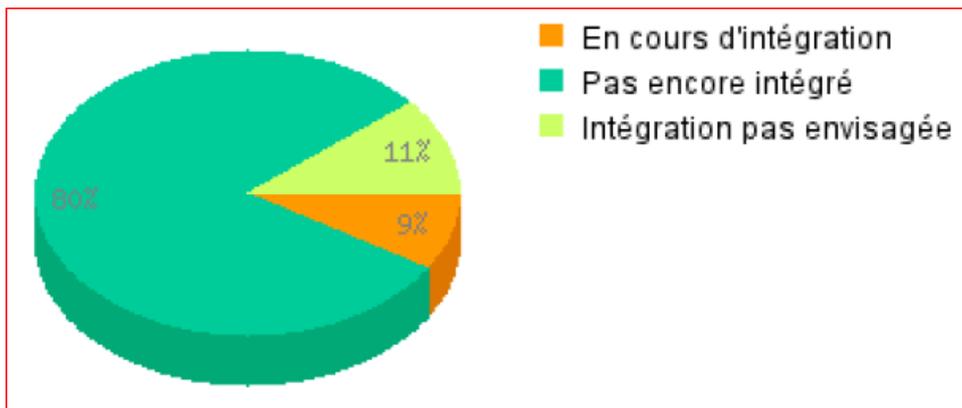
4) *Utilisez-vous actuellement l'application RAI pour gérer le parcours de santé complexe des PA?*



Parmi les commentaires libres laissés par les MAIA interrogées, certains interpellent par exemple sur **le manque de SI fonctionnel et de logiciel métier. Il n'y a pas de volonté de l'ARS de développer ces outils pour l'instant.** En revanche, on peut aussi relever certains commentaires portant par exemple :

« Dans notre MAIA, nous attendons que le RAI soit intégré dans le SI régional Occitanie », « L'intégration du RAI dans notre SI partagé ne sera effective qu'en 2018 », « L'outil RAI Home Care est un outil d'évaluation multidimensionnelle pour les gestionnaires de cas... la CNSA vient juste de fournir aux prestataires de logiciel les données techniques pour intégrer cet outil », « L'utilisation du GEVA a lieu jusqu'à la formation RAI qui sera organisée par l'ARS fin 2017...il faut que toutes les MAIA soient équipées au niveau informatique... le RAI ne s'impose qu'aux MAIA que fin 2017 », « Dans notre MAIA, les gestionnaires de cas utilisent l'outil Home care depuis 2011... en tant que pilote MAIA, j'utilise pour l'instant uniquement les statistiques des profils patients ».

5) *Comment votre outil RAI s'intègre avec les différents autres acteurs du parcours de santé de la PA? Veuillez expliquer votre choix.*



Parmi les commentaires libres laissés par les MAIA interrogées, on peut relever certains commentaires pertinents comme par exemple :

« Dans notre MAIA, nous prévoyons également l'utilisation du RAI pour les coordinatrices du CLIC et coordinateurs d'appui PTA et présenterons l'outil aux autres acteurs (cf. SPASAD...) », « En région Occitanie, les pilotes MAIA ne seront pas formées à l'outil RAI mais seuls le sont les Gestionnaires de cas. Seules les sensibilisations à l'outil RAI ont démarré mais pas encore les formations », « En région Bretagne, l'outil RAI + SI parcours sont en cours de construction », « Dans notre MAIA, nous allons expérimenter le RAI « Filtrage Orientation » en tant que Formulaire d'Analyse Multidimensionnel (outil du guichet intégré) ».

6) *Comment voyez-vous la future intégration du RAI dans le parcours de santé de la PA?*



Parmi les commentaires libres laissés par les MAIA interrogées, certains interpellent par exemple sur **les ajustements nécessaires encore très flous**.

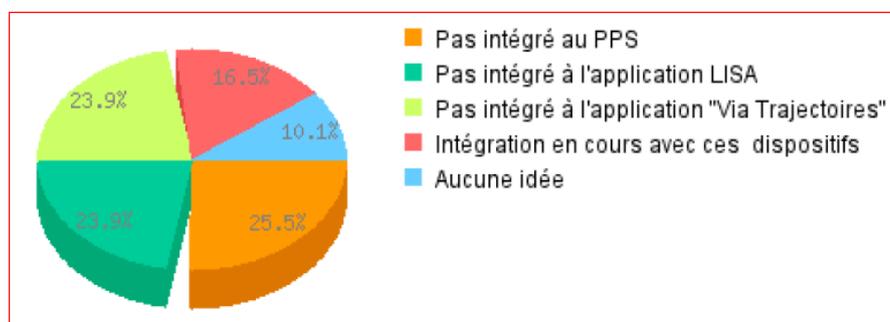
Un nouvel Appel d'Offres de la CNSA est envisagé pour la partie intégration du RAI. Ainsi peut-on aussi noter les remarques suivantes:

« En région Bretagne, un SI guichet intégré est en cours de construction ».

« L'outil américain « InterRAI contact assessment » est en cours d'adaptation au contexte français et aux besoins du fonctionnement en guichets intégrés »,

« Des ajustements seront nécessaires : ce sera un changement dans la pratique des gestionnaires de cas... cela devrait permettre une objectivation / aux suivis. Le pilote MAIA pourra rendre compte aux tables tactiques et stratégiques des données quantitatives et qualitatives sur les problèmes rencontrés en gestion de cas sur les territoires... ce qui pourra permettre de dégager des pistes de travail pour les guichets intégrés ».

7) *Est-ce-que l'outil SI actuel de votre MAIA est intégré avec les autres outils des autres dispositifs existants pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées?*



L'ensemble de ces questionnaires constitue une base de données et de connaissances indispensables pour identifier et mener les réflexions qui s'imposent et proposer ensuite les actions et préconisations les plus pertinentes.

3 Des recommandations pour un outil SI fédérateur sont nécessaires pour un parcours de santé des PA plus fluide, intégré et optimal

Quels sont les enjeux clés de la mise en place de ces parcours ? En quoi le numérique peut-il les faciliter ?

L'analyse des questionnaires et la rencontre des différentes parties prenantes relèvent de la nécessité de favoriser toutes les conditions permettant de fédérer les acteurs en amont puis durant la phase d'exécution d'un projet qui plus est, modifie de manière substantielle les méthodes et habitudes de travail.

A ce titre, il importe de définir un SI qui améliore le parcours des PA en évitant tous types de ruptures de parcours dans la prise en charge de ces PA.

3.1 Le numérique : outil de facilitation pour la mise en place d'un parcours fluide

Pour les MAIA : L'analyse du questionnaire MAIA au point 2.2.3 interroge sur différents points (détails des commentaires en **Annexe 4**). En revanche, afin de répondre à ces différents éléments, il convient d'envisager une préconisation en plusieurs étapes :

Préconisation n°1 :

Etape 1 : Former et sensibiliser les Pilotes et les Gestionnaires de cas dans l'ensemble des 355 MAIA en France au nouvel outil RAI sauf celles où le RAI est déjà déployé (Corse et région PACA).

Etape 2 : Déployer un plan de communication efficace (en continu par la CNSA au niveau national)

Etape 3 : Développer les compétences nécessaires à l'utilisation de l'outil RAI qui sera intégré aux logiciels métiers et de guichet intégré des MAIA.

Etape 4 : Accompagner la mise en place du logiciel RAI dans les MAIA.

Comme le montrent les commentaires (**Annexe 4**) des 100 MAIA au questionnaire MAIA (**Annexe 3**), **la mise en place d'un SI pour les 355 MAIA est inachevée en France. Cet aspect est un frein à l'intégration des services d'aide et de soins pour les PA.**

Ce constat a été pointé dès la phase expérimentale. L'absence de SI partagée commun aux différentes MAIA est un facteur de frein très important au rythme d'implantation et même à la possibilité pour les gestionnaires de cas d'atteindre leur pleine file active de cas.

Le rapport d'évaluation des dispositifs MAIA des Pays de la Loire soulève une dynamique freinée par l'absence de SI communs. Les MAIA , tout comme les référents ARS, sont en attente d'un SI proposé au niveau national.

Au-delà d'un support informatique opérationnel, la réceptivité d'un **SI partageable (SIP)** n'est pas acquise. **L'outil SIP exigerait comme préalable un contexte favorable d'implantation développé sur la base de la coopération et l'adhésion au projet global.**

Pour le dispositif PAERPA :

En mai 2017, le rapport « **Evaluation qualitative PAERPA** » a été publié. Ses commentaires et recommandations portent notamment sur: « *Le développement des outils numériques a donné lieu à un investissement très important (ressources humaines et financières mobilisées)* ».... «*Le SI fait l'objet d'un processus de conduite de projet dans la conduite du projet PAERPA...suscitant beaucoup d'attentes, devant être synchronisé avec le plan de communication et de formation* ».

« *Les outils SI sont déployés avec beaucoup de retard et restent globalement inaboutis en mai 2017* »... « *Les retards ont pesé sur le fonctionnement de la CTA et la mobilisation des professionnels de santé libéraux* ».

Cette évaluation fait aussi apparaître « *une tension entre une demande d'outils relativement génériques produits au niveau national, mais pouvant s'avérer un peu décalés par rapport aux besoins locaux et le travail de développement d'outils très localisés, qui peinent à s'articuler avec d'autres programmes et sont peu transférables d'un territoire à un autre* ».

Ainsi, pouvons-nous émettre différentes recommandations pour rendre les SI plus efficaces au niveau du dispositif PAERPA :

<p>Préconisation n°1 : Développer des outils SI au plus près des besoins des utilisateurs de terrain.</p>
--

Préconisation n°2 : Ne pas se limiter seulement au développement de l'outil SI mais mettre également en place les conditions de son usage par l'implication d'acteurs clés de terrain dans sa conception et son lancement sur le territoire.

Préconisation n°3 : Inclure des temps de développement locaux des outils SI dans le cadre de groupe de travail d'utilisateurs de terrain afin qu'ils puissent exprimer leurs besoins et faire évoluer l'outil en fonction.

Préconisation n°4 : Travailler avec les éditeurs à l'interopérabilité des SI (SI hospitalier/ SI collaboratif PAERPA/ SI Conseil Départemental/ SI des MAIA).

La capacité d'un SI à faire évoluer les pratiques suppose que les professionnels concernés y trouvent un intérêt. Par exemple, **la transmission des résultats d'analyses médicales a accéléré l'informatisation des cabinets médicaux.**

Préconisation n°5 : Fluidifier les transitions Ville-Hôpital-EHPAD pour permettre d'avoir des outils SI en commun afin de garantir un parcours fluide sans rupture de prise en charge des PA dans leur parcours de santé. Le Dossier Patient, comme par exemple celui mis en place par le GH HUEP (APHP) en **Annexe 12**, devra être intégré à ce parcours.

Le SI à développer dans le cadre de PAERPA suppose un flux de données continu, au fil de l'exécution du PPS. Néanmoins, le médecin traitant est peu familiarisé à ce type d'outil.

Préconisation n°6 : Il faut encourager le médecin traitant à utiliser cet outil pour rendre effectif le rôle de coordination des CTA, la rédaction et l'exécution des PPS.

Les SI des 9 premiers territoires PAERPA peuvent être classés selon 2 catégories : ceux utilisant des briques communes nationales et ceux utilisant des SI spécifiques à chaque territoire.

Catégorie #1 : Outils standards : en Bourgogne nivernaise, il existe un SI partagé : une plateforme collaborative e-santé (plateforme PPS et logiciel de la CTA) et la MSS.

De même, pour la région Sud-Est Indre et Loire (Centre – Val de Loire), plusieurs SI coexistent : la plateforme collaborative Covotem, le DMP, le ROR, Via Trajectoire. En ce qui concerne la région de la Mayenne, les SI standards utilisés sont : Le DMP et la MSS.

L'**annexe 6** présente, quant à elle, le déploiement de la MSS régional en Ile-de-France et national.

Catégorie #2 : Outils SI spécifiques à chaque territoire. Pour la région du « Grand Nancy », le SI utilisé est propre à cette région : LIGO. Même remarque pour le territoire du "Valenciennois Quercitain », le SI utilisé est PHILEAS. Au niveau des 9^e, 10^e et 19^e arrondissements de Paris, les SI utilisés sont Logiclic et Garcia ainsi que Lisa.

En région Nouvelle Aquitaine, la Basse-Corrèze et la ville de Bordeaux, on trouve le SI partagé PAACO de la Plateforme Autonomie Seniors, et en Hautes-Pyrénées, le SI Medimail.

Préconisation n°7 : Il serait pertinent de disposer d'une boîte à outils SI commune à toutes les régions PAERPA : les 9 premiers territoires ouverts en 2013 ainsi que les 7 nouveaux territoires initiés en 2016 puis les futurs territoires de Montpellier des DOM-TOM dont le lancement est prévu fin 2017- début 2018.

Préconisation n°8 : Cette nouvelle boîte à outils de SI commune pourrait être aussi utile au niveau de la CCP, elle améliorerait ainsi la situation actuelle avec les projets Pilotes PAERPA comme le présente le schéma ci-dessous. Celui-ci souligne l'importance de passer d'une logique de prise en charge centrée sur les pathologies et les structures à une logique de parcours coordonné centré sur les besoins de la PA.

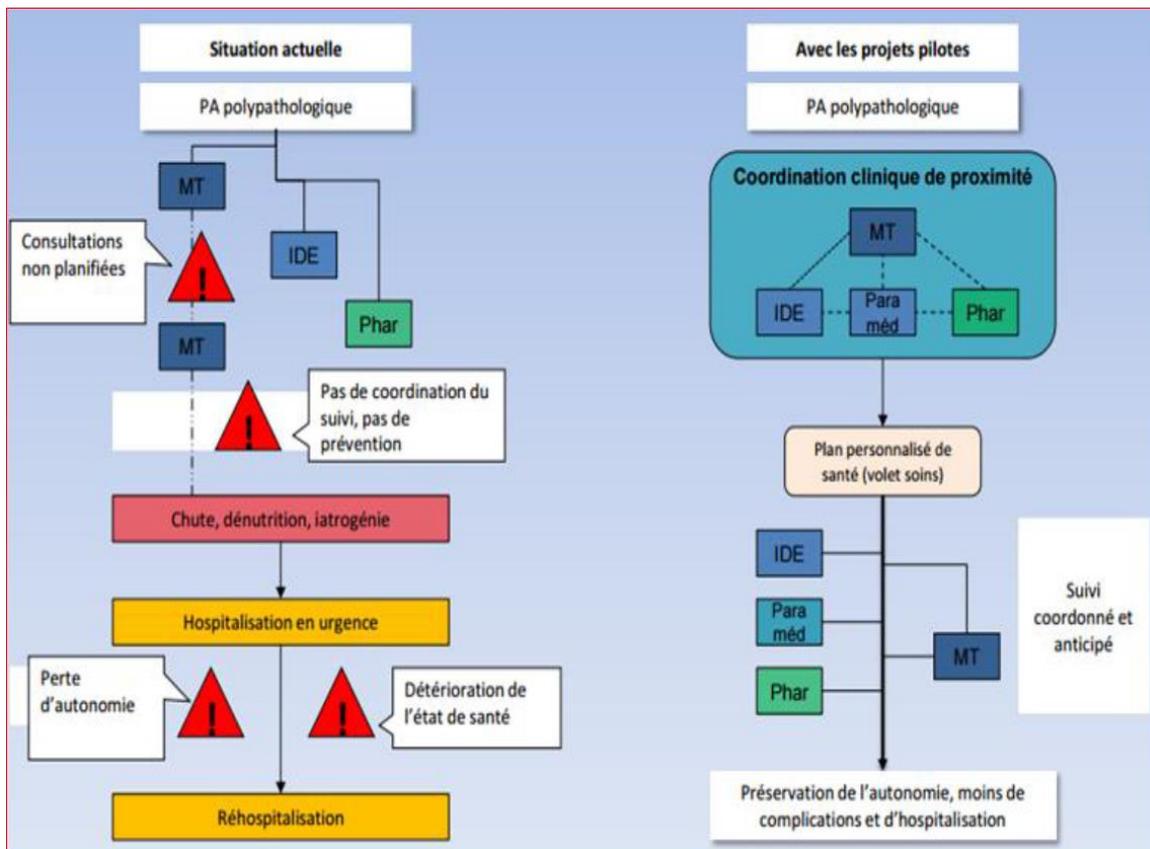


Figure 6 : Enjeu de la CCP pour un parcours coordonné de la PA

Il convient de noter que le dispositif TSN a bénéficié d'un financement de plus de 80 m€ répartis sur les 5 régions retenues (détails en partie 1) soit environ 15m€ sur 4 régions et 20m € pour l'Ile-de-France. Les 15m€ pour le projet TSN-PTA de la Nouvelle Aquitaine a permis, par exemple, de mettre en place la plateforme PAACO très innovante.

Préconisation n°9 : Faire en sorte que toutes les expérimentations PAERPA s'inspirent de l'exemple du service « Santé des Landes » déployé dans le cadre du programme TSN – PTA.

PAACO est un outil de coordination des parcours de patients, déployé sur toute la Nouvelle Aquitaine par le GCS Télésanté Aquitaine : des nouvelles briques innovantes d'aide à la coordination ont été ajoutées tout au long du projet. Cet outil permet de fluidifier et sécuriser le partage d'informations, de faciliter la coordination entre professionnels, et enfin de planifier et suivre les actions autour du patient (PPS dynamique et fiches métiers spécifiques par pathologie). Le Dossier Patient est partagé entre tous les professionnels intervenant autour du patient.

Une organisation de proximité innovante

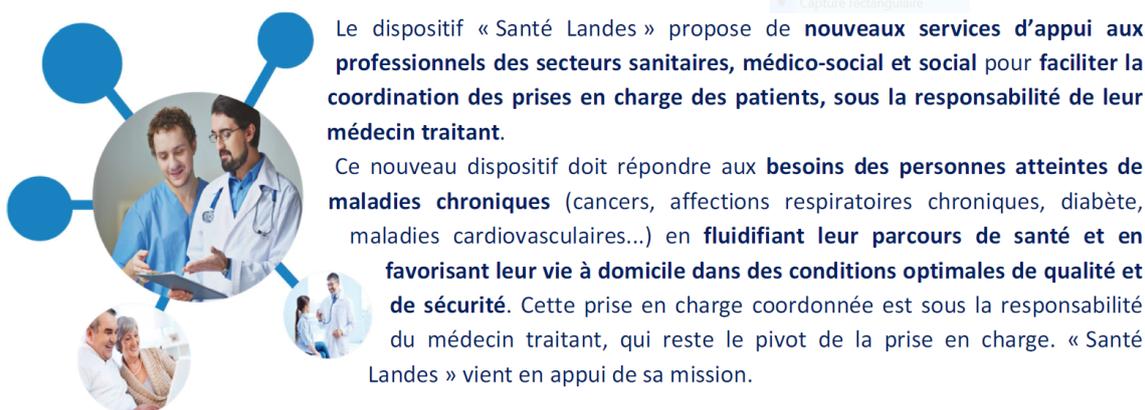


Figure 7 : Extrait du Dossier de Présentation « Santé Landes », Novembre 2016

L'appui aux professionnels est mis en place grâce à des outils numériques pour la prise en charge à domicile :

- ➔ Organisation et traçabilité des rendez-vous de leurs patients avec les spécialistes,
- ➔ Organisation des hospitalisations programmées avec les établissements de santé,
- ➔ Transmission des informations lors d'une hospitalisation d'urgence ou programmée,
- ➔ Aide pour la coordination des interventions et la mise en place d'un PPS pour améliorer le parcours de santé des PA par des actions sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées et la prise en compte des aspects médicaux, psychologiques et sociaux,
- ➔ Partage sécurisé d'infos actualisées utiles à la coordination des parcours de leurs patients,
- ➔ Alerte en cas de dégradation soudaine de l'état de santé du patient, non observance du traitement,...

De leur côté, les patients peuvent bénéficier grâce à « Santé Landes » :

- ➔ D'une orientation et d'un accompagnement facilité dans leur parcours de santé (ex : Prise de rendez-vous de spécialistes, accès à la prévention, orientation vers un accompagnement psychologique,...),

- D'une mobilisation et d'une coordination des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux favorisant leur maintien à domicile en toute sécurité (aide-ménagère, portage des repas, soins infirmiers à domicile...).

Plus de 1 000 parcours coordonnés 

L'équipe de « Santé Landes » accompagne **des professionnels et des patients atteints de maladie chronique ayant besoin d'une coordination des prises en charge**. Depuis le lancement du dispositif (septembre 2015), plus de 1 000 patients ont bénéficié d'un accompagnement dans leur parcours. Le plus souvent, la demande de coordination a été faite par le médecin traitant (42 % des patients). Les établissements de soins ont orienté 13 % des personnes actuellement suivies et dans 15 % des situations, la demande vient du patient lui-même, de sa famille ou de son tuteur. Les infirmiers libéraux, Les pharmaciens et les services d'aide ou de soins à domicile contactent également l'équipe de « Santé Landes » pour faciliter le suivi de certains de leurs patients. Fin novembre, Santé Landes accompagne près de 700 personnes. Les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes (57 % des personnes suivies). La majorité des patients est âgée de 75 ans ou plus (67 %) et 13 % ont moins de 60 ans.

Figure 8 : Extrait du Dossier de Présentation « Santé Landes », Novembre 2016

3.2 Déployer le RAI au niveau des MAIA pour une meilleure intégration des parcours

L'outil d'évaluation multidimensionnelle du RAI permettra d'effectuer les **évaluations du parcours de soin de la PA ainsi que des évaluations de suivi** (schémas ci-dessous).

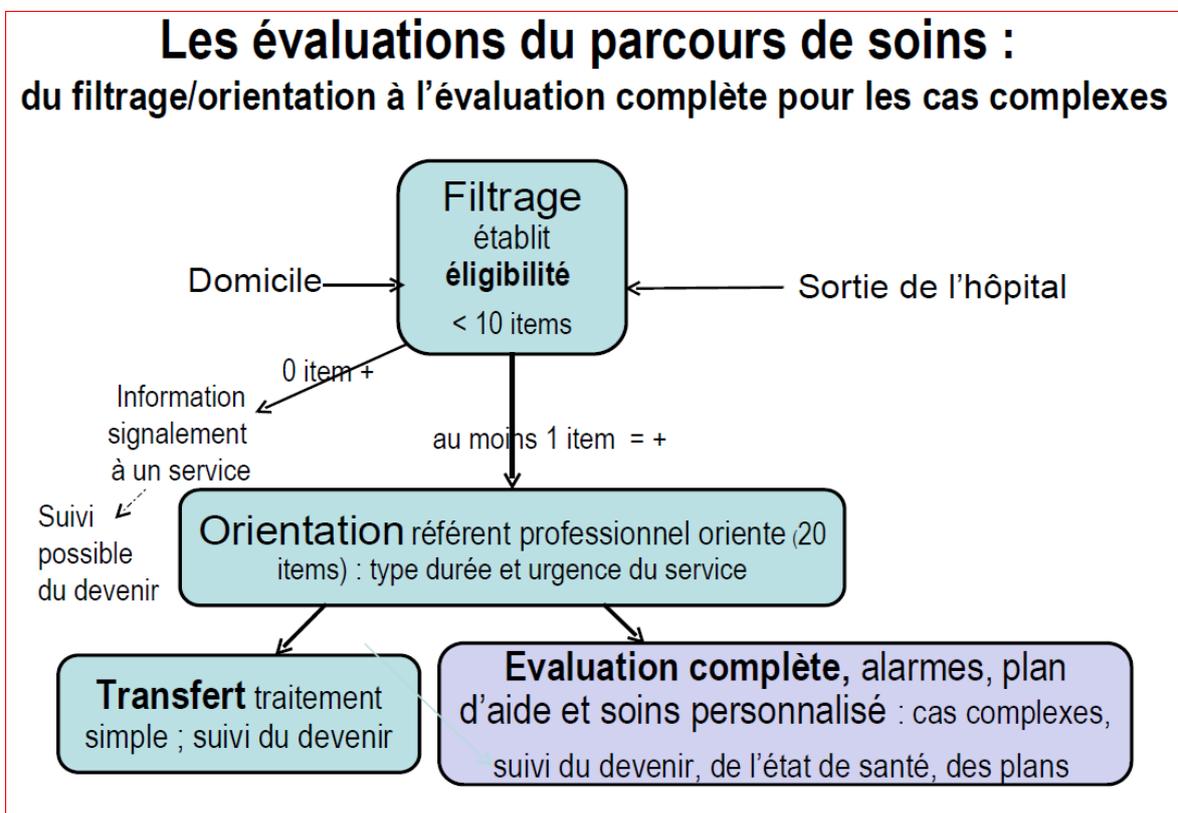


Figure 9 : Les évaluations du parcours de soins du RAI

Evaluations de suivi (des état de santé et devenir de la personne, des plans et parcours de soins) par outils ayant un tronc commun

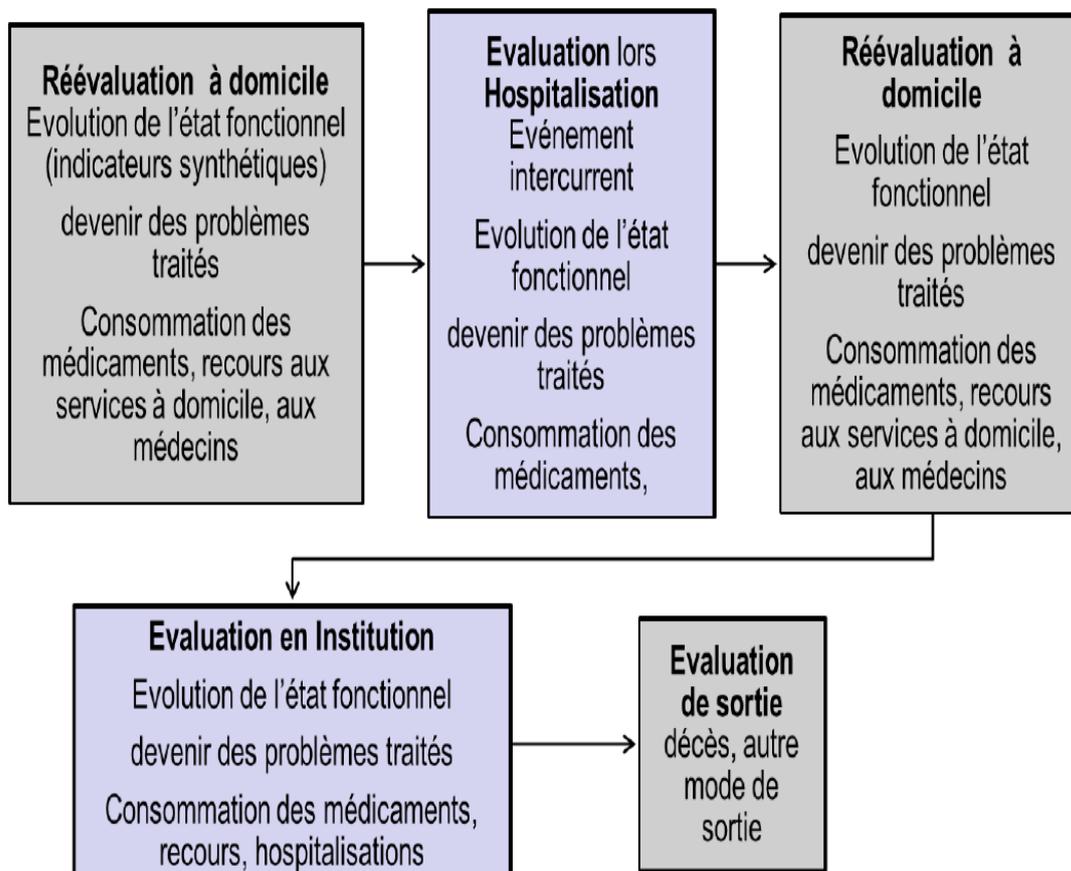


Figure10 : Les évaluations de suivi du RAI

La mise en place du réseau gérontologique évoluant autour d'un SI intégré et fédérateur auprès des différents utilisateurs semble être une solution à privilégier.

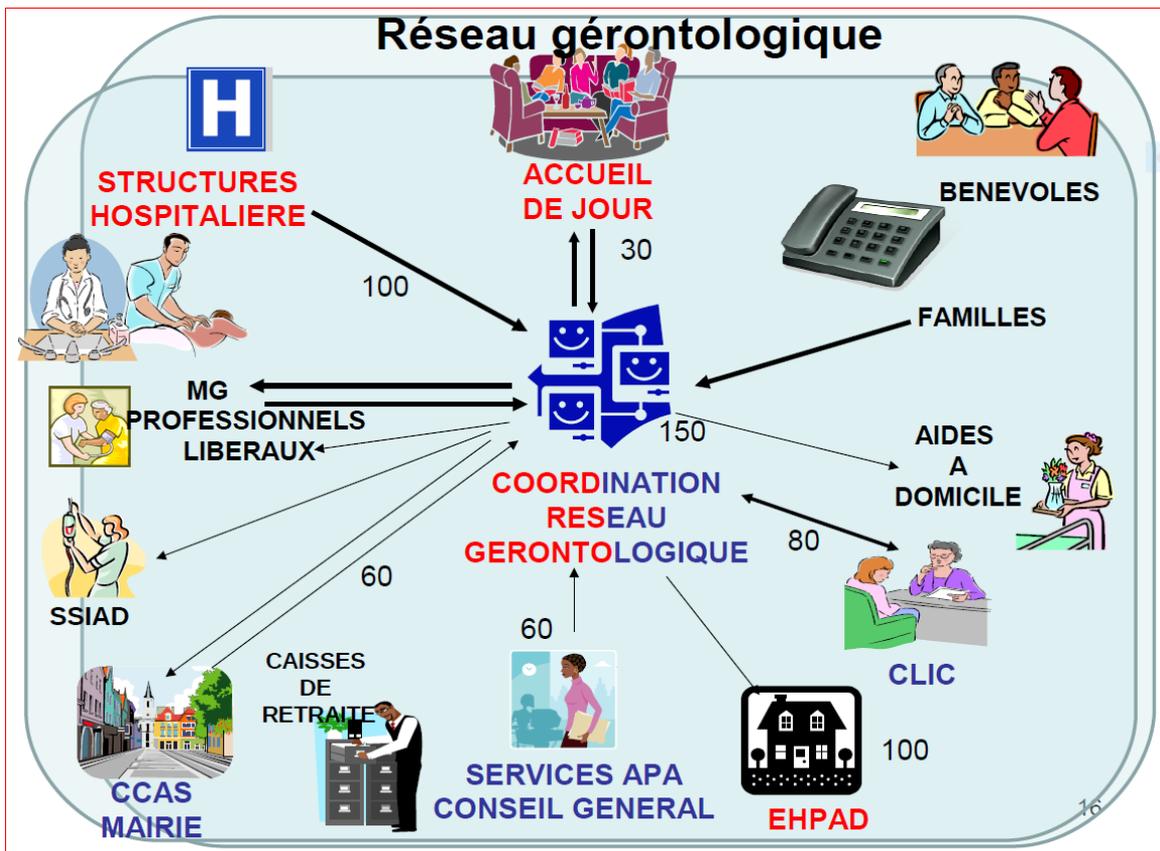


Figure 11 : Un Réseau Gérontologique Intégrateur des différents acteurs

Les composants d'un système d'information intégré et leur utilité pour les différents utilisateurs

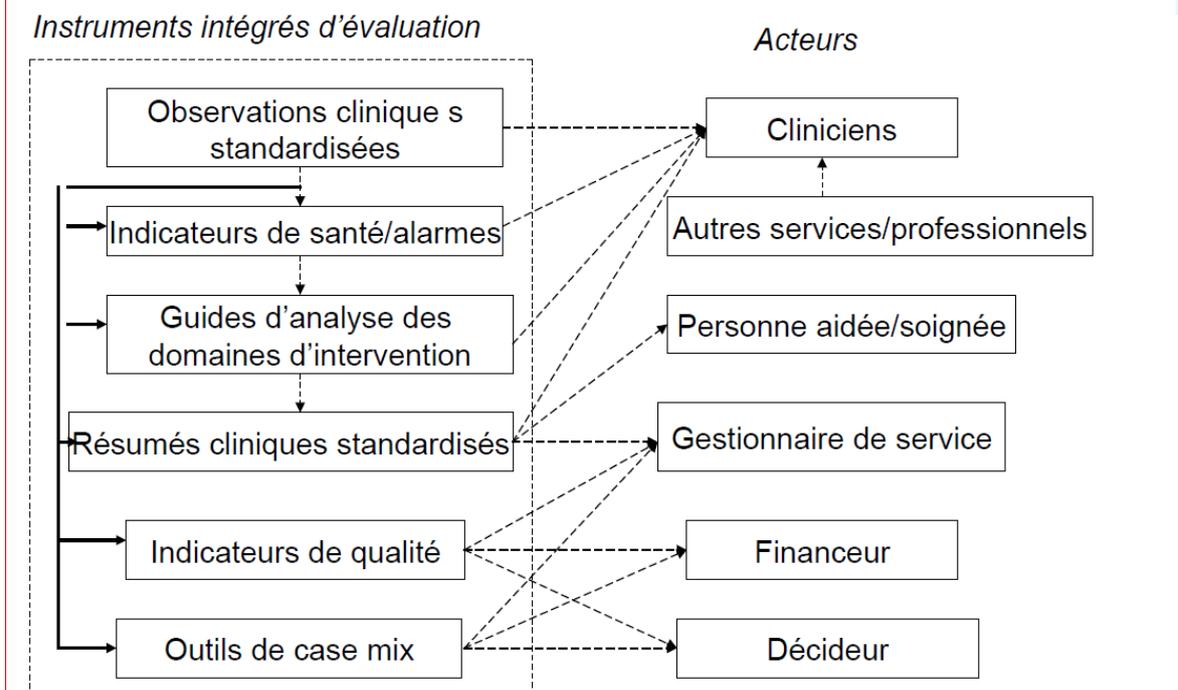


Figure 12 : Les composants d'un SI intégré

3.3 Permettre au numérique d'être un réel levier d'amélioration des parcours de santé des PA en rendant le recours aux soins plus efficient

Les parcours de santé sont au centre des préoccupations de la HAS. La HAS a déjà rédigé plusieurs parcours de soins pour les maladies chroniques : la bronchopneumopathie chronique obstructive, la maladie rénale chronique de l'adulte, la maladie de Parkinson et l'insuffisance cardiaque, en sont les exemples les plus significatifs. La HAS s'interroge aujourd'hui sur l'opportunité de mettre en œuvre un parcours de santé associant l'ensemble des acteurs social et médico-social et également sur la mise en pratique -sur le terrain- d'une coordination pluridisciplinaire. **L'Annexe 10** décrit les conditions que l'HAS a défini pour améliorer l'organisation des parcours.

Préconisation n°1 : Dans la version V2014 de la « nouvelle » certification Qualité, La HAS a mis en place un Compte Qualité (CQ), en définissant les risques prioritaires qu'elle met en ligne et en accès libre sur son site SARA. Peut-être serait-il opportun de mettre en place un SI dédié aux risques prioritaires de la PA dans son parcours de santé et que ces risques soient sur un autre site dédié de la HAS. Cette disposition permettrait une meilleure coordination entre les acteurs sur un site SI centralisé par la HAS, lequel serait actualisé chaque année avec la méthode PDCA (Plan, Do, Check, Act) au même titre que le CQ.

L'AM, en tant que financeur du système de santé, développe aussi des parcours de santé afin de rendre le recours aux soins plus efficient.

PRADO : L'AM développe depuis 2010 un accompagnement du retour à domicile des patients, après une hospitalisation (PRADO). Il s'agit pour les professionnels de l'AM d'anticiper les besoins du patient pendant la période d'hospitalisation et de le mettre en relation avec les professionnels de santé libéraux pour préparer et optimiser son suivi-post-hospitalisation. Ce programme est proposé pour l'accompagnement suite à une hospitalisation liée à la maternité, l'orthopédie ou l'insuffisance cardiaque.

Préconisation n°2 : Le déploiement du DMP2 dit DMP de « nouvelle génération », conduit par la CNAMTS, pourrait être une occasion d'associer le dispositif PRADO en élargissant son périmètre à d'autres types d'accompagnement. Cela permettrait ainsi de suivre le parcours de santé de la PA sans rupture de sa prise en charge.

L'organisation des parcours de prise en charge, qui formalise les relations entre les établissements et services de différents champs d'intervention, nécessite **la parfaite circulation d'informations, la sécurité et la fluidité des échanges de données**. À ce titre, le SI partagé devient un axe majeur du projet médical.

L'adaptation de l'offre du territoire à la prise en charge des **personnes âgées**

L'augmentation du nombre de personnes très âgées (supérieures à 85 ans) bénéficiant de soins courants et suivis à domicile ou en EHPAD, se traduit par un recours à l'hôpital plus fréquent à l'occasion d'épisodes aigus, le tout dans un contexte de forte dépendance. La décompensation, parfois brutale, nécessite des séjours longs d'hospitalisation, nécessitant le recours à des compétences spécifiques ou pluridisciplinaires.

Cette prise en charge s'organisera au niveau de proximité, en interaction étroite avec tous les nouveaux GHT.

C'est l'ensemble du tissu sanitaire, médico-social et social territorial qui veillera à organiser les flux par l'intermédiaire de tous les acteurs du maintien à domicile, de l'hébergement et de l'hospitalisation.

Préconisation n°3 : Susciter les coopérations les plus étendues

Une démarche réfléchie de coordination et de coopération, comportant la mutualisation de moyens ou le partage d'activités, est le corollaire d'une meilleure efficacité de l'offre de santé. Cet objectif s'applique aussi aux hôpitaux et établissements médico-sociaux qui font partie du parcours des PA.

Préconisation n°4 : Sécuriser le passage d'une organisation de séjours à une organisation de parcours :

La logique de parcours ne peut se substituer aux principes intangibles de prise en charge sécurisée des patients et des résidents.

L'évaluation initiale et continue de l'état de santé, ainsi que l'identification et la prise en charge rapide des risques, accompagnent toute la démarche de soins. **Transmettre les données dans un dossier structuré et accessible en constitue la traçabilité.**

Optimiser la sécurisation des parcours est liée la solution de prise en charge la plus adaptée : ambulatoire ou hospitalisation complète.

Préconisation n°5 : Structurer la continuité des soins :

Structurer la continuité des soins permet d'éviter les ruptures de prise en charge des PA. A cet effet, **la transmission des informations dans le dossier du patient et du résident**, la présence d'équipes mobiles efficaces, l'action du service social, les liens de collaboration développés et diversifiés dans certains secteurs (gériatrie par exemple), constitue des atouts prédisposant à garantir cette continuité des soins.

Dans ce contexte, plusieurs recommandations peuvent être émises :

Préconisation n°6 : Harmoniser les règles de tenue des dossiers et faciliter l'appropriation des guides d'utilisation élaborés par les professionnels de santé.

Préconisation n°7 : Améliorer l'organisation de l'entrée et de la sortie du patient pendant la phase d'hospitalisation et diversifier les modes de communication avec les professionnels intervenant dans les parcours.

Préconisation n°8 : Consolider les liens entre la ville et l'hôpital :

L'amélioration du parcours de santé nécessite une structuration de l'accès à l'hôpital, tout particulièrement en hospitalisation, qu'elle soit programmée ou non.

La bonne articulation entre les prises en charge en ambulatoire et le secteur hospitalier limite les passages aux urgences et réduit ainsi les hospitalisations évitables.

De même, l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisations évitables des PA (**Annexe 10**).

Cela implique une **meilleure coordination de tous les acteurs de soins : hôpital, médecine de ville et EHPAD**.

Les parcours de prise en charge, pour les PA notamment, sont souvent inadaptés et génèrent des journées d'hospitalisation non pertinentes. Le passage aux urgences est trop fréquent, le recours à un avis d'un médecin spécialiste est parfois impossible, et la circulation de l'information demeure limitée en l'absence d'outils partagés.

De surcroît, **la prégnance du tissu sanitaire, médico-social et social et la superposition des structures de coopération (plateformes, filières, réseaux...)** avec **des champs d'action et missions mal connus, rendent complexe, la coordination des parcours de prise en charge.**

On connaît les évolutions démographiques des professions de santé et la place centrale dans l'organisation du médecin traitant. **Ce lien ville-hôpital est donc capital.** Il est donc nécessaire d'axer la priorité sur la communication en direction de ces professionnels de santé.

L'évolution de la pratique médicale de la médecine de ville, passant d'un exercice individuel vers un **exercice collégial, pluri-professionnel, pluridisciplinaire et coordonné, passera donc aussi par l'amélioration de la circulation de l'information avec des outils adaptés, partagés et sécurisés.**

Préconisation n°9 : Organiser la sortie du patient :

La sortie d'hospitalisation est un point critique du parcours de santé. Elle est une période de fragilité à envisager comme un acte de soins à part entière.

Des besoins mal évalués lors de la sortie conduisent à des ré-hospitalisations précoces et à un recours aux urgences plus fréquent, plus encore pour les personnes âgées.

Bien souvent, le médecin traitant n'est pas informé de la sortie d'hospitalisation de son patient et **les délais de transmission des comptes rendus d'hospitalisation sont jugés trop longs** (Voir le questionnaire 2.2.2 à la question 5).

La sortie d'hospitalisation nécessite donc qu'elle soit anticipée, dès l'admission, par une planification, et par une évaluation des besoins. Le patient et son entourage doivent être préparés à la transition de l'hôpital vers la ville. Le repérage des sujets à risque, la connaissance de l'environnement (intervenants extérieurs, mode de vie, isolement social ou non) et la réalisation d'un bilan social sont des éléments incontournables d'une sortie réussie.

L'informatisation d'une fiche standardisée, renseignée à l'admission et mise à jour à chaque hospitalisation, listant l'ensemble des intervenants du domicile (médecins, IDE, SSIAD, pharmacie, aides à domicile), sera nécessaire pour la réactivation de ces différents services lors de la préparation de la sortie d'hospitalisation. Son efficacité sera d'autant plus pertinente qu'elle s'étendra à tout le territoire.

La préparation de la sortie nécessite une implication forte du service social hospitalier qui a la connaissance des structures médico-sociales, des réseaux, des SSIAD et peut à ce titre impulser la coordination avec le secteur de ville.

La transmission des informations médicales à l'usage des partenaires extrahospitaliers est obligatoire. Elle conditionne la continuité des soins et la qualité de prise en charge du patient après la sortie. En outre, elle **renforce encore ce lien ville-hôpital que l'on sait si important à chaque étape du parcours de santé.**

Préconisation n°10 : Faciliter l'accès aux SSR

Les difficultés d'admission dans des services adaptés de soins de SSR ont un effet négatif sur la bonne fluidité des parcours de soins. La demande importante en soins SSR concerne des patients âgés: Une population fragile qui requiert toute une attention particulière pour proposer des solutions appropriées à chaque patient.

La plateforme d'orientation « **Via Trajectoire** », assurant la gestion des demandes de SSR, constitue un outil de recueil statistique d'analyse des délais d'attente et d'évaluation de l'adéquation entre l'offre et les demandes de prise en charge. En guise de recommandation n°11, la plateforme pourrait s'appuyer sur un observatoire.

Préconisation n°11 : Un observatoire par structure pourrait être développé afin de suivre le nombre de prescriptions reçues, le pourcentage d'admissions effectives, les motifs de refus, les délais de réponse et d'admission, les pathologies admises ainsi que le profil des patients (âge, caractéristiques sociales, traitement et dépendance).

Si une meilleure structuration de l'offre en lits de soins de suite doit être envisagée, il convient également de porter une attention particulière à la maîtrise des durées de prise en charge pour anticiper les difficultés de sortie des patients, que ce soit pour un retour à domicile ou un transfert en EHPAD.

Dans ce cadre, la mobilisation des acteurs intra et extrahospitaliers ainsi que des services sociaux, en amont de la prise en charge hospitalière programmée, est indispensable pour en anticiper les conséquences et organiser l'aval le plus adapté.

Ainsi, **la diversification des modes de prise en charge : consultations spécialisées, hôpitaux de jour, de semaine, équipes mobiles gériatriques et de soins palliatifs susceptibles d'améliorer le retour à domicile, facilitera le repérage et le traitement des situations à risque.**

Ce nouveau fonctionnement favoriserait l'organisation de séquences d'hospitalisation programmées courtes : séquences intégrées dans des parcours de soins personnalisés, préparant l'accueil en SSR dans de meilleures conditions.

Parallèlement, pour assurer le maintien ou le retour à l'autonomie des patients, il conviendrait de:

Préconisation n°12 : développer la prévention et l'éducation thérapeutique,

Préconisation n°13 : établir des conventions pour assurer le lien avec le secteur médico-social pour les PA,

Préconisation n°14 : structurer la communication et les coopérations avec le secteur ambulatoire (SSIAD et médecine libérale).

Des outils performants seront mis en œuvre pour faciliter la prise des rendez-vous, la circulation de l'information et la fluidité de la communication avec les médecins traitants : mise en place d'une plate-forme téléphonique, création d'une messagerie sécurisée et déploiement d'un logiciel de dictée numérique et de reconnaissance vocale.

La couverture territoriale constitue un enjeu majeur pour favoriser l'égal accès aux soins.

L'utilisation de la télémédecine en est l'un des éléments moteurs.

Préconisation n°15 : Organiser la prise en charge des PA dans tous les pôles de l'hôpital.

Chaque unité de soins pourrait inscrire dans son projet de service les modalités d'organisation et les mesures d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Elle respecterait ainsi l'approche de la PA dans une logique de parcours de soins et dans sa globalité, et non pour sa seule pathologie.

Le service des urgences pourrait bénéficier de l'appui de l'équipe mobile de gériatrie et de l'unité de régulation à créer, pour disposer de toute l'expertise nécessaire à une orientation rapide du patient âgé vers l'unité d'accueil la plus appropriée.

Le système d'information partagé et les outils de télémédecine représentent des modalités indispensables et incontournables de communication inter-services et plus largement inter-sites afin d'éviter des hospitalisations inappropriées ou injustifiées.

Préconisation n°16 : Gérer le parcours de santé de la PA

Le constat est posé du nombre trop important d'hospitalisations non programmées des patients âgés, en particulier après un passage par les urgences.

Il en résulte une désorganisation des services d'hospitalisation conduisant à des temps de prise en charge trop longs et de manière concomitante des durées de séjour anormalement élevées. Que ce soit pour l'accès à un service d'hospitalisation, à une unité de soins de suite ou à un EHPAD, voire pour un retour à domicile, les moyens engagés ne trouvent pas nécessairement de solutions effectives.

Dans cet espace collaboratif, les acteurs institutionnels et les professionnels de ville organiseront leur complémentarité en mobilisant la juste ressource, au bénéfice du parcours de santé le plus pertinent, à la recherche du meilleur service rendu à la population âgée.

Préconisation n°17 : Adapter le programme capacitaire en gériatrie :

La plupart des hôpitaux rencontrent des difficultés majeures de disponibilité en lits en raison d'un manque de fluidité des filières d'aval :

- des urgences vers le court séjour « gériatrique »,
- du court séjour « gériatrique » vers le SSR « gériatrique »,
- du SSR « gériatrique » vers les EHPAD.

Il en résulte un allongement des durées de séjour d'amont ce qui constitue, d'une part, un préjudice réel pour la personne âgée et d'autre part, une aberration économique pour l'institution. Les hôpitaux de jour gériatriques permettent de réduire les hospitalisations évitables et d'anticiper les admissions en EHPAD.

Toutes les modalités de prise en charge en soins de suite et de réadaptation (hospitalisation complète et séances itératives) peuvent être déployées pour **favoriser les admissions directes en provenance du domicile et assurer une optimisation des flux.**

Préconisation n°18 : Harmoniser et partager le SI

L'utilisation d'outils communs sur l'ensemble des sites d'un hôpital est un facteur de réussite dans la prise en charge optimale des patients et résidents¹³.

L'harmonisation des applicatifs composant le système d'information doit être envisagée en plusieurs phases.

¹³ La transmission d'informations relative à la personne âgée est simplifiée par le décret en Conseil d'Etat du 2 décembre 2013, qui instaure un dispositif dérogatoire autorisant les professionnels à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne avec son consentement exprès, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour améliorer la prise en charge.

La première phase consisterait à déployer une solution logicielle administrative unique, regroupant les fonctions de gestion des patients, de gestion économique et financière et de gestion des ressources humaines.

La seconde phase permettrait de disposer d'**un dossier patient informatisé** commun à l'ensemble des structures fusionnées pour des activités sanitaires et médico-sociales. La généralisation d'Orbis à l'APHP sur toutes ses fonctionnalités favorise une meilleure circulation de l'information et un partage au sein du secteur médical et soignant.

La **dictée numérique** – déjà utilisée en imagerie médicale – est un outil qu'il faudrait déployer sur l'ensemble des secteurs médicaux. Il permettrait aux professionnels de santé de dicter des rapports médicaux sous forme de fichiers sonores. Les assistantes médico-administratives pourraient retranscrire à partir de n'importe quel poste de travail équipé du matériel adéquat (pédalier et casque) tout texte enregistré préalablement sur un support numérisé. La **reconnaissance vocale** qui permet de retranscrire directement la voix humaine en texte nécessite un apprentissage pour l'utilisateur comme pour la machine : cette reconnaissance améliore ses performances au fil du temps puisque l'application reconnaît de plus en plus de termes utilisés couramment par son utilisateur.

Préconisation n°19 : Offrir de nouveaux outils de communication

Ces nouveaux outils informatique et de communication qui assurent une meilleure prise en charge de la patientèle pourront être utilisés en interne, mais également dédiés à la communication externe de la structure.

L'utilisation de la **dictée numérique** et de la reconnaissance vocale permettra une diffusion plus rapide de l'information. Afin de fluidifier le processus d'envoi vers les correspondants, l'émission de la documentation médicale pourrait s'effectuer également - en plus du DMP - via la **nouvelle messagerie sécurisée de santé**, directement au médecin traitant.

De nouveaux outils peuvent être utilisés sur l'ensemble des structures comme **la gestion électronique de documents** (GED) couvrant la partie médicale mais également la partie administrative. Il est conseillé que ce déploiement s'accompagne d'une dématérialisation progressive de certains formulaires. Au final, les gains pour les utilisateurs sont nombreux : Accès rapide à toutes les informations relatives aux soins depuis l'entrée du patient dans la structure avec en conséquence : une meilleure prise en charge globale, des gains de temps considérables, et une réduction drastique des redondances de prescriptions.

4 Conclusion

Les dispositifs, structures, programmes et les plateformes mis en place ces dernières années ont contribué à l'amélioration du parcours de santé des PA. Une évaluation rétrospective s'appuyant sur différents entretiens menés, sur l'analyse de questionnaires adressés aux protagonistes, sur un échange tenu fin juin 2017 avec le chef du projet PAERPA au niveau national et enfin sur l'analyse du tableau de bord national PAERPA permet les allégations suivantes :

- ➔ L'activité des CTA, toutes en place en septembre 2015, continue de progresser ;
- ➔ La création de PPS continue à s'installer : à mi-2017, près de 5,000 PPS ont été rédigés pour guider le parcours des PA contre moins de 3,000 en 2016 ;
- ➔ Les effets de PAERPA sur le repérage et l'amélioration du lien ville-hôpital restent à confirmer ;
- ➔ Les dispositifs visant à renforcer la pertinence des hospitalisations sont maintenant en place ;
- ➔ 1,500 professionnels de l'aide à domicile ont reçu une formation PAERPA contre moins de 800 à mi-2016.
- ➔ Le déploiement des outils PAERPA s'accélère. Il aura fallu « *un an et demi* » pour les créer dans les premiers territoires (mis en place en 2013) mais on constate que les nouveaux territoires (mis en place en 2016) ont mis en moyenne « *6 mois et demi* » (A. Farnault)

De même, de nouveaux dispositifs « **intégrateurs** » ont commencé à voir le jour. Un des exemples les plus significatifs concerne la M2A (Maison des Aînés et des Aidants), projet lancé début 2016 dans le cadre du PAERPA parisien. Cette nouvelle structure fusionne un CLIC, une MAIA, un réseau de santé et la CTA du PAERPA. Fort de cette réussite, la Maire de Paris, Mme Anne Hidalgo, a annoncé en janvier 2017 que cinq autres M2A seraient installées à Paris en 2017.

Comme l'a souligné, Mme Sarah Livartowski, Chef de Projet de la DT (Délégation Territoriale) de Paris de l'ARS Ile-de-France, questionnée le 31 mai 2017, cette décision démontre fortement le vif intérêt pour ce dispositif.

De nouvelles évaluations des PAERPA vont avoir lieu dans les prochains mois au niveau local. Les résultats de l'étude d'impact médico-économique sont attendus pour 2018.

Confiée à l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), elle doit permettre notamment de savoir si des économies sur les hospitalisations peuvent être envisageables grâce aux PAERPA.

Concernant les autres dispositifs comme les TSN, ils ont bénéficié de plus de financement (en moyenne 15 millions € pour les 4 ARS et 20 millions et pour l'ARS Ile-de-France) que les dispositifs PAERPA (en moyenne entre 1 et 2 millions € par région PAERPA). Le parcours de santé de la PA constitue une solution innovante, dans la mesure où il permet:

- de coordonner sur le terrain les différents acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social pour améliorer la fluidité de la prise en charge de ces PA ;
- Cette fluidité ne pourra être assurée si une intégration globale des SI est effective au niveau des secteurs sanitaires et médico-sociaux pour éviter des ruptures de prise en charge des PA.

Au travers des entretiens et enquêtes conduits, force est de constater que les SI ne sont pas encore complètement intégrés au niveau du secteur sanitaire. Au niveau des GHT, il est prévu la mise en place d'une interopérabilité et d'une convergence des SI au sein d'un même GHT pour s'aligner sur le SI de l'établissement support. Il a été évalué que le coût de cette convergence est estimé à 2,5 milliards € en coûts fixes initiaux auxquels s'ajoutent des dépenses récurrentes pour la maintenance et les mises à jour à hauteur de 300 millions € pour l'ensemble des 135 GHT. Même s'il reste du chemin à parcourir pour avoir un SI intégré et fédérateur, le déploiement continu du DMP2 actuellement conduit par la CNAMTS devrait inclure des informations liées à la trajectoire des PA. Cela permettrait aux professionnels de santé de suivre plus précisément les pathologies des PA sans rupture de leur prise en charge dans leur parcours de santé. Néanmoins, le principal défi est de réformer le système actuel de prise en charge des PA, cloisonné et morcelé en termes de moyens financiers, humains, sociaux et médico-sociaux. Ce morcellement est à l'origine de consommation inappropriée de soins coûteux (recours aux urgences, aux hospitalisations,...). L'intégration des services et en particulier, au niveau SI, est le but recherché, l'objectif premier étant une meilleure continuité des soins autour de la PA, composante de la qualité de ces services, en obtenant pour la PA « **le bon soin, par le bon professionnel de santé, au bon endroit et au bon moment** »

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Circulaire n° 99-225 du 14 avril 1999 relative aux modalités d'intervention des structures régionales d'informatique hospitalière

Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics

Circulaire n°16 du 18 novembre 1982 relative aux orientations et modalités de mise en œuvre du développement de l'informatique hospitalière

Ouvrages

BALY Olivier, CAZIN Léo, DESPATIN Jane, Kletz Frédéric, Periac Elvira ; Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis ; Presses des Mines, collection Économie et gestion, 2016

CARTAU Cédric ; Stratégies des systèmes d'information vers l'hôpital numérique, Presses de l'EHESP, 2014

CARTAU Cédric ; La sécurité du système d'information des établissements de santé, Presses de l'EHESP, 2012

HAGEGE Claude ; Gouverner le système d'information hospitalier, Les études hospitalière (LEH), 2006.

Rapports et guides

ANAP : 12 belles histoires de systèmes d'information, 2010.

ANAP : Système d'information des coopérations territoriales, mise en œuvre. Mars 2014.

ANAP : Audit des systèmes d'information hospitaliers, rapport final. Mars 2014.

ANAP : Initier un système d'information PAERPA sur son territoire: Prérequis.

ANAP : Comprendre les problématiques du dossier patient informatisé et interopérable : du dossier papier au dossier informatisé. BONTHOUX Thomas, LEREUN Ronan, PLASSAIS Olivier, Juin 2015

ANAP ; Approche Territoriale : filière de soins. Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé. Décembre 2015.

ANAP : Organiser la gouvernance d'un projet parcours. Retour d'expériences des territoires PAERPA. Mai 2016.

ANAP : Piloter l'activité d'une équipe mobile de gériatrie. Retour d'expériences des territoires PAERPA. Juin 2016.

ANAP : Mettre en place la coordination territoriale d'appui. Retour d'expériences des territoires PAERPA. Septembre 2016

ANAP : Système d'Information territorial pour le parcours et la coordination : Tome 1 : schéma général. Novembre 2016.

ANAP : Système d'Information territorial pour le parcours et la coordination : Tome 2 : programme fonctionnel type. Avril 2017.

ARS Ile-de-France : Diagnostic territorial PAERPA (1^{er}-6^è arrondissement, Paris), 2016.

ATIH ; Atlas 2016 des SIH ; État des lieux des systèmes d'information hospitaliers ;

Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) : Le numérique en santé : « Pour un patient acteur de la qualité de son parcours de santé ». Septembre 2016.

Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville : Etat des lieux. Avril 2016, Rapport de la division DOMU (organisation médicale et des relations avec les universités) de l'APHP.

DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) : Evaluation qualitative PAERPA. Rapport Final. S.Gand, E.Perlac, M.A. Bloch, L. Henaut.

IGAS : Evaluation de la coordination d'appui aux soins. Décembre 2014.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : Favoriser le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA. Stratégie National de Santé, Février 2014.

Rapport final d'évaluation des dispositifs MAIA (réalisé pour la CNSA), janvier 2017.

Articles

HANSSKE Arnaud ; *Tendances et stratégies en systèmes d'information de santé.*

LEGOUGE Dominique ; *Systèmes d'information hospitaliers : Performance et territoires. Fascicule.*

LEROUX Pierre ; *Dossier. SIH - Les systèmes d'information dans les territoires de santé.*

MESSNER Laetitia ; *Système d'information en santé. Dossier.*

RAUX Michel ; *Les Groupements Hospitaliers de Territoire à la recherche de leur système d'information.*

RAZANAKOTO Pascal ; *Dossier patient informatisé : Vers les enjeux de qualité et de réformes gestionnaires des hôpitaux ?*

Conférences

- « Parcours de santé des Aînées » (Ministère de la Santé, 20/1/17)
- Journée Nationale « Le Numérique en santé » (ANAP, 15/3/17)
- « Rencontres PAERPA » (DT Paris, ARS Ile-de-France, 29/6/17)

Mémoire et Thèse :

BOUBERT Elsa ; *L'impact organisationnel de l'informatisation du dossier de la personne accompagnée dans le secteur médico-social : l'exemple de la mise en place du Dossier Unique du Val-Mandé (DU-VM) ;* Elève-directrice d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; promotion 2009-2010;

Thèse : Dr M. De Stampa : Modèles d'intégration des services pour les personnes âgées en soins primaires: conditions pour la participation des médecins généralistes, 2008.

Sites Internet

Agence Nationale d'Appui à la Performance : www.anap.fr

Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé : esante.gouv.fr

Agence Régionale de Santé de la Nouvelle Aquitaine : www.ars.aquitaine-limousin-poitou-charentes.sante.fr

Fédération Hospitalier de France : www.fhf.fr `

Haute Autorité de la Santé : www.has-sante.fr

Légifrance : www.legifrance.gouv.fr

Ministère des Solidarités et de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/>

Table des Illustrations

Figures

<u>Figure 1 :</u> Les territoires PAERPA.....	9
<u>Figure 2 :</u> PAERPA – Un Parcours mieux coordonné.....	10
<u>Figure 3 :</u> L’expérimentation PAERPA sur le territoire 9-10-19 de Paris.....	11
<u>Figure 4 :</u> Extrait Présentation Comité Consultatif Médical HAD de l’AP-HP	19
<u>Figure 5 :</u> Extrait de la Plaquette « Via Trajectoire » du Ministère de la Santé	21
<u>Figure 6 :</u> Enjeu de la CCP pour un parcours coordonné de la PA	41
<u>Figure 7 :</u> Une Organisation de proximité innovante, extrait du Dossier de Présentation « Santé Landes », Novembre 2016.....	42
<u>Figure 8 :</u> Plus de 1 000 Parcours coordonnés, Extrait du Dossier de Présentation « Santé Landes », Novembre 2016.....	43
<u>Figure 9 :</u> Les évaluations du parcours de soins du RAI	43
<u>Figure 10 :</u> Les évaluations de suivi du RAI	44
<u>Figure 11 :</u> Un Réseau Gérontologique Intégrateur des différents acteurs.....	45
<u>Figure 12 :</u> Les composants d’un SI intégré.....	45

Liste des annexes

- Annexe 1** - Questionnaire de la filière Geriatrique des HUEP de l'AP-HP
- Annexe 2** - Questionnaire sur les parcours de santé de la PA sur d'autres territoires de santé en France
- Annexe 3** - Questionnaire sur les MAIA
- Annexe 4** - Détails des commentaires du questionnaire MAIA
- Annexe 5** - Rapport IGAS portant sur l'Évaluation de la coordination d'appui aux soins (décembre 2014)
- Annexe 6** - Le dispositif MS Santé et son déploiement régional/national
- Annexe 7** - Les SI au sein du PAERPA parisien (9, 10, 19) en 2014
- Annexe 8** - Tableau de Bord PAERPA 2017
- Annexe 9** - Bilans et Perspectives PAERPA 2017
- Annexe 10** - HAS : Recommandations pour l'Organisation des Parcours
- Annexe 11** – Offre sanitaire gériatrique et offre médicosociale du territoire 75-2 rive droite (11ème, 12ème et 20ème arrondissements de Paris) des Hôpitaux Universitaires de l'Est parisien (HUEP) de l'AP-HP
- Annexe 12** – Le Dossier Patient au sein des HUEP (AP-HP)
- Annexe 13** – Avancées des services SI en ligne proposés aux patients, Conseil de Surveillance AP-HP, 2 février 2017.

Annexe 1 : Questionnaire de la filière Geriatrique des HUEP de l'AP-HP

1) *A quelle entité de l'offre sanitaire gériatrique et médicosociale du territoire 75-2 rive droite (11^e, 12^e, 20^e arrondissement de Paris) êtes-vous rattachée?*

- Saint-Antoine
- Tenon
- Trousseau
- Rothschild
- La Roche-Guyon
- EHPAD (veuillez préciser l'entité)
- SSIAD (veuillez préciser l'entité)
- HAD (veuillez préciser l'entité)
- Autre (veuillez préciser)

2) *Veillez indiquer votre fonction au sein de votre entité*

- Médecin
- Cadre soignant
- IDE
- Direction administrative
- Assistante Sociale
- Autre (veuillez préciser)

3) *Merci d'indiquer les principales portes d'entrée de la personne âgée dans le parcours*

- Domicile
- HAD
- Urgences
- SSR
- USLD
- Autre (Veuillez préciser)

4) *Afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients/résidents, la collaboration entre professionnels de santé est une nécessité. Selon votre expérience quotidienne, la coopération entre professionnels de santé existe et fonctionne*

- Parfaitement
- Régulièrement
- Un peu
- Pas du tout

5) *Pensez-vous que les difficultés de communication entre la médecine de ville, les services d'accompagnement à domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées et hôpitaux puissent être atténuées par :*

- Une volonté commune des acteurs du parcours de santé des personnes âgées de travailler ensemble
- Une législation facilitant le partage des dossiers patients/résidents
- Des solutions informatiques de pointe assurant la sécurité des données des patients/résidents
- Une diminution des coûts d'acquisitions des solutions/outils

6) *Quel est l'âge moyen de vos usagers?*

- Entre 60 et 74 ans
- Entre 75 et 85 ans
- Supérieur à 85 ans

7) *Y-a-t-il des réadmissions de patients/résidents dans votre établissement?*

- Oui
- Non

8) *Si oui à la question précédente, veuillez préciser la période*

- Dans la semaine
- Dans les 15 jours
- Dans le mois
- Supérieur à un mois

9) *Quel est le profil pathologique des personnes âgées prises en charge?*

- Troubles cognitifs
- Polypathologique
- Psychiatrique
- Autre (Préciser)

10) *Quelle est la durée moyenne du séjour (DMS) de vos patients/résidents?*

- 1 semaine
- 2 semaines
- 1 mois
- Plusieurs mois
- Plusieurs années

11) *Quelle est la variabilité du flux mensuel pour les admissions? (nombre moyen de personnes admises chaque mois)*

- Entre 1 et 5 personnes
- Entre 6 et 10 personnes
- Entre 11 et 15 personnes
- Entre 16 et 20 personnes
- Supérieur à 20 personnes

12) *Disposez-vous d'un dossier patient/résident? (Papier ou informatisé, veuillez préciser)*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13) *A quel niveau l'information dont vous disposez sur le patient/résident est-elle la plus défailante?*

- Avant l'hospitalisation
- Pendant l'hospitalisation
- Après l'hospitalisation

14) Parmi les différentes solutions /outils disponibles aujourd'hui, avez-vous une messagerie sécurisée pour envoyer les CR, demander des examens supplémentaires ?

- Oui
- Non

15) Si oui à la question précédente, à quelle fréquence l'utilisez-vous?

- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour
- Une fois par semaine

16) Disposez-vous d'une application informatisée pour le dossier du patient/résident?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

17) Si non à la question précédente, un DPI (Dossier Patient Informatisé) pour la coordination des soins faciliterait-il votre exercice quotidien?

- Très fortement
- Fortement
- Assez peu

18) Si oui à la question 16, quels bénéfices vous apporte votre dossier patient informatisé (DPI)?

- Il améliore le parcours de santé de la personne âgée
- Meilleure coordination entre les acteurs
- C'est un bon retour sur investissement
- Je ne vois pas encore les bénéfices

19) A combien de temps évaluez-vous le gain administratif si le DPI était généralisé pour vos patients/résidents (et ainsi avoir accès directement par exemple aux CR opératoires, de consultation et d'hospitalisation, analyses biologiques ou prescriptions de sortie ?

- Moins de 1 heure par semaine
- De 1 heure à 5 heures par semaine
- Plus de 5 heures par semaine
- Je ne sais pas

20) Souhaitez-vous que votre DPI soit accessible au médecin traitant de la PA?

- Oui avec accès sécurisé
- Non

21) Souhaitez-vous que votre DPI soit partagé avec tous les acteurs du parcours de santé de la PA (SSIAD, HAD, EHPAD, Médecine de Ville)?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

22) *Souhaitez-vous que votre outil soit convergent/interopérable avec les outils SI existants des autres acteurs du parcours de santé de la PA?*

- Oui
- Non
- Sans opinion

23) *Utilisez-vous d'autres logiciels autres que le logiciel patient/résident? (dossier de soins, dossier de prescription)?*

- Non
- Si oui, préciser

24) *Avez-vous été formé pour utiliser le logiciel du dossier médical et/ou de prescriptions et/ou de soins du patient ou du résident?*

- Oui
- Non

25) *Quel est votre niveau de satisfaction du logiciel principal que vous utilisez en termes de fonctionnalités?*

- Très bon
- Bon
- Acceptable
- Mauvais
- Très mauvais

26) *Que pensez-vous de l'ergonomie du logiciel principal que vous utilisez?*

- Très bonne
- Bonne
- Acceptable
- Mauvaise
- Très mauvaise

27) *Etes-vous satisfait des équipements supports?*

- Très bons
- Bons
- Acceptables
- Mauvais
- Très mauvais

28) *Etes-vous satisfait du logiciel principal que vous utilisez en terme technique (temps de réponse, arrêts, interfaces)?*

- Très bon
- Bon
- Acceptable
- Mauvais
- Très mauvais

Annexe 2 : Questionnaire sur les parcours de santé de la PA sur d'autres territoires de santé en France

1) *Dans quel secteur travaillez-vous?*

- Sanitaire
- Social
- Médico-Social

2) *Veillez indiquer votre fonction au sein de votre établissement*

- Médecin
- Cadre soignant
- IDE
- Autre

3) *Veillez préciser la structure dans laquelle vous travaillez (EHPAD, CH, ...)*

4) *Indiquer les principales portes d'entrée de la personne âgée dans le parcours*

- Domicile
- HAD
- Urgences
- SSR
- USLD
- Autre

5) *Afin d'assurer une meilleure prise en charge des patients/résidents, la collaboration entre professionnels de santé est une nécessité. Selon votre expérience quotidienne, la coopération entre professionnels de santé existe et fonctionne :*

- Parfaitement
- Régulièrement
- Un peu
- Pas du tout

6) *Pensez-vous que les difficultés de communication entre la médecine de ville, les services d'accompagnement à domicile, établissements d'hébergement pour PA et hôpitaux puissent être atténuées par:*

- Une volonté commune des acteurs du parcours de santé des personnes âgées
- Une législation facilitant le partage des dossiers patients/résidents
- Des solutions informatiques de pointe assurant la sécurité des données des patients/résidents
- Une diminution des coûts d'acquisitions des solutions/outils

7) *Quel est le profil de vos usagers? Age, sexe?*

- Moins de 75 ans
- Plus de 75 ans
- Femme
- Homme

8) *Y-a-t-il des réadmissions de patients/résidents dans votre établissement?*

- Oui
- Non

9) *Si Oui à la question précédente, veuillez préciser la période*

- Dans la semaine
- Dans les 15 jours
- Dans le mois
- Supérieur à un mois

10) *Faites-vous partie d'une filière gériatrique dans votre territoire?*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

11) *Avez-vous des partenariats avec?*

- Médecins généralistes en ville
- CMP (Centre médico-psychologique)
- Equipe mobile gériatrique
- Acteurs liés à la Télémédecine
- HAD
- Autres Partenaires (préciser)

12) *Quel est le profil pathologique des personnes âgées prises en charge?*

- Troubles cognitifs
- Polypathologique
- Psychiatrique
- Autre (préciser)

13) *Quelle est la durée moyenne du séjour (DMS) de vos patients/résidents?*

- 1 semaine
- 2 semaines
- 1 mois
- Plusieurs mois
- Plusieurs années

14) *Quelle est la variabilité du flux mensuel pour les admissions?*

- Entre 1 et 5 personnes
- Entre 6 et 10 personnes
- Entre 11 et 15 personnes
- Entre 16 et 20 personnes
- Plus de 20 personnes

15) *Disposez-vous d'un dossier patient/résident?*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

16) *A quel niveau l'information dont vous disposez sur le patient/résident est-elle la plus défaillante?*

- Avant l'hospitalisation
- Pendant l'hospitalisation
- Après l'hospitalisation

17) *Parmi les différentes solutions /outils disponibles aujourd'hui, avez-vous une messagerie sécurisée pour envoyer les CR, demander des examens supplémentaires ?*

- Oui
- Non

18) *Si Oui à la question précédente, à quelle fréquence l'utilisez-vous?*

- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour
- Une fois par semaine

19) *Disposez-vous d'une application informatisée pour le dossier du patient/résident?*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

20) *Si Non à la question précédente, un DPI (Dossier Patient Informatisé) pour la coordination des soins faciliterait-il votre exercice quotidien?*

- Très fortement
- Fortement
- Assez peu

21) *Si Oui à la question 19, quels bénéfices vous apporte votre dossier patient informatisé ?*

- Il améliore le parcours de santé de la personne âgée
- Meilleure coordination entre les acteurs
- C'est un bon retour sur investissement
- Je ne vois pas encore les bénéfices

22) *A combien de temps évaluez-vous le gain administratif si le DPI était généralisé pour vos patients/résidents (et ainsi avoir accès directement par exemple aux CR opératoires, de consultation et d'hospitalisation, analyses biologiques ou prescriptions de sortie ?*

- Moins de 1 heure par semaine
- De 1 heure à 5 heures par semaine
- Plus de 5 heures par semaine

23) *Souhaitez-vous que votre DPI soit accessible au médecin traitant de la PA?*

- Oui avec accès sécurisé
- Non

24) *Utilisez-vous d'autres logiciels autres que le logiciel patient/résident? (dossier de soins, dossier de prescription)?*

- Non
- Si oui, préciser

25) *Avez-vous été formé pour utiliser le logiciel patient/résident ou de soins?*

- Oui
- Non

26) *Quel est votre niveau de satisfaction du logiciel que vous utilisez en termes de fonctionnalités?*

- Très bon
- Bon
- Acceptable
- Mauvais
- Très mauvais

27) *Que pensez-vous de l'ergonomie du logiciel que vous utilisez?*

- Très bonne
- Bonne
- Acceptable
- Mauvaise
- Très mauvaise

28) *Etes-vous satisfait des équipements supports?*

- Très bons
- Bons
- Acceptables
- Mauvais
- Très mauvais

29) *Etes-vous satisfait du logiciel que vous utilisez en terme technique (temps de réponse, arrêts, interfaces)*

- Très bon
- Bon
- Acceptable
- Mauvais
- Très mauvais

Annexe 3 : Questionnaire sur les MAIA

1) *Quelle est la structure de votre MAIA?*

- Associative
- Départementale
- Rattachée à un GCSMS
- Autre (veuillez préciser)

2) *Veuillez indiquer votre fonction au sein de cette MAIA :*

- Pilote
- Gestionnaire de cas
- Autre (veuillez préciser)

3) *Quel territoire votre MAIA couvre-t-elle?*

- Une partie du Département
- La totalité du Département
- Une partie de la Région

4) *Est-ce-que votre MAIA satisfait à l'ensemble ou partie des objectifs suivants?*

- Renforcer l'articulation entre les professionnels de santé et la personne âgée
- Simplifier le parcours de santé de la personne âgée
- Réduire les doublons d'évaluation
- Eviter les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes âgées
- Améliorer la lisibilité des orientations des personnes âgées dans leur parcours de santé

5) *Quel(s) niveau(x) d'intervention utilisez-vous régulièrement? Veuillez expliquer vos choix dans la partie commentaires.*

- Le niveau stratégique
- Le niveau tactique
- Le niveau opérationnel

6) *Comment considérez-vous l'utilisation des Systèmes d'Information (SI) au niveau des MAIA?*

- Très important
- Important
- Peu important

7) *Utilisez-vous actuellement l'application RAI pour gérer le parcours de santé complexe des personnes âgées?*

- Non car pas encore déployée sur notre MAIA
- Oui

8) *Si oui à la question précédente, quels bénéfices vous apporte cette application RAI au niveau de votre MAIA?*

- Elle améliore le parcours de santé de la personne âgée
- Meilleure coordination entre les acteurs
- C'est un bon retour sur investissement
- Je ne vois pas encore les bénéfices

9) *A combien de temps évaluez-vous le gain d'efficience de l'utilisation de votre application RAI?*

- Moins de 1 heure par semaine
- De 1 heure à 5 heures par semaine
- Plus de 5 heures par semaine

10) *Avez-vous été formé(e) pour utiliser cette application RAI?*

- Oui
- Non

11) *Comment votre outil RAI s'intègre avec les différents autres acteurs du parcours de santé de la personne âgée? Veuillez expliquer votre choix.*

- En cours d'intégration
- Pas encore intégré
- Intégration pas envisagée

12) Comment voyez-vous la future intégration du RAI dans le parcours de santé de la personne âgée?

- Pas d'information à ce sujet
- Un nouvel Appel d'Offre de la CNSA est envisagé pour la partie intégration du RAI
- Des ajustements seront nécessaires

13) Est-ce-que l'outil SI actuel de votre MAIA est intégré avec les autres outils des autres dispositifs existants pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées?

- Pas intégré au PPS
- Pas intégré à l'application LISA
- Pas intégré à l'application "Via Trajectoires"
- Intégration en cours avec ces dispositifs
- Aucune idée

Annexe 4 : Commentaires du questionnaire MAIA

Ci-dessous les commentaires des 100 MAIA ayant répondu au questionnaire MAIA :

- *« Le niveau opérationnel est le plus "concret" et pragmatique. Le niveau tactique se réunit deux fois par an »*
- *« Seulement le « niveau opérationnel » est utilisé : difficultés sans système d'information de faire partager les données du territoire et donc difficultés de travailler sur un modèle macro (objectif des « Tables stratégiques » (TS) et des « Tables Tactiques » (TT) »*
- *« Le niveau tactique permet d'engager des réflexions globales et des pistes de travail avec l'ensemble des partenaires. Le niveau opérationnel permet de réunir plusieurs partenaires autour d'une même situation et ainsi être au plus près des*
- *la table stratégique fonctionne comme un lieu d'information et non pas comme un lieu où est décidée une stratégie, ne fixe pas de feuille de route aux pilotes, n'est pas un lieu de décision »*
- *« Le travail se fait essentiellement avec les acteurs tactiques, dans des groupes de travaux locaux (repérage des fragilités, réunion partenariats, éthique...) »*
- *« Le niveau opérationnel est le fruit du travail quotidien plus particulièrement des gestionnaires de cas. Les 2 autres niveaux sont sollicités plus ponctuellement »*
- *« La table stratégique se réunit 2 fois par an et les tables tactiques 4 fois par an »*
- *« Le niveau opérationnel est très utilisé dans le cadre de la gestion de cas, et également au niveau de l'observation des besoins des PA du territoire (micro-études-projets menés avec les partenaires MAIA). Au niveau Tactique, remonte l'observation des besoins des personnes âgées et les difficultés des services pour y répondre. A ce niveau, sont imaginées des solutions pour mieux y répondre (plusieurs fois / an). Au niveau Stratégique, remontent les études et proposition d'actions. La TS appuie et oriente les travaux de la TT. La TS a un regard éclairé sur la situation du territoire pour orienter les politiques sanitaires et médico-sociales locales »*
- *« Le pilote MAIA est la courroie de transmission entre ces 3 niveaux. Pour une démarche intégrative efficace, il est nécessaire de travailler simultanément ces 3 niveaux »*

- *« Dans le cadre de notre MAIA, nous avons mis en œuvre les deux premiers niveaux de concertation. je participe régulièrement au niveau opérationnel, via le réseau des coordinations autonomes de notre territoire »*
- *« 2 tables stratégiques départementales par an et 3 tables tactiques par an sur le territoire MAIA »*
- *« Le niveau opérationnel se situe via la gestion de cas où nous organisons chaque mois une commission de concertation et d'orientation clinique (CCOC) qui définit avec les partenaires du territoire l'inclusion ou non en gestion de cas. Le niveau tactique, tous les 3 mois, qui permet de concerter tous les acteurs et de traiter certains problèmes ou freins rencontrés par les structures et de trouver des pistes de solutions que nous faisons ensuite valider au niveau stratégique (1 à 2 fois par an) »*
- *« Les 3 niveaux sont actionnés dans le cadre de la méthode MAIA (table stratégique, table tactique, groupes de travail thématiques, réunions de concertation cliniques...) »*
- *« Le niveau opérationnel est utilisé pour identifier les points de ruptures dans le parcours de vie de la PA. Ces points sont ensuite discutés en table tactique pour tenter d'ajuster l'offre sur le territoire. Les points nécessitant l'intervention des tutelles ainsi que la feuille de route du dispositif sont travaillés en table stratégique »*
- *« Le pilote MAIA anime la concertation Stratégique et Tactique et l'équipe de gestion de cas pour les situations cliniques »*
- *« Pour notre MAIA, Ce sont plutôt la copilote et les gestionnaires de cas qui interviennent sur le niveau opérationnel »*
- *« Il n'y a plus de TS depuis 1 an du fait des changements politiques au sein du Conseil Départemental + volonté de l'ARS de constituer une TS départementale. Niveau opérationnel = multiples groupes de travail »*
- *« Les Tables Tactiques et Tables Stratégiques régulières (3 à 4/an), TT sous différentes formes: rencontres thématiques, temps de travail, petit déjeuner, parfois mutualisés avec les territoires voisins. Concertations autour de situations individuelles selon les besoins. Travaux en cours sur des instances régulières concernant des situations individuelles/analyses stratégiques »*

- *« Le niveau opérationnel est représenté par l'organisation de groupes de travail identifiés par les partenaires : construction d'outils communs, partage d'expérience, échanges sur les missions de chacun. La table tactique se réunit 4fois/an pour un bilan des actions du territoire, de la gestion de cas, faire émerger des besoins, des dysfonctionnements. La table stratégique se réunit 4fois/an : remontées des territoires, points d'actualité, débats/échanges sur les difficultés rencontrées sur le terrain »*
- *« Le pilotage est plus spécifiquement axé sur les niveaux tactiques et stratégiques. Néanmoins le soutien de l'équipe de GC permet de suivre et d'analyser le niveau opérationnel »*
- *« Au niveau tactique, les travaux menés par le dispositif MAIA sont tous validés par cette instance qui est composé de plusieurs représentants de différents services et structures et avec une implication forte du centre hospitalier de territoire qui co-anime cette instance (filière gérontologique).
« Au niveau opérationnel : cela a lieu dans le cadre de la gestion de cas »*
- *« Réunion Stratégique : 2 fois par an »
« Réunion Tactique : 3/4 fois par an »
« Réunion Opérationnelle : tous les jours via la gestion de cas »*
- *« Une table stratégique par an portée par l'ARS et le département. 3 tables tactiques par an. De nombreux groupes de travail »*
- *« Régularité de groupe de travail entre partenaires sanitaires et médico-sociaux avec amélioration des connaissances et des interventions. Modification des modalités de travail au vu du caractère exceptionnel de certaines situations »*

Annexe 5. Rapport IGAS portant sur l'Évaluation de la coordination d'appui aux soins (décembre 2014)

Ci-dessous figurent les extraits les plus significatifs de ce rapport IGAS :

Des bilans, il ressort que les structures de coordination actuelles sont nombreuses et diverses, mais elles se cantonnent le plus souvent à de la coordination soit strictement clinique, soit strictement médico-sociale et sociale. Elles sont donc rarement transversales d'autant qu'elles sont très souvent organisées par pathologies ou par secteur.

Ainsi, au gré des plans de santé publique, chaque pathologie a-t-elle conduit au développement d'organisations coordonnées : les maladies chroniques ont favorisé ces organisations, et notamment les programmes de *disease management* qui sont les plus anciens et les plus nombreux ; toutefois, ce sont souvent des coordinations cliniques c'est-à-dire limitées aux professionnels de santé telles que les centres régionaux de lutte contre le cancer, cancéropôles, centres de coordination en cancérologie...coordonnés par les réseaux régionaux en cancérologie,

En outre, la difficulté à organiser une prise en charge globale et pluridisciplinaire conduit à multiplier les structures au risque de les rendre redondantes les unes par rapport aux autres, et sans toujours intégrer les professionnels de santé. Ainsi, les MAIA qui devaient être sanitaires, médico-sociales et sociales n'ont pu s'imposer aux professionnels de santé et sont restées sur le champ médico-social et social sur lequel les CLIC, notamment ceux de niveaux 3, étaient déjà positionnés. Aussi, les pouvoirs publics expérimentent-ils désormais le dispositif PAERPA.

En revanche, plusieurs dispositifs généralistes tels que le parcours de soins coordonnés, les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires, les réseaux de santé polyvalents, prennent en charge les patients, indépendamment de leurs âge et pathologie, et en faisant le lien entre ses besoins sanitaires et médico-sociaux. Ces dispositifs, qui ont émergé récemment, ne répondent toutefois pas encore assez à cet objectif de coordination transversale, notamment le parcours de soins coordonnés qui a répondu avant tout à des motifs économiques.

Les coordinations se heurtent en outre aux cloisonnements entre les soins à l'hôpital et les soins en ville ou entre les différentes administrations (nationales, locales, sociales), cloisonnements que des nomenclatures plurielles des différents territoires de mise en œuvre viennent encore complexifier.

Cette structuration des coordinations peine ainsi à répondre aux besoins des patients en termes d'accessibilité et des médecins qui sont peu informés et impliqués par les coordinations existantes, sauf lorsqu'elles sont intégrées à leur pratique comme certaines maisons de santé.

Dans le même temps, cette organisation, qui ne fait l'objet d'aucune évaluation médico-économique, s'avère au final coûteuse pour l'Etat, les collectivités locales et la sécurité sociale. Il s'agit soit de financements à des dispositifs auxquels sont consacrés près de 300 millions d'euros (160 millions d'euros pour les réseaux, 55 millions d'euros pour les MAIA, 60 millions d'euros pour les CLIC, 15 millions d'euros pour les centres de santé), soit de financements directs des professionnels de santé, sous forme de forfaits (600 millions d'euros environ), sans que soit explicitement rémunérée une fonction de coordination. S'y ajoutent 8 millions d'euros environ pour le module 1 de coordination dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Par ailleurs, les financements affectés à la coordination sont organisés en silos, malgré les progrès réalisés grâce à la mise en place du FIR, et ne contribuent ainsi pas à structurer une coordination transversale.

Enfin, au nombre des éléments structurants, la mission propose de définir les trois fonctions principales à confier à la coordination elle-même : l'évaluation des besoins du patient et l'élaboration des réponses, l'accompagnement des patients et le suivi des interventions pouvant déboucher sur une réévaluation des réponses. Elle propose également de définir les fonctions relevant de l'autorité publique en région en tant que fonctions transversales d'organisation (protocoler les relations entre la ville et l'hôpital, notamment en ce qui concerne les entrées et les sorties, organiser la concertation avec les partenaires de l'Etat afin de garantir leur mobilisation, élaborer des répertoires des ressources mobilisables, au-delà des fonctions déjà assurées par les plateformes d'appui aux professionnels de santé -PAPS-).

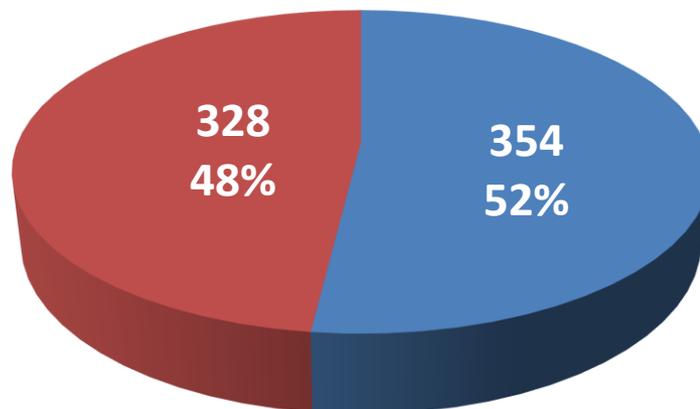
Dans une troisième partie du rapport, la mission a analysé **les conditions de réussite** de la coordination territoriale d'appui. En matière d'organisation, la coordination d'appui devrait être organisée au plus près des médecins de premier recours pour en faire un des outils de leur pratique : quel que soit leur mode d'exercice, individuel ou regroupé, la prestation de coordination d'appui pourrait être sollicitée auprès de tout professionnel ou toute structure offrant cette prestation : des structures collectives de soins (cabinet de groupe, maisons ou pôles ou centres de santé), des structures de coordination déjà existantes (réseaux de santé, CLIC, MAIA, services sociaux divers), d'autres groupements de professionnels constitués par exemple sous forme associative. Et il serait possible que le médecin confie la coordination à un professionnel (social ou de santé) en l'intégrant dans l'équipe de soins, notion figurant dans l'article 25 du projet de loi santé et définie comme *« un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique thérapeutique de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie ou aux actions nécessaires à leur coordination. »* L'ARS quant à elle serait chargée d'organiser l'offre de coordination, en définissant une stratégie de développement des coordinations d'appui sur le territoire régional, et en attachant à ce développement une offre de services, en matière d'information des médecins ou de mesures incitatives à la coordination.

Annexe 6:

Déploiement de la messagerie sécurisée (MS Santé) à l'AP-HP, en IdF et au niveau national

COPIL du 11 mai 2017

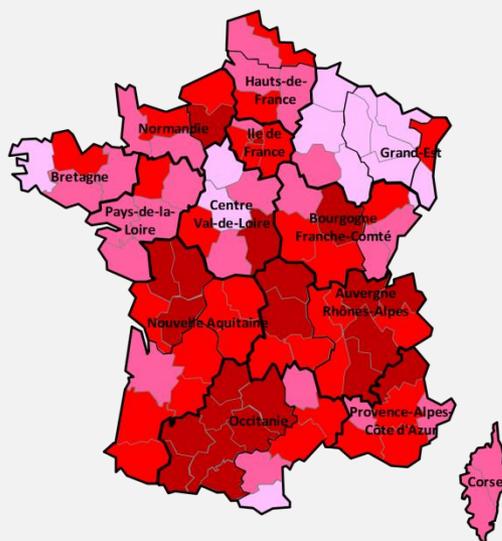
- Services équipés MS Santé
- Services non équipés MS Santé



- **Pour rappel, en octobre 2016, un dispositif régional a été lancé en Ile de France afin de converger vers un déploiement territorial renforcé avec l'ensemble des acteurs**
- **Acteurs :** ARS, GCS Sesan, CPAM (DAM et CIS), AP-HP, CNAMTS, ASIP Santé
- **Objectifs :**
 - Aligner l'ensemble des acteurs sur le même niveau d'information de déploiement MSSanté
 - Renforcer l'accompagnement auprès des établissements en mettant l'accent sur les usages
 - Déployer MSSanté auprès de la médecine de ville
 - Identifier les projets portés par la région susceptibles d'utiliser une messagerie sécurisée
- **Exemples d'adhérences avec le déploiement AP-HP :**
 - Accompagnement des établissements de santé d'Ile de France renforcé sur l'usage
 - Accompagnement resserré des professionnels de santé libéraux, avec l'appui des CPAM
 - Accompagnement des autres structures : centres de santé, PMI, ...
 - Suivi des éditeurs afin de garantir l'intégration dans les outils métier
 - Organisation d'événement (MS Soirée) afin de promouvoir l'usage MSSanté auprès des établissements et des professionnels libéraux

➤ Taux d'équipement des médecins libéraux en Ile-de-France

Taux d'équipement des médecins libéraux en France



Taux d'équipement des médecins libéraux selon les départements d'Ile de France

Département	Nombre de médecins libéraux	Nombre de médecins libéraux équipés MSSanté	Taux d'équipement MSSanté
75- Paris	7759	1395	18%
77- Seine-et-Marne	1773	322	18,2%
78- Yvelines	2419	520	21,5%
91- Essonne	1867	365	19,6%
92- Hauts-de-Seine	2974	563	18,9%
93- Seine-St-Denis	1912	446	23,3%
94- Val-de-Marne	2044	741	36,3%
95- Val-d'Oise	1680	182	10,8%

Etat des lieux du déploiement MSSanté au niveau national

- 1 822 établissements accompagnés par l'ASIP Santé, dont 80% des grands et quasiment tous les CHU
- 862 établissements compatibles MSSanté
- 350 000 mails échangés dans l'espace de confiance au mois de mars 2017

Figure 2 : Déploiement de MSSanté dans les CHU
Avril 2017

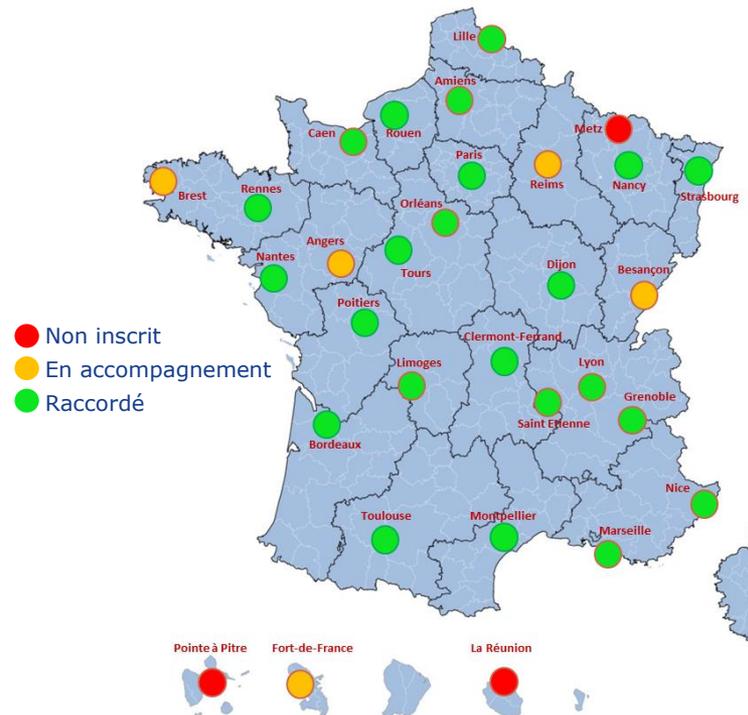
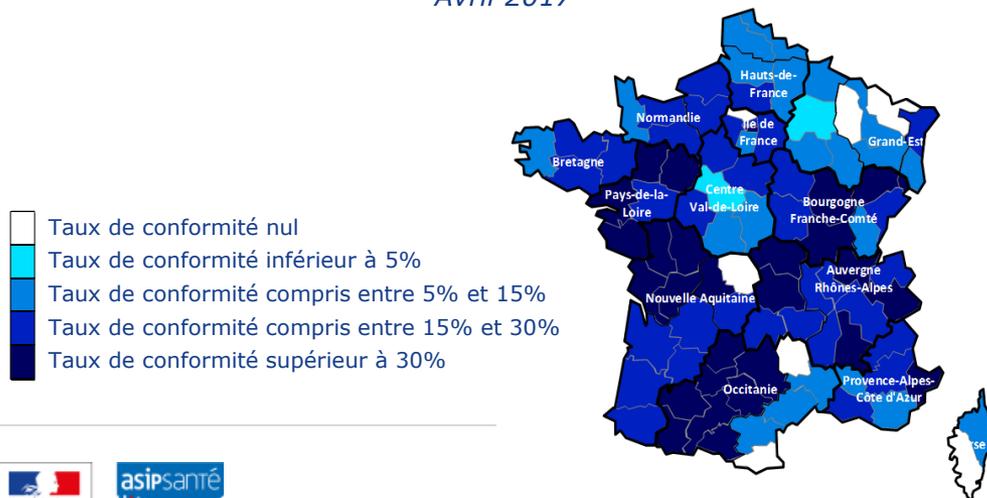


Figure 1 : Cartographie du taux d'établissements compatibles MSSanté
Avril 2017



Annexe 7: Extrait de l'atelier PAERPA de l'ARS IDF « SI, coordination et amélioration des conditions de travail des professionnels », mardi 29 avril 2014

Besoins SI qui ont émergé des ateliers 1 à 4

Capacité à identifier une personne en difficulté et effectuer un signalement

- grilles de repérage de fragilité / difficulté
- processus et outillage SI de signalement
- information / communication et éventuellement formation auprès des intervenants
- retour au signalant des suites données

Connaissance de l'offre / lisibilité

- capacité à (s')orienter, trouver un service et un point de contact,
- comprendre l'organisation et la complémentarité de l'offre,
- connaître les aides et démarches et conditions associées,
- connaître les tarifs des prises en charge (eval. reste à charge)

Capacité à adresser un patient / usager pour une prise en charge

- places disponibles
- contacts professionnels
- dossier médico-social du patient

Connaître les intervenants à domicile, aidants et proches

- identification, coordonnées de contact, rôles

Coordonner les actions

- programmes prévus / planifiés / rdv (notamment issus du PPS)
- connaître l'agenda des interventions / absences
- signaler ou être averti d'un événement (aléa, absence, congés, hospitalisation...)
- suivi régulier, bilan

Partager les bonnes pratiques / référentiels / protocoles

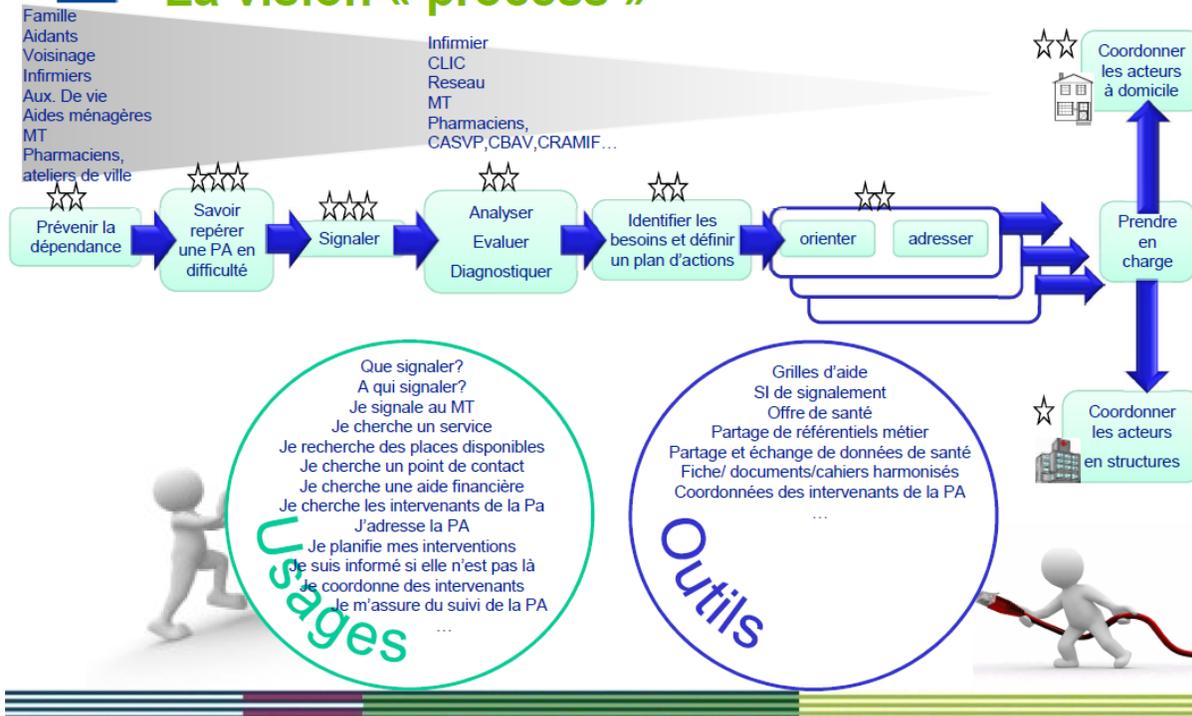
Etat des lieux

Besoins	Outils	SI existants
Capacité à identifier une personne en difficulté et effectuer un signalement	Fiche de signalement Fiche orientation Grille de fragilité	Aucun
Connaissance de l'offre / lisibilité	Fascicules et guides (CLIC, RSPN, DASES, CASVP, CPAM, Etb...) Fiche orientation - Contrat de territoire	ROR-Géronto (professionnel – territoire PAERPA), ROR Idf (professionnel, non déployé sur médico-social), annuaires sur autres territoires idf (professionnel ou Grand Public), Ameli (GP), Finess web (GP), RPPS (données publiques) Annuaire DASES, CASVP, Référentiel NOVA (DIRECCTE – ANSP, http://www.dgcis.gouv.fr/services-a-la-personne/annuaire-des-organismes-services-a-la-personne) Site web de toute structure Pages jaunes
Capacité à adresser un patient / usager pour une prise en charge	Fiches de liaison CRH, lettres de sortie DLU VMS	DMP (réservé aux PS) alimenté par les CRH du GH Larib., • DLU, VMS non dématérialisés et donc pas dans le DMP DP (réservé aux pharmaciens), DPI (propre à chaque structure et professionnel) Via-Trajectoire (déployé sur MCO SSR mais pas sur MS en IDF)
Connaitre les intervenants à domicile, aidants et proches	Carte de coordination des soins Fiches de liaison PPS	DPI
Coordonner les actions	PPS Charte identification patient	DPI (coordination interne à chaque structure) Identification propre à chaque acteur Plusieurs messageries sécurisées
Partager les bonnes pratiques / référentiels / protocoles	Nombreux	Différents sites professionnels, agences nationales, ARS, CPAM, CG Hygie Protocole

SI métier des acteurs de santé

SI Métier	SI local	Niveau d'inter opérabilité	Capacité d'envoi de données de santé vers l'extérieur	Capacité d'accès depuis l'extérieur
Etablissement de santé, SSR, Psy	Homogénéité SI sur le GH Lariboisière-3 sites Homogénéité pour des structures PSY 2/5 Cliniques ont des projets de migration. (5 SI différents à ce jour)	Potentiel d'intégration avec des services régionaux.	OUI par messagerie sécurisée (Apycrypt/Zimbra/CPSURE) 15% des correspondants AP HP Potentiel d'accès au DMP (Effectif pour la cardio à Lariboisière) Version DMP compatible pour Maison Blanche Version DMP compatible pour 3 cliniques à terme	Aucun accès
EHPAD	Tous les EHPAD sont informatisés avec des éditeurs connus sur ce secteur (3 Progiciels)	Technologie Web, Potentiel d'intégration avec services régionaux Emergence de solutions en mobilité: opportunité pour la saisie des Médecins traitant en visite à l'EHPAD.	1 progiciel est DMP compatible en création DMP (pas alimentation) Pas de messagerie sécurisée déployée	Aucun accès, non souhaité
SSIAD,SAD	Homogénéité des SI (APOLOGIC / MEDICIS) Dossier de soins plus ou moins informatisés Solutions d'agenda pour tous	Intéressant sur le partage d'informations de planning pour la coordination.	Pas de messagerie sécurisée déployée Solutions non DMP compatibles	Aucun accès
CLIC, Réseau	CLIC (LOGICLIC) Réseau Santé Paris Nord (Access)	Potentiel d'intégration de logiciel en version Web	Pas de messagerie sécurisée	Accès DASES à LOGICLIC
Associations	Multiplécité des outils papiers et numériques	Faible	Faible	Aucun accès
CASVP				
Domicile	Télégestion pour SAD			

La vision « process »

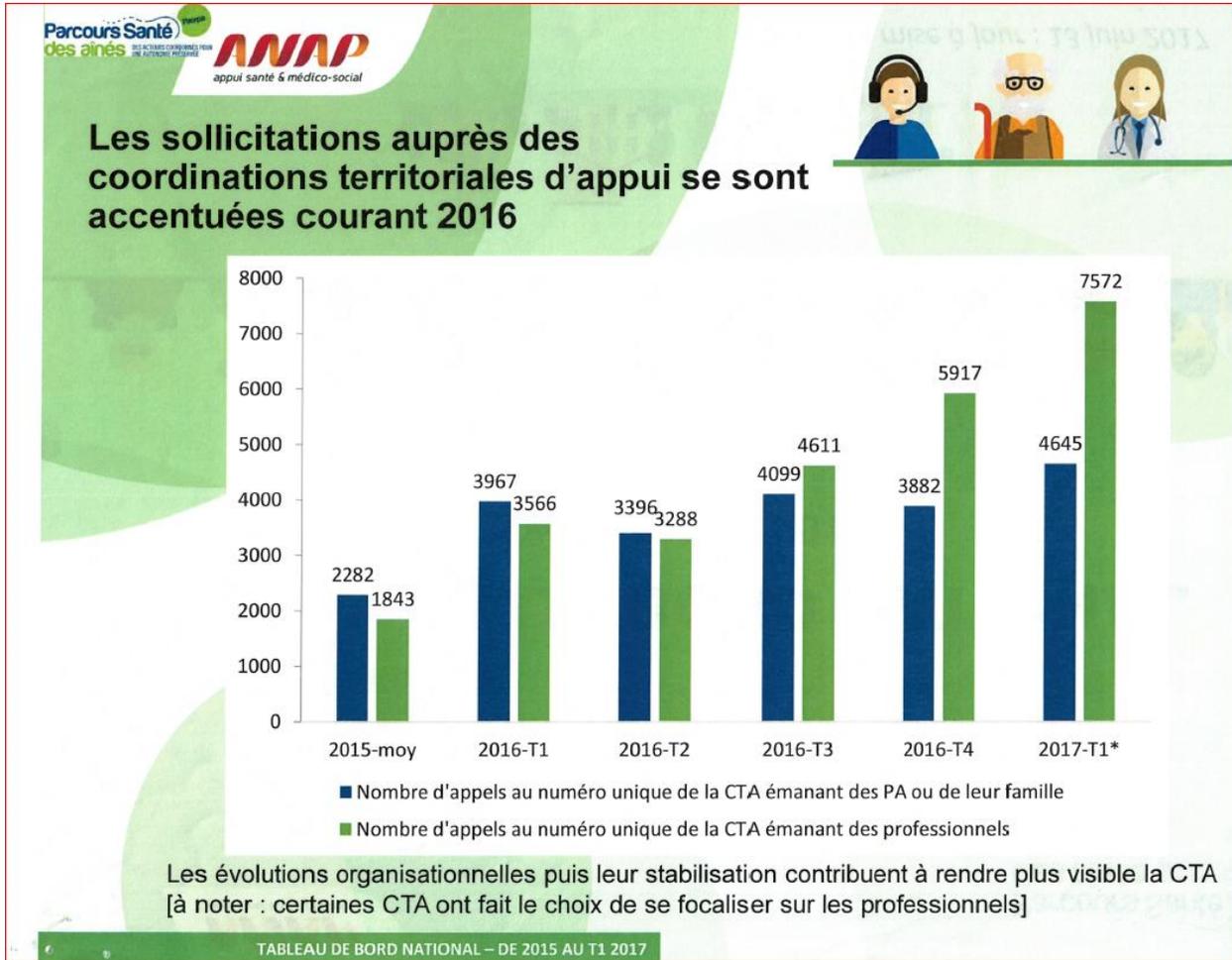


— Proposition de groupes de travail

- Annuaire (convergence annuaires régionaux, identification et harmonisation des usages)
- Connaître les intervenants à domicile, aidants et proches (famille, aidant, MT, intervenants professionnels...)
- Parcours de vie / agenda patient : suivi des actions – interventions
- Repérage des personnes en difficulté
- Gestion des événements, alertes, signalement
- Alimentation du DMP (DLU, PPS, VMS, CRH)
- Déploiement de via-trajectoire

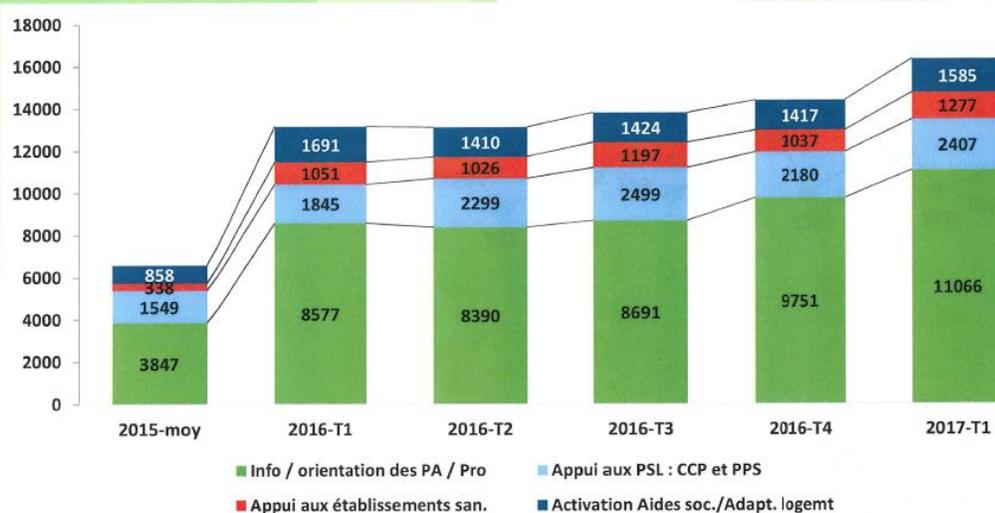
- Modalités d'accès
 - Domicile
 - Ville
 - Hôpital
- Accédants
 - PS
 - Usagers / patients
 - Aidants / famille

**Annexe 8: Tableau de Bord PAERPA National de 2015 au T1 2017
mis à jour par la DSS**





L'activité des coordinations territoriales d'appui, toutes en place en septembre 2015, continue de progresser



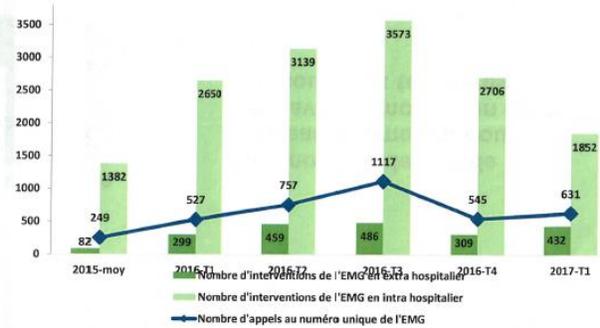
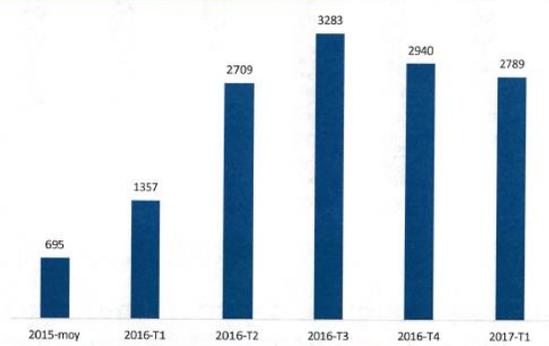
- L'information / orientation constitue l'activité principale des CTA
- Les indicateurs de suivi d'activité sont en cours d'adaptation afin de mieux restituer la réalité des interventions des CTA



Les effets de PAERPA sur le repérage et l'amélioration du lien ville-hôpital restent à confirmer

Activité des équipes mobiles gériatriques (EMG)

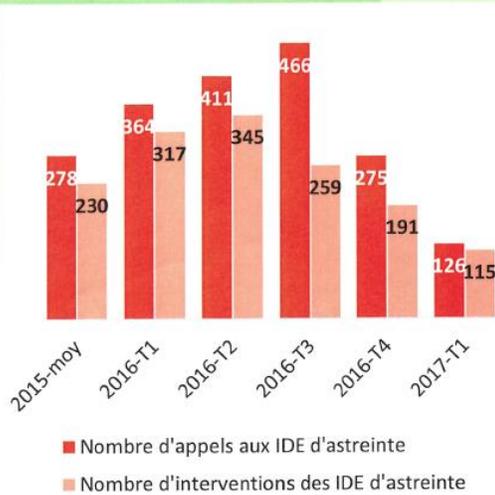
Nombre de PA ayant fait l'objet d'un repérage dans les 24 h suivant l'arrivée en Médecine-Chirurgie





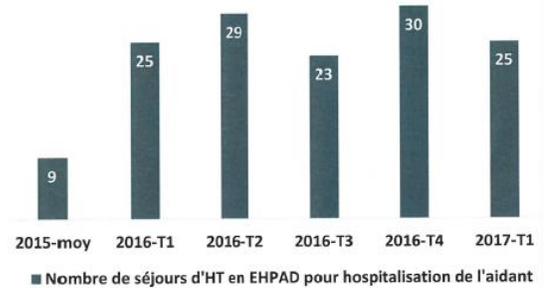
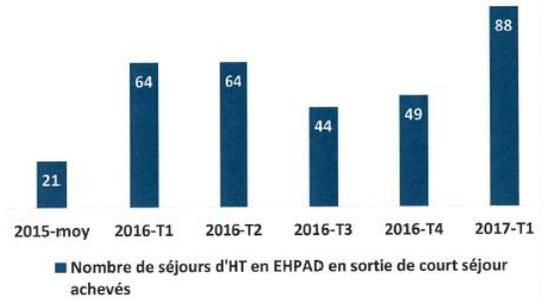
Les dispositifs visant à renforcer la pertinence des hospitalisations sont maintenant en place

Activité des Infirmier-e-s d'astreinte ou garde de nuit en EHPAD



Des travaux de capitalisation sur ces deux dispositifs sont actuellement en cours, afin d'identifier les leviers et les freins à leur mise en œuvre.

Hébergement temporaire en EHPAD



Parcours Santé des aînés

Paerpa

DES ACTEURS COORDONNÉS POUR
UNE AUTONOMIE PRÉSERVÉE

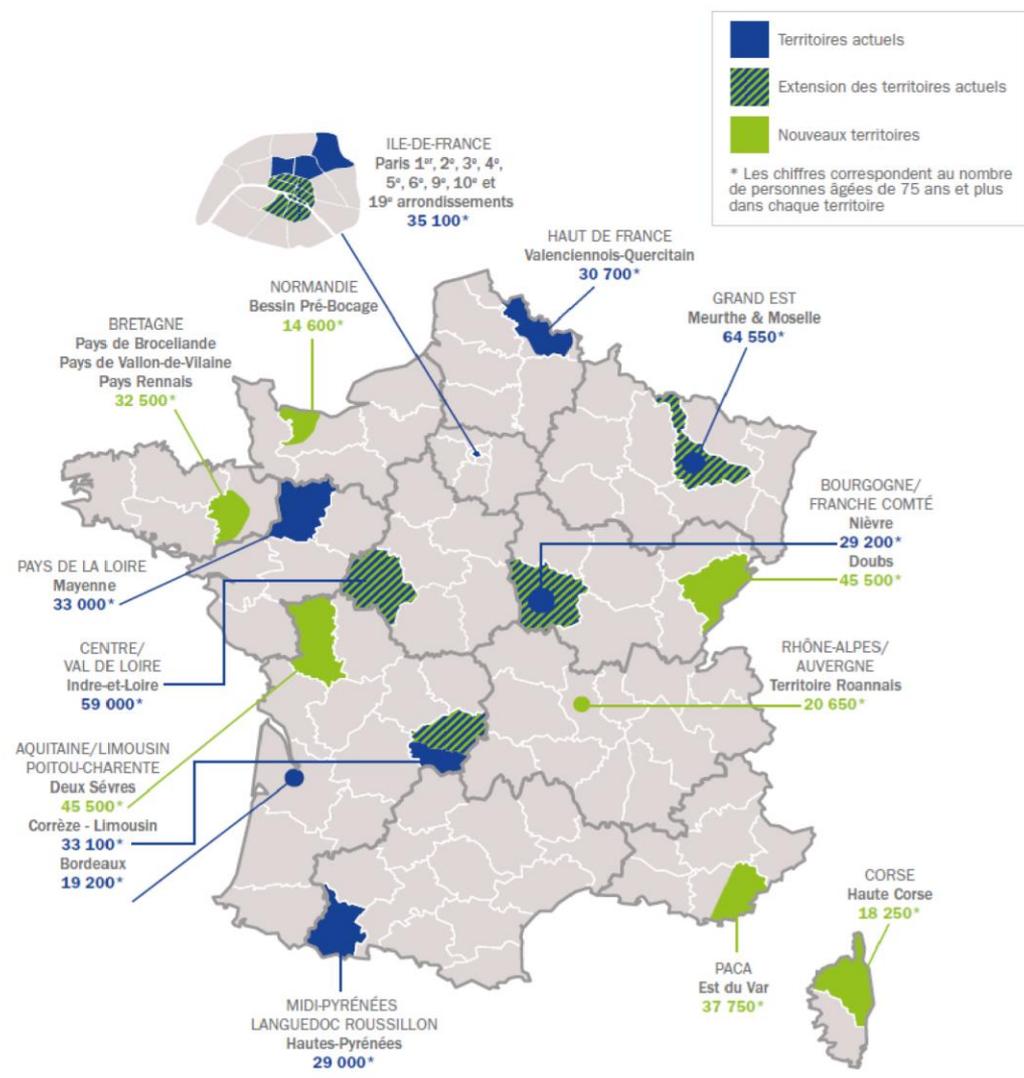
Annexe 9: Parcours de santé PAERPA

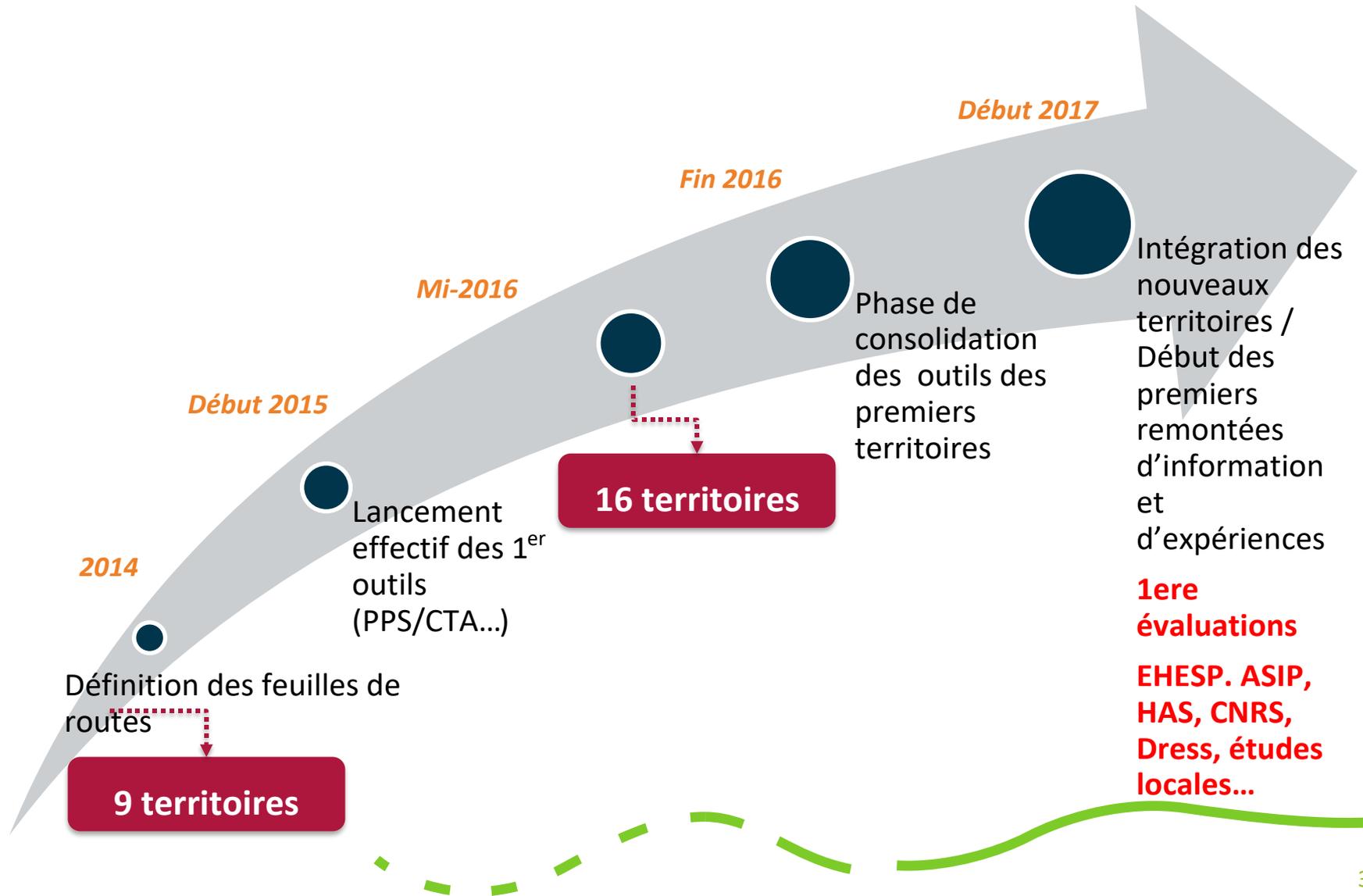
Premier bilan mi-2017 et Perspectives

PAERPA aujourd'hui

L'ensemble du
 territoire
 métropolitain
 couvert

550 000 Personnes
 Agées de plus 75
 ans
 5 875 000
 Habitants





La formalisation des projets pilotes doit respecter trois principes fondateurs :

1. Un dispositif concret et opérationnel

- ✦ Le dispositif part des besoins de la personne
- ✦ Les améliorations proposées sont concrètes et visibles par les personnes
- ✦ Le schéma proposé s'appuie sur les expériences existantes
- ✦ La nouvelle organisation ne n'ajoute pas de structure supplémentaire

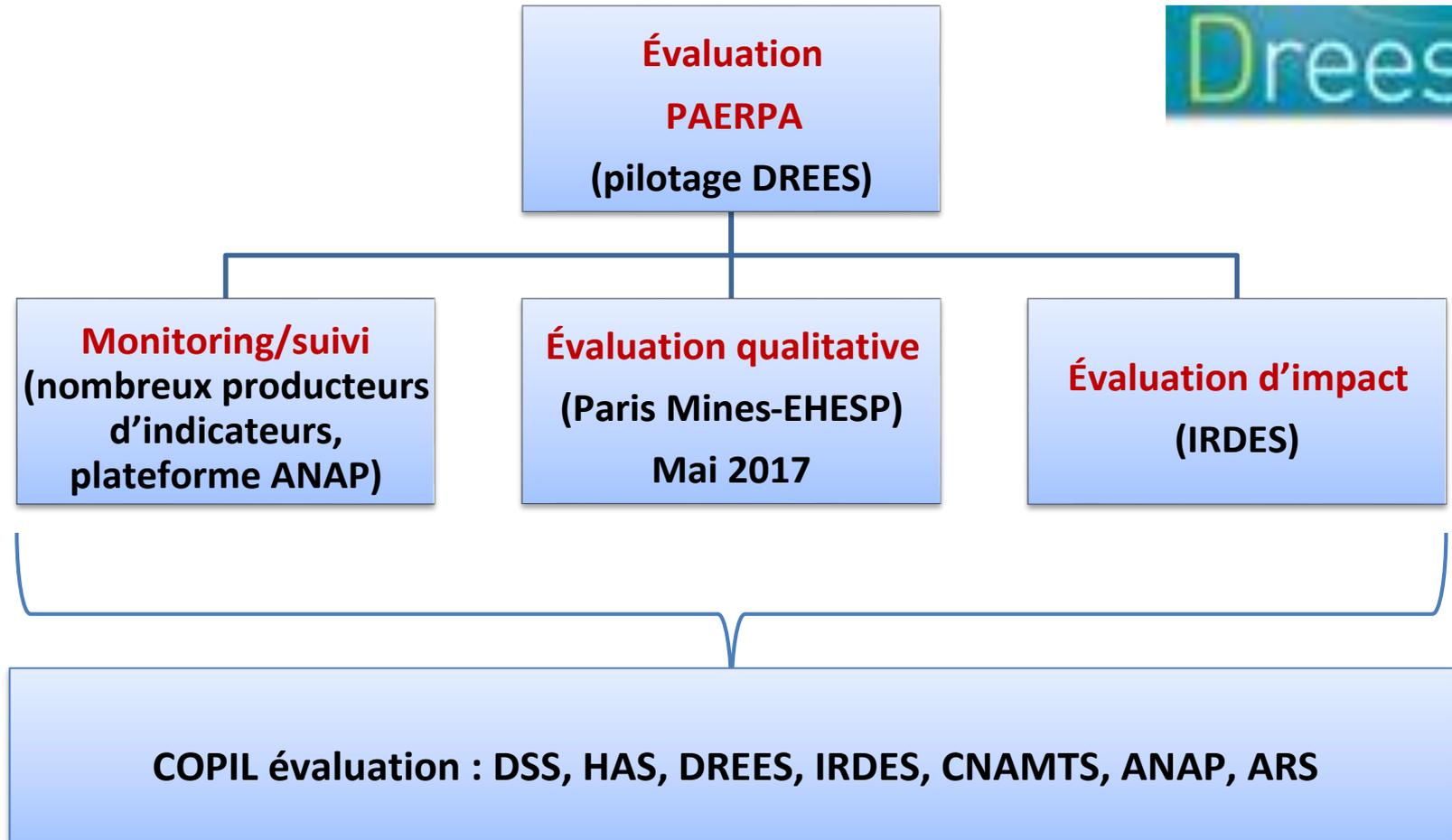
2. La reproductibilité

- ✦ Les prototypes ont pour vocation d'être mis en œuvre sur l'ensemble du territoire
- ✦ Ils ne pas dépendent pas des conditions particulières propres à un territoire
- ✦ Ils peuvent être mis en œuvre quelle que soit les spécificités de l'organisation locale de l'offre de soin
- ✦ Ils peuvent faire l'objet d'une évaluation identique

3. L'évaluation

- ✦ Possibilité de comparer les projets
- ✦ Nécessité de disposer d'une analyse médico économique
- ✦ Evaluer les parcours plus que les structures

Une évaluation du programme Parcours inédit avec trois démarches complémentaires





Monitoring

- Suivi **des indicateurs de processus** tout au long de déploiement de l'expérimentation. Les indicateurs de processus sont remontés trimestriellement *via* une plateforme web développée par l'ANAP.
- Le monitoring permet d'apprécier la montée en charge des dispositifs Paerpa, d'identifier éventuellement rapidement les points de blocage et apporter si besoin des ajustements pour orienter les dispositifs.
- Les évaluations d'impact permettent d'établir un lien de causalité entre la mise en œuvre d'une politique ou des dispositifs et les impacts.

Évaluation d'impact

- L'analyse avant-après et ici-ailleurs. Définition des territoires témoins qui n'ont pas participé dans les expérimentations.
- L'évaluation d'impact est essentielle pour mesurer les impacts de l'expérimentation PAERPA en termes d'efficacité et de qualité des soins des personnes âgées. L'IRDES réalise cette évaluation.
- **Stratégie d'évaluation d'impact de PAERPA :**
 - Évaluation globale de PAERPA au niveau national
 - Évaluation globale de PAERPA territoire par territoire
 - Évaluation du dispositifs PPS

Avancement des territoires nouveaux ou en extension

16 juin 2016 : Annonce
de l'extension

Territoire Paerpa	2016							2017							Objectif 1er PPS	Ouverture de la CTA
	Jun	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.		
Bessin pré-bocage (Calvados)															mai-17	juin-17
Territoire Roannais (Loire)															Automne 2017	juin-17
Est du Var															juin-17	mai-17
Brocéliande, Vallons de Vilaine, Rennes															Automne 2017	Automne 2017
Doubs															juin-17	juin-17
Nièvre															janv-17	janv-17
Deux-sèvres															en cours	janv-17
Corrèze															sept-17	sept-17
Haute-corse															Automne 2017	Automne 2017
Indre et Loire															sept-16	déc-16
Paris arr. 1 2 3 4 5 6															juin-17	juin-17
Meurthe et Moselle - Nord															NC	juin-17

1ère réunion instance stratégique

Période de réunion des GT

Restitution du diagnostic

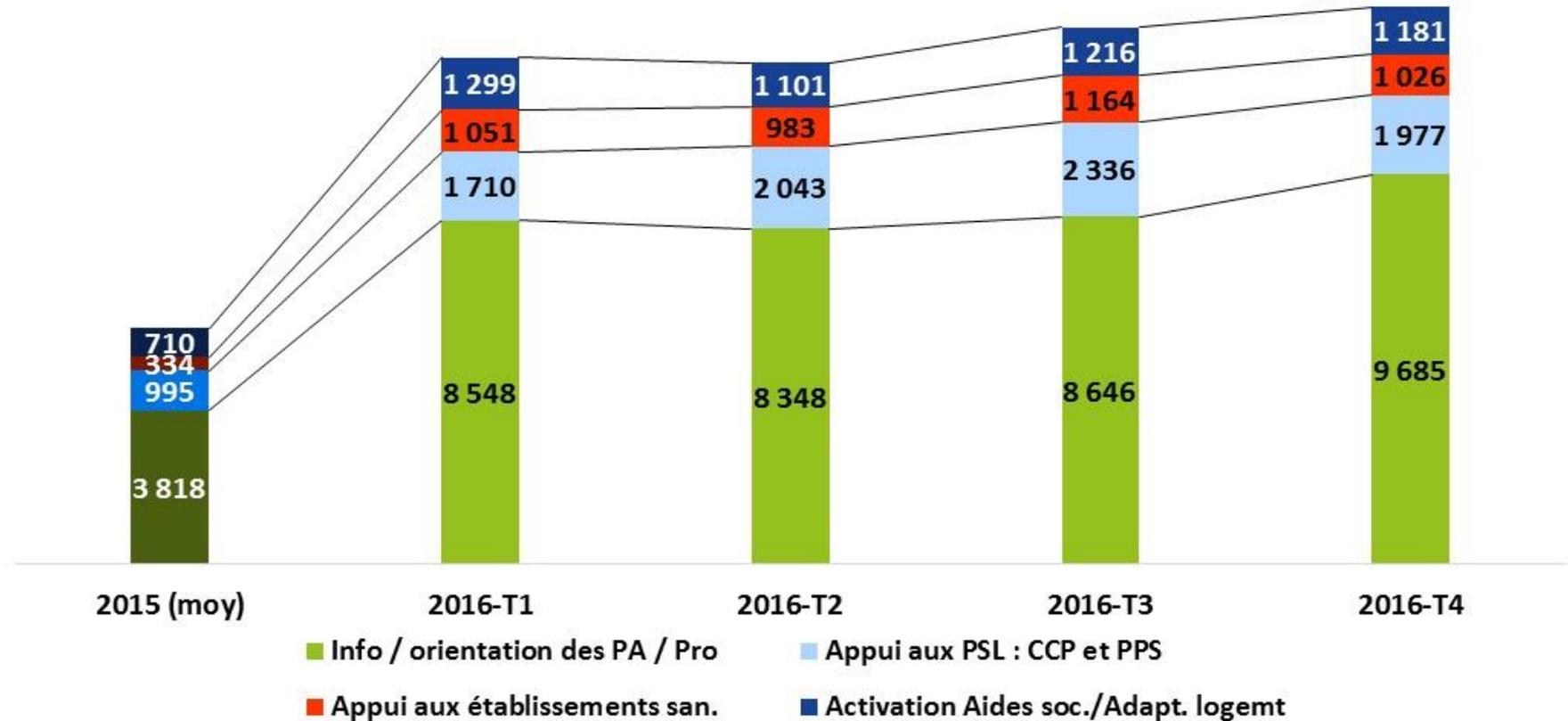
Validation formelle feuille de route

Diag

FDR

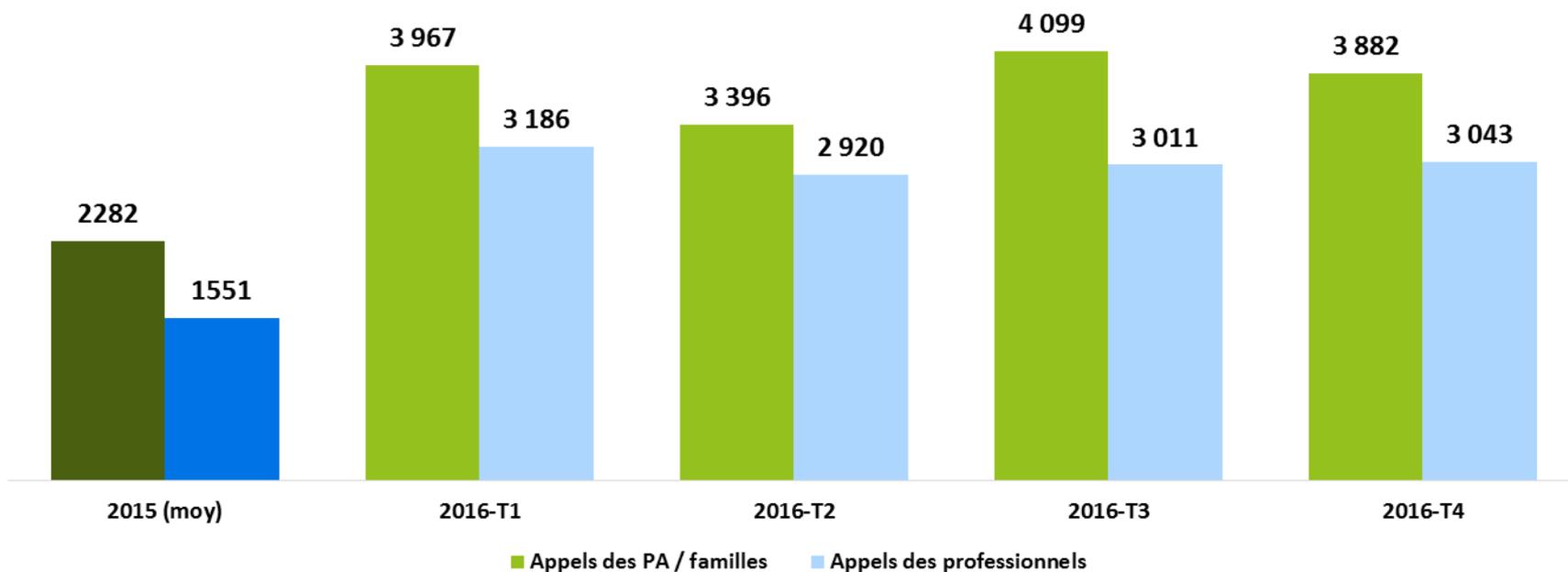
Activité des Coordinations territoriales d'appui

Nombre d'interventions de la CTA **



Activité des Coordinations territoriales d'appui

Nombre d'appels au numéro unique*



*hors Nancy, en cours de vérification

Les coordinations territoriales d'appui

9 CTA opérationnelles (prototype des futures « Plateformes ») avec des porteurs et des organisations différents

Mise en cohérence et reconfiguration des dispositifs existants (réseau, clic, MAIA...)

Extension de services, appuis et expertises auprès des professionnels (Ville ,hôpital, médico-social, social et usagers)

CTA/Territoire	Porteur	Date ouverture
Plate-forme autonomie seniors de Bordeaux	CCAS Ville de Bordeaux	Avr-15
CTA des Hautes Pyrénées	CD + CH Lannemezan	Nov 14
DAT du Valenciennois Quercitain	GCS Filière gériatrique du Valenciennois	Janv 15
Maison des aidants et des aînés - Paris	CCAS Ville de Paris	Mars 15
CTA Sud de Corrèze	MDA + CH de Brive + CLIC	Mai-15
CTA Bourgogne	GISAPBN	Mars 15
Fonctions d'appui de la Mayenne	MDA (Pa aidants) MSP (PSL)	2014
CTA Sud Est Indre et Loire	MAIA ADMR	Oct 2014
CTA Grand Nancy	Réseau G CUNY + CLIC	Oct 2014

Un recours et des usages désormais effectifs aux CTA

Une plus value nouvelle pour les PSL et les professionnels de santé

De nouveaux services/ outils testés



La Maison des Aînés et des Aidants du Nord-est parisien

Le Plan personnalisé de santé (PPS)

Personnes âgées

Rappel

Nouvelle prestation pluri-professionnelle – modèle HAS : Médecin traitant + 1 ou 2 professionnels de santé (infirmier.e, masseur-kiné, pharmacien.ne) en direction des personnes âgées de plus de 75 ans

- ✦ *Favoriser le maintien à domicile*
- ✦ *Améliorer la coopération entre les professionnels*
- ✦ *Mettre en place des actions*
- ✦ *Rémunérée par l'assurance maladie (Nouveaux codes actes – 100 euros)*

près de 5000 PPS déclarés à mi 2017

La dynamique est engagée après un temps de mise en œuvre important et délicat .

Le nombre de PPS est en constante augmentation depuis fin 2015.



- En 2017, plusieurs types de résultats dont l'évaluation qualitative (Dress , EHESP, Cnrs, Paris mines) puis une série de travaux locaux ou nationaux sur les débuts d'impacts positifs du programme sont disponibles.

- *Verbatim :*

« une baisse du recours à l'hôpital sur l'ensemble de la région Bourgogne Franche-Comté avec des résultats plus significatifs pour les territoires

PAERPA » *Evaluation PAERPA – Bourgogne nivernaise Parcours Personnes Agées – ARS BFC oct 2016*

« une DMS en baisse 8.4 en 2011 à 7.7 en 2015 et de 10.3 à 8.9 sur les territoires mayennais PAERPA avec un impact sur la baisse des réhospitalisations » *ARS Pays de Loire. Document interne*

« Dans l'ensemble un mouvement positif est engagé, donnant à voir des perspectives d'évolution importantes à travers une approche parcours et un décloisonnement des différentes parties prenantes. » ; « l'engagement de dynamiques territoriales positives, de premiers résultats confirmant des besoins préalablement identifiés et certaines réalisations produisant des effets encourageants »
Evaluation qualitative (Dress , EHESP CNRS Parsi mines mai 2017).

Perceptives

- **Poursuite des déploiements, développements et consolidations des premiers usages**
- **Analyses des premiers retours et exploitations des premières données**
- **Retour et évaluation des outils ayant « affrontés le réel »**
- **Pistes de réflexions , apports pour de la diffusion , extension des outils et des leviers expérimentés**

Annexe 10: Recommandations HAS pour le parcours de soins



Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?

Les patients âgés de plus de 75 ans sont fréquemment hospitalisés et souvent de façon non programmée.

L'hospitalisation est un marqueur de risque de la survenue d'événements défavorables dans les semaines et mois qui suivent, parmi lesquels des réhospitalisations évitables.

Organiser la transition entre l'hôpital et le domicile¹

L'organisation de la transition hôpital-domicile désigne toutes les interventions qui ont pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations évitables.

Une réhospitalisation évitable est définie comme une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie. Son caractère évitable suppose que la situation aurait pu être contrôlée par d'autres moyens en soins primaires, ainsi que grâce à des recommandations inscrites dans le courrier de sortie de l'hospitalisation précédente.

Une priorité à traduire dans les faits

Le suivi d'une cohorte de patients français âgés de plus de 75 ans observe un taux de réhospitalisations non programmées à 30 jours de 14 % (Laniece 2008).

La proportion de réhospitalisations évitables a été estimée à 23 % de la totalité des réadmissions (van Walraven 2012). Il est difficile de repérer ces réhospitalisations au plan macro-épidémiologique mais il a été montré une corrélation entre le taux de réhospitalisations évitables et le taux total de réhospitalisations (Halfon 2006).

Aux États-Unis, la réduction des réhospitalisations est depuis 2012 une priorité, qui se traduit par des mesures réglementaires et incitations financières pour les établissements hospitaliers (Burton 2012, Bradley 2012). Sa mise en application est cependant l'objet de débats.

Cette fiche cherche à préciser les points suivants : les modalités du repérage des patients à haut risque de réhospitalisation, la sélection d'interventions ayant un effet durable et un impact potentiellement favorable sur les coûts, les rôles respectifs de l'équipe de soins primaires et de la coordination d'appui dans le suivi post-sortie, la définition de la durée de la période de suivi spécifique après la sortie.

► Les points clés

- L'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées.
- Pour atteindre cet objectif il est indispensable de combiner plusieurs actions aux trois étapes de la transition : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie.
- Le repérage précoce des patients à risque de réhospitalisation est indispensable, selon des modalités identiques dans chaque établissement.
- Les patients repérés à risque doivent être évalués au plan médical et social et bénéficier d'un plan personnalisé de santé (PPS).
- Le compte rendu d'hospitalisation ou à défaut un document de sortie doit être remis au patient le jour de la sortie.
- Les interventions débutées à l'hôpital doivent être continuées à domicile.
- Le suivi après la sortie relève de la responsabilité de l'équipe de soins primaires et repose en priorité sur des visites à domicile.
- En cas de complexité sociale, médicale ou logistique des « navigateurs » peuvent intervenir en appui.
- La période de suivi de 30 jours peut être étendue à 90 jours pour mieux tenir compte du rôle des soins ambulatoires et évaluer des interventions plus durables.

1. La transition hôpital-domicile pour les patients nécessitant des soins palliatifs et la transition avec les EHPAD ne sont pas abordés ici et font l'objet de fiches spécifiques.

► Une intervention efficace et probablement efficiente

Plusieurs études, nord-américaines pour la plupart, montrent avec un bon niveau de preuve que l'amélioration de la transition entre l'hôpital et le domicile réduit le risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées et atteintes de pluripathologies. Ce résultat est robuste et peut probablement être transposé en France.

La réduction du taux de réadmissions à 30 jours varie entre 18 et 50 % selon les études et les comorbidités. Cette réduction peut être observée jusqu'à 6 à 12 mois. Le recours aux services d'urgences peut être réduit dans les mêmes proportions et dans certaines études la durée de séjour est réduite d'environ 10 %.

Cette amélioration de la transition est présumée avoir un impact favorable sur les coûts grâce à une moindre utilisation de l'hôpital. Elle ne permet pas en règle générale d'améliorer la survie des patients mais peut réduire leur risque d'institutionnalisation et de déclin fonctionnel.

Cela a été montré chez des patients atteints de comorbidités variées ; les résultats les plus favorables ont été obtenus chez les patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque.

Plusieurs actions ont démontré une réduction du risque de réhospitalisation des personnes âgées. Cependant la complexité des interventions utilisées ne permet pas de déterminer quelles actions sont efficaces en particulier. L'intervention des travailleurs sociaux a fait l'objet de peu d'études. Les 2/3 des interventions efficaces utilisent pour superviser la transition et suivre les patients après la sortie des « navigateurs », qui sont dans la majorité des cas des infirmières spécialisées.

La mise en œuvre d'une seule action ou d'actions limitées à l'hôpital ne suffit pas en règle générale à réduire le risque de réhospitalisation et il est nécessaire d'associer plusieurs interventions pour atteindre cet objectif. **Les interventions entreprises à l'hôpital et poursuivies au domicile du patient ont plus de chance d'être efficaces.**

► Combiner des actions aux 3 étapes de la transition

■ **Les interventions pendant l'hospitalisation débutent par le repérage du risque de réhospitalisation et se poursuivent par l'évaluation médicale et sociale du patient.**

- **Repérer le risque de réhospitalisation** est indispensable pour identifier les patients qui doivent bénéficier d'une organisation de la sortie, car il n'est ni nécessaire ni efficient d'intervenir pour tous les patients. Ce repérage peut être réalisé dès les urgences ou sinon le plus tôt possible après l'admission (au maximum dans les 72 premières heures). Il doit être fondé sur l'évaluation globale de la situation du patient et non seulement sur

son âge ou sa pathologie. Les scores de comorbidité paraissent trop peu performants ou trop complexes pour être utilisés en pratique clinique. Il n'existe pas de modèle unique de prédiction suffisamment fiable : il est proposé de se baser sur la présence des critères suivants, qui sont associés à un risque élevé de réhospitalisation précoce :

- une hospitalisation en rapport avec une insuffisance cardiaque, une pneumonie ou une exacerbation de BPCO, un syndrome coronaire aigu ;
- un « syndrome gériatrique » selon la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, confusion mentale, escarre ;
- l'existence d'une dépendance préexistante à l'hospitalisation selon l'anomalie d'au moins une activité de la vie quotidienne (AVQ), en particulier d'une incapacité à se nourrir soi-même de survenue récente ;
- un antécédent d'hospitalisation non programmée depuis 6 mois ;
- une situation sociale (précarité, isolement) défavorable.

En présence de deux ou plus de ces facteurs, il est nécessaire d'évaluer le patient, d'organiser la transition à son domicile et d'élaborer des préconisations pour un **plan personnalisé de santé (PPS)** qui sera validé par l'équipe de santé primaire.

Le score TRST (*Triage Risk Screening Tool*), est validé en service d'urgences pour prédire le risque élevé de réhospitalisation et d'événements défavorables s'il est ≥ 2 . Il peut être réalisé en quelques minutes par un non-médecin. Il comporte 5 items :

- troubles cognitifs ;
- troubles de la marche, des transferts ou chutes récentes ;
- polymédication (> 5 médicaments par jour) ;
- antécédents d'hospitalisation depuis 90 jours ou d'admission aux urgences depuis 30 jours ;
- anomalie antérieure à l'hospitalisation d'au moins d'une ADL ou isolement social selon l'évaluation fonctionnelle réalisée par un soignant ;

Son utilisation pendant l'hospitalisation constitue une alternative à tester en termes de faisabilité et de valeur prédictive.

- **L'évaluation médicale et sociale des patients repérés à risque** doit être réalisée selon les modalités habituelles à chaque équipe. Le recours à l'expertise d'une équipe mobile gériatrique est souhaitable pour l'évaluation et l'élaboration des préconisations pour le PPS. Selon les cas l'intervention du service social est également souhaitable.

Les bénéfices de l'évaluation génétique standardisée (EGS) sur l'état fonctionnel et le maintien à domicile sont démontrés dans les services de gériatrie aiguë. Les indications de sa réalisation hors de ces services par une équipe mobile doivent être précisées : en préopératoire ou avant une chimiothérapie notamment.

- **L'optimisation des traitements et l'éducation** du patient et de son entourage sont des interventions fréquemment utilisées par les programmes qui réduisent le

risque de réadmission des personnes âgées. L'optimisation des traitements peut se traduire par l'application des référentiels de la HAS visant à optimiser la prescription médicamenteuse tels que la PMSA (prescription médicale chez le sujet âgé) et par la mise en œuvre de la « conciliation médicamenteuse » par un pharmacien. Tout changement thérapeutique doit être justifié dans le courrier de sortie. L'éducation peut porter sur la gestion du traitement, les alertes liées aux symptômes, les modes de recours aux soins.

- **Impliquer dès cette étape le patient lui-même, son entourage et ses soignants habituels** est un facteur de succès. Le contact avec les soignants du domicile et la remise au patient d'un document écrit incluant des informations pratiques et la programmation d'éventuels rendez-vous de suivi, font partie des interventions recommandées.
- **Au moment de la sortie plusieurs moyens peuvent être utilisés pour améliorer la communication** entre les établissements hospitaliers et les soignants du domicile.
 - Le minimum est la mise à la disposition du patient du **compte rendu d'hospitalisation (CRH) ou à défaut d'un document de sortie le jour même de la sortie**. Le risque de réhospitalisation et d'événements indésirables est en effet augmenté en l'absence de transmission en temps utile des informations de sortie. Une première condition pour cela est la structuration du CRH sous un format court en y insérant les informations indispensables à la continuité des soins. Une deuxième condition est la remise du CRH ou du document de sortie au patient le jour de la sortie. Une troisième condition est leur transmission rapide au médecin traitant. Pour cela, l'utilisation de l'informatique et de l'Internet sécurisé est recommandée, bien qu'il n'existe pas de preuve formelle de leur efficacité pour réduire le risque de réadmission. En fonction des possibilités locales, des besoins des patients et des souhaits des professionnels, on peut aussi utiliser des personnels de liaison, le téléphone ou les réseaux de santé.
 - Pour les cas les plus complexes, en particulier en cas d'intrication de problèmes médicaux et sociaux, **la continuité du suivi par un même professionnel pendant et après l'hospitalisation doit être recherchée**. Cette continuité peut être obtenue grâce à des visites du médecin traitant ou de l'infirmière de ville pendant l'hospitalisation et/ou à l'intervention pour assurer la transition d'un « navigateur » : dans le contexte français ce peut être des infirmières libérales formées aux pratiques avancées, des équipes mobiles de gériatrie, des gestionnaires de cas, des coordonnateurs de réseaux ou des travailleurs sociaux.
- **La continuation à domicile des actions initiées pendant l'hospitalisation est un point clé.**

Avant de faire sortir un patient, les équipes hospitalières doivent s'assurer que le suivi médical et les services sociaux nécessaires à son maintien à domicile sont organisés.

- **Ce suivi doit reposer en priorité sur des visites régulières à domicile**, en débutant dès la première semaine après la sortie. Ces visites peuvent être renforcées par des appels téléphoniques, mais les données sur l'efficacité du suivi téléphonique isolé ne permettent pas de conclure à son efficacité. Les actions initiées pendant l'hospitalisation doivent être poursuivies, notamment en matière d'éducation
- **Il relève prioritairement de la responsabilité du médecin traitant en coopération avec les infirmières de ville, les pharmaciens** et les autres professionnels de l'équipe de proximité, médicale et sociale. Des « coordonnateurs d'appui » peuvent intervenir en appui des professionnels de premier recours, particulièrement si les problèmes sociaux ou liés à l'aménagement du domicile prédominent. Les patients qui présentent une inadéquation manifeste entre leurs besoins et les ressources mobilisables peuvent être adressés à un gestionnaire de cas.

La période de suivi post-hospitalisation débute dès la sortie et s'étend au minimum jusqu'à 30 jours après la sortie. Le critère de réduction des réhospitalisations à 30 jours après la sortie (le plus fréquemment utilisé) reflète cependant pour l'essentiel la qualité des prises en charge intra-hospitalières et au moment de la sortie ; son adoption peut aboutir à retarder plutôt qu'à réduire les réhospitalisations. **Étendre ce critère à 90 jours peut être envisagé** afin de prendre en compte le rôle important des soins ambulatoires dans la prévention des réhospitalisations et afin de sélectionner des interventions ayant un effet plus durable.

L'organisation de la transition hôpital-ville exige une approche globale fondée sur le déploiement simultané de stratégies en milieu hospitalier et en soins de ville. Il est nécessaire d'adapter ces actions aux ressources et habitudes locales.

► Indicateurs de pratique clinique proposés

- Nombre de patients faisant l'objet d'un repérage du risque de réhospitalisation/nombre de patients de plus de 75 ans hospitalisés en MCO.
- Nombre de patients identifiés à risque/nombre de patients ayant fait l'objet d'un repérage.
- Nombre de patients sortant avec le CRH ou un document de sortie/nombre de patients sortants.
- Nombre de patients ayant eu un contact avec un soignant ou un coordonnateur de soins dans la première semaine après leur sortie/nombre de patients repérés à risque de réhospitalisation.
- Nombre de patients repérés à risque et réhospitalisés dans les 30 jours pour le même motif/nombre de patients non repérés et réhospitalisés dans les 30 jours pour le même motif.

► Exemples de réalisations ou de projets en cours

- **La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)** projette d'évaluer la faisabilité et la valeur prédictive du score TRST pendant l'hospitalisation pour prédire le risque de réhospitalisation à 30 jours.
- **De nombreux établissements de santé** envisagent d'implanter l'intervention OMAGE.
- **L'ARS Aquitaine** organise une permanence téléphonique destinée aux médecins libéraux mobilisant les gériatres seniors des établissements de soins.
- **L'AP-HP** déploie depuis décembre 2012 un dispositif d'amélioration de la sortie des patients hospitalisés en MCO à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne-Billancourt.

- **La maison de santé pluriprofessionnelle du Franc-Moisin** à Saint-Denis rémunère un médecin généraliste plusieurs heures par semaine pour une activité de liaison avec l'hôpital.
- **Au CHU de Montpellier** une commission de coordination gériatrique a été créée pour organiser la sortie des patients âgés.
- **Le centre hospitalier de Dreux** emploie trois « médiatrices » chargées de l'évaluation des patients et de l'organisation des sorties.
- **Le réseau gérontologique des Vals de Saintonge et l'hôpital de Saint-Jean d'Angély** ont mis en place une coopération entre le cadre de santé et l'infirmière coordinatrice du réseau pour organiser la sortie des patients.

La note de méthodologie et de synthèse bibliographique annexée à ce document est disponible sur le site.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

**Annexe 11: Offre sanitaire gériatrique et offre médicosociale du territoire 75-2 rive droite
(11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris)**

1

Ce document, **strictement destiné aux professionnels**, a été élaboré dans le cadre du groupe de travail « offre de soins » de la filière gériatrique 75-2 rive droite dans le but de faciliter la prise en charge de des patients âgés et la communication entre professionnels.

Sigles utilisés :

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

UGA : Unité de Gériatrie Aiguë

UPOG : Unité Péri Opératoire Gériatrique

MCO : « médecine chirurgie obstétrique », nouvelle appellation du court séjour

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

UCC : Unité Cognitivo Comportementale

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

GHDCSS : Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint Simon

FOCSS : Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon

CASVP : Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris



OCTOBRE 2016



Fait par Dr Claire Roy

**Annexe 11: Offre sanitaire gériatrique et offre médicosociale du territoire 75-2 rive droite
(11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris)**

2

GERIATRIE	Saint Antoine Dr Thomas	Tenon Dr Bouvard	Rothschild Dr Grancher	Rothschild Dr Meaume	Hôpital Diaconesses	Clinique Parc de Belleville	FondationRothschild Dr Sadeg	Clinique Mont Louis	OSE Dr Cohen
Hospitalisation									
SAU	oui	oui			oui				
UGA	29	14	32		16			oui	
UPOG	8								
MCO plaies cicatrisation				8					
SSR gériatrique			46	60		30	60		
SSR UCC			14						
SSR plaies et cicatrisation				24					
USLD				32					
Hôpital de jour									
Mémoire			oui						
Plaies et cicatrisation				oui					
Consultations									
Gériatrie	oui	oui	oui		oui				oui
Oncogériatrie	oui	oui							
Psychogériatrie									oui
Mémoire			oui						oui
Plaies et cicatrisation				oui					

**Annexe 11: Offre sanitaire gériatrique et offre médicosociale du territoire 75-2 rive droite
(11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris)**

3

Contacts

Hôpital Saint Antoine (APHP) service du Dr Caroline Thomas

184 rue du Faubourg Saint-Antoine 75012 Paris. Tel : 01 49 28 20 00 (standard de l'hôpital)

Hospitalisation : 01 49 28 32 66 (secrétariat de l'UGA et demande d'hospitalisation)

Consultation de gériatrie (Dr Bay): 01 49 28 21 54 (accueil des consultations)

Consultation d'oncogériatrie (Dr Cosqueric et Dr Bengrine-Lefevre) : 01 49 28 23 38 (accueil des consultations)

Hôpital Tenon (APHP) service du Dr Eric Bouvard

4 rue de la Chine 75020 Paris. Tel : 01 56 01 70 00 (standard de l'hôpital)

Hospitalisation : 01 56 01 72 70 (secrétariat de l'UGA et demande d'hospitalisation)

Consultation de gériatrie (Dr Bouvard): 01 56 01 66 15 (accueil des consultations)

Consultation d'oncogériatrie (Dr Bouvard): 01 56 01 66 48 (accueil des consultations)

Hôpital Rothschild (APHP) service du Dr Anne-Sophie Grancher

5 rue Santerre 75012 Paris. Tel : 01 40 19 30 00 (standard de l'hôpital)

Hospitalisation : 01 40 19 33 60 (secrétariat) et 01 40 19 33 29 (ligne directe du gériatre pour une demande d'hospitalisation)

Consultations de gériatrie et consultation mémoire : 01 40 19 30 31 (accueil des consultations)

Hôpital Rothschild (APHP) service du Dr Sylvie Meaume

5 rue Santerre 75012 Paris. Tel : 01 40 19 30 00 (standard de l'hôpital)

Hospitalisation : 01 40 19 33 00 (secrétariat hospitalier) ou 01 40 19 34 14 (ligne directe du gériatre pour une demande d'hospitalisation)

Consultation de plaie et cicatrisation: 01 40 19 34 24 ou 01 40 19 30 28 (IDE responsable des consultations)

Hôpital des Diaconesses (GHDCSS) responsable médical Dr Elise Cotto

18 rue du Sergent Bauchat 75012 Paris. Tel : 01 44 74 10 10 (standard de l'hôpital)



OCTOBRE 2016



Fait par Dr Claire Roy

**Annexe 11: Offre sanitaire gériatrique et offre médicosociale du territoire 75-2 rive droite
(11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris)**

4

Hospitalisation : 01 44 74 10 10 poste 12 56 ou 85 17 (lignes directes des gériatres pour une demande d'hospitalisation) Consultation de gériatrie: 01 44 74 10 20 (accueil des consultations)

Clinique du Parc de Belleville (ORPEA) médecin coordonnateur Dr
104 rue des Couronnes 75020 Paris. Tel : 01 71 93 93 00 (standard de la clinique)

Hospitalisation : 01 71 93 93 02 (ligne directe du gériatre pour une demande d'hospitalisation) ou 01 71 93 93 15 (responsable des admissions)

Fondation de Rothschild médecin responsable Dr Mohand Ouali **Sadeg**
78 rue Picpus 75012 Paris. Tel : 01 44 68 72 98 (standard)

Hospitalisation : 01 44 68 71 23 (secrétariat du SSR)

Clinique du Mont Louis directeur médical Dr Arié **Elkouby**
8/10 rue de la Folie Régnault 75011 Paris. Tel : 01 43 56 56 56 (standard de la clinique)

Hospitalisation : Gériatre (ligne directe) : 01 43 56 54 75 Surveillantes (ligne directe) : 01 43 56 54 55

Centre de santé Elio Habib (OSE) responsable Dr Marc **Cohen**
25 boulevard de Picpus 75012 Paris

Consultation mémoire, gériatrie et psychogériatrie : 01 48 87 87 85

Hospitalisation à Domicile (HAD)	APHP	Croix Saint Simon	Santé Service
Contact	01 73 73 57 57	0800 009 839	01 46 97 54 99



OCTOBRE 2016



Fait par Dr Claire Roy

**Annexe 11: Offre sanitaire gériatrique et offre médicosociale du territoire 75-2 rive droite
(11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris)**

Accueils de jour	Marie de Miribel FOCSS	Joseph Weil OSE	Les Balkans CASVP	Etimoë FOCSS
Responsable	Mme Audrey Verchin	M. Paul Benadhira	Mme Amélie Lartaud	Mme Véronique Falyse
Adresse	7/9 rue de l'asile Popincourt 75011 Paris	30 bis rue Santerre 75012 Paris	1, allée Alquier Debrousse 75020 Paris	27, rue de Fontarabie 75020 Paris
Téléphone	01 48 06 70 25	01 55 78 29 70	01.43.67.62.37	01.43.73.31.76

EHPAD	Adresse	Téléphone	UVP	Aide soc	Hbgt temp
EHPAD Bastille RATP	24 rue Amelot 75011	01 58 78 10 66	Oui	Oui	Non
DOLCEA Les Ambassadeurs	125-127 r de Montreuil 75011	01 44 93 33 40	Oui	Oui	Oui
Fondation Rothschild	80 rue de Picpus 75012	01 44 68 72 98	Oui	Oui	Oui
Korian les Arcades	116 av Daumesnil 75012	01 43 46 26 00	Oui	Non	Oui
EHPAD Ma Maison	71 rue de Picpus 75012	01 43 43 43 40	Non	Non	Non
Maison Protestante la Muette	43 rue du Sergent Bauchat 75012	01 43 43 12 15	Non	Oui	Non
MAPI Saint Simon	127 bis rue d'Avron 75020	01 44 93 63 00	Non	Oui	Oui
Repotel Gambetta	161-163 av Gambetta 75020	01 40 30 32 13	Non	Non	Oui
Résidence Alquier Debrousse	1 allée Alquier Debrousse 75020	01 43 67 69 69	Oui	Oui	Oui
Les Terrasses du XXème	5 rue de l'Indre 75020	01 44 62 36 00	Non	Oui	Non
MAPI les Amandiers	5-7 rue des Cendriers 75020	01 43 58 90 00	Oui	Oui	Oui
Résidence les Airelles	8-10 rue des Panoyaux 75020	01 46 36 35 50	Non	Oui	Non
Hospitalité Familiale COS	118-122 bd de Charonne 75020	01 86 21 97 17	Oui	Oui	Non

**Annexe 11: Offre sanitaire gériatrique et offre médicosociale du territoire 75-2 rive droite
(11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris)**

UVP : unité de vie protégée Aide soc : habilitation à l'aide social Hbgt temp : hébergement temporaire

Equipe Mobile Gériatrique Externe à destination des EHPAD : **01 40 19 34 29** (Équipe basée à l'hôpital Rothschild APHP)

Service de Soins Infirmiers à Domicile SSIAD	arr. jour	arr. nuit	Responsable	Contact
ADIAM	11-20		Mme Frédérique Lapierre	01 42 80 43 75
ADMR 20	20		Mme Florence Villaggi	01 40 32 47 30
AG11	11		Mme Viviane Bruneau	01 43 48 02 20
AMSAD Léopold Bellan	20		Mme Stéphanie Perret du Cray	01 47 97 10 00
Fondation Œuvre de la Croix Saint Simon	11-12-20		Mme Isabelle Tercinier	01 40 09 50 23
Fondation Sainte Marie		20	M. Laurent Clément	01 75 44 89 14
UMC Social	11		Mme Françoise Simana	01 48 06 80 44
UNA Paris 12	12	11-12-20	Mme Claire Chevalier	01 73 54 01 40

Equipe Spécialisée Alzheimer ESA		
arr.	SSIAD Porteur	Contact
11	UMC Social et AG 11	01 48 06 80 44
12	UNA Paris 12	01 73 54 01 40
20	ADMR 20	01 40 32 47 30

**Annexe 11: Offre sanitaire gériatrique et offre médicosociale du territoire 75-2 rive droite
(11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements de Paris)**

7

Information et Coordination				
AGEP (Association gériatrique de l'Est parisien)	Réseau de santé Gérontologique	agep@wanadoo.fr	2 rue Plichon 75011 Paris	01 46 36 08 12
CLIC Paris Emeraude Est	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique	contactparisest@clicparisemeraude.fr	55 rue de Picpus 75012 Paris	01 40 19 36 36
MAIA Paris Est et Gestion de Cas		claire.astier@autonomie7520.fr	Hôpital Rothschild 5 rue Santerre 75012 Paris	01 40 19 31 10
ROPE (réseau oncologie Paris Est)	Réseau de santé de Cancérologie et de Soins Palliatifs	coordination.roke@gmail.com	Hôpital des Diaconesses 18 rue du Sergent Bauchat 75012 Paris	01 43 46 82 07 ou 09 61 21 80 43
Coordination de la Filière Gériatrique		filiere.geriatrique.rth@aphp.fr	Hôpital Rothschild 5 rue Santerre 75012 Paris	01 40 19 33 04

Annexe 12: Dossier Patient à l'AP-HP

Outil de partage des informations, le dossier patient est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue sont définis.

Le dossier répond à une réglementation précise : dans des conditions définies, il est accessible aux soignants, à d'autres professionnels mais aussi aux patients.

Il est conservé dans des conditions permettant son accessibilité, son intégrité et la confidentialité des informations qu'il comporte.

Chaque page des pièces du dossier comporte l'identité complète du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance (étiquette GILDA/ORBIS) ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations, sa signature, sa spécialité, la date du jour et l'heure.

Le dossier du patient est composé des dossiers administratif, médical et de soins, et, s'il y a lieu des dossiers parcours patient ambulatoire, transfusionnel et d'anesthésie.



Le dossier administratif

Il comprend les éléments relatifs à :

- Identification du patient (état civil détaillé) → règles de saisie de l'identité des patients à respecter
- Couverture sociale
- Entourage du patient : personne à prévenir et formulaire de désignation de la personne de confiance et recueil des choix du patient relatifs à la transmission des informations de santé le concernant
- Pour les mineurs et les majeurs protégés, le dossier comporte un complément d'information.

Le dossier médical

Il comporte :

- Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission au cours du séjour hospitalier.
- Il s'agit notamment : motifs d'hospitalisation, antécédents, conclusions de l'évaluation clinique initiale, prescriptions effectuées à l'entrée, autorisations de soins spécifiques etc.
- Les informations formalisées établies à la fin du séjour et notamment : une lettre de sortie doit être remise au patient le jour de sa sortie.
Le compte-rendu d'hospitalisation qui doit être rédigé et transmis aux correspondants médicaux dans un délai de 8 jours par voie postale ou par Messagerie Santé Sécurisée.

Le dossier de soins

Il regroupe :

- L'ensemble des informations concernant la personne soignée consignées par les infirmières et les autres paramédicaux. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin.
- À la sortie du patient, les fiches de liaison permettant la continuité des soins doivent être renseignées, photocopiées et archivées dans le dossier.

Le dossier d'anesthésie

Il comporte obligatoirement :

- La fiche de consultation préanesthésie y compris la visite pré-anesthésique
- La fiche per-opératoire
- La fiche de suivi de salle de surveillance post-interventionnelle.

Le dossier transfusionnel

Il comporte obligatoirement :

- le document de groupage sanguin,
- les résultats de RAI
- la trace écrite et datée de l'information pré et post transfusionnelle donnée au receveur,
- le double de chaque ordonnance de produits sanguins labiles datée et signée du médecin,
- un exemplaire du bordereau de délivrance, complété avec la traçabilité, la feuille de surveillance transfusionnelle et le cas échéant la fiche d'événement indésirable receveur et les documents de traçabilité des médicaments dérivés du sang.

Le dossier informatisé ORBIS

Il est constitué des éléments (formulaires) suivants :

- Bilan Médical Initial (BMI)
- Évolution médicale,
- Compte Rendu d'Hospitalisation et lettre de sortie,
- Documentation médicale : courriers, ordonnances, bon de transport...

Le bon usage du dossier informatisé Orbis permet :

- un partage en temps réel des données
- une répartition organisée des tâches au sein de l'équipe médicale et entre les médecins et les secrétaires médicales
- l'obtention in fine d'un CRH de qualité, informatif et lisible

Le dossier informatisé ACTIPIDOS

Il est en lien avec les logiciels Gilda et Phedra. Dans sa partie informatisée, il comprend :

- le **dossier médical** dans lequel on retrouve les prescriptions de traitements, d'exams, de consultations, d'actes paramédicaux, d'ordonnance de sortie, de la lettre de transfert ou de sortie et de notes en texte libre
- le **dossier paramédical** comprenant le résumé (cible d'entrée et événements important de l'hospitalisation), les problèmes de santé, les transmissions ciblées, la planification et le carnet de rendez-vous

Le compte rendu médical issu du dossier informatisé Orbis et Actipidos doit être édité et archivé dans le dossier patient.

Annexe 13 :

Avancées des services SI en ligne, directement proposés aux patients

Conseil de surveillance de l'AP-HP du 2 février 2017

Introduction

Les services offerts au patient en ligne sont au cœur de la stratégie définie par le Schéma Directeur SI pour développer un système d'information orienté vers le patient et son parcours.

Ils permettent, à travers une stratégie multicanal :

Une meilleure satisfaction du patient qui dispose de services optimisés et de nouveaux services à travers des interfaces ergonomiques testées dans des groupes patients ;

L'intégration de données pré/post hôpital au sein de notre système d'information afin de mieux prendre en charge le patient durant son passage à l'AP-HP et de développer la recherche ;

L'amélioration des liens avec nos partenaires du territoire ;

Une amélioration de l'efficacité, qui s'accompagne d'une réflexion sur l'évolution des métiers.

La majorité de ces services sont développés par la DSI de l'AP-HP avec une coordination de maîtrise d'ouvrage opérée par les directions fonctionnelles de l'AP-HP (DIRCOM, DPT, etc.) en lien avec des groupes de travail élargis.

Ils visent à développer des services ouverts au plus grand nombre, sécurisés, intégrés aux solutions développées par l'ARS Île2 de-France et conformes à la réglementation informatique et libertés.

1. Des portails modernisés : sites internet & applications mobiles

2. De nouveaux services en ligne :

Paiement en ligne & pré-admission administrative en ligne La prise de rendez-vous en ligne

3. Autres services en ligne pour le patient (1/2) :

Le wifi patient & ComPaRe Cyberlab, Terris@nté et télémedecine

3

4. Le portail patient de l'AP-HP: rassembler les services

Des portails modernisés : sites internet & applications mobiles



Objectifs des portails de l'AP-HP

Accéder à une information éditorialisée et homogène sur l'AP-HP et la santé

Découvrir l'offre de soins et des informations pratiques

Agréger les différents services proposés en ligne



Des sites internet

Un nouveau site institutionnel lancé en mars 2015 : www.aphp.fr, (~400k sessions/mois,+15% sur un an)



Plus de 100 sites internet de groupe hospitalier, d'hôpital et de service (ex: <http://robertdebre.aphp.fr/>) améliorés jusqu'à juin

2017 (~550k sessions/mois cumulées, +15% sur un an)



Une nouvelle application mobile lancée au T1 2017 pour les patients ainsi que pour les professionnels

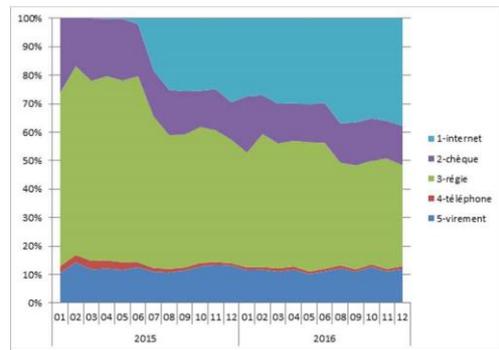


Payer en ligne

Lancé en juin 2015 : <https://paiement-en-ligne.aphp.fr/>, en lien avec le logiciel de facturation SAP et le service TIPI du ministère des finances

Environ 1500 paiements par jour, pour les patients, les professionnels et les partenaires

Des innovations récentes avec une amélioration de l'ergonomie et la capacité pour les étudiants aux concours de l'AP-HP de payer leur inscription



Évolution de la proportion des paiements réalisés en ligne, en nombre



Préadmission administrative en ligne

Lancement au T1 2017 d'un formulaire de préadmission administrative sur <https://mondossier.aphp.fr> permettant aux patients de réduire le temps administratif à l'arrivée à l'hôpital, dans le cadre du projet de nouvelle gestion administrative des malades

5

Prise de rendez-vous en ligne

Un constat dégradé

- Par téléphone, un taux de décroché souvent <20%, d'importants délais pour une consultation : 38 jours
- Un fort taux de rendez-vous non honorés : 19%, une faible taux de primo-consultants : 24,2%

Attendus

- Nouveau service pour les patients et les médecins de ville
- Amélioration de la visibilité de l'offre de consultation de l'AP-HP, avec une augmentation de l'activité attendue
- Diminution des non-venues de 19 à 5%
- Gain de temps pour les équipes
- Un service spécifique pour les médecins de ville

Un projet en cours de déploiement

- Notification d'un marché à la start-up Doctolib
- Le déploiement a été lancé le 16 décembre 2016 : plus de 150 RDV en ligne déjà réalisés dans 4 spécialités à l'HEGP: <http://hopital-georgespompidou.aphp.fr/prendre-rdv-en-ligne/>

Autres services en ligne pour le patient (1/2) : le wifi patient & ComPaRe

- Déploiement jusqu'au S1 2018: 500 000 de RDV en ligne attendus en 2017 avec une cible à 1 500 000 RDV/ an

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Wi-Fi public AP-HP

Cet accès est fourni en bas débit, il ne permet pas la visualisation de vidéos et le téléchargement

L'accès Wi-Fi internet fourni par l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris est disponible pour les patients et leurs accompagnants

Numéro de portable: 0612345678

Charte d'utilisation

J'accepte les termes et conditions du service.

Suivant

Votre session internet est valide 2 heures (au-delà)

Accéder à un wifi gratuit lors de sa venue à l'hôpital

Wifi bas débit proposé par la DSI de l'AP-HP, ouvert sur 21 sites à ce jour
Service disponible sur les sites restants au travers de délégations de service public, avec intégration progressive en fin de contrat

Contribuer volontairement à l'avancée de la recherche médicale

Lancement d'une plateforme permettant de créer des e-cohortes (<https://compare.aphp.fr/>) pour permettre aux malades chroniques de contribuer volontairement à l'avancée de la recherche médicale



Depuis le 12 décembre, 1037 participants ont rejoint la communauté ComPaRe

Autres services en ligne pour le patient (2/2) : Cyberlab, Terris@nté et

Obtenir son compte rendu de biologie : Cyberlab

Projet visant à diffuser une partie des compte-rendus de biologie aux patients et/ou aux prescripteurs avec une notification SMS/Mail pour avertir de la disponibilité des résultats Pilote en cours au sein de l'hôpital Cochin

Capitaliser sur une plateforme ville/hôpital régionale pour gérer son parcours de soins : le pilote Terris@nté

Projet régional porté par le GCS Sesan et piloté par l'ARS IDF, avec le prestataire Orion/Accenture 18M€ pour un pilote sur 3 ans

Diverses fonctionnalités prévues pour le patient (RDV, préadmission, résultats, partage de documents et d'objectifs, etc.) et les professionnels de santé du territoire, notamment grâce à la messagerie sécurisée

Forte implication de l'AP-HP au travers des hôpitaux Bicêtre, Paul Brousse et Charles Foix

Dialoguer avec un médecin au travers d'une plateforme informatique

Solution ORTIF « BePatient » en expérimentation avec ajustement de la posologie/prescription en ligne sur la base d'un document rempli par le patient sur son observance et/ou sa réaction aux traitements

Pilotes envisagés en 2017 au sein des hôpitaux Robert Debré et Pitié-Salpêtrière

Projet de portail patient

Constat : un besoin de rassembler les différentes interactions virtuelles, dans un cadre sécurisé, avec une mire de connexion unique, articulée avec les services régionaux (Terris@nté, etc.) et nationaux (Ameli, DMP, etc..

Objectifs du projet :

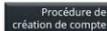
- *Améliorer la prise en charge à l'hôpital grâce à des données fiables collectées en amont et en aval ;*
- *Simplifier les échanges des patients avec les professionnels de santé.*

Avancement du projet :

- *Cahier des charges fonctionnel et technique en cours de finalisation autour d'un premier socle :*

Authentification (éventuellement via FranceConnect), identification et rapprochement avec le serveur d'identité unique de l'AP-HP, intégration web, etc.

Définition d'un premier panel de services : Modifier son profil, réaliser sa préadmission administrative, payer et prépayer ses soins, consulter ses documents de soins et renseigner un questionnaire médical).

CREEZ VOTRE COMPTE	ACCÉDEZ A VOTRE COMPTE
	
OU	OU
	Login
	<input type="text"/>
	Mot de passe
	<input type="text"/>



FORESTI	André	Décembre 2017
---------	-------	---------------

DESSMS

Année 2016 - 2017

Quel système d'information pour la prise en charge de la personne âgée dans son parcours de santé ? Entre médecine de ville, services d'accompagnement à domicile, établissements d'hébergement et établissements de santé

Résumé :

La Loi de Modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 souhaite faciliter au quotidien les parcours de santé, mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé et renforcer les outils proposés aux professionnels de santé pour assurer la coordination du parcours de leur patient. Articulé entre les différents intervenants, le parcours de santé a pour vocation de décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin d'offrir un accompagnement et une prise en charge globale de la personne âgée. Cet objectif impose de réduire les « ruptures » de prise en charge tout au long du parcours de la personne âgée (PA), de la prévention jusqu'à la réinsertion. Différents types de questionnaires ont été réalisés pour recueillir et analyser les données au sein de l'AP-HP pendant le stage long.

Cette évaluation permet d'émettre des recommandations pour la mise en place d'un outil SI fédérateur pour un parcours de santé des PA plus fluide, intégré et optimal. D'abord, le numérique peut être un excellent outil de facilitation pour la mise en place d'un parcours fluide. Ensuite, le choix par la CNSA de choisir l'outil RAI devrait garantir une meilleure intégration des parcours. Enfin, les SI peuvent être un réel levier d'amélioration des parcours de santé des PA en rendant plus efficient le recours aux soins et d'éviter les ruptures de leur prise en charge.

Mots clés :

Dossier Patient Informatisé, Coordination Territoriale d'Appui, Personne âgée en risque de perte d'autonomie, DMP, EHPAD, MAIA, MSS, SI, SSIAD, SSR, TSN. USLD.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.