

Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ?

Cette fiche traite du contenu des fonctions d'appui et des facteurs conditionnant leur efficacité, y compris en termes d'organisation. Elle n'aborde pas les aspects réglementaires de cette organisation.

► Points clés

Les professionnels de premier recours sont de plus en plus confrontés à la nécessité d'une meilleure organisation des parcours de santé d'un nombre croissant de patients atteints de pathologies chroniques. Ceci nécessite d'évaluer les personnes, de planifier, suivre et coordonner les interventions sanitaires et sociales, de réévaluer leurs effets et de travailler ensemble. Pour cela, ils peuvent avoir besoin d'appuis.

Ces fonctions d'appui peuvent être :

- mobilisées séparément en réponse à des besoins ponctuels ;
- combinées dans le cadre d'un accompagnement personnalisé et intensif des patients en situation complexe, afin de satisfaire l'ensemble de leurs besoins. On parle alors « d'assistance au parcours ».

Les porteurs des fonctions d'appui sont multiples, et aucun modèle n'est a priori meilleur.

Le déploiement des fonctions d'appui relève de la responsabilité des ARS, et doit être effectué en coopération avec les professionnels et les usagers. Cinq conditions doivent être satisfaites :

- l'inscription dans une dynamique d'intégration territoriale, apportant des outils communs pour orienter et évaluer les personnes ;
- la localisation du dispositif d'appui en proximité des médecins et des équipes de santé primaire ;
- un ciblage approprié des patients pouvant en bénéficier ;
- l'aide à l'organisation des transitions hôpital-domicile, intervention qui a un fort niveau de preuve sur le recours aux soins ;
- la transmission d'outils, de savoirs et de savoir-faire aux professionnels de santé.

Une démarche graduée est proposée, qui donne la priorité à la réalisation des fonctions d'appui par des acteurs positionnés comme des membres de l'équipe de santé primaire, quel que soit leur point de rattachement.

► Ce qu'il faut savoir

Les fonctions d'appui sont définies comme l'ensemble des activités nécessaires à l'organisation des parcours, mais ne pouvant être directement effectuées par les professionnels de santé primaire :

- soit parce qu'elles nécessitent la mobilisation de ressources mutualisées au niveau territorial en raison de files actives trop faibles au niveau des patientèles ;
- soit parce qu'elles apportent aux patients des compétences techniques, sociales ou d'accompagnement que les professionnels de santé ne maîtrisent pas ;
- soit parce qu'en l'état de leur organisation, les professionnels ne disposent pas des moyens pour les réaliser.

Elles s'adressent à tous les professionnels pour les aider à prendre en charge les patients atteints de maladie chronique, quel que soit leur mode d'exercice :

- à ceux qui ont un exercice isolé ;
- à ceux qui exercent dans des structures pluri-professionnelles, en répondant aux nouveaux besoins créés par cet exercice.

Il est capital que la réalisation de prestations d'appui soit associée à un **transfert de savoir-faire**, afin de donner la possibilité aux équipes de santé primaire de réaliser à terme tout ou partie de ces prestations :

► 1. Évaluer la personne

- Réaliser ponctuellement des procédures d'évaluation : évaluation multidimensionnelle des personnes âgées ou handicapées et de leur domicile, revue des médicaments, etc.
- Aider au diagnostic de BPCO, dépister des troubles cognitifs, etc.

► 2. Planifier les interventions

- Aider à l'élaboration du PPS.
- Élaborer et utiliser des répertoires de ressources sanitaires et sociales (ROR).

► 3. Suivre et coordonner les interventions

- Suivre l'effectivité des interventions prévues dans le PPS (réfèrent), en subsidiarité aux professionnels.
- Mobiliser des relais pour l'accès aux soins et à la prévention : accès aux soins de support et aux soins palliatifs, accès et maintien des acquis de la réhabilitation respiratoire, accès à l'activité physique adaptée, en coopération avec les associations sport, santé et les DRJSCS, etc.

- Mobiliser les aides sanitaires et sociales nécessaires au patient.
- Aider à l'organisation des transitions hôpital-domicile.

► 4. Accompagner les personnes

- Accompagner les patients : par des personnes profanes comme les « médiatrices en santé » en Seine-Saint-Denis, par des patients-experts de l'Association Française des Diabétiques, ou par un service d'information téléphonique comme les infirmières SOPHIA de l'Assurance Maladie.
- Réaliser des séances d'ETP en subsidiarité aux professionnels de premier recours.
- Plaider en faveur des patients et défendre leurs intérêts.

► 5. Réévaluer

- Réviser l'effet des interventions réalisées dans le cadre d'un PPS ou d'une assistance au parcours et décider des suites à donner : une situation est complexe en raison de la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux ou économiques susceptibles de perturber le parcours du patient ou d'aggraver son état de santé. Cette complexité évolue au cours du temps : lorsqu'un ou plusieurs facteurs deviennent favorables, le patient n'est plus en situation complexe et l'assistance au parcours peut être adaptée voire suspendue, sous réserve d'une surveillance appropriée.

► 6. Aider à organiser le travail pluriprofessionnel

Le « Référentiel d'analyse et progression en soins primaires » (RAP) publié par la HAS détermine des axes de progression selon lesquels des appuis aux équipes de santé primaire peuvent être déclinés.

Travail en équipe

- Aider à l'élaboration et au suivi de protocoles pluriprofessionnels harmonisant les pratiques et définissant les rôles de chacun.
- Organiser des formations professionnelles ou pluriprofessionnelles.

Implication des patients : apporter un appui méthodologique et des conseils à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient.

Projet de santé : faciliter :

- la construction des projets d'exercice pluriprofessionnel (MSP, PSP, centres de santé, etc.) ;
- l'animation de la démarche qualité ;
- l'analyse et la résolution d'une situation de blocage ;
- une médiation en cas de conflit.

Système d'information : accompagner les professionnels pour une utilisation optimale de leur logiciel métier. Cela implique de les sensibiliser à la saisie d'un petit nombre de données structurées, sélectionnées pour leur pertinence et leur usage multiple, afin :

- d'accéder en situation de soins à des mémos et à des alertes aux points de décision importants ;
- de générer des indicateurs permettant la mesure et l'analyse des pratiques ;
- d'identifier les besoins et gérer la patientèle ;

- d'échanger et partager les données.

► Efficacité des fonctions d'appui

L'efficacité de plusieurs aides à la pratique ponctuelles a été démontrée (focus 1). Leur point commun est d'être réalisé à proximité ou au sein des équipes de santé primaire et de façon pluriprofessionnelle.

L'assistance au parcours, adaptation française du « *case management* » est un suivi des patients qui réunit les fonctions d'appui 1 à 5 (focus 2). Il est développé dans de nombreux pays dans les domaines à la fois sanitaire et social. En France, il est principalement positionné sur la réponse aux besoins sociaux, médico-sociaux et sur l'accès aux soins, avec un portage par les réseaux de santé et, pour les patients âgés de plus de 60 ans en perte d'autonomie, par les MAIA ; il peut aussi être proposé par des établissements de santé, aux patients atteints de cancer par exemple.

Les situations et pathologies les plus susceptibles d'en bénéficier sont nombreuses : l'insuffisance cardiaque, le VIH, la BPCO, les maladies chroniques à risque de dépendance (maladies neurodégénératives, personnes âgées polypathologiques, maladies psychiatriques), le cancer, les personnes en situation de handicap, les maladies pouvant bénéficier d'une auto-gestion du traitement comme le diabète de type 2, et les patients dont les problèmes sociaux ne leur permettent pas de gérer leurs pathologies.

Les résultats obtenus dépendent des pathologies et populations : l'assistance au parcours améliore la qualité des prescriptions et de l'autonomie des personnes âgées, réduit leur risque d'admission en EHPAD au prix d'une augmentation de la consommation de soins ambulatoires, avec un impact inconstant sur le recours à l'hospitalisation ; elle réduit le recours à l'hôpital des patients déments, ajourne leur placement en structures spécialisées et réduit les symptômes dépressifs chez leurs aidants ; elle diminue la douleur et la fatigue des patients atteints de cancer.

Les conditions d'efficacité de l'assistance au parcours ont été identifiées (focus 3). Les plus importantes sont :

- le ciblage approprié des patients qui peuvent en bénéficier ;
- sa réalisation dans un environnement intégré favorisant l'accès aux soins, aux services sociaux et les activités de prévention. En retour, les « assistants au parcours » peuvent activement contribuer à la dynamique d'intégration, en assurant un retour d'information à la gouvernance sur les besoins non satisfaits, et en coopérant avec le pilote de l'intégration ([Fiche Intégration territoriale des services sanitaires médico-sociaux et sociaux](#)) ;
- la localisation de l'assistant au parcours à proximité des professionnels de santé, voire sur les mêmes lieux de soins ;
- l'appui à la transition hôpital-domicile des patients à haut risque de réhospitalisation. Cette dimension de l'assistance au parcours est celle qui bénéficie du plus fort niveau de preuve : son impact sur la réduction du risque de réhospitalisation précoce des personnes âgées et atteintes de polypathologies a été montré. Les 2/3 des interventions efficaces sont réalisées par des infirmières spécialisées, qui supervi-

sent la transition et suivent les patients après la sortie (focus 4). [Fiche points clés et solutions – Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées](#)

Le programme « *Meaningful use* » aux États-Unis a pour objectif d'aider les professionnels à intégrer les fonctionnalités des systèmes d'information à leur exercice quotidien. Il associe outils de conduite du changement, incitations financières et assistance technique ; il a permis en 4 ans une forte progression de la documentation des dossiers et de la prescription électronique. Les fonctionnalités d'échange des données et de communication avec le patient ont moins progressé. Deux facteurs importants de succès à l'utilisation effective ont été identifiés : la préexistence d'une organisation en équipe et le degré de cohésion des équipes.

L'intervention de facilitateurs (pairs ou personnes qualifiées) auprès des professionnels de santé a montré qu'elle augmentait de façon significative l'appropriation des recommandations de bonne pratique. L'impact augmente avec le nombre et l'intensité des interventions. L'adaptation au contexte, la réalisation d'un audit et d'un retour d'informations avec définition d'objectifs, une approche focalisée sur les processus et l'organisation des soins sont les éléments clés d'un programme de facilitation.

► Portage des fonctions d'appui

- Le périmètre des fonctions d'appui ne se limite pas aux réseaux de santé. Les structures, susceptibles de porter des fonctions d'appui, sont multiples et varient en fonction des dynamiques locales : CLIC, établissements de soins, équipes mobiles, HAD, pilote d'une démarche d'intégration, associations communautaires ou d'usagers, représentations professionnelles (URPS, FFMPS), organismes de DPC, collectivités locales, organismes d'Assurance Maladie, caisses de retraites ou ARS elles-mêmes, etc.
- L'efficacité des fonctions d'appui nécessite fréquemment la coopération de plusieurs porteurs : l'assistance à l'utilisation optimale des systèmes d'information nécessite de mobiliser conjointement des leviers au niveau des ARS, des représentations professionnelles et des équipes de soins, afin d'avoir l'intelligence de l'ensemble du processus ; l'organisation de la transition hôpital-domicile relève de dispositifs mis en place par des établissements de santé (plateformes de sortie, équipes mobiles), de coordinateurs intervenant dans le cadre de réseaux de santé ou de MSP, de la HAD, de programmes de l'assurance maladie (PRADO) ou encore de l'outil « trajectoire » pour l'orientation vers une structure médico-sociale. L'assistance au parcours des personnes handicapées est le plus souvent assurée par les réseaux de santé, mais les associations de patients peuvent aussi y contribuer (référents parcours de santé de l'AFM-Téléthon).
- Une tendance croissante est l'internalisation de ces fonctions à une MSP ou à un regroupement de MSP, grâce au positionnement de professionnels au sein de ces structures : infirmières ASALEE, conseillers en pays de santé, coordinateurs cliniques de MSP,

coordinateurs d'appui des réseaux de santé, médiatrices en santé, etc.¹ Cette tendance répond à une des principales conditions d'efficacité des fonctions d'appui : leur localisation à proximité des équipes de santé primaire.

► Ce qu'il faut faire

Une démarche graduée est proposée afin d'éviter les doublons en termes de prestations et de coordination (annexe 1).

► Étape 1 : identifier les fonctions d'appui à déployer en priorité au niveau du territoire

Ceci nécessite une concertation entre tous les acteurs du territoire² ([Fiche Intégration territoriale des services sanitaires médico-sociaux et sociaux](#)) afin de :

- choisir les projets prioritaires ;
- recenser les objectifs opérationnels à atteindre pour réaliser ces projets ;
- déterminer les fonctions d'appui utiles et les confronter aux ressources disponibles (annexe 2).

► Étape 2 : déterminer une stratégie régionale de déploiement des fonctions d'appui

L'objectif est d'élaborer une stratégie raisonnée de développement des fonctions d'appui, en confrontant la synthèse des besoins remontés par les différents territoires aux priorités régionales définies par les ARS. Cette stratégie doit distinguer :

- Les fonctions qui peuvent être internalisées aux structures de soins regroupées grâce à la présence en leur sein de paramédicaux formés, de coordinateurs cliniques, d'infirmières ASALEE, etc.
- Les fonctions qui peuvent être organisées au niveau régional : les annuaires de ressources, l'assistance à l'utilisation des systèmes d'information, la facilitation des projets pluriprofessionnels, le conseil méthodologique à l'ETP, etc.
- Les fonctions qui sont en général portées par les réseaux de santé et autres structures d'appui : mobilisation d'aides et d'expertises, assistance au parcours par les coordinateurs d'appui, gestion de cas par les gestionnaires de cas MAIA, etc.

Les modalités de portage de ces fonctions peuvent varier en fonction des ressources et des choix : ainsi, l'évaluation multidimensionnelle des personnes âgées ou handicapées et de leur domicile peut, selon les cas, être réalisée par des professionnels exerçant au sein de maisons de santé, par des réseaux de santé, par des équipes mobiles de gériatrie ou encore être organisée comme un service régional, etc.

¹ Les fonctions de coordination administrative des MSP ne sont pas envisagées dans le cadre de cette fiche.

² Territoire d'action défini, en fonction des besoins du médecin généraliste, des équipes de premier recours et des structures déjà existantes (*Guide méthodologique sur l'évolution des réseaux de santé*, DGOS 2012).

► Étape 3 : organiser le portage des fonctions d'appui au niveau du territoire

- Soutenir les projets portés par les professionnels en positionnant, chaque fois que possible, les fonctions d'appui à proximité ou au sein des structures pluriprofessionnelles existantes ou émergentes.
- Assurer l'accès au niveau du territoire aux fonctions d'appui organisées au niveau régional, en les faisant porter par des établissements sanitaires ou sociaux ou d'autres acteurs locaux tels que les réseaux de santé, les équipes mobiles, les CLIC, les CCAS, les SSIAD, etc.

► Étape 4 : donner accès à un guichet « intégré »

Ce guichet peut être organisé au niveau départemental ou porté par un ou plusieurs acteurs du territoire. Ses fonctions sont d'informer et d'orienter les patients selon des modalités standardisées, d'activer les appuis sociaux et médico-sociaux et de donner accès en temps utile aux expertises appropriées.

Un guichet « intégré » peut comprendre plusieurs portes d'entrée, mais les informations et l'orientation sont les mêmes quelle que soit la porte d'entrée à laquelle s'adresse la personne, grâce à l'adoption de protocoles et d'outils communs d'orientation et d'évaluation.

► Étape 5 : outiller les professionnels

- Pour repérer les patients pouvant bénéficier d'une « assistance au parcours ». Un questionnaire est proposé dans ce but (annexe 3)³. Ce questionnaire combine une sélection par critères et le jugement clinique du praticien, qui apprécie le contexte de soins et ses possibilités. Une fois le patient repéré et adressé à une structure d'appui, c'est à elle qu'il revient de vérifier la justification et l'étendue de la prestation d'assistance au parcours nécessaire au patient (cf. annexe 4).
- Pour augmenter leur capacité à faire : ceci rend nécessaire de veiller à la réalité des transferts de savoir-faire aux professionnels. Ces transferts peuvent avoir lieu par des formations, des échanges, un travail partagé, etc. Ils concernent tout particulièrement les prestations ponctuelles auprès des patients et la réalisation de sessions d'ETP.

► Exemples d'indicateurs de pratique

- Nombre de fonctions d'appui disponibles sur un territoire par rapport au nombre de fonctions d'appui disponibles sur ce territoire douze mois auparavant.
- Nombre de structures pluriprofessionnelles sur le territoire (MSP, PSP, CMS), incluant au moins une fonction d'appui par rapport au nombre de structures incluant au moins une fonction d'appui douze mois auparavant.
- Nombre de patients âgés de 75 ans ou plus dans la patientèle qui ont été depuis 3 mois réhospitalisés en

MCO 30 jours après leur sortie, sur le nombre de patients âgés de 75 ans ou plus dans la patientèle qui ont été réhospitalisés en MCO 30 jours après leur sortie dans les neuf à douze mois auparavant.

► Ce qu'il faut éviter

- Envisager les fonctions d'appui seulement à travers le regroupement organisationnel des structures d'appui existantes.
- Écarter les professionnels ayant un exercice isolé du bénéfice des fonctions d'appui.
- Laisser persister sur un territoire plusieurs structures porteuses de fonction d'appui agissant de façon non intégrée (ex : plusieurs réseaux de santé, une MAIA et un réseau de santé, etc.).
- Implanter des fonctions d'appui ne résultant que de projets d'établissements ou de structures, sans analyser les besoins des patients sur le territoire.
- Délivrer des prestations aux patients sans transfert de savoir-faire aux professionnels.
- Assurer une assistance au parcours, sans faire des retours d'informations réguliers au médecin traitant.

► Conditions à réunir

- Développer l'intégration des services sanitaires et sociaux à l'échelle des territoires.
- Favoriser l'adoption d'outils communs d'orientation et d'évaluation par les acteurs du territoire.
- Positionner les fonctions d'appui au plus près des organisations de santé primaire.
- Associer des incitations financières aux fonctions d'appui portant sur des enjeux considérés comme prioritaires.
- Mobiliser l'ensemble des porteurs et des financements disponibles.
- Définir le profil, le référentiel de compétences et la formation du métier d'assistant au parcours.

► Exemples de réalisation ou de projet en cours

De nombreux projets d'appui à la coordination et d'assistance au parcours existent en France. Les exemples suivants ne sont pas exhaustifs.

Aides ponctuelles au suivi

Le programme ASALEE a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins par la délégation aux infirmières, dans le cadre d'un protocole article 51 de certains actes réalisés par les médecins. Elles sont chargées de mettre à jour les dossiers informatisés des patients diabétiques et cardio-vasculaires, et d'y inscrire des rappels pour le médecin, de réaliser des procédures diagnostiques (spirométrie, repérage des troubles cognitifs, examen du pied diabétique), des ateliers collectifs ou des consultations individuelles d'ETP. Les appuis apportés par ASALEE aux professionnels relèvent à la fois des **aides à la pratique**, des **aides à la réalisation de procédures auprès des patients** et des appuis à l'**éducation thérapeutique du patient (ETP)**.

³ Ce questionnaire est également proposé pour repérer les personnes pouvant bénéficier d'un PPS et, dans ce cas, la présence d'un seul critère suffit.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
<http://urpsmed-pc.fr/index.php/archives-urpsmed-pc/urml-pc/projets-urmlpc>
<http://ars.lorraine.sante.fr/Protocole-de-cooperation-ASALE.151220.0.html>

Les équipes mobiles de géronto-psychiatrie, développées dans un premier temps en Suisse, sont un exemple de projet d'aide à la réalisation de procédures cliniques. Elles interviennent, sur demande du médecin traitant, au domicile du patient ou en établissement médico-social. L'objectif est de fournir, dans les meilleurs délais au prescripteur, un diagnostic psychiatrique, une aide à la décision et aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques sur le lieu de vie du patient, afin de maintenir ce dernier le plus longtemps possible dans leur lieu de résidence habituelle.

<http://revue.medhyq.ch/print.php3?sid=33081>
<http://www.hopitaux-saint-maurice.fr/Unite-mobile-geronto-psychiatrie/5/138/44>

Les médiatrices en santé de l'Association Communautaire Santé Bien-Être interviennent auprès des usagers du quartier Franc-Moisin / Bel-Air de Saint-Denis (93), dans le cadre du centre de santé communautaire La Place Santé, où elles exercent au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Bilingues ou polyglottes, elles ont pour missions : l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, la médiation auprès des institutions et professionnels des champs sanitaire, médico-social et social. Elles peuvent également, quand la situation le nécessite, accompagner les usagers dans leurs démarches administratives, dans leurs relations avec les institutions sanitaires et les partenaires du secteur social, et dans leur navigation au sein du système de santé (consultations spécialisées à l'hôpital, bilans de santé, etc.). En 2013, 327 personnes ont bénéficié de cet accompagnement. Dans la majorité des cas, il s'agit d'une démarche personnelle de la personne et, dans 26 %, d'une orientation par un médecin généraliste du centre de santé. D'autres actions peuvent venir compléter ce travail de médiation auprès des usagers : ateliers de formation aux démarches administratives, promotion et éducation à la santé, ETP, etc. L'évaluation des actions de proximité des médiateurs de santé publique, publiée en 2006 sur commande de la DGS, a mis en évidence la plus-value apportée aux publics concernés et au système de santé : accès effectif aux soins, coaching et orientation des patients (dépistage, consultation psychiatrique, etc.), remontées d'information aux tutelles sur les représentations, les attentes et les besoins non satisfaits de ces publics spécifiques.

<http://www.cfmsp.org/spip.php?article15>
<http://acsbe.asso.fr/wp-content/uploads/2013/06/Rapport-dactivit%C3%A9s-Acsbe-La-Place-Sant%C3%A9-2012.pdf>

Le réseau SEP Ouest a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients atteints de sclérose en plaques (SEP) dans les départements des Yvelines, des Hauts-de-Seine et du Val-d'Oise. L'équipe du réseau intervient, en appui des professionnels, sans s'y substituer et sans interférer dans les décisions thérapeutiques. Des actions de formation sont proposées aux professionnels, de même que des actions d'éducation thérapeutique et un accompagnement individualisé aux patients. Selon la

situation du patient, différentes prestations peuvent être fournies :

- programme d'apprentissage des auto-injections animé par l'infirmière coordinatrice ;
- évaluation de l'autonomie par l'infirmière coordinatrice débouchant sur la mise en place d'aides, l'équipement en matériel ou l'aménagement du domicile et la mobilisation de professionnels de proximité pour répondre aux besoins identifiés : paramédicaux, médico-sociaux, sociaux, acteurs associatifs, etc. ;
- en cas de problèmes sociaux, entretiens et visites à domicile par l'assistante sociale, notamment pour les patients ayant des problèmes de mobilité, afin d'évaluer la situation sociale, familiale, économique, professionnelle. Ceci peut déboucher sur une aide aux démarches administratives en appui aux MDPH, sur un placement en institution de façon temporaire ou définitive, sur des démarches liées au logement ou au maintien dans l'emploi, etc. ;
- en cas de problèmes psychologiques, évaluation psychologique, avec orientation vers une prise en charge adaptée et groupes de paroles pour les patients et leurs proches animés par la psychologue ;
- en cas de troubles cognitifs, évaluation neuropsychologique, élaboration d'un plan de soins individualisé et orientation vers un professionnel de ville.

Début 2014, la **plate-forme opérationnelle de sortie** « POS » (**P**réparer, **O**rganiser et **S**écuriser la sortie) a été mise en place par le CHU de Nîmes, afin de sécuriser le retour à domicile, d'éviter les prolongements d'hospitalisation inutiles ou les réhospitalisations, et de renforcer les liens avec les médecins libéraux. Dès lors que le retour au domicile d'un patient s'annonce compliqué, soit parce que le patient est médicalement sortant sans solution de sortie, soit parce que sa situation est jugée complexe, une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire intervient alors, le plus précocement possible, à la demande du service concerné, et ce afin d'organiser au mieux le retour à domicile ou l'orientation vers une autre structure. Cette équipe est composée d'un médecin, d'une responsable administrative, d'assistantes sociales et d'une infirmière. Déployée actuellement sur huit services, elle sera ensuite généralisée à l'ensemble de l'établissement.

Assistance au parcours

Le dispositif **IMPACT** (Itinéraires Médico-sociaux, Programme d'Aide au Changement de Comportement en matière de santé sur un Territoire en Zone Urbaine Sensible [ZUS]) est porté par le Pôle de Santé Chambéry Nord. Il a pour objectif de favoriser la prise en charge pluriprofessionnelle de patients chroniques en situation complexe, d'un point de vue médical et social. Après un diagnostic de leur situation et avec l'accord de leur médecin traitant, les patients sont pris en charge par une équipe de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, réunis en un même lieu et qui mettent à leur disposition diverses prestations : suivi social et éducatif, suivi diététique, ateliers d'ETP, etc.

Afin d'homogénéiser les pratiques entre les différents professionnels et de favoriser le décloisonnement entre les secteurs sanitaire et social, des réunions d'inclusion

des patients et des soirées « culture commune » sont réalisées régulièrement.

<http://pole-de-sante-chambery-nord.fr/professionnels/dispositifs-impact/>

Le réseau **ARESPA** met en œuvre la **coordination d'appui** ou assistance aux parcours en intervenant, à la demande principalement du médecin traitant, auprès de personnes dont il est difficile d'organiser le parcours en raison de la multiplicité des problèmes à gérer dans un temps court. Le réseau mobilise des ressources sanitaires ou médico-sociales ou les deux, et « active » des dispositifs d'aide sociale qui vont compléter les dispositifs mis en place. Ceci permet de « sécuriser » la situation, soit : rassurer le patient et ses proches, et permettre aux médecins traitants de remplir efficacement leur fonction de responsable du parcours de soins.

<http://arespa.org/index.html>

Les coursiers sanitaires et sociaux, déployés en Seine-Saint-Denis et dans plusieurs autres départements et villes de province ; sont un dispositif **d'assistance au parcours** pour les patients en difficultés sociales ou psycho-sociales qui permet aux médecins généralistes de se focaliser sur la dimension médicale de leurs patients. Face à un patient en situation complexe, et avec accord de ce dernier, le médecin généraliste prend contact avec un coursier. Le diagnostic socio-sanitaire est réalisé au domicile et un plan d'actions est établi. Le médecin traitant en est informé et un « reporting » lui est régulièrement adressé. Le patient est accompagné, en tant que de besoin, dans ses différentes démarches socio-administratives. S'il ne peut pas se déplacer, les démarches sont réalisées par le coursier en son nom.

<http://www.gazette-sante-social.fr/3943/de-precieux-coursiers-sanitaires-et-sociaux>

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf (p42-49)

<http://www.arespa.org/index.html> (site en construction)

Les gestionnaires de cas de la MAIA 13, créée en 2009, interviennent auprès de public âgé en situation complexe, nécessitant des interventions multidisciplinaires sur le long terme et à domicile. Ces personnes âgées sont repérées par un professionnel des champs sanitaire, médico-social ou social, selon des procédures développées dans l'organisation d'un système de Santé intégré.

La démarche d'évaluation multidimensionnelle est la pierre angulaire de la gestion de cas ; elle est conduite au domicile et dans l'environnement de proximité. L'objectif est de mettre en évidence les besoins réels de la personne dans la globalité de son fonctionnement. La démarche est conduite dans l'interdisciplinarité, mais le gestionnaire de cas est responsable des conclusions de son évaluation et des plans de services individualisés (PSI) qui en découlent. À Marseille, l'évaluation multidimensionnelle est structurée par l'outil RAI (*Resident Assessment Instrument*). L'élaboration du PSI permet de couvrir les besoins, au plus juste, et dans le plus grand respect des volontés et du rythme de la personne. Au long cours, le gestionnaire de cas accompagne la personne et ses proches aidants, au jour le jour, il planifie et organise les ressources nécessaires au maintien à domicile, et il participe à la prévention d'événements indésirables. Le suivi permet des évaluations régulières et

l'adaptation des services aux besoins et demandes en évolution.

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20121121&numTexte=22&pageDebut=18343&pageFin=18344

<http://www.sciencespo-aix.fr/media/Cerases.pdf>

<http://www.sciencespo-aix.fr/media/Couturier.pdf>

Dans le champ du handicap neurologique, les équipes mobiles de suivi médico-social pour adultes cérébro-lésés **proposent un accompagnement de type assistance au parcours à des patients présentant une lésion cérébrale acquise**. Elles sont constituées de professionnels de la rééducation, d'une assistante sociale en charge de la coordination, d'un médecin psychiatre et d'un psychologue. L'équipe peut intervenir à la demande des professionnels, mais aussi des patients et des familles, auprès de personnes présentant une lésion cérébrale acquise : traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale. Les principaux objectifs sont de favoriser le maintien à domicile, d'accompagner la personne dans une démarche de réinsertion sociale et professionnelle et, le cas échéant, de préparer la personne et son entourage en vue d'un placement en institution. Après une évaluation multidimensionnelle au domicile, le patient est aidé dans l'élaboration de son projet personnel et accompagné pour une période de 2 ans maximum. La dimension pluriprofessionnelle de l'équipe permet un accompagnement global du patient dans son cadre de vie.

Interactions 73, Croix-Rouge française (Chambéry 73).

Équipe Mobile Pour Adultes cérébro-lésés EMA, Fondation Santé des Étudiants de France (Grenoble, 38).

<http://www.crlc38.org/>

Le métier de **référént de parcours de santé** a été initié par l'Association AFM-Téléthon en 1988, sous l'appellation de technicien d'insertion. Ce dispositif **d'assistance au parcours** est géré par les délégations régionales de l'association, en collaboration notamment avec les antennes régionales du CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé). L'éligibilité pour ce type d'accompagnement est déterminée en partie par une grille d'évaluation, dite « grille de *scoring* ». Les référents de parcours de santé ont quatre grandes missions autour de l'accompagnement des personnes engagées dans des parcours complexes afin :

- d'informer les patients et leurs proches sur les maladies neuromusculaires et leurs conséquences ;
- de faire le lien entre les patients, leurs proches et l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux intervenant dans la prise en charge ;
- de sensibiliser les professionnels aux spécificités des maladies neuromusculaires ;
- d'identifier les besoins des patients et de leurs familles, et de les accompagner pour trouver des solutions.

Aides à l'organisation du travail pluriprofessionnel

SphereS est un réseau de santé qui s'inscrit dans une démarche d'aide à la pratique. Son objectif est de favoriser le traitement en ville de pathologies orientées habituellement vers les urgences hospitalières, grâce à

l'intervention de professionnels de santé différents et une surveillance renforcée. Il met à la disposition des professionnels des protocoles, dénommés « sphères », qui répondent aux recommandations de bonnes pratiques, et qui sont élaborés par des comités scientifiques. Ces protocoles précisent les critères d'exclusion des patients, les examens complémentaires à faire pratiquer et les traitements à engager. Les médecins sont accompagnés dans les **procédures cliniques** de suivi par le réseau, via les cellules de coordination logistique et médicale. Pour cela, des partenariats ont été développés avec les professionnels de santé libéraux : laboratoires de biologie médicale, centres d'imagerie médicale, médecins spécialistes, unité de permanence de soins, hôpitaux et cliniques. Actuellement, il existe des sphères pour les pathologies suivantes : thromboses veineuses profondes, pneumonies aiguës communautaires, pyélonéphrites aiguës, douleurs thoraciques et accidents ischémiques transitoires.

http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/UDT_SEPT2012/Ateliers_REX/UDT2012_Atelier_REX4_ReseauSpeheres_ELFAS_SI_ALAIN-RUIMY.pdf

Les groupes d'analyse de pratiques, initiative née en Bretagne en 2001, permettent aux médecins généralistes d'un même territoire de s'inscrire collectivement et individuellement dans une démarche de formation et d'interformation. Implantés actuellement dans une dizaine de départements, les praticiens, engagés dans cette **démarche de qualité**, se réunissent régulièrement avec un tiers externe (facilitateur), pour échanger et développer une démarche réflexive sur leurs pratiques.

La FFMPs propose en région Rhône-Alpes avec l'appui de l'ARS l'intervention de pairs « facilitateurs ». Leur intervention est sollicitée par des professionnels en projet de regroupement, l'ARS ou une collectivité locale. Plusieurs modalités d'action sont possibles :

- témoignage et partage d'expérience par le « facilitateur » sur sa propre structure : mode de fonctionnement, projet de santé, système d'information partagé, exemples de protocoles interprofessionnels, etc. ;
- conseils sur des sujets spécifiques : structures de sociétés (SCI, SCM, SISA, etc.), projet immobilier, aides aux financements, aide à la rédaction du projet de santé, etc. ;
- analyse des situations de blocage d'un projet en cours basée sur l'écoute des porteurs de projet, et en suivant une trame d'analyse. Celle-ci comprend : une

description générale du projet (lieu, nombre de professionnels concernés, cartographie, démographie des professionnels et de la population, détermination du leader naturel), de la relation avec les élus, des alliances (développées ou potentielles), des éventuels blocages relevés ; une analyse du problème, des tentatives de résolution, des stratégies développées et avec quels objectifs ; une évaluation des besoins de l'équipe (finalités partagées, buts et objectifs), pour finir par des propositions éventuelles d'une suite à donner.

La coordination multipartenariale pour l'éducation thérapeutique (CoMET), structure-ressource dédiée à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en Franche-Comté, a pour principal objectif de renforcer la dynamique régionale nécessaire au développement de l'ETP en ambulatoire. Ses missions s'articulent autour de cinq axes :

- **connaissance et reconnaissance de l'offre** : recensement de l'offre et des ressources régionales en matière d'ETP quel qu'en soit le porteur, aide au repérage par les professionnels et les patients, actualisation régulière de l'information, identification des besoins et des attentes des professionnels de premier recours, etc. ;
- **formation et accompagnement** : recensement et promotion de l'existant en matière de formations à l'ETP, organisation et animation de formations territoriales à l'ETP, accompagnement de proximité personnalisé des acteurs formés et demandeurs en lien avec des structures-ressources existantes, etc. ;
- **échanges et coordination** : développement et animation de réseaux d'acteurs locaux, organisation de relais de proximité et promotion de la coordination des actions ;
- **innovation** : encouragement et soutien aux expérimentations ;
- **expertise** : développement d'une démarche qualité en lien avec les experts nationaux, etc.

Annexe 1. Check-list pour l'implémentation de fonctions d'appui

- Recenser les besoins et les projets au niveau d'un territoire pour suivre les patients
- Recenser les besoins et les projets au niveau d'un territoire pour organiser le travail pluriprofessionnel
- Les comparer aux ressources disponibles au niveau local et régional
- Définir une stratégie régionale en matière de fonctions d'appui
- Positionner auprès des structures pluriprofessionnelles existantes les fonctions d'appui qui peuvent l'être
- Identifier les autres porteurs légitimes de fonctions d'appui au niveau du territoire
- Mettre en place un guichet intégré répondant à un ou plusieurs territoires
- Communiquer auprès des professionnels sur les fonctions d'appui disponibles
- Outiller les professionnels pour repérer les patients nécessitant une assistance au parcours
- Vérifier la réalité des transferts de savoir-faire aux professionnels

Annexe 2. Recensement des besoins et des ressources disponibles

Projet	Besoins en fonctions d'appui	Ressources disponibles au niveau		
		des MSP / PSP	du territoire	de la région
Objectifs opérationnels pour				
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les patients - - 				
<ul style="list-style-type: none"> • Planifier les interventions - - 				
<ul style="list-style-type: none"> • Suivre et coordonner les interventions - - 				
<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les patients - - 				
<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer - - 				

<ul style="list-style-type: none"> • Organiser le travail pluri-professionnel - - 				
--	--	--	--	--

Annexe 3. Questionnaire de repérage des personnes pouvant bénéficier d'une assistance au parcours (Source HAS 2014)

La personne	O	N	?
• A-t-elle été hospitalisée en urgence (au moins une fois depuis 6 mois) ?			
• A-t-elle une polypathologie (n ≥ 3) ou une insuffisance d'organe sévère ¹ , ou une polymédication (n ≥ 10) ?			
• A-t-elle une restriction de ses déplacements ?			
• A-t-elle des troubles cognitifs, thymiques, comportementaux (dont addictions) ne lui permettant pas de gérer son parcours, ou mettant en difficulté l'aidant/l'entourage ?			
• A-t-elle des problèmes socio-économiques (isolement, habitat, faibles ressources) ?			
• A-t-elle des problèmes d'accès aux soins ou d'organisation des soins ?			

¹: Insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale.

Si vous avez répondu OUI à <u>deux</u> de ces questions	O	N	?
• La personne vous paraît-elle nécessiter une assistance au parcours ?			
• Si oui, accepte-t-elle cette assistance ?			

Annexe 4. Exemple de fiche d'inclusion des personnes repérées comme pouvant bénéficier d'une assistance au parcours, à remplir par la structure d'appui

Nom et prénom du médecin prescripteur :

Date :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Numéro de téléphone :

Adresse :

MOTIFS D'INCLUSION

..... **PROBLÈMES SANITAIRES**

- Patients atteints d'une pathologie sévère
- Polypathologie (présence chez un même patient d'au moins trois pathologies chroniques)
- En perte d'autonomie
- Autre (préciser) :

..... **INCAPACITÉ À GÉRER SON PARCOURS**.....

- Ayant des troubles cognitifs
- De l'humeur
- Comportementaux
- Addictifs
- Autre (préciser) :

..... **ISOLÉMENT, DÉFAUT DE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE**.....

- Vivant seul
- Sans soutien social ni familial
- Avec aidants épuisés
- Autre (préciser) :

..... **DIFFICULTÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES**

- Ayant des difficultés d'ordre social (emploi, logement, etc.)
- Économique (faibles ressources, etc.)
- Frein culturel (barrière linguistique ou culturelle, faible niveau d'éducation, etc.)
- Autre (préciser) :

..... **RECOURS AUX SOINS**

- Difficultés rapportées par l'équipe de santé primaire
- Passages nombreux aux urgences
- Hospitalisations répétées
- Autre (préciser) :

Besoins de la personne :

Focus 1. Données d'efficacité sur les fonctions d'aide à la pratique

- La prise en charge par le réseau Sphères, dans le cadre de protocoles pluriprofessionnels, a été démontrée réduire les hospitalisations pour les thromboses veineuses profondes (données non publiées, étude cas-témoins).
- L'intervention des infirmières ASALEE, en appui aux médecins, a été démontrée pour améliorer la qualité du suivi et l'équilibre glycémique des diabétiques (étude cas-témoins).
- L'accompagnement par des personnes profanes formées a été démontré pour améliorer les résultats métaboliques et réduire les hospitalisations des sujets avec diabète, hypertension artérielle ou insuffisance cardiaque (États-Unis).

Focus 2. Composantes de l'assistance au parcours⁴

- Évaluation globale des besoins du patient dans son environnement
- Appui à la définition et à la planification d'un plan de soins et d'aides
- Suivi et coordination du plan de soins et d'aides
- Information et éducation du patient
- Renforcement des compétences du patient
- Défense des intérêts du patient : accès aux prestations et accès aux soins
- Retour d'informations au médecin traitant
- Réévaluation et adaptation
- Fin de prise en charge ou renouvellement de la prestation d'assistance au parcours

Focus 3. Facteurs de réussite de l'assistance au parcours

1. Adapter le projet au contexte local
2. Cibler les patients qui peuvent bénéficier du projet
3. Définir une file active cohérente
4. Impliquer les médecins généralistes dès la conception du projet
5. Informer régulièrement le médecin traitant
6. Intégrer des volets transition et éducation thérapeutique au programme d'assistance au parcours
7. Prévoir un point d'entrée intégré
8. Privilégier un accompagnement face à face ou un accompagnement mixte face à face/téléphone
9. Positionner les assistants au parcours à proximité des professionnels de santé primaire

Focus 4. Transition hôpital-domicile

L'organisation de la transition hôpital-domicile concerne toutes les interventions qui ont pour objectif d'éviter la rupture de continuité de soins et de réduire le risque de réhospitalisation. Les interventions se déroulent en trois temps : pendant l'hospitalisation, lors de la sortie et après le retour à domicile pendant 30 à 90 jours. Elles ciblent principalement les personnes âgées atteintes de plusieurs pathologies. [Fiche points clés et solutions – Comment éviter les réhospitalisations évitables des personnes âgées](#)

Les intervenants sont essentiellement des infirmières formées. Les composantes clés sont similaires à celles de « *case management* ». Les publications montrent, avec un bon niveau de preuve, une réduction des hospitalisations non programmées ou du nombre de jours d'hospitalisation, et suggèrent la possibilité de réduire les coûts grâce à un moindre recours à l'hôpital. Les résultats les plus favorables ont été observés chez les insuffisants cardiaques. Le début de l'intervention en amont de la sortie, le caractère actif de l'intervention et l'implication des soignants habituels sont des facteurs importants de succès.

⁴ Selon les standards et référentiels spécialisés de bonnes pratiques internationales.



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