



# Soins de proximité

*Réunion du 29 avril 2014*

# Réunion du 29 avril 2014 – Thèmes de discussion

## 1. Participer à la structuration des soins de proximité sur le territoire et améliorer l'accès aux soins (*point IV des orientations du conseil de l'UNCAM du 4 avril 2014*)

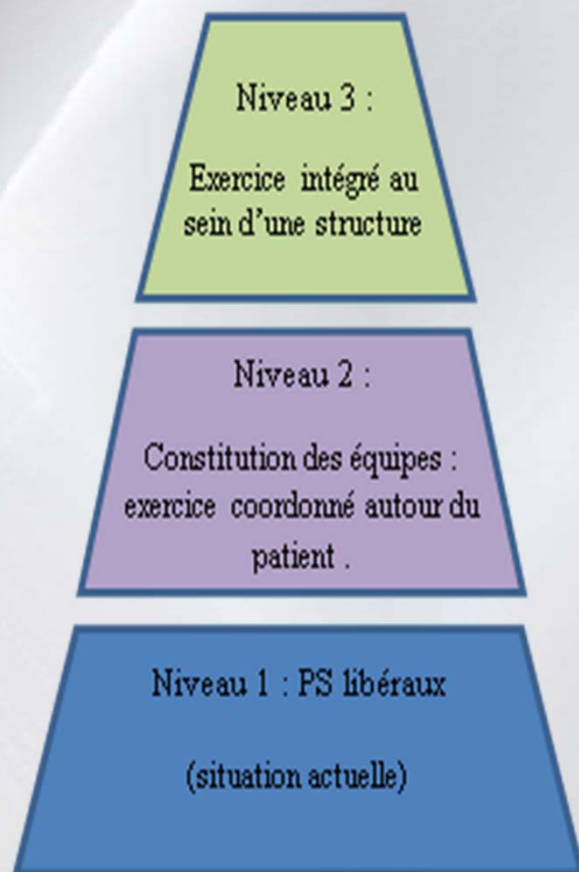
- Rappel des différents niveaux de structuration possible,
- Focus sur les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR),
- Perspectives

## 2. Prévenir et gérer les situations de « rupture » dans le parcours de soins ou l'état de santé des patients (*point III des orientations du conseil de l'UNCAM du 4 avril 2014*)

- **Améliorer l'accompagnement en aval des hospitalisations:** développement de la coordination ville/hôpital par un soutien notamment des programmes de prise en charge coordonnée de type PRADO,
- **Eviter des ré-hospitalisations, notamment en prévenant les épisodes de décompensation,** en améliorant le suivi après hospitalisation (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire ou rénale, cirrhose décompensée,...) et en développant la coordination interprofessionnelle permettant de gérer les épisodes critiques,
- **Améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients par la mise en œuvre de protocoles et de programmes de prise en charge coordonnée, en précisant le cadre juridique nécessaire.**

***1- Participer à la structuration des soins de proximité sur le territoire et améliorer l'accès aux soins***

## Différentes modalités d'organisation possibles, plus ou moins intégrées



**Niveau 3** : la coordination s'exerce dans le cadre de structures formalisées (maisons pluridisciplinaires; centres de santé) prenant en charge une patientèle et réunissant les professionnels de santé dans des locaux communs.

**Niveau 2** : constitution d'équipes de soins ne partageant pas un lieu d'exercice commun mais se coordonnant pour la prise en charge des patients notamment pour les cas complexes

**Niveau 1** : coordination autour du patient, dans le cadre de programmes identifiés (sortie d'hospitalisation ; prise en charge des pathologies chroniques...), de professionnels indépendants, qu'ils exercent ou non en groupe.

## ***Un enjeu particulier d'accessibilité aux soins dans certaines zones***

**En 2011, sur les 1 916 bassins de vie que compte la France métropolitaine, 295 (soit plus de 15%) ont une densité de médecins généralistes inférieure de 30 % à la moyenne.**

**L'évaluation des ENMR réalisée par l'IRDES a validé l'hypothèse selon laquelle les exercices collectifs interprofessionnels seraient plus attractifs pour les professionnels et constitueraient un levier pour maintenir une offre de premier recours dans des territoires défavorisés.**

**L'ensemble de ces données incite à favoriser le développement de soins de proximité pluri professionnels dans les zones présentant des difficultés démographiques ou socio-économiques d'accès aux soins.**

**Par ailleurs, l'accès aux soins sera favorisé, notamment en termes de disponibilité horaire (hors PDSA)\* et en termes d'accessibilité sociale\*\*.**

\*Développement de plages horaires pour les consultations non programmées.

\*\* Les travaux menés par l'IRDES ont montré le lien fort existant entre précarité et renoncement aux soins, et ce de manière cumulative.

L'absence de couverture complémentaire est le principal paramètre qui paraît influencer le taux de renoncement pour raisons financières.

## ***L'exercice en équipe doit permettre d'améliorer l'accès aux soins***

**Quel que soit son mode de structuration, l'exercice en équipe doit permettre d'améliorer l'accès aux soins, notamment en termes de disponibilité horaire et d'accessibilité sociale.**

**Le système d'information (SI)\* doit évoluer pour permettre une gestion partagée (habilitations différenciées éventuelles) des dossiers des patients: dossier médical structuré, comprenant un volet médical de synthèse; DMP; logiciels métier permettant la mise en place d'alertes (risques de iatrogénie; nécessité d'actions de prévention); usage de messagerie sécurisée ...**

**L'interopérabilité des SI entre la ville et l'hôpital doit être développée.**

\*73% des omnipraticiens ont mis à disposition de l'Assurance maladie un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et 64% un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié.

# Rappel sur les Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

Les ENMR comprennent trois modules :

## Module 1 : coordination des soins:

- rémunère la coordination entre professionnels de santé ;
- prend en compte la patientèle médecin traitant et le nombre de professionnels ;
- concerne les MSP, centres de santé et pôles de santé.

## Module 2 : nouveaux services aux patients:

- essentiellement éducation thérapeutique collective
- lancement en 2013 du protocole ESPREC (validé HAS en décembre 2012)

## Module 3 : coopération entre professionnels:

- délégations d'actes et d'activités prévus par l'art. 51 loi HPST
- protocole Asalée

## **Rappel sur les ENMR**

**Trois vagues d'inclusion sont intervenues:**

**Deux vagues d'inclusion de structures ont eu lieu en 2010 (dont 17 maisons de santé et 19 centres de santé) et en 2011 (61 maisons de santé, 23 pôles de santé et 17 centres de santé répartis dans 19 régions).**

**En octobre 2013, 147 structures étaient concernées par les modules 1 et/ou 2 (111 maisons et pôles de santé\* et 36 centres de santé).**

**En outre, 116 infirmiers et plus de 300 médecins ont rejoint le module 3 dans le cadre du protocole ASALEE.**

**Bien que prévue initialement, la modulation des montants des forfaits selon l'atteinte d'objectifs de performance (calculée sur les résultats agrégés de tous les professionnels de la structure) a été abandonnée pour des raisons pratiques, faute de pouvoir mesurer ces objectifs au moment du paiement.**

**En 2014, 150 inclusions potentielles sont ouvertes selon de nouveaux critères.**

\* Mi 2013, 291 maisons et pôles de santé seraient en fonctionnement (Source IRDES- QES n° 189)



## **Rappel sur les ENMR**

**Les indicateurs initialement définis portaient sur trois dimensions :**

- 12 indicateurs concernant la qualité des pratiques ;**
- 7 portant sur la coordination et la continuité des soins ;**
- 5 indicateurs d'efficience de la prescription.**

**A chaque objectif en santé étaient associés un ou plusieurs indicateurs permettant d'en apprécier le niveau de réalisation.**

**Chaque site devait choisir au minimum quatre indicateurs de qualité des pratiques, et quatre indicateurs de coordination en sus des indicateurs d'efficience (communs à tous les sites).**

**Pour son évaluation, l'IRDES\* a retenu des indicateurs différents.**

\*Cf. IRDES QES n° 189 de juillet-août 2013

\*\* Premier volet publié en juillet-août 2013: QES n° 189

## Indicateurs initiaux ENMR: qualité des pratiques

Taux de couverture du **dépistage individuel et organisé du cancer du colon** chez les patients de 50 à 74 ans

Taux de couverture du **dépistage individuel et organisé du cancer du sein** chez les patientes de 50 à 74 ans sur 2 ans

Taux de **vaccination contre la grippe** des plus de 75 ans, réalisée par des IDE sans prescription (hors primovaccination),

Taux de **couverture vaccinale** des plus de 75 ans

Taux de patients **hypertendus** de moins de 75 ans présentant au moins une fois par an une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90 mmHg et suivie par auto mesure

Taux de patients **diabétiques** ayant au moins 3 dosages HbA1c par an

Taux des **enfants âgés de 6 à 16 ans** suivis dans le cabinet pesés et mesurés à chaque consultation, par le « MT » ou les paramédicaux du site, avec transcription du poids, de la taille et de l'IMC dans le dossier médical commun.

Taux de patients masculins âgés de plus de 45 ans avec deux facteurs de risques CV bénéficiant une fois par an d'une **mesure de prévention CV** intégrée dans le dossier médical commun comportant une analyse d'évolutivité et une proposition d'action en rapport.

Taux de patients se plaignant de troubles de mémoire bénéficiant de **test mémoire**

Taux de patients pour lesquels un **soutien aux aidants** a été proposé.

Taux de **délivrance de génériques** chez les patients bénéficiant d'un traitement par statine

Taux de **prescription et renouvellement des DM autorisés par les paramédicaux** du site pour un ou deux types de produits (compresses et/ou pansement hydro colloïdes)

Nombre de dossiers concernant des patients **lombalgiques ou lomboscatialgiques** en arrêt de travail supérieur à 3 mois et en rééducation auprès d'un MK du site, discutés en réunion pluridisciplinaires MG + MK ± pharmacien ± psychologue,

## Indicateurs initiaux ENMR: coordination et efficience

### Coordination:

Chaque consultation ou série d'acte paramédical réalisé ou sein du site est **tracé dans le dossier médical commun** tenu par chaque médecin traitant

Aux heures ouvrables, la **continuité des soins** est assurée par les professionnels de santé

Le site a établi une coordination (le cas échéant par une convention écrite) dans **au moins un des champs suivants** : médicaux (SAU, HAD...), médicosociaux (réseaux, aides sociales, SSIAD) ou santé mentale (secteur)

Les professionnels de santé ont accès à un **espace de travail informatique commun** (à distinguer d'un dossier médical partagé)

Des **réunions de concertation/suivi** ont lieu selon un rythme programmé avec les professionnels de santé du site:

1. des réunions de concertation ont lieu selon un rythme programmé avec un ordre du jour et un compte rendu
2. l'analyse des pratiques y est traitée au moins une fois par mois
3. les protocoles pluri professionnels des pratiques sont adaptés

Les professionnels du site suivent les **malades chroniques avec des protocoles** sous la forme d'aides-mémoire sur support papier ou électronique

### Efficience:

Taux de prescription en nombre de boîtes dans le répertoire pour les **antibiotiques**

Taux de prescription en nombre de boîte dans le répertoire pour les **antihypertenseurs**

Diminution du **recours à l'hospitalisation**

Taux d'utilisation de **véhicules sanitaires légers (VSL)**

Taux de **transports partagés**

## *Des modifications pour la troisième vague*

Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé, la Ministre a annoncé le lancement d'une troisième vague d'inclusion de 150 nouvelles structures dans l'expérimentation pour l'année 2014 et une relance du protocole ASALEE expérimenté dans le cadre du module 3.

Les modalités d'inclusion évoluent afin de conditionner le financement à des critères issus de l'évaluation et de limiter les effets liés à la taille de la structure.

En effet, la rémunération du module 1 tenait compte :

- de la taille de la patientèle médecin traitant
- et du nombre d'ETP de professionnels de santé signataires du projet de santé.

Ces critères pouvaient conduire à mieux rémunérer de grosses structures, en général des pôles de santé multi sites, sans lien démontré avec l'amélioration de la coordination, de la qualité de la prise en charge et de l'accès aux soins.

Le montant ainsi calculé peut être modulé en fonction de la précarité de la patientèle.

## Des modifications pour la troisième vague

### Le module 1 bis :

- conditionne l'entrée dans le module coordination au respect de quelques critères d'inclusion (3 critères cumulatifs) :
  - **Travail en équipe** : mener régulièrement (à un rythme au moins bimensuel) des concertations formalisées pluri professionnelles sur des cas de patients atypiques
  - **Accès aux soins** : disposer d'un secrétariat physique partagé a minima entre médecins,
  - **Structuration du système d'information** : disposer de dossiers patients informatisés et partagés a minima entre médecins.
- **module la rémunération en fonction du degré de maturité des structures** (coordination et services supplémentaires rendus aux patients) : bonus de financement versé si elles remplissent au moins un item de chacune des 3 dimensions de la grille (*cf. diapositive suivante*).

# Des modifications pour la troisième vague

**3 critères d'inclusion dans le module => niveau socle**

Travail en équipe		Accès aux soins		Systèmes d'informations	
Items	Critères	Items	Critères	Items	Critères
<b>Coordination</b>	Une concertation formalisée et régulière est organisée entre médecins et auxiliaires médicaux sur certains dossiers de patients	Secrétariat	La structure dispose d'un secrétariat physique partagé a minima entre médecins	Partage de l'information Structuration de l'information	Les dossiers patients sont informatisés et partagés a minima entre médecins
<b>Implication des paramédicaux dans la coordination</b>	L'équipe a élaboré un protocole pluriprofessionnel pour la prise en charge de certains patients ou situations. Ce protocole est régulièrement suivi, évalué et mis à jour.	Amplitude d'ouverture	Ouverture hors horaires de la PDSA (8h-20h et samedi matin) et pendant les périodes de congés scolaires		Les dossiers patients sont informatisés et partagés entre médecins et auxiliaires médicaux de la structure au moyen d'un logiciel labellisé par l'ASIP santé
<b>Formation des jeunes professionnels</b>	La structure est terrain d'au moins 2 stages /an	Réponse à la demande non programmée	L'équipe s'est organisée pour recevoir chaque jour les patients ayant besoin de soins non programmés	Structuration de l'information	L'équipe est en capacité de produire des listes de patients suivant des critères standard (ex : patients non à jour de leurs vaccinations obligatoires)
<b>Coordination externe</b>	Pour chaque patient hospitalisé un document de synthèse est transmis à l'hôpital directement par la structure ou via le patient.		Existence de protocoles de soins formalisés entre les médecins spécialistes de la structure et les autres professionnels de santé		

**Critères bonus**

# Des modifications pour la troisième vague

## Modalités de rémunération des structures

Structure de référence : 4000 patients

	Socle fixe de management de la structure (en €)	Montant variable en fonction de la patientèle (en €)
Dotation niveau socle (en €)	10 000€	20 000€ pour une structure de référence
Dotation niveau bonus (en €)	15 000€	28 000€ pour une structure de référence
Présence d'une offre de médecine spécialisée (plus de 0,5 ETP de MS) 2 500€		
Modulation de « surprécarité »*		

\* Majoration du forfait en fonction du différentiel entre le taux de bénéficiaires de la CMUC et de l'AME et le taux national

## ***Un prérequis pour le versement des rémunérations : la SISA***

**La perception des rémunérations est conditionnée pour les maisons et pôles de santé à la création d'une SISA\***

**Celle-ci nécessite la présence dans les structures d'au moins 2 médecins et 1 auxiliaire médical.**

**Il s'agit de la seule structure juridique permettant à une maison ou à un pôle de santé de percevoir des rémunérations collectives et de les partager entre professionnels dans un cadre juridique et fiscal sécurisé.**

**\* Société Interprofessionnelle de soins ambulatoires**



## *Perspectives*

Les ENMR arrivent à échéance fin 2014 et doivent être relayées par un dispositif pérenne financièrement, généralisable et qui optimise les parts respectives du paiement à l'acte et du forfait.

Ceci nécessite de préciser:

- les indicateurs à retenir dans le dispositif pérenne,
- l'articulation possible avec le dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP),
- Le cadre juridique d'organisation du dispositif.

## ***2. Prévenir et gérer les situations de « rupture » dans le parcours de soins ou l'état de santé des patients***

## *Amélioration de la coordination ville-hôpital*

L'amélioration de la coordination ville-hôpital doit permettre d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients lors des situations à risque de décompensation que représentent les hospitalisations.

**Il s'agit notamment de:**

- *améliorer l'accompagnement en aval des hospitalisations pour chirurgie ou épisode hospitalier ponctuel;*
- *prévenir les décompensations et la iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées;*
- *éviter des ré-hospitalisations en améliorant le suivi des maladies chroniques après hospitalisation.*

## Améliorer l'accompagnement en aval des hospitalisations

Les épisodes hospitaliers ponctuels concernent 3,8 millions de personnes, dont 1 248 000 patients de plus de 75 ans\*. Ces séjours peuvent:

- ✓ être à l'origine de décompensations (patients très âgés; pathologies chroniques sévères ou multiples);
- ✓ entraîner une rupture préjudiciable dans la prise en charge.

Le développement de la coordination entre la ville et l'hôpital passe par un soutien à des programmes de prise en charge coordonnée s'appuyant sur des protocoles et des engagements de qualité de prise en charge en ville (type PRADO ou PAERPA).

L'articulation ville-hôpital doit également être développée dans la perspective de favoriser le recours à la chirurgie ambulatoire.

Le retour à domicile peut également nécessiter une coordination importante au plan médico-social (éviter des hospitalisations prolongées ou retarder l'admission en EHPAD).

\* Pour 2 millions de séjours. Les motifs les plus fréquents au-delà de 75 ans sont la chirurgie de la cataracte, les chirurgies orthopédiques majeures (hanche ; genou) et les endoscopies digestives. Source CNAMTS- Rapport charges et produits pour 2014

## *Les programmes d'accompagnement du retour à domicile*

Le programme d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation (PRADO) mis en place par l'Assurance Maladie permet au patient qui le souhaite de pouvoir retourner chez lui lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale, tout en bénéficiant d'une prise en charge à domicile.

Sur la base d'un protocole de prise en charge validé par la Haute Autorité de Santé, l'Assurance Maladie organise les rendez-vous avec les professionnels de santé libéraux choisis par le patient et mobilise les aides sociales éventuellement nécessaires pour faciliter le retour à domicile.

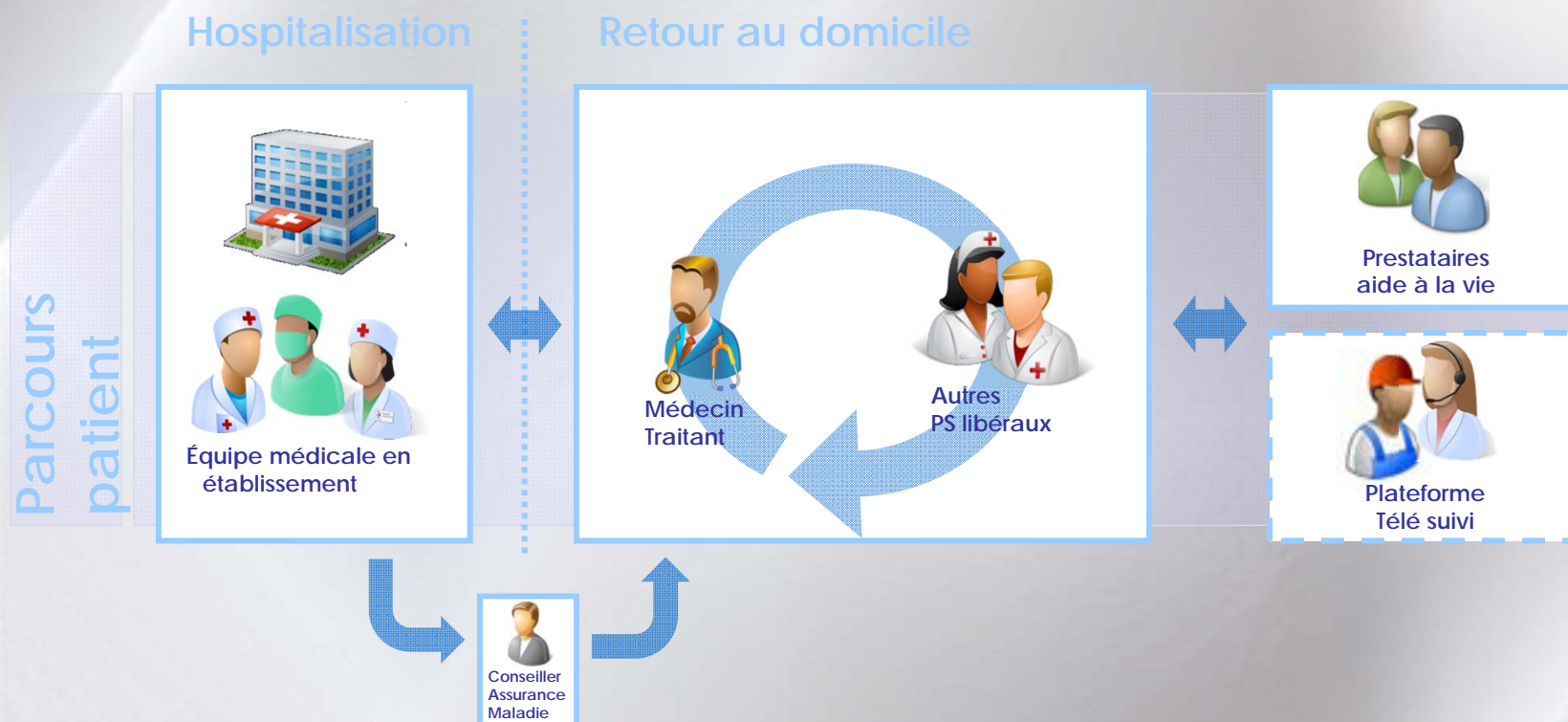
Le service a, dans un premier temps, été mis en place pour accompagner les femmes après un accouchement (plus de 175 000 femmes adhérentes depuis 2010).

Il est en cours de déploiement pour certaines interventions orthopédiques (environ 150 000 patients éligibles chaque année – près de 1000 patients ont adhéré depuis le lancement de l'expérimentation) et expérimenté pour les patients ayant vécu un épisode de décompensation cardiaque (environ 60 000 patients éligibles chaque année - 250 patients pris en charge depuis mai 2013).

Une extension du programme à d'autres champs (BPCO, plaies chroniques...) est envisagée. Des expérimentations seront menées à ce titre en 2014.

# Schéma général du PRADO

Objectifs du programme : Anticiper les besoins du patient lié à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital - ville



Le conseiller de l'Assurance Maladie est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile et n'intervient pas dans les décisions médicales

## MATERNITE

Expérimentation : 2010  
Extension : 2011  
Généralisation : 2012

## ORTHOPEDIE

Expérimentation : 2012  
Extension : 2013  
Généralisation : 2014

## INSUFFISANCE CARDIAQUE

Expérimentation : 2013  
Extension : 2014

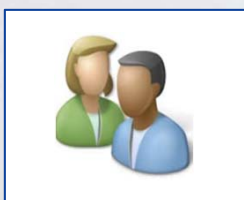
# PRADO Orthopédie



Transmission de l'information au médecin traitant lors de l'adhésion de son patient et indication de l'IDE et/ou le MKL choisis



Organisation des 1ers rendez vous avec l'IDEL et/ou le MKL sur la base de deux mémos, élaborés avec les PSL concernés et dont le contenu a été validé par la HAS.



Mise en place éventuelle d'une « aide à la vie » (portage de repas et/ou aide ménagère) indiquée par l'équipe médicale hospitalière (offre commune CNAV/CNAMTS)

## Volume d' interventions PRADO Orthopédie (1/2)

	Nombre d'actes CCAM	Nombre de séjours MCO	Nombre de séjours SSR	Taux de recours SSR
Prothèse scapulo humérale	6	7 026	4 025	57.3%
Ostéosynthèse et arthrodèse du rachis	49	13 926	3 838	27.6%
Ostéosynthèse de fracture des membres	129	151 206	33 116	21.9%
Libération canalaire du rachis	26	26 327	5 720	21.7%
Ostéotomie des os de la jambe et TTA	14	7 783	1 427	18.3%
Traitement orthopédique des fractures des membres et du bassin	33	22 684	2 967	13.1%
Fracture non opérée du rachis	5	5129	703	13.7%
Transposition de tendons	25	4 388	404	9.2%

*Actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation. HAS, mars 2006 complétées en 2008*



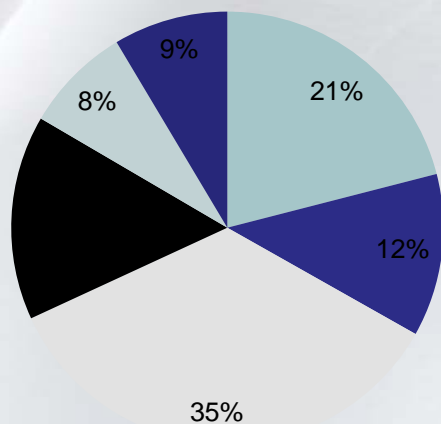
## Volume d' interventions PRADO Orthopédie (2/2)

	Nombre d'actes CCAM	Nombre de séjours MCO	Nombre de séjours SSR	Taux de recours SSR
Chirurgie hernie discale	17	34 474	2 761	8.0%
Acromioplastie	4	22 970	1 791	7.8%
Arthroscopie du genou et arthrotomie de nettoyage	33	121 810	3 153	2.6%
Réparation de l'avant pied	23	70 482	1 678	2.4%
Libération des syndromes canaux du membre sup	14	122 283	1 177	1.0%
Ligamentoplastie de la cheville	1	4 096	209	5.1%
Luxation récidivante de l'épaule	8	7 092	303	4.3%
Réparation du tendon d'Achille	4	9 375	269	2.9%
Réparation tendineuse avant bras et main Dupuytren	24	54 398	629	1.2%

*Actes chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas, pour un patient justifiant des soins de masso-kinésithérapie, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation. HAS, mars 2006 complétées en 2008*

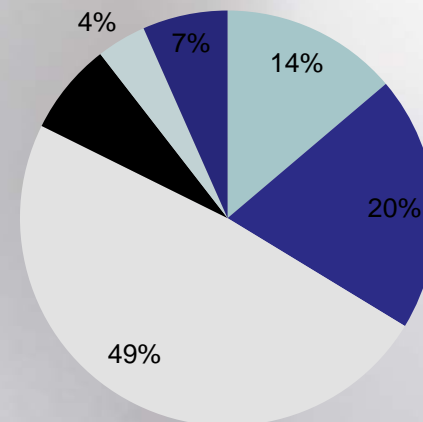
# Groupes VILLE : Répartition des pathologies entre les groupes et délais 1ers rendez-vous avec les PSL

Groupe « VILLE » = 1707 patients



Age moyen = 61,4 ans

Groupe « VILLE PRADO » = 175 patients



Age moyen = 63,6 ans

+2,2 ans



Délai pour le 1<sup>er</sup> rendez-vous d'IDEL = 4,1 jours

- 2,4 jours

Délai pour le 1<sup>er</sup> rendez-vous d'IDEL = 1,7 jour



Délai pour le 1<sup>er</sup> rendez-vous de MK = 11,6 jours

- 5,8 jours

Délai pour le 1<sup>er</sup> rendez-vous de MK = 5,8 jours



Délai pour le 1<sup>er</sup> rendez-vous de MG = 37,4 jours

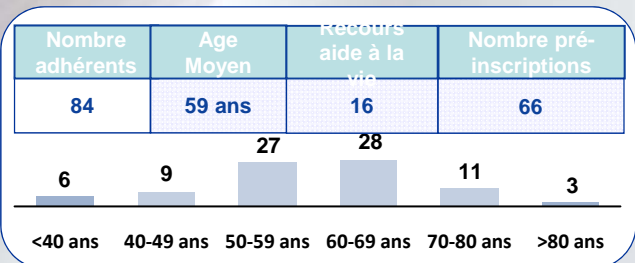
- 7,1 jours

Délai pour le 1<sup>er</sup> rendez-vous de MG = 30,3 jours

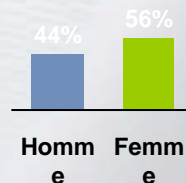
# Profil du patient adhérant au PRADO Orthopédie en 2014

Statistiques issues de la saisie des CAM (bilan à J+15) (au 14/04)

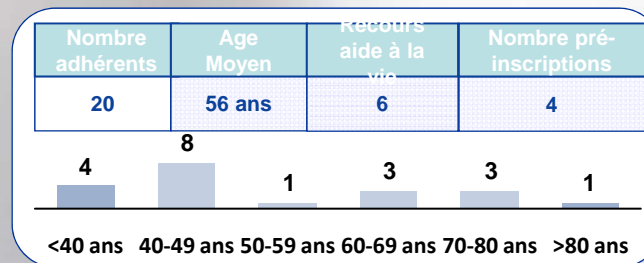
## CHIRURGIE DE L'ÉPAULE 12% des adhésions PRADO



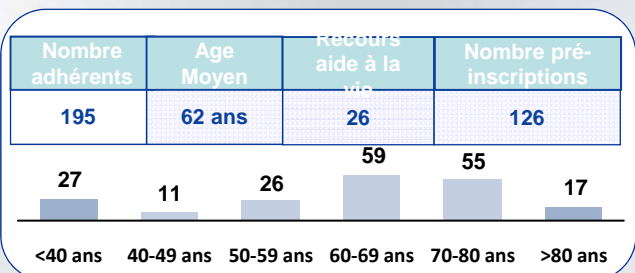
Taux global de recours aide à la vie : 17%



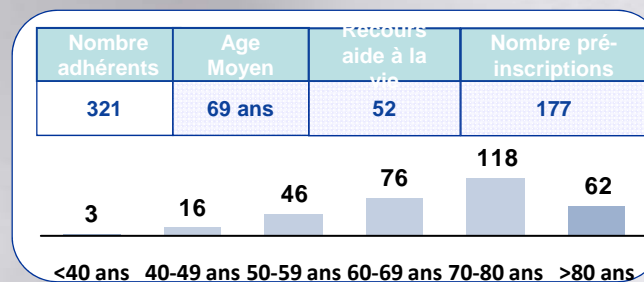
## CHIRURGIE DU RACHIS 3% des adhésions PRADO



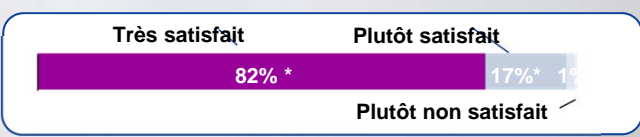
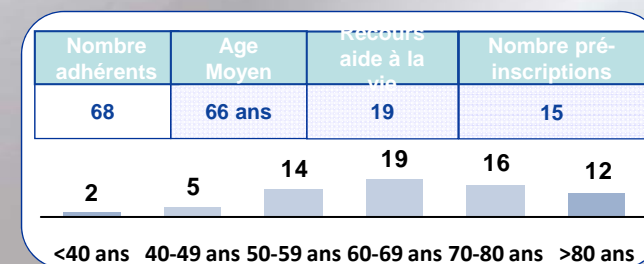
## CHIRURGIE DU GENOU 28% des adhésions PRADO



## CHIRURGIE DE LA HANCHE 28% des adhésions PRADO



## FRACTURES DE MEMBRES/INTERVENTIONS TENDINEUSES (hors genou et épaule) 10% des adhésions PRADO



\*Données déclaratives des patients interrogés

# Une offre Assurance Maladie pour les insuffisants cardiaques

La population des insuffisants cardiaques (400 000 personnes du régime général identifiées) se caractérise par des taux élevés de réhospitalisation et de mortalité à moyen terme

91 028 personnes ont été hospitalisées pour décompensation cardiaque en 2010 (régime général hors SLM)

60 796 personnes hospitalisées sont retournées à domicile

34 % de réhospitalisation pour décompensation cardiaque et 112% pour une autre cause dans les 6 mois

16 % de décès dans les 6 mois suivants l'hospitalisation

L'Assurance Maladie propose une offre de suivi à domicile sur une période de 6 mois suivants l'hospitalisation, période à plus fort risque pour ces patients, afin de diminuer ces taux de réhospitalisation (-30%) et de mortalité (-20%)

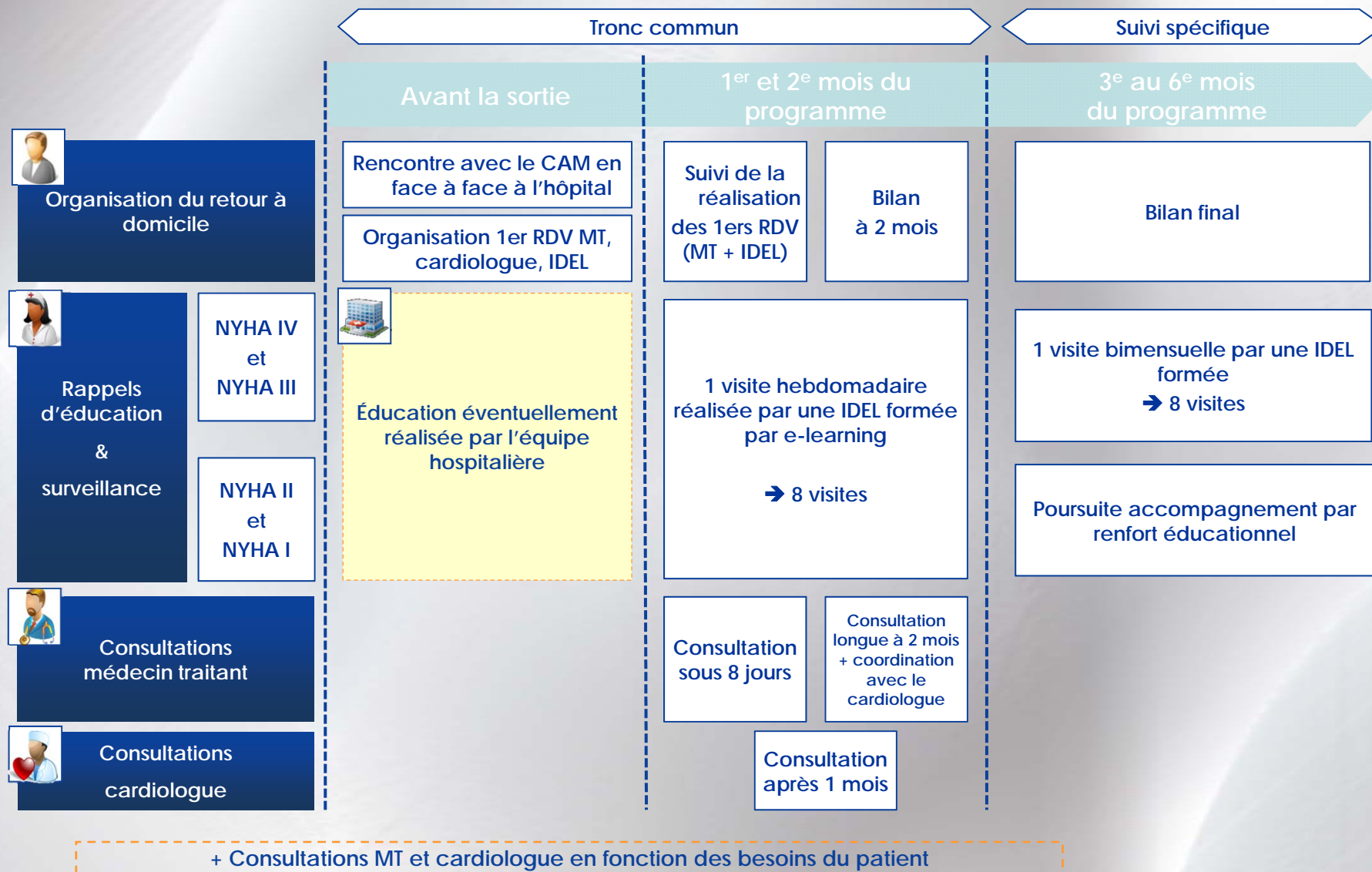
L'offre est composée de 3 volets suivants :

Initialisation du suivi médical

Accompagnement attentionné

Aide à la vie

# Le détail du parcours proposé sur la base du guide HAS



# Les supports pour accompagner les PS

Formation en e-learning validée par la SFC



IDEL



Médecin traitant



Cardiologue

Carnet de suivi

CAT insuffisance rénale, hyperkaliémie

CAT hypotension artérielle

Fiche consultation longue

Fiche pratique parcours PRADO

Fiche traitement par IEC

CAT en cas de signes d'aggravation

Traitement par bêtabloquants

# Profil du patient adhérant au PRADO IC

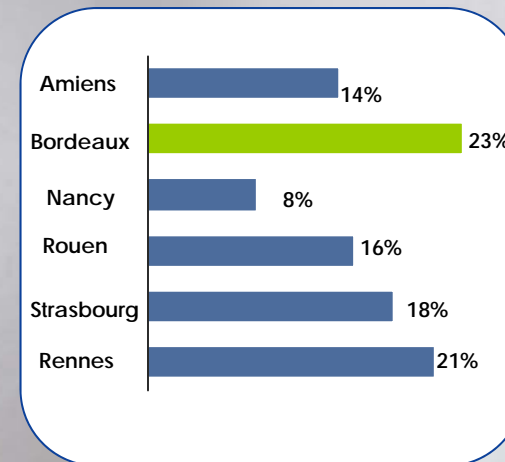
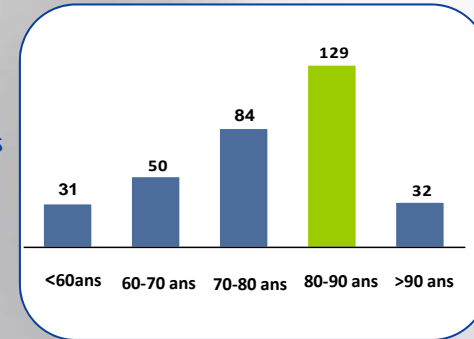
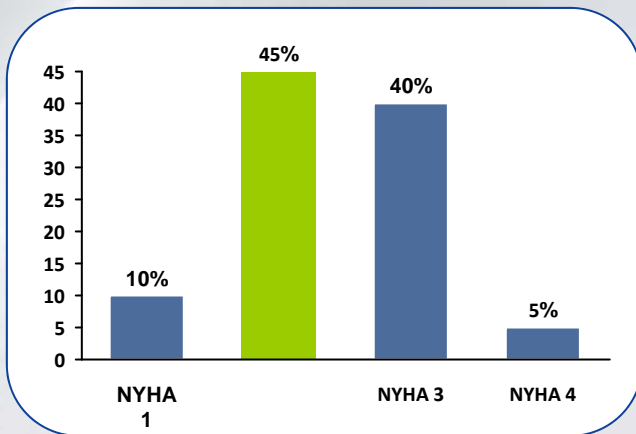
Statistiques issues de la saisie des CAM (au 14/04)

18% des patients bénéficient de l'aide à la vie



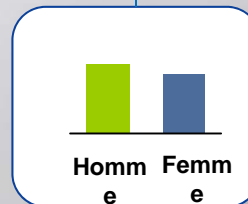
Stade initial du patient NYHA 2

85 ans



68%\* des patients utilisent le carnet de suivi

83%\* des patients trouvent utiles les messages éducatifs du carnet de suivi



90%\* des patients trouvent le suivi du poids du carnet de suivi utile

\*Données déclaratives des patients interrogés

## BPCO et plaies chroniques

	Travaux	Cible
BPCO	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Des enjeux et un processus envisagé proches de ceux de l'insuffisance cardiaque</li><li>▪ Groupe de travail avec les experts (SPLF et UNPS) pour valider les outils</li><li>▪ Début de l'expérimentation prévue fin 2014</li></ul>	55 729 patients potentiels
Plaies chroniques	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Offre de suivi à domicile sur une période jusqu'à 6 mois après une hospitalisation des patients présentant :<ul style="list-style-type: none"><li>- des escarres ou à risque d'escarres,</li><li>- des ulcères veineux ou mixtes</li><li>- des plaies des pieds diabétiques</li></ul></li><li>▪ Organisation en cours d'un groupe de travail avec les experts (SFFPC)</li><li>▪ Début de l'expérimentation prévue en 2015</li></ul>	279 110 patients potentiels -75 384 pour escarre, -171 056 pour ulcère -32 670 pour plaie du pied diabétique



# Promouvoir l'ouverture d'un DMP dans le cadre du PRADO

Améliorer dans le cadre du PRADO la coordination entre les acteurs de soins, établissements et PS libéraux, par la diffusion et le partage des documents de suivi du patient

Favoriser l'ouverture de DMP selon la procédure définie par l'ASIP

Permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge

Proposer dès 2014 une expérimentation dans des établissements volontaires et proposant PRADO (orthopédie ou IC) et le DMP



5 territoires pressentis : Alsace, Aquitaine, Paris, Picardie, Centre

Etablissements proposant PRADO et équipés pour alimenter le DMP

- CH DE HAGUENAU
- CH DE SELESTAT
- HOPITAL UNIVERSITAIRE STRASBOURG (HUS)
- HOPITAL SAINT ANDRE (CHU BORDEAUX)
- HOPITAL XAVIER ARNOZAN (CHU BORDEAUX)
- HOPITAL HAUT LEVEQUE (CHU BORDEAUX)
- GH LARIBOISIERE- F. WIDAL (AP-HP)
- CH ABBEVILLE
- CH AMIENS SUD SALOUEL
- CH AGGLOMERATION MONTARGOISE (CHAM)
- CHU TROUSSEAU TOURS

## De retour à domicile : consultation et alimentation du DMP

**Objectif :** consultation du DMP par le patient et les professionnels de santé



Après accord du patient et à l'aide de la carte CPS :

- Consultent le DMP du patient
- Alimentent le DMP avec informations et documents (ex : volet de synthèse médicale du MT)

- Consulte et alimente son DMP
- Autorise les PS à accéder à son DMP



## *Pistes d'amélioration de l'efficacité de la prise en charge des patients et cadre juridique*

**Améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients nécessitera de:**

- **développer des services d'accompagnement respectant le libre-choix des patients et s'appuyant sur des protocoles et des engagements de qualité de prise en charge en ville (faciliter le retour à domicile et éviter les ré hospitalisations);**
- **inciter à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles et de programmes de prise en charge coordonnée des patients par les différents professionnels de santé en lien également avec les établissements de santé;**
- **définir le cadre juridique le plus adapté pour chaque action en faveur de la coordination des professionnels de santé mise en place.**