

Dix exemples d'analyses de parcours : fiches de synthèse rédigées à l'issue d'une réunion pluriprofessionnelle

Les 10 analyses de parcours proposées ont concerné des patients âgés polypathologiques, des patients relevant de soins en psychiatrie et santé mentale et en périnatalité, et un patient présentant un handicap.

- Exemple 1 : Patient âgé polypathologique (pôle de santé)
- Exemple 2 : Patient ayant un diabète de type 2 et autres pathologies (professionnels regroupés)
- Exemple 3 : Patient relevant de soins en santé mentale et concerné par le secteur périnatalité et (équipe en établissement de santé mentale)
- Exemple 4 : Personne âgées polypathologique (MAIA)
- Exemple 5 : Personne âgée polypathologique (SSIAD)
- Exemple 6 : Personne âgée polypathologique dont diabète (réseau de santé-Ehpad)
- Exemple 7 : Personne âgée polypathologique (centre de santé)
- Exemple 8 : Patient adolescent présentant un handicap (réseau de santé)
- Exemple 9 : Patient psychotique (équipe en établissement de santé mentale)
- Exemple 10 : Patient asthmatique présentant une hyperventillation (maison de santé)



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

EXEMPLE 1 : PATIENT ÂGE POLYPATHOLOGIQUE - ÉQUIPE : PÔLE DE SANTÉ

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : patient âgé polypathologique.

Justification : rupture de parcours : lien entre CHU – CH local.

Résumé des grandes étapes du parcours

Le parcours du patient est ponctué de trois hospitalisations. Il s'agit d'un patient vivant à domicile avec son épouse. Il bénéficie d'aides à domicile, de soins infirmiers. Il vit à quelques kilomètres d'un CH local, à une quarantaine de kilomètres du CHU le plus proche. L'analyse porte sur la deuxième hospitalisation.

Reconstitution :

- le patient présente un état fébrile un dimanche soir géré par sa fille et les aides à domicile ;
- le médecin traitant, appelé, fait une visite à domicile le lundi après-midi ; il hospitalise le patient aux urgences du CHU ;
- la fille est informée par le CHU d'un transfert vers un autre service de soin ;
- elle appelle le CHU le jeudi afin de connaître le service dans lequel son père est hospitalisé et apprend qu'il a été transféré la veille au CH local ;
- l'hospitalisation au CH local dure trois semaines, la sortie est préparée avec la gestionnaire de parcours ;
- de retour à domicile, le patient présente des troubles de la vigilance ;
- le médecin traitant est appelé ;
- les IDE revoient le remplissage du pilulier ;
- l'état du patient s'améliore.

Professionnels présents à la réunion : le médecin traitant, le cadre infirmier de l'hôpital local, l'infirmière libérale, l'assistante sociale de l'hôpital local, la gestionnaire de parcours (du pôle de santé).

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

L'entretien avec la fille dure 2 heures 30. Le parcours est tracé sans difficulté, les zones de rupture sont soulevées par la fille qui propose des améliorations. En fin d'entretien, elle remercie pour les démarches engagées sur le territoire pour la prise en charge des personnes âgées.

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel local : logigramme élaboré par le pôle dans le cadre des expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie sur le parcours des personnes âgées (article 70 de la LFSS 2012).

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : enveloppe de sortie, organisation du retour à domicile.

Marges de progression : préparation du pilulier, alerte du médecin généraliste lors transferts interhospitaliers, question de l'observance médicamenteuse, transmission des comptes rendus au médecin traitant par HPRIM, utilisation de la carte de correspondance (coordonnées du patient et de l'équipe de santé impliquée dans la prise en charge).

Actions d'améliorations décidées		
Organiser l'information des familles concernant les transferts inter hospitaliers	Le cadre infirmier de l'hôpital local	Immédiat
Présenter à nouveau la gestionnaire de parcours aux correspondants du CHU	Le gestionnaire de parcours et la coordinatrice du test patient traceur	Prise de rdv dans les trois mois
Rappel de l'existence et de l'utilité de la carte de correspondance par les PS	Tous les PS présents	Immédiat
Mise en place d'une réunion d'analyse des pratiques professionnelles pluri-professionnelles sur le thème du médicament : préparation du pilulier, transmission de duplicata de l'ordonnance aux infirmiers, recherche de la capacité du patient à prendre son traitement – Circuit du médicament	L'infirmière libérale et la gestionnaire de parcours	Dans les trois mois

EXEMPLE 2 : PATIENT AYANT UN DIABÈTE DE TYPE 2 ET AUTRES PATHOLOGIES - ÉQUIPE/PROFESSIONNELS REGROUPÉS

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : personne âgée de 66 ans polypathologique avec diabète de type 2, uvéite chronique, cancer du sein, maladie de Crohn.

Justification : patient ayant une prise en charge complexe, ayant suivi des séances d'éducation thérapeutique (ETP).

Résumé des grandes étapes du parcours

Patiente vivant seule, en rémission d'un cancer du sein, et en situation de précarité. Patient en souffrance psychologique importante. Problématique d'accès aux consultations en psychiatrie (démographie médicale). Problématique d'accès aux consultations de psychologues. Problème de temporalité entre les rendez-vous avec le cardiologue et les rendez-vous avec le médecin traitant. Diabète déséquilibré. Passage à un traitement par insuline prochainement.

Professionnels présents à la réunion : médecin traitant libéral, médecin généraliste de l'hôpital local-soins de suite et réadaptation (salarié et libéral), deux diététiciens (statut salarié et libéral), coordinatrice du réseau diabète (statut salarié), infirmière libérale, pédicure-podologue libéral. Professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli : pharmacien, médecin libéral ayant participé au programme d'ETP (diagnostic éducatif).

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Satisfaction de la prise en charge et notamment de la coordination des professionnels regroupés sur ce lieu. Satisfaction vis-à-vis du programme d'ETP auquel la personne a participé (expression libre, elle se sent plus compliant depuis). Elle regrette l'absence de soutien psychologique de la part de l'équipe de soins palliatifs de son gendre et l'accès difficile aux consultations de psychiatrie.

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel générique des parcours proposé dans le guide : adaptation du questionnaire proposé.
Référentiels thématiques : référentiels diabète HAS, référentiel ANCREC, recommandations ETP HAS.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : satisfaction de la prise en charge du patient et bonne coordination des professionnels de santé regroupés. Programme ETP en accord avec les besoins et attentes du patient.

Marges de progression : résoudre le problème du soutien psychologique. Rendre le patient plus autonome dans sa prise en charge en l'éduquant sur la manière de communiquer avec les professionnels de santé (cardiologue).

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées	Responsable pour chaque action d'amélioration à mettre en place	Délai de mise en œuvre
Mettre en place un document de suivi des séances d'éducation thérapeutique (ETP) à envoyer au médecin traitant	Coordinatrice patient traceur	Immédiat
Améliorer la technique de hiérar-	Médecin traitant	Immédiat

chisation des pathologies		
Mise en place de protocole tripartite : professionnels libéraux/réseau de santé/centre hospitalier	Coordinatrice du RSND41/coordinatrice patient traceur	un an
Mettre en place un dossier partagé	Coordinatrice Patient traceur	un an
Améliorer le suivi entre les rendez-vous de cardiologie et les rendez-vous de suivi régulier (médecin traitant)	Médecin traitant	trois mois
Étudier la possibilité de prestations dérogatoires dans le cadre du réseau pour les consultations de psychologue	Coordinatrice du RSND41	trois mois

EXEMPLE 3 : PÉRINATALITÉ ET SANTÉ MENTALE - ÉQUIPE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : jeune adulte, prise en charge en pré et post-natal pour des problèmes psychosociaux dus à un isolement familial, social et à une certaine fragilité psychologique (secteurs concernés : périnatalité, pédopsychiatrie, médico-social et social, libéral).

Justification : patiente ayant une prise en charge complexe de par le nombre d'acteurs importants mobilisés dans son parcours de soins et l'existence de ruptures dans la prise en charge :

- secteur sanitaire (maternité et unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité) ;
- secteur social : centre de protection maternelle et infantile (PMI) et assistante sociale de secteur) ;
- médico-social (foyer d'hébergement mère-enfant) ;
- pédiatre libéral pour le bébé âgé de 6 mois.

Résumé des grandes étapes du parcours

Reconstitution du parcours sur plusieurs années avec les personnes présentes :

Période prénatale

L'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité a été sollicitée par la psychologue de la maternité du fait de la situation complexe de cette patiente, de ses antécédents et de sa situation sociale et de ses symptômes : humeur triste, troubles du sommeil.

Évaluation de la situation sociale : résidente dans une résidence universitaire, menacée d'expulsion du fait sa grossesse.

Une unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité a proposé une hospitalisation en anté-natal. Plusieurs dossiers ont été adressés à des unités d'hospitalisation mère-enfants ou à l'hôtel social. La patiente refusera cette hospitalisation.

Parallèlement, elle rencontre la sage-femme de PMI qui va confirmer les difficultés psycho-sociales et la détresse maternelle.

Une réunion de concertation locale petite enfance (CLE) sera organisée avec la PMI, l'aide sociale à l'enfance (ASE), et l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité : confirmation d'une situation complexe sur le plan social et psycho-psychiatrique du fait d'un élément traumatique (décès de son père). Cette situation fera également l'objet d'un passage en staff médico-psycho-social organisé par le réseau PERINAT du fait d'une problématique d'inscription en maternité.

Accouchement

Elle va rompre toute prise en charge en partant accoucher à l'étranger. Toutefois, elle gardera le lien avec l'équipe de l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité.

Période postnatale

L'enfant sera accueilli à la crèche du foyer maternel. Le foyer est un lieu d'hébergement ayant l'objectif de travailler avec ces jeunes mères sur leur réinsertion. L'enfant est pris en charge la journée à la crèche de l'établissement et la patiente pourra reprendre ses études.

Période actuelle

Patiente toujours hébergée au foyer maternel. Toujours suivie par l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité à sa demande, elle a eu deux consultations sur l'unité et a des entretiens téléphoniques avec la puéricultrice.

Concernant la PMI, elle a repris quelques contacts, mais n'a pas engagé un suivi régulier.

Son enfant est suivi par un pédiatre en libéral. L'assistante de pôle de l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité a pu avoir un entretien avec ce pédiatre qui n'avait pas d'information sur le suivi psycho-psychiatrique. L'ASE est située dans le projet d'accompagnement social (prise en charge financière du foyer maternel). Dans ce type de situation, pas de relation avec le médecin traitant, qui pour le cas présent n'est pas connu. Les liens avec le secteur libéral n'existent qu'avec le pédiatre libéral qui suit l'enfant de cette patiente. En ce qui concerne l'unité mobile, le repérage et l'adressage de ce type de situation se fait généralement par la maternité, dans le cadre du suivi de la grossesse, qui mobilise aussi tous les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Professionnels présents : la coordinatrice de la PMI et le représentant l'ASE, le cadre supérieur et la

puéricultrice cadre de santé de l'unité mobile d'urgence périnatale, la directrice du foyer maternel (association), le chef de service de la crèche, le coordonnateur de la démarche.

Professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli : pédiatre libéral.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Entretien avec la patiente réalisé avec le cadre supérieur (unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité) et le directeur qualité. Durée de l'entretien : une heure.

La patiente est coopérative pour l'entretien. Elle exprime une satisfaction globale de sa prise en charge par les différentes équipes (maternité, unité mobile d'urgence, foyer). Elle envisage une sortie du foyer maternel. Malgré certaines difficultés relationnelles avec le foyer maternel, elle reconnaît que son accompagnement social et sa prise en charge lui ont apporté sécurité et protection. Elle reste toutefois dans une certaine incompréhension du projet socio-éducatif du foyer. Elle exprime le manque de concertation entre les structures sociales et sanitaires.

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel inexistant pour ce type de prise en charge

Besoin exprimé de protocoles de fonctionnement plus clair entre les partenaires.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts

- la patiente se sent actrice de sa démarche de soin et d'accompagnement même lorsqu'il y a des difficultés ;
- disponibilité de l'ensemble des acteurs et de l'efficacité des relations interprofessionnelles et inter institutionnelles (unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité, foyer, PMI, maternité) ;
- les acteurs sont d'accord de poursuivre et d'améliorer les échanges d'informations et les retours en équipe pluriprofessionnelle ;
- écoute, disponibilité et bienveillance des acteurs intervenants dans la prise en charge ;
- prise en charge satisfaisante et solutions positives trouvées à cette patiente et son bébé.

Marges de progression

- création d'outils pour préparer les transitions et les passages d'une structure à une autre ou d'une étape du projet de vie à une autre (sortie du foyer maternel par exemple) ;
- création d'outils pour améliorer la circulation de l'information entre les acteurs des secteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux : en modélisant un outil permettant des retours d'information sur les objectifs, les décisions prises, pour assurer une cohérence dans le projet de soins médico, psycho éducatif ;
- création d'outils d'information permettant une meilleure compréhension des fonctionnements des différentes structures d'accompagnement social, médicosocial et de soins ;
- clarification de la place du médecin traitant.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

- élaboration de protocole de prise en charge pour clarifier les interventions de chacune des structures et permettre une meilleure formalisation du parcours de santé ;
- travailler les outils d'information des patientes et de leur entourage en communiquant sur les démarches déjà utilisées (charte pour la PMI, contrat d'objectifs définis par la femme et inscrit dans un parcours d'organisation des soins et de réinsertion sociale pour le foyer maternel par exemple)

Responsable pour les deux actions d'amélioration à mettre en place

La coordination des actions sera assurée par l'assistante de pôle de l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité en collaboration avec les responsables du foyer maternel et de la PMI. Il faudra intégrer dans le projet le réseau périnatalité dans l'organisation des modalités de concertations interprofessionnelles. **Délai de mise en œuvre :** annuelle.

EXEMPLE 4 : PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE - EQUIPE DISPOSITIF MAIA

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Patient : personne âgée polypathologique.

Justification : longue errance médicale et difficultés de maintien à domicile. L'analyse porte sur une étape particulière du parcours qualifiée « d'urgence médicosociale ». Il s'agit du recours au service d'accueil des urgences sans cause médicale avérée. Constat d'hospitalisations répétées au CH avec zones de rupture entre la prise en soins et l'accompagnement dans les étapes du parcours (entre professionnels des secteurs sanitaire et social).

Résumé des grandes étapes du parcours de santé

Choix d'un médecin traitant après une errance médicale de trois ans. Suivi par des spécialistes : neurologue, gériatre, pneumologue.

Soins d'hygiène biquotidiens depuis deux ans avec préparation du pilulier et distribution des médicaments par un infirmier libéral. Changement d'infirmier à la suite d'un événement indésirable (il y a deux ans).

- Kinésithérapie : au sein de l'Accueil de jour ADJ en janvier 2015.
- Aides : coordination du plan d'aide sociale pour l'Allocation pour la perte d'autonomie (APA) (depuis juin 2013) évalué en GIR 4 (Groupe isoressource). Prise en charge en partie du financement de l'accueil de jour. Prestations d'aide à domicile assurées par une des filles.
- Accueil de jour : trois différents EHPAD avec arrêt puis reprise en 2014.
- Entrée en EHPAD à la suite de difficultés de maintien à domicile en février 2015.
- Contact famille au CLIC/pôle Info depuis 2014 et au service social du centre hospitalier (CH) pour étude de financement de l'EHPAD dû à l'épuisement de l'aidant.

Séjour hospitalier : quatre hospitalisations dont trois en urgence avec retour à domicile.

Professionnels présents à la réunion : médecin généraliste en maison de santé, trois infirmières libérales, une coordinatrice Accueil de jour, une Assistante sociale APA, une pharmacienne, un chef de pôle de gériatre du CH, un pneumologue du CH.

Rencontrés mais absents et excusés lors de la réunion : un cadre de santé Accueil de jour EHPAD, un psychologue en accueil de jour de l'EHPAD, un masseur kinésithérapeute.

Professionnels non présents : échanges de courriels avec l'assistante sociale et contact téléphonique avec la pharmacienne.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

- Entretien avec le patient et les aidants.
- Utilisation de la grille d'entretien avec quatre thèmes abordés : délai de réponse et qualité, connaissance des missions et information du patient) dans chaque service/structure : premier contact, prise en charge, lien entre services et sortie.
- Durée de l'entretien : 35 minutes.
- Constat : grand nombre d'intervenants notamment depuis la dégradation de l'état de santé. Difficultés dans la recherche des professionnels avec changements d'intervenants voulus par certains membres de la famille et pas de liaison entre les professionnels.

Accueil satisfaisant au service d'accueil des urgences et dans les services malgré des difficultés de compréhension de l'information. Pas de souvenir de remise de livret d'accueil par les services.

Mise en œuvre du plan d'aide APA et accompagnement par une assistante sociale.

Pour un accueil de jour une visite à domicile et beaucoup de documents administratifs.

Les missions du centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)/pôle infos seniors étaient comprises : information et évaluation des besoins pour l'entrée en institution.

Prise en charge récente par le médecin traitant à la demande du fils avec bonne relation de confiance.

Référents spécialistes bien identifiés. Le temps d'hospitalisation est vécu comme un temps de répit : « il est en sécurité ».

Soins infirmiers appréciés depuis le changement de cabinet, facilement joignable et disponible.

Mise en place et suivi de la prestation gré à gré sans problème.

Pour Madame, l'ADJ a été vécu comme une bonne solution de répit mais le retour de M était ressenti comme difficile spécialement le temps de transport et le retour (sortie du véhicule).

En cas d'aggravation des troubles, les membres de l'entourage interviennent à tour de rôle pour « protéger » leur mère.

Pas d'événements indésirables à signaler sur la période.

Liens entre services et coordination

Pas de souvenirs d'avoir été informée des orientations vers d'autres services par des services.

Pas de souvenir d'une présentation d'un plan d'aide ou d'un plan de soins.

La fille dit avoir assuré la coordination des intervenants : la logistique des médicaments et une certaine circulation de l'information entre professionnels.

- Globalement satisfaite de la PEC à domicile avec une relation de confiance avec le dernier médecin traitant et la nouvelle équipe infirmière.
- L'épouse et sa fille ont exprimé le fait d'être épuisée par des années d'accompagnement surtout depuis les aggravations des troubles cognitifs et du comportement. Pour les filles, le projet de vie du patient tend vers une entrée en établissement malgré le sentiment de culpabilité de l'aidant.

Référentiel(s) choisi(s)

- Prise en charge des personnes âgées ayant une poly-pathologie : un exemple de démarche par résolution de problèmes.
- Outil HAS PMSA « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ».
- Référentiel « missions » de la structure : validé par les partenaires du territoire au sein des tables de concertation et adapté à l'équipe des intervenants professionnels.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts

Implication des enfants dans la coordination et le soutien du couple.

Suivi spécialiste (pneumologue et gériatre) centralisé sur le CH.

Marges de progression

Anticipation des problèmes de l'aidant.

Les errances et les ruptures dans le parcours.

Continuité de l'information entre les intervenants document de sortie et de transition entre les services, structures et professionnels.

Gestion des thérapies médicamenteuses entre hôpital/spécialistes/médecin de ville/pharmacie et cabinet infirmier.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Orientation du patient vers une gestion de cas : rendre plus lisible et visible le service « gestion de cas » auprès des professionnels de proximité

Actions relatives aux aidants du patient

1. Nécessité de mieux repérer l'épuisement des aidants par les intervenants du domicile (par une échelle). Prise en compte des notions d'interculturalité et d'ethno-soins avec des « aidants experts » ; *relais vers France Alzheimer et autre association de patients (CISS régional)*.

2. Dès le repérage de la maladie d'Alzheimer, mettre en relation le patient avec l'équipe spécialisée Alzheimer et les associations de famille. Accompagnement vers l'acceptation des aides : *promotion de la plateforme de répit et de l'accompagnement psychologique*.

3. Mettre en place des réponses aux « urgences médico-sociales » à la place des urgences hospitalières (*exemple : mise en place d'équipe de répit ou hébergement temporaire d'urgence en EHPAD*).

Continuité de l'information, soins transitionnels entre médecins généralistes, vers les spécialistes, entre le CH et établissement médicosocial

- Information des patients sur la désignation du médecin traitant qui peut-être un médecin hospitalier.
- Nécessité d'un dossier centré patient accessible selon les besoins des professionnels dans leur accompagnement et leur prise en soins « informations nécessaire à la prise en charge » ;

expérimentation en cours du Dossier commun d'Aides et de Soins qui a pour but la traçabilité du parcours et partage des informations de manière sécurisée).

- *Déployer l'utilisation Répertoire opérationnel des ressources (ROR) sur le territoire accès à un annuaire « opérationnel » (l'offre de soins sanitaire en lits d'urgence, et inclure l'offre en médicosociale et sociale).*

Gestion des thérapies médicamenteuses- diffusion de l'outil PMSA vers les professionnels de proximité

Besoin d'une expertise gériatrique et psycho-gériatrique à domicile pour évaluer la prise en charge médicamenteuse sur le lieu de vie et recommander des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses en lien avec les troubles du comportement.

Les axes d'améliorations discutés seront présentés lors de la prochaine table de concertation tactique en juin 2015 pour régulation et planification par les responsables de services et de structures.

EXEMPLE 5 : PERSONNE ÂGÉE POLYPATHOLOGIQUE – ÉQUIPE SSIAD

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : personne âgée polypathologique.

Justification : complexité de la prise en charge, situation de dépendance, diversité d'intervenants, aidant principal atteint d'une démence de type Alzheimer.

Résumé des grandes étapes du parcours

Pris en charge par le médecin traitant présent à la réunion depuis plus de 40 ans. Pris en charge par les infirmières libérales depuis 1988. Présence d'un service d'auxiliaires de vie depuis 1990. Intervention du SSIAD depuis 2011 à la suite d'une aggravation de la dépendance. Il vit seul depuis fin novembre 2014. Entrée en urgence de l'usager au SSR puis rapidement en EHPAD.

Professionnels présents : un infirmier libéral, deux infirmiers coordonnateurs du SSIAD, un infirmier du conseil général chargé de l'APA, un cadre de santé du SSR, un cadre de santé du SSIAD, un travailleur social responsable du service de maintien, un médecin généraliste, un médecin du SSR.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

L'entretien s'est déroulé en EHPAD. L'entretien s'est déroulé sous la forme d'un échange informel d'une durée de 30 minutes. Les questions posées ont été celles proposées par le guide d'entretien proposé par la HAS. L'usager, très âgé, n'a pas compris pleinement le but de cet entretien. Il est resté cantonné à des réponses concernant sa situation actuelle, c'est-à-dire son hébergement en EHPAD. Il n'a pas pu reprendre l'analyse de son parcours de soins en ambulatoire.

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel générique des parcours proposé dans le guide expérimental (questionnaire pour la réunion d'équipe).

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : bonne coordination générale, pas de rupture de parcours. Les outils mis en place à domicile facilitant la coordination sont jugés de bonne qualité.

Marges de progression : un recours à un psychologue aurait pu être envisagé à la suite du décès de la compagne de l'usager. Un recours à un ergothérapeute aurait permis de rendre plus envisageable le retour de l'usager dans son propre domicile après le décès de sa compagne.

- Un lien avec l'unité territoriale d'action médicosociale aurait également pu être effectué.
- Les acteurs de la réunion se sont rendu compte qu'ils pourraient progresser dans la connaissance des équipes de support psychologique. L'évaluation de la fatigue de l'aidant de l'usager n'a été faite que partiellement.
- Le dossier du SSIAD a suivi l'usager lors de son entrée en SSR mais pas en EHPAD.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

- Utilisation systématique d'échelles de mesure de l'épuisement de l'aidant par le SSIAD.
- Suivi du dossier du SSIAD jusqu'à l'arrivée en EHPAD.
- Réunion de concertation entre SSR et partenaires du domicile avant l'entrée systématique en EHPAD.
- Photos de lieux de vie dans les dossiers SSIAD afin d'évaluer le possible retour à domicile.

Responsable pour chaque action d'amélioration à mettre en place : cadre de santé du SSIAD.

Délai de mise en œuvre : décembre 2015.

EXEMPLE 6 : PERSONNE ÂGÉE POLYPATHOLOGIQUE DONT DIABÈTE – ÉQUIPE : RÉSEAU DE SANTÉ EN LIEN AVEC UN EHPAD

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : personne âgée polypathologique (dont diabète).

Justification : altération de l'état général et rupture de parcours (domicile -> EHPAD à la suite du décès de l'aidant principal) et risque d'isolement avéré.

Résumé des grandes étapes du parcours

Décès de l'aidant principal un an et demi avant l'entrée en EHPAD à la suite de l'altération de l'état général et début de la dialyse six mois après l'entrée en EHPAD, hospitalisation pour 24 heures pour reprise fistule artérioveineuse.

Dialyse trois fois par semaine.

Professionnels présents :

Un médecin coordinateur, un infirmier coordinateur, un infirmier, un psychologue, une aide-soignante, un kinésithérapeute libéral.

Professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli : un médecin traitant.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Le patient est satisfait de sa prise en charge « bien qu'il n'ait pas décidé de son entrée en EHPAD ». Le patient connaît le principe de hiérarchisation des soins et l'aborde d'un point de vue : « projet de vie » (plutôt qu'au niveau des objectifs thérapeutiques). Il est informé des examens à réaliser sans pour autant maîtriser les résultats. Le patient tient à préciser qu'il éprouve des difficultés à articuler ses activités individuelles avec les activités collectives de l'EHPAD. Les médicaments semblent connus, le patient décrivant (en partie) le parcours du médicament (préparation en pharmacie, conditionnement, etc.). Cependant, il ne semble pas connaître les effets secondaires.

L'éducation thérapeutique : le patient connaît le mot mais ne sait pas ce que cela veut dire.

Les échanges avec le patient ont montré que les interventions des professionnels ont été communiquées et planifiées.

Le patient déclare bien positionner l'infirmière coordinatrice, mais moins bien le médecin coordinateur (non prescripteur). Pour le suivi et l'évolution de son état, le patient fait toujours référence à son médecin traitant. Le patient déclare que cette coordination s'effectue en fonction de son état de santé et que la communication entre l'EHPAD et le centre est effective (lettres ou courriers ou mots en fonction de la teneur des informations à échanger).

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel générique des parcours proposé dans le guide HAS expérimental : « HAS : patient traceur : conditions de mise en œuvre en ville » (guide d'entretien proposé).

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM concernant les EHPAD.

Envisagé a posteriori : référentiel thématique : HAS – Guide du parcours – Maladie rénale chronique de l'adulte – Février 2012.

Synthèse de l'analyse du parcours

L'analyse complète du parcours s'est effectuée en trois temps : réunion pluriprofessionnelle, entretien avec les médecins traitants et réunion de débriefing.

Points forts : le cadre du domicile des patients étant un EHPAD, l'information « patient et de son entourage » bénéficie des exigences des recommandations de l'ANESM (Agence nationale pour l'évaluation des établissements médicosociaux).

En dehors des médecins traitants, les professionnels libéraux intervenants dans l'EHPAD sont intégrés à la planification des actions. Les échanges sont réguliers (ex. : support courrier avec le centre de dialyse). Le patient cible son médecin traitant comme médecin de référence et non le médecin coordinateur de l'EHPAD. L'EHPAD met à disposition des intervenants un dossier local non partagé permettant à chacun d'inscrire les informations d'intervention évaluées comme pertinente.

Marges de progression

- Intégrer le médecin traitant des patients en amont de l'édition du plan personnalisé de soins et l'informer des événements indésirables.
- Proposer à l'EHPAD de valider son choix de représentativité du médecin coordinateur vis-à-vis des patients et de les informer en fonction.
- Décloisonner et faire collaborer l'ensemble des intervenants sur les phases d'identification, d'évaluation et de définition des objectifs de prise en charge (PPS).
- Le dossier médico-social mis à disposition par l'EHPAD auprès des professionnels médicaux permet au médecin traitant (par exemple) d'y saisir les données médicales sans formalisme quant au cadre d'utilisation, de gestion et de responsabilité.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

- Étudier les possibilités permettant d'informer le médecin traitant plus rapidement qu'actuellement (lors d'événement indésirable).
- Éditer un formulaire d'engagement réciproque entre l'EHPAD et le médecin traitant désigné par le patient permettant de cadrer le positionnement de chaque professionnel vis-à-vis de l'utilisation du dossier patient commun. Ex. : formulaire simple d'engagement (format A4).

Responsable pour chaque action d'amélioration à mettre en place : EHPAD/Centre dialyse.

Délai de mise en œuvre : Non défini.

EXEMPLE 7 : PERSONNE ÂGÉE POLYPATHOLOGIQUE – ÉQUIPE : CENTRE DE SANTÉ

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : polypathologique (insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cancer de la prostate, troubles cognitif (sénilité).

Justification : hospitalisation non programmées à répétition suites à des chutes.

Résumé des grandes étapes du parcours

En 2014, hospitalisation en janvier suite problème en lien avec pathologies et parallèlement à l'aggravation de l'état de santé chutes en avril, juillet, septembre, octobre, novembre.

Professionnels présents : médecin, infirmière coordinatrice du centre, assistante sociale, pharmacienne.

Professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli : cardiologue, gériatologue, cadre du service « unité de gériatrie aigüe », service d'aide à la personne, psychologue.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Le patient s'est peu exprimé, mettant en avant ses troubles de mémoire. Sa femme, ne veut pas se sentir envahie dans la relation fusionnelle avec son époux. Les comptes rendus hospitaliers tardifs sont mis en cause, le déni de l'évolution de la pathologie cardiaque augmente les reproches contre les services hospitaliers. La fille souhaite augmenter le plan d'aide mais sa mère refuse, elle lui reproche son épuisement et son impossibilité à anticiper les chutes de son père, son refus d'aménager le logement.

Référentiel(s) choisi(s)

Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées (HAS).

Le soutien aux aidants non professionnels (ANESM).

Réunions de coordination médicosociales (interne).

Fiches de liaisons (interne).

LANTICHUT (MSA).

Logiciel d'Analyse et de Traitement analyse des chutes à domicile.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts :

- Existence des réunions de coordination médicosociales (type réunion de concertation pluridisciplinaire) pour assurer le suivi des informations aux professionnels du médical, du social et du médicosocial.
- Utilisation du DSM-Pro (outil informatique de recueil et de partage des données patient).
- Suivi médical et social réguliers.

Marges de progression

- Retour des comptes rendus d'hospitalisations et de soins de suite et réadaptation.
- Adaptation du plan d'aide.
- Accompagnement du psychologue sur les aides du domicile et le suivi palliatif.
- Utilisation des fiches de déclaration des chutes et définition d'une procédure plus adaptée.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

Adaptation du plan d'aide et du domicile (service social).

Réajustement des utilisations de la fiche de déclaration de chutes (médecin + IDE).

EXEMPLE 8 : PATIENT ADOLESCENT PRÉSENTANT UN HANDICAP – ÉQUIPE DU RÉSEAU DE SANTÉ

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : patient adolescent présentant un retard de développement psychomoteur et des troubles du comportement. Formation en institut médico-professionnel avec temps de scolarité en classe externalisée.

Justification : situation complexe (définition HAS). Expérimentation d'une interface handicap et santé régionale au sein de l'ARESPA à la demande de l'ARS.

Résumé des grandes étapes du parcours

Le médecin traitant a fait appel à la coordinatrice d'appui du réseau de santé pour trouver rapidement des solutions aux difficultés rencontrées par le patient et sa famille dans un parcours de vie déjà compliqué. Les difficultés résident principalement dans l'accès aux droits du patient ce qui impacte directement sur la prise en charge du patient. Cette situation nécessite de nombreux contacts et des interactions avec les professionnels de santé intervenant autour du patient et avec les institutions impliquées dans le parcours (établissement scolaire, établissement médico-éducatif, maison de santé départementale pour les personnes handicapées MDPH, autres). Épuisement de la famille.

La coordinatrice d'appui rencontre le patient et sa famille à domicile, deux jours après l'appel du médecin traitant. Identifications des besoins et recherche active de solutions : intervention médico-administrative du conseiller médical du réseau de santé à la demande du médecin traitant ; démarches de réhabilitation des droits du patient et organisation du parcours de soins. Le travail conjoint permet au médecin traitant de considérer à nouveau l'organisation d'une opération chirurgicale : organisation d'examen, contact et rendez-vous pris avec et le podologue et le chirurgien. Il permet aussi la rédaction d'une synthèse du parcours pour débloquer les difficultés médico-administratives du parcours.

Professionnels présents à la réunion

Médecin traitant, coordinatrice d'appui et conseiller médical du réseau de santé.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Satisfaction de la prise en charge médicale et du relai pris par l'ARESPA. Relation de confiance instaurée avec le patient et la famille.

Référentiel(s) choisi(s)

Guide d'entretien proposé dans le guide « Patient traceur », et référentiel interne.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : satisfaction du médecin traitant, du patient et de la famille ; recherche de solutions effective ; prise en charge sanitaire et accompagnement de cette prise en charge satisfaisants ; constitution d'une équipe soudée avec compétences complémentaires autour du patient.

Marges de progression : insuffisance de rencontres entre les différents acteurs du parcours de ce patient du fait de l'urgence de la situation et donc organiser la disponibilité des professionnels ; difficultés observées de transmission d'informations entre les acteurs de santé mais aussi entre les différents services et donc mettre en place des actions correctrices pour y remédier.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées : élaboration d'un plan d'appui aux soins (P.A.S.), programmation concertée pour mettre en place des moyens humains, matériels et financiers pouvant aider le plan de soins du patient, avec le patient, la famille et le médecin traitant. Rencontres à organiser entre tous les acteurs de ce parcours. Planification des rendez-vous de suivi avec le médecin généraliste pour le suivi

du P.A.S. Organiser et suivre les rendez-vous avec les médecins spécialistes. Recherche de solutions alternatives pour les troubles du comportement.

Échéance pour mettre en œuvre les actions : septembre.

Personnes en charge des actions : coordinatrice d'appui + médecin traitant + conseiller médical ARESPA.

EXEMPLE 9 : PATIENT PSYCHOTIQUE - ÉQUIPE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : patient psychotique de 40 ans en programme de soins.

Justification : patient dont la prise en charge est complexe nécessitant l'intervention de nombreux acteurs.

Résumé des grandes étapes du parcours

Patient pris en charge depuis 2001 (sept hospitalisations), non compliant aux soins, prise de cannabis qui le fait décompenser.

Patient bénéficiant de tous les dispositifs possibles de l'établissement de santé, non observant, en situation de précarité, stabilisé, capable de répondre aux questions et de comprendre la démarche.

Professionnels présents à la réunion : un éducateur spécialisé, un infirmier de l'hôpital de jour et du centre médico psychologique (CMP), le psychiatre référent du patient du CH, deux infirmiers de l'équipe des appartements associatifs, un IDE de l'équipe hospitalière de liaison en addictologie, un IDE de l'équipe d'hospitalisation, un cadre de santé de l'ambulatorio, un cadre de santé de l'hospitalisation, un coordonnateur de la démarche.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Entretien de 45 minutes, mené par le cadre de santé de l'ambulatorio du secteur avec la participation de l'assistante qualité et de l'ingénieur qualité.

Le patient estime que les professionnels sont suffisamment disponibles, les informations le concernant circulent correctement entre les différents intervenants, il a largement pu participer aux décisions concernant sa prise en charge. Le patient n'a pas de suggestion à faire à l'exception qu'il regrette qu'il ait fallu attendre sa dernière hospitalisation en juillet pour l'aider.

Référentiel(s) choisi(s)

- **référentiel générique des parcours proposé dans le guide** : utilisé et adapté à la situation.
- **référentiels thématiques** : protocoles locaux de prise en charge.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : bonne prise en charge pluridisciplinaire, bonne coordination des informations, bonne traçabilité dans le dossier patient informatisé.

Marges de progression

- médecin traitant non associé dans le programme de soins ;
- lien entre l'addictologie et le CMP ;
- manque de dispositif d'alerte en cas de décompensation.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

- Implication du médecin traitant dans la prise en charge.
- Lien à développer avec l'addictologie (retours d'informations).
- Développer les alertes en cas de décompensation.
- Identification d'un coordonnateur de la prise en charge.

Échéances : actions à six mois.

Personnes en charge des actions : équipe soignante en particulier le psychiatre référent et les cadres de santé.

EXEMPLE 10 : PATIENT ASMATHIQUE PRÉSENTANT UNE HYPERVENTILATION – ÉQUIPE EN MAISON DE SANTÉ

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : patient asthmatique présentant une hyperventilation.

Justification : patient dont la prise en charge est complexe, nécessitant de nombreux intervenants dans sa prise en charge. Il fait l'objet d'une éducation thérapeutique, de l'intervention d'un prestataire de service, d'un suivi régulier en CH et CHU.

Résumé des grandes étapes du parcours : Patient asthmatique depuis dix ans et présentant une hyperventilation.

Professionnels concernés : médecin généraliste, pneumologue libéral, masseur-kinésithérapeute libéral, médecin de physique et réadaptation du CHU, infirmière référente en éducation thérapeutique, médecin urgentiste.

Professionnels présents à la réunion : médecin généraliste, pneumologue hospitalier (présent à double titre : hôpital général et CHU en tant qu'attaché aux EFR), masseur-kinésithérapeute, infirmière référente en éducation thérapeutique.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Parcours bien jalonné et bien compris par la patiente qui estime que la bonne connaissance des intervenants entre eux facilite les choses.

Elle signale également que l'éducation thérapeutique lui a aussi permis de mieux comprendre le rôle de chacun.

Référentiel(s) choisi(s)

La notion de référentiel a été jugée sans intérêt, les questions portant plus sur le rôle réciproque de chaque intervenant.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : liens amicaux entre les médecins, peu de superposition de compétences alors que cette crainte était exprimée avant l'analyse. Rôle essentiel de l'ETP.

Marges de progression : les professionnels ont changé depuis et la fluidité des parcours est moins évidente. Problème posé par les délais.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées : écrire des propositions d'éducatives thérapeutiques, prévoir des plages de consultation pour les cas particuliers.

Échéance : mensuelle.

Faire des retours d'expériences auprès des médecins hospitaliers pour évaluer les problèmes de délais. Utiliser si possible des moyens de communication directs (téléphone voire mail).

