



Mise en place d'une plateforme polyvalente médico-sociale d'appui aux professionnels de 1^{er} recours

SOMMAIRE

1 – INTRODUCTION	3
2 – LES BESOINS	4
3 – L’OBJECTIF GENERAL.....	7
4 – LES OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	7
5 – LE TERRITOIRE ET LES CHAMPS D’ACTION	7
6 – LA STRATEGIE : MUTUALISATION, INTEGRATION, COMMUNICATION	8
7 – L’ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA PLATEFORME POLYVALENTE DE TERRITOIRE	8
8 – Le DEVELOPPEMENT DU RESEAU DES ACTEURS OPERATIONNELS DE LA PLATEFORME	11
9 – LES ATOUTS DU PROJET	12
10 – L’EVALUATION	13
11 – LE CALENDRIER.....	14
12 – LES PERSPECTIVES	15

1 – INTRODUCTION

L'évolution des besoins de santé, le vieillissement de la population, la part grandissante des pathologies chroniques, et la complexification des parcours de soins requièrent une évolution de leur organisation pour coordonner une multiplicité d'intervenants.

En effet, les professionnels des champs sanitaires et sociaux sont de plus en plus confrontés à des patients présentant des problématiques à la fois médicales et sociales, dont la complexité rend difficile voire impossible la mise en place de réponse adaptée et durable.

Dans un environnement socio-sanitaire devenu de plus en plus complexe, il convient donc de favoriser la synergie entre les différents acteurs, de les amener à développer leur capacité à travailler ensemble et en coopération, et non plus en compétition.

Les réseaux de santé sont historiquement positionnés sur le champ de la coordination. Mais, ces dispositifs, tel qu'ils ont été déployés, s'avèrent insuffisants pour faire face à des situations complexes nécessitant le recours à plusieurs intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social). Il paraît dès lors opportun de faire évoluer leurs missions et fonctionnements, comme le préconise le Guide Méthodologique sur les orientations en matière de coordination publié en octobre 2012 par la DGOS¹.

Par ailleurs, le dispositif MAIA constitue un modèle de prise en charge de cas complexes, dont la vocation est de s'étendre à l'ensemble des problèmes liés à la perte d'autonomie².

C'est ainsi que le projet de rapprochement entre Resop 06 (réseau Soins Palliatifs et Douleur), Cronoss 06 (réseau gérontologique) et le Centre de Soutien aux Réseaux de Santé pour les faire évoluer vers une plateforme polyvalente a été élaboré au cours d'une douzaine de réunions de travail. Les partenaires fondateurs de ces Réseaux, notamment la Mutualité Française PACA, le

¹ Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », Direction Générale de l'offre de soins, octobre 2012, 71 p.

² Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

CCAS de Nice, le CHU de Nice, l'HAD Nice et Région, l'ASPAM, France Alzheimer 06, sont par ailleurs membres de l'Espace Partagé de Santé Publique³. Le Conseil Général 06 ainsi que les MAIA d'Antibes et de Cannes ont également été associés à ces travaux.

2 – LES BESOINS

Au dernier recensement, le département des Alpes-Maritimes compte 1 087 863 habitants, dont presque 300 000 personnes âgées de plus de 60 ans et plus de 40 000 de plus de 85 ans. Les personnes âgées sont domiciliées, très majoritairement, sur le littoral (95 %) et 95 000 d'entre elles vivent seules à domicile, dont 71 000 femmes et 24 000 hommes. Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans représente 28 % de la population totale, ce qui situe le département des Alpes-Maritimes au-dessus des moyennes nationale et régionale. Des estimations réalisées par l'INSEE indiquent qu'à l'horizon 2020, environ 13000 personnes de 85 ans ou plus seront potentiellement dépendantes dans ce département.

On peut avoir une estimation pertinente des besoins en se basant sur le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie bénéficiant de l'APA à domicile⁴. En effet, ce sont ces patients qui présentent des affections chroniques sévères, avec co-morbidités et problèmes sociaux qui se surajoutent aux problèmes de dépendance. D'un point de vue quantitatif, en 2010, 14 000 personnes (âgées de plus de 60 ans) bénéficient de l'APA, dont 7000 sur Nice.

Depuis sa mise en oeuvre, le nombre de bénéficiaires de l'APA a régulièrement et fortement progressé jusqu'en 2008 et semble s'être stabilisé depuis lors, comme en témoigne le tableau ci-après extrait du Schéma Gérontologique Départemental des Alpes-Maritimes 2012-2016 (page 14).

Année	Total APA domicile et établissement	APA à domicile
2002	9 915	2 925
2003	15 207	7 570
2004	17 302	9 068
2005	18 107	9 728
2006	20 202	11 266
2007	21 965	13 149
2008	24 874	15 536
2009	23 859	14 481
2010	23 645	14 826

³ Espace ouvert, fédératif, de partage de connaissances et d'expériences dans le but de promouvoir des réponses innovantes aux problématiques complexes qui mobilisent le système de santé

⁴ Schéma Gérontologique Départemental 2012-2016, Conseil Général des Alpes-Maritimes, 105 p.
Centre de Soutien Santé Social (C3S)

Parmi les 14 000 personnes bénéficiant aujourd’hui de l’APA à domicile, on estime que 9 100 sur le Département et 4 550 sur la Ville de Nice présentent des problèmes et des besoins pour lesquels les acteurs de l’offre de soins peuvent assurer eux-mêmes la coordination des soins. Cependant, comme l’a souligné l’expérimentation menée par le Centre de Soutien aux Réseaux de Santé en mars 2011⁵, les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des personnes âgées font état des besoins pour assurer cette coordination de façon optimale. On peut citer, entre autres :

- un soutien lors de la programmation d’hospitalisation,
- une aide administrative dans le volet social,
- un soutien dans l’organisation du maintien à domicile,
- des outils d’aide à la décision,
- des avis d’expertise sur des thématiques particulières,

Par ailleurs et selon le guide de la DGOS⁶, la proportion des personnes âgées dont la prise en charge nécessite une coordination active serait estimée à 30%, soit 4 200 personnes pour le département et 2100 pour la ville de Nice.

Enfin, on peut également estimer que 5% environ présenteraient des problèmes complexes relevant d’une gestion de cas, soit 700 pour le département et 350 pour la Ville de Nice.

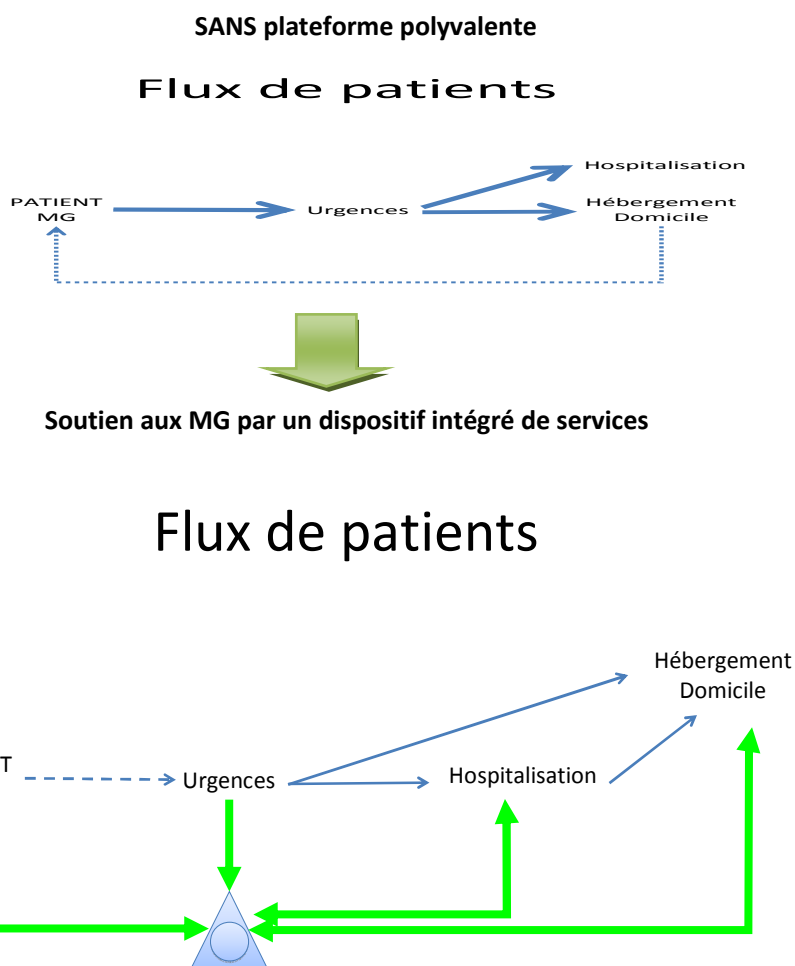
Personnes potentiellement concernées par la plateforme d’appui <i>(selon l’estimation des besoins figurant dans le Guide DGOS d’octobre 2012)</i>	Département des Alpes-Maritimes <i>(en nbre de personnes)</i>	Ville de Nice <i>(en nbre de personnes)</i>
Liaison (65 %)	9100	4550
Coordination (30 %)	4200	2100
Gestion de cas (5 %)	700	350
Total	14000	7000

⁵ Dr COTTON S., Besoins et attentes des médecins généralistes en matière de prise en charge des consultations complexes et/ou chronophages dans un quartier de la ville de Nice en vue d’adapter une plateforme polyvalente de services dédiée à la médecine générale, Thèse de médecine générale, Université de Nice-Sophia Antipolis, Faculté de Médecine de Nice, octobre 2011, 70 p.

⁶ Guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », DGOS, octobre 2012, 71 p.

Enfin, les services d'urgences hospitalières voient leur fréquentation par des personnes âgées fortement augmenter. L'insuffisance des lits d'aval spécialisés entraîne une sollicitation de nombreux services pour accepter les patients. Cependant, ces derniers hésitent parfois à accepter ces patients par crainte d'une augmentation de leur DMS. De ce fait, les personnes âgées voient leur temps de passage augmenter au SAU, occupant ainsi les ressources potentiellement disponibles pour d'autres patients présents au sein de la structure d'urgence.

Ainsi dans une étude réalisée au CHU de Nice⁷, le temps de passage est de 6h15 pour les personnes âgées contre 3h53min pour les autres. Il est prouvé que le recours inadapté aux urgences s'avère particulièrement délétère pour les patients.



⁷ Influence de la fréquentation d'un SAU par les personnes âgées de plus de 75 ans sur le temps de passage aux urgences, Bailleux S., Oualid H., Bouaziz D., Tardieux P.-M., Levraut J, Journal Européen des Urgences, vol 20(1), mai 2007, p. 38-39 Centre de Soutien Santé Social (C3S)

3 – L'OBJECTIF GENERAL

L'objectif général est d'assurer un service d'appui aux professionnels de premier recours, dans une perspective de collaboration et de continuum, pour répondre aux problèmes de prise en charge globale de personnes en situation de perte d'autonomie dans le département des Alpes-Maritimes.

4 – LES OBJECTIFS SPECIFIQUES

Les objectifs spécifiques sont de :

- Améliorer l'information et la connaissance des professionnels de santé libéraux sur les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et simplifier leur accès à ces dispositifs
- Optimiser la prise en charge médico-sociale pour les cas les plus complexes par une coordination plus efficiente
- Favoriser une bonne articulation entre la ville et l'hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

5 – LE TERRITOIRE ET LES CHAMPS D'ACTION

Le territoire est, dans une première phase, celui de la Ville de Nice puis dans une seconde phase, celui de la Métropole Nice Côte d'Azur. Il pourrait être ensuite étendu à d'autres villes comme, par exemple, Cannes et Antibes, où sont présentes des MAIA, mais cette extension ne se ferait qu'en cas de demande explicite des territoires concernés. En effet, la plateforme, qui s'est fixé comme éthique de développer la coopération et non la compétition, s'attachera tout particulièrement à développer des collaborations en lien et en complémentarité avec les autres initiatives départementales ainsi qu'avec les dispositifs existants et à venir. L'autonomie, les compétences et les expériences de chacun des partenaires impliqués sur le département doivent être respectées. Il ne s'agit, en aucun cas, de développer un dispositif de coordination unique sur le département, mais au contraire de créer des synergies entre les dispositifs existants, de valoriser les réussites de chacun d'eux, de créer des « fertilisations croisées » et ce, au bénéfice de la population et des professionnels du département.

La plateforme serait compétente, dans un premier temps, pour les thématiques suivantes : gérontologie, soins palliatifs, douleur.

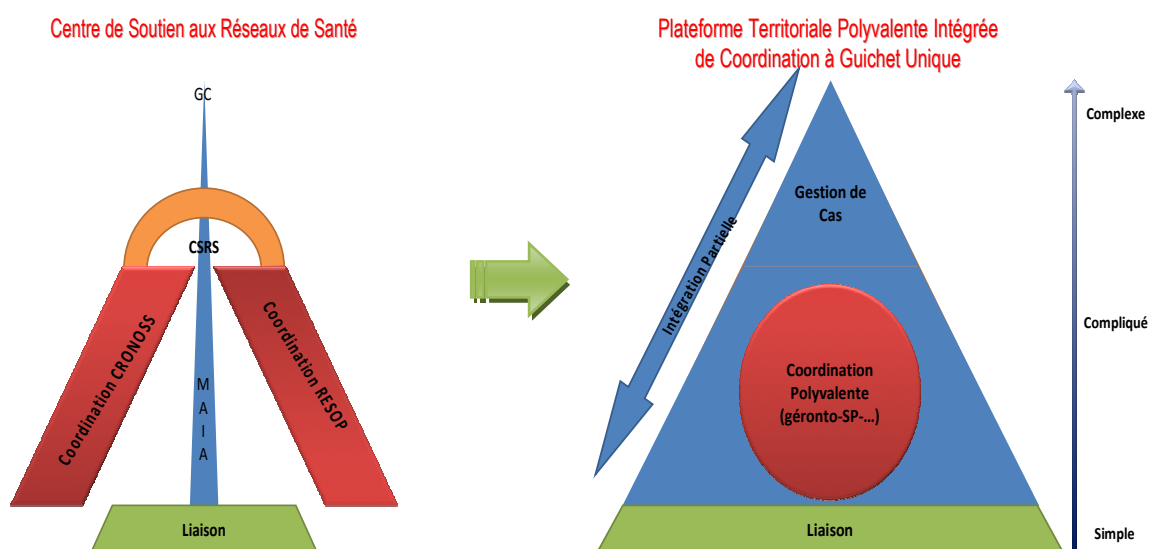
L'élargissement à la santé mentale paraît souhaitable, car l'entrée dans les âges très avancés s'accompagne souvent de problèmes psychiques.

6 – LA STRATEGIE : MUTUALISATION, INTEGRATION, COMMUNICATION

A partir de deux réseaux de santé existants (CRONOSS 06 et RESOP 06) et du CSRS, nous souhaitons développer un dispositif intégré s'inspirant du modèle MAIA, susceptible de répondre à l'ensemble des besoins de la population et des professionnels du département.

Nous souhaitons y associer d'emblée le CCAS de Nice⁸, structure compétente dans l'accompagnement social. Le CCAS de Nice, co-promoteur du réseau Cronoss 06, intervient déjà à hauteur de 3 ETP d'assistant social (valorisés à 120 000 €) dans la prise en charge sociale des patients suivis par Cronoss 06. Nous souhaitons poursuivre et renforcer cette coopération pour disposer d'un véritable dispositif médico-social intégré.

Un effort important sera réalisé pour faire la promotion du guichet unique et des outils de liaison, de coordination et de gestion des cas (ROR, Plan Personnalisé de Santé,...) auprès de l'ensemble des professionnels concernés.



7 – L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA PLATEFORME POLYVALENTE DE TERRITOIRE

⁸ On réalise, de ce fait, un dispositif partiellement intégré.
Centre de Soutien Santé Social (C3S)

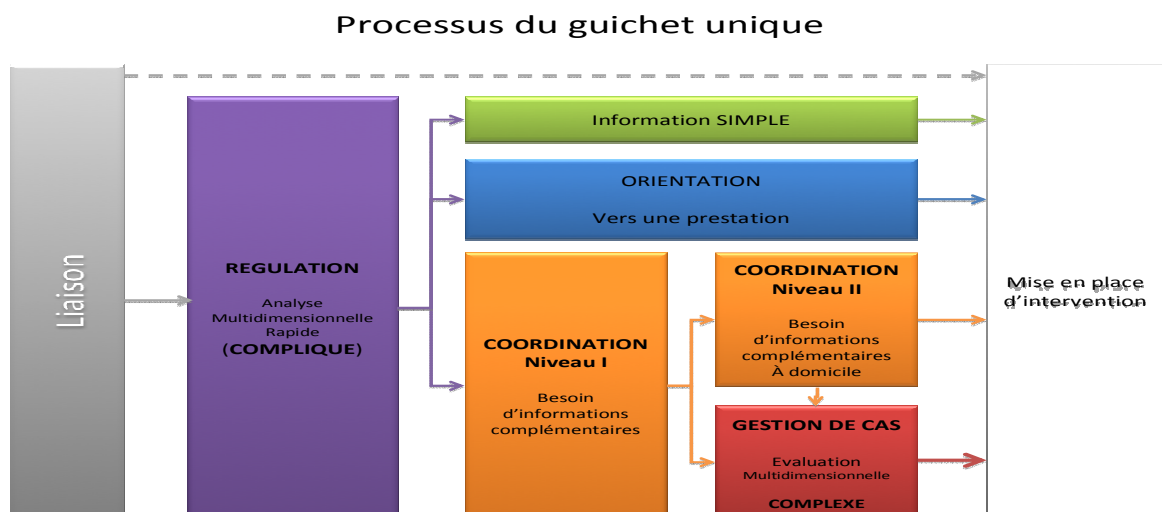
La plateforme d'appui à la coordination à destination des professionnels de santé de 1^{er} recours permet de réguler et de concentrer les demandes et propositions de solutions.

Elle fonctionne comme un guichet intégré qui participe au processus d'information et d'orientation qui se décline à trois niveaux :

- **1^{er} niveau : La liaison** qui a pour objectif de faciliter la collaboration entre les professionnels et la transmission rapide et efficiente d'informations sur les besoins des patients et usagers. Pour faciliter cette liaison, la plateforme dotera les professionnels d'outils adaptés.
- **2^e niveau : La coordination** qui vise à assurer la continuité dans le «prendre soin» et le partage mutuel d'informations et de bonnes pratiques entre professionnels. C'est la mission des réseaux de santé et du CCAS de Nice.
- **3^e niveau : La gestion de cas** qui a pour objectif d'assurer, au plus près du patient, la continuité et la cohérence des parcours présentant une grande complexité. Cette mission, qui privilégie la polyvalence, la synergie médico-sociale et l'intersectorialité, est assurée par des gestionnaires de cas, pivots de ce système dit intégré.

et selon trois fonctions :

- accueil de la demande,
- analyse de la situation et repérage des besoins,
- orientation de la demande.



A) Accueil des demandes d'aides et/ou de soins

Toute demande doit être réceptionnée et traitée par une personne compétente. La plateforme devra prendre en compte bien évidemment toutes les demandes exprimées, mais également les demandes sous-jacentes.

B) Analyse multidimensionnelle de la situation à partir des professionnels « sollicités par les patients » et repérage des besoins

Le professionnel peut être confronté à plusieurs problèmes qui interagissent entre eux chez un même patient. Il est donc essentiel d'analyser les différentes dimensions d'une situation. Pour simplifier les parcours des personnes, chacun des partenaires du guichet intégré doit donc réaliser une évaluation systématique des besoins.

Cette évaluation multidimensionnelle repose dans un premier temps sur des scripts d'analyse, communs à tous les professionnels du guichet intégré, support aux informations recueillies. L'utilisation de scripts favorise l'harmonisation des pratiques.

L'analyse multidimensionnelle de la situation à l'aide des scripts a pour objectif un repérage des facteurs de risques de déséquilibre et/ou de décompensation pouvant conduire à une perte d'autonomie. C'est ainsi que les scripts doivent balayer systématiquement les dimensions suivantes : santé, autonomie fonctionnelle, aspects familiaux et sociaux, économiques et administratifs, environnement et sécurité individuelle. Le repérage d'éventuelles alertes indique que la situation est à risque et qu'il est nécessaire d'assurer un complément d'expertise ou de mettre en place une aide ou un service. Dans le cadre de cette évaluation, la plateforme s'appuiera sur les travaux du COPIL national MAIA.

Cette démarche repose sur des **outils développés spécifiquement pour les professionnels** :

- Annuaires : Répertoire Opérationnel des Ressources développé par l'ORU PACA, ...
- Référentiel mission (qui fait quoi ?)
- Outils de partages d'informations en lien avec le GCS e-santé (Messagerie sécurisée, DMP...)
- Script d'analyse des besoins
- Outils d'aide à la décision clinique (protocoles, ...)
- Numéro d'appel unique (0811 288 888)

Dans le cadre de leurs fonctions, les professionnels devront donc être formés à l'utilisation de ces outils.

C) Orientation en réponse aux besoins

L'orientation fait suite à l'analyse multidimensionnelle de la situation, au repérage des alertes en jeu, et par conséquent à la définition des besoins.

Le professionnel propose une réponse dont la nature dépend du niveau de complexité de la situation (du ou des problèmes repérés).

- Si la situation est relativement simple, le professionnel organise, à l'aide des outils mis à sa disposition par la plateforme, une réponse adaptée aux besoins repérés.
- Si la situation est plus compliquée et rend difficile voire impossible la mise en place d'une réponse adaptée par le professionnel lui-même, il peut faire appel au numéro d'appel de la plateforme **(0 811 288 888)**. La demande est alors gérée par une équipe de régulation. A l'aide de protocoles d'orientation, cette équipe peut proposer :
 - Soit une réponse directe (mise en lien pour une expertise complémentaire, organisation d'une hospitalisation programmée, place d'hébergement temporaire, recherche de lit d'aval,...),
 - Soit transférer la demande à l'équipe de coordination en fonction de la nature du problème.

A ce niveau, les réponses apportées sont celles actuellement développées par les réseaux CRONOSS 06 et RESOP 06 : Evaluation téléphonique ou évaluation à domicile (Plan Personnalisé de Santé).

Si la dominance de telle ou telle dimension est difficile à établir et que la situation est jugée complexe, celle-ci est alors adressée au gestionnaire de cas.

8 – Le DEVELOPPEMENT DU RESEAU DES ACTEURS OPERATIONNELS DE LA PLATEFORME

Pour faire connaître et faire adopter ces outils par les professionnels de 1^{er} recours, la plateforme polyvalente développera une « stratégie de motivation » à court et moyen termes. Il s'agira, notamment grâce à des visites au sein des cabinets de médecins et d'infirmiers libéraux, d'analyser et d'accompagner les souhaits des professionnels, d'identifier les leviers et freins, de définir avec eux les objectifs en s'appuyant sur les « relais d'opinion » les plus pertinents et en mettant en avant le bénéfice du recours à la plateforme d'appui. A moyen terme, cette mobilisation durable des professionnels de 1^{er} recours leur permettra d'être eux-mêmes initiateurs d'améliorations dans le parcours de santé de leurs patients.

9 – LES ATOUTS DU PROJET

Le développement d'une plateforme polyvalente médico-sociale d'appui aux professionnels de 1^{er} recours a été rendu possible grâce à la conjonction des facteurs de réussite suivants :

- une méthode de concertation participative : ce dossier est le fruit d'un groupe de travail qui associe les acteurs du projet regroupés par ailleurs au sein de **l'Espace Partagé de Santé Publique** depuis plusieurs années ;
- la volonté des deux réseaux, **CRONOSS 06** et **RESOP 06**, dont l'expertise dans la prise en charge et la coordination du suivi des patients âgés est reconnue, de s'allier avec le **Centre de Soutien aux Réseaux de Santé**, porteur du présent projet ;
- l'implication du **CCAS de Nice**, au sein de la plateforme, qui apporte son expertise et ses compétences dans le domaine de la prise en charge sociale ;
- la présence de la **Maia Nice-Grasse-pays grassois** portée par le Centre de Soutien aux Réseaux de Santé ;
- l'utilisation de ressources techniques communes par Resop 06 et Cronoss 06, telles que Logireso, logiciel de gestion des deux réseaux ;
- l'ancienneté du partenariat engagé par les trois réseaux avec les **professionnels libéraux** (plus de 300 médecins généralistes impliqués) ;
- des partenaires mobilisés :
 - **le CHU de Nice**, fortement impliqué au travers notamment de son Service des Urgences,
 - **la Mutualité Française PACA – SSAM**,
 - le **Conseil Général des Alpes Maritimes** responsable de la coordination gérontologique et porteur d'un projet de plateforme santé mentale dans le département,
 - **l'HAD Nice et Région**, établissement de santé, partenaire naturel du projet.
 - **l'ASPAM**, Association pour le développement des Soins Palliatifs dans le département, garante de la qualité de la prise en charge,
 - **France Alzheimer 06**, fortement mobilisée sur le département et interlocuteur privilégié pour tous les professionnels engagés dans la prise en charge de patients âgés,
 - **l'URPS**, partenaire incontournable représentant les médecins de 1^{er} recours.

- des relais internationaux, nationaux et régionaux : l'Espace Partagé de Santé Publique, dans sa dimension universitaire, a conclu un partenariat conventionné avec l'Institut National de Santé Publique de Québec, l'Université de Montréal et sa Faculté de Médecine et l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal.

10 – L'ÉVALUATION

Selon les recommandations de la DGOS, il conviendra de développer des indicateurs d'évaluation de la fonction d'appui à la coordination et de la typologie des patients suivis, complémentaires des indicateurs d'activité et de coût.

Ainsi, nous allons réaliser la mise en place dans un premier temps des indicateurs suivants :

- le suivi de la file active (annuelle et mensuelle)
- le coût de prise en charge par patient
- le suivi de l'ISQ (indice synthétique de qualité)

Le système d'information qui sera utilisé pour recueillir ces indicateurs s'inscrira dans la continuité du dispositif en vigueur dans le rapport d'activité du FIQCS.

Nous compléterons l'évaluation par des indicateurs de processus « classiques », tels que :

- nombre de personnes contactant le guichet unique téléphonique
- nombre de patients orientés en coordination
- nombre de patients orientés en gestion de cas
- nombre de patients sortis de la coordination
- nombre de patients sortis de la gestion de cas
- nombre de demandes ayant fait l'objet d'une analyse multidimensionnelle et orientées : besoin d'évaluation complémentaire ou orientation vers une prestation
- origine des demandes par service et/ou par type d'appelant
- nombre de situations orientées vers : CLIC, réseau gérontologique, SSIAD, SAD, service social, consultation, etc.
- nombre de confirmations de la pertinence de l'orientation
- nombre de retours pour orientation inadéquate (indicateur qualité)
- nombre de réorientations par manque de place avec qualification du manque (caractérisant l'offre du territoire)

- nombre de réorientations par absence d'un service en rapport avec le besoin sur le territoire avec qualification du manque (caractérisant l'offre du territoire).

Les indicateurs d'évaluation de la fonction de coordination pourront s'appuyer sur les indicateurs utilisés dans la méthode d'évaluation médico-économique des réseaux, élaborée avec la CNAMTS et qui sera prochainement mise à disposition des ARS.

Pour conclure, ce travail sera suivi au fur et à mesure des recommandations nationales. Ainsi, il n'est pas proposé de liste d'indicateurs dans le guide de la DGOS. Prochainement, un groupe de travail sera constitué avec les représentants des ARS pour préciser les indicateurs retenus et leur définition. Nous travaillerons donc dans le sens proposé.

11 – LE CALENDRIER

Une période de transition est nécessaire pour arriver au processus de guichet unique tel que présenté au chapitre 7 du présent document (liaison, régulation, coordination, gestion de cas).

En effet, dans un premier temps, il est impératif de :

- assurer la continuité de la prise en charge des patients actuellement suivis par Cronoss 06 et Resop 06
- promouvoir les services de la plateforme et les outils de coordination auprès des professionnels de 1^{er} recours
- rendre accessible l'expertise hospitalière aux médecins de 1^{er} recours
- former les personnels pour développer des compétences en lien avec la régulation et la gestion de cas. La montée en charge des gestionnaires de cas se fera à partir des cas incidents signalés à la plateforme.

Pour réussir la stratégie de motivation des professionnels de 1^{er} recours décrite au chapitre 7 et développer le réseau d'acteurs opérationnels, l'accent sera mis, tout particulièrement durant la phase de transition, sur la promotion et la communication de la plateforme.

	Année 2013	Année 2014	Année 2015	Années ...
Liaison				
Régulation				

Coordination		
Gestion de cas		
Développement du réseau d'acteurs opérationnels		

12 – LES PERSPECTIVES

Evolution territoriale

Le territoire cible est celui de la Ville de Nice. Il sera étendu, dans une seconde phase à la Métropole Nice Côte d'Azur. L'extension à d'autres communes porteuses de MAIA, comme Cannes et Antibes, se fera si les communes concernées en font la demande. La recherche de complémentarité et de collaboration avec les dispositifs existants ainsi que le respect des travaux et démarches entrepris par d'autres acteurs seront systématiquement privilégiés.

Evolution en terme de thématiques

Cette plateforme interviendra, dans un premier temps, dans le domaine de la gérontologie, des soins palliatifs et de la douleur. L'évaluation de la mise en place permettra d'étudier les modalités d'extension à la santé mentale, voire à l'addictologie. Les résultats pourront servir de base de travail à l'élargissement de ce type d'organisation à d'autres pathologies chroniques ou d'autres pathologies comme le préconise le guide DGOS d'octobre 2012.