

Amélioration du flux et de l'orientation des clients/patients entre les différents partenaires du réseau de soins du canton de Neuchâtel par les entretiens d'orientation

Rapport

Prise en charge coordonnée des personnes âgées

"La vieillesse en tant que destin biologique est une réalité; n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social : le sens ou le non sens que revêt la vieillesse au sein de la société, met celle-ci toute entière en question".

Simone de Beauvoir; 1970

Version validée en date du 8 décembre 2014

Table des matières

Résumé du rapport.....	4
1. Introduction.....	5
2. Généralités.....	6
3. Evaluation de la situation actuelle	6
3.1. Contexte géographique	6
3.2. Contexte démographique	6
3.3. Contexte épidémiologique.....	7
3.4. Modèles d'organisation en réseau examinés	9
3.5. Organisation actuelle des partenaires du réseau	12
3.6. Les besoins des partenaires.....	14
4. Nouvelles perspectives.....	16
4.1. Définitions.....	16
4.2. La spécificité de la prise en charge gériatrique	17
4.3. Le concept de fragilité de la personne âgée.....	18
4.4. Organisation en réseau	21
4.4.1. Proposition de création d'une organisation supra institutionnelle	21
4.4.2. Quelques éléments sur la forme juridique supra institutionnelle possible.....	22
4.4.3. Missions d'une organisation en réseau.....	22
4.4.4. Objectifs d'une organisation en réseau.....	23
5. Besoins en système d'information	25
5.1. La cartographie des partenaires PMS.....	26
5.2. Une base de données d'informations sur la disponibilité des places dans le réseau	26
5.3. Une plateforme d'échanges d'informations	27
5.4. Un dossier intégré pour le collaborateur de la plateforme de coordination	27
6. Les entretiens d'orientation.....	28
6.1. Généralités sur les entretiens d'orientation	28
6.2. Objectifs des entretiens d'orientation	28
6.3. Les différents types d'entretiens.....	29
6.3.1. L'entretien de premier contact avec le demandeur	29
6.3.2. L'entretien de conseil et d'information pour une admission en EMS	31
6.3.3. L'entretien d'évaluation de l'autonomie.....	31
6.3.4. Entretiens de restitution de l'évaluation, des options d'orientation.....	32
6.3.5. L'entretien de suivi et d'adaptation	33
6.4. Les professionnels de l'orientation/la coordination	35
6.5. Activités du coordinateur de l'entretien d'orientation	35
6.6. Droits et devoirs des patients	35
7. Coût et financement	36
7.1. Public cible	36
7.2. Charges prévisibles.....	37
8. Risques et opportunités.....	39
9. Impacts sur les professionnels et les patients	40
10. Les indicateurs de monitoring.....	40
11. Planification de la mise en œuvre	41
12. Conclusion.....	44
13. Compléments au rapport.....	45
13.1. Généralités.....	45

13.2.	Les outils d'évaluation	45
13.3.	Fiche de modifications de situation à domicile	46
13.4.	Articulations entre les partenaires impliqués dans le maintien à domicile	46
13.5.	Application des logigrammes (cf. annexes 13, 14 et 15)	47
13.5.1.	Fragilité, approche médicale	47
13.5.2.	Fragilité, approche socio-environnementale	47
13.5.3.	Provenance de la demande	47
13.6.	Désaccord du prestataire sur les objectifs ou recommandations	47
14.	Membres de l'équipe de projet	49
15.	Membres du Comité de pilotage	49
16.	Abréviations	50
17.	Bibliographie	51
18.	Annexes	54
	Annexe 1 – Partenaires réseau PMSPA selon domaine d'activité	54
	Annexe 1 – Partenaires réseau PMSPA selon domaine d'activité (suite)	55
	Annexe 2 – Evaluation Gériatrique Globale	56
	Annexe 3 – Score ISAR	60
	Annexe 4 – Grille SEGA modifiée	61
	Annexe 5 – Fiche d'identité hébergement	62
	Annexe 6 – Cahier des charges : disponibilité dans le réseau de soins	63
	Annexe 7 – Cahier des charges système de partage de l'information	64
	Annexe 8 – Cahier des charges : outil intégré	65
	Annexe 9 – Questionnaire PRISMA-7	67
	Annexe 10 – Profil de poste coordinateur	68
	Annexe 11 – Planification de la mise en place des entretiens d'orientation	70
	Annexe 12 – Fiche de modification de situation à domicile	72
	Annexe 13 – Détection de la fragilité et orientation des personnes âgées – Processus NOMAD	74
	Annexe 14 – Détection de la fragilité et orientation des personnes âgées – Processus infirmier(ère) indépendant(e)	75
	Annexe 15 – Détection de la fragilité et orientation des personnes âgées – Processus patient "inconnu" d'un service de soins à domicile	76
19.	Glossaire permanent	77

Résumé du rapport

Le canton de Neuchâtel est soumis aux mêmes contraintes d'évolution du contexte démographique et épidémiologique que le reste de la Suisse et de l'Europe. En 2012, le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil fait des propositions en matière de planification médico-sociale (PMS) pour les personnes âgées. Un certain nombre de modifications de la loi de santé permettent de concrétiser cette planification. Les objectifs du présent mandat visent à améliorer l'orientation et le flux des patients entre les différents partenaires de soins et mettre en place des instruments d'orientation et de suivi afin d'assurer les entretiens d'orientation prévus par la loi. Après une description du contexte actuel et du besoin exprimé par certains partenaires, des modèles de réseaux de soins et filières ont été observés dans le canton de Genève et Vaud et dans la littérature.

Il est rapidement apparu que la mise en place des entretiens d'orientation ne pouvait exister sans rattachement à un concept de prise en charge plus global de la personne âgée et que le principe de la coordination gériatrique dépend d'une synergie pluri professionnelle.

Le présent rapport préconise donc une organisation en réseau qui favorise la coordination et la collaboration entre les partenaires, dont les principes de base sont les suivants :

- Le modèle d'intervention "population management", qui décrit la prise en charge de la population âgée en fonction de trois niveaux de santé et de prévention;
- La détection de la fragilité de la personne âgée, qui favorise la mise en place d'actions de prévention pour retarder l'apparition d'incapacités et de handicaps.

Lors de la description de la mission et des objectifs d'une organisation en réseau, la question suivante s'est posée : s'agit-il d'une structure rattachée à une institution de soins existante ou supra institutionnelle et dans ce cas, qu'en est-il de la forme juridique possible ? La proposition est de créer une organisation supra institutionnelle, dont la forme juridique reste à déterminer et peut s'orienter vers une structure juridiquement indépendante de droit privé (association, fondation, société anonyme à but non lucratif). Un des points également décrit dans le rapport est la présentation d'une solution informatique qui réponde aux besoins suivants :

- Etablir une cartographie des partenaires pour connaître les missions et prestations de chacun;
- Créer une base de données unique pour renseigner sur la disponibilité en lits dans les établissements médico-sociaux (EMS) ou dans d'autres structures d'accueil;
- Développer une plateforme de dépôts et d'échanges de documents entre les professionnels;
- Sélectionner un dossier pour les collaborateurs de la plateforme qui comprend des outils d'évaluation, des algorithmes d'aide à la décision et des accès à des sources d'informations.

Les entretiens d'orientation sont ensuite détaillés en prenant en compte le concept ci-dessus. Le respect du droit des patients est une préoccupation constante et est rappelé. Le processus entretien d'orientation est décrit selon différents scénarii, y compris une demande d'intervention rapide à domicile en appui du médecin traitant. Les entretiens décrits sont les suivants :

- L'entretien de premier contact avec le demandeur;
- L'entretien de conseil et d'information pour une admission en EMS;
- L'entretien d'évaluation de l'autonomie;
- L'entretien de restitution de l'évaluation, des options d'orientation;
- L'entretien de suivi et d'adaptation.

Les entretiens sont effectués par des coordinateurs d'appui dont le descriptif de fonction et les activités sont fournis dans les annexes de ce rapport.

Le rapport présente ensuite quelques données chiffrées sur les coûts et le financement de l'organisation, pour une file active de 2'500 personnes. Les montants sont à mettre en regard du coût actuel des hospitalisations et journées de soins inappropriées, ainsi que des institutionnalisations en EMS inadéquates.

Les principales forces sont la motivation des institutions partenaires et le concept sur lequel la prise en charge est réfléchi. Le plus grand risque à ce jour est sûrement le statu quo par le manque de coordination des prestataires et une population âgée qui reçoit une information parcellaire (cf. tableau des risques et opportunités en page 39). Les impacts sur les professionnels d'un changement organisationnel tel que la mise en place d'un réseau de soins ne sont pas à sous-estimer. Différents scénarii sont présentés pour débiter des entretiens d'orientation durant le deuxième semestre 2015. Pour cela, il convient de choisir le périmètre et de construire ensuite la mise en place par la création des outils, la formation, le calcul de la dotation, etc.

En conclusion, l'organisation actuelle du système socio-sanitaire du canton ne peut plus répondre de manière satisfaisante aux besoins d'une population âgée qui nécessite une coordination et une continuité des soins optimales. La création d'une plateforme d'orientation regroupant une centrale téléphonique, un guichet unique, basée sur un concept de détection de la fragilité et la mise en place d'actions de prévention par le biais des entretiens d'orientation, doit être visée. Pour autant, il ne faudrait pas oublier la nécessité de coordonner la prise en charge des personnes atteintes d'affections chroniques que l'on pourrait assimiler à celle des personnes âgées.

1. Introduction

Suite à une séance qui a eu lieu le 4 décembre 2012 et qui réunissait les différents partenaires du réseau de soins du canton de Neuchâtel, il a été constaté un besoin en termes d'amélioration de l'orientation et du flux des patients entre les différents partenaires. Dès lors, une proposition de mandat a été faite et acceptée par les partenaires. Une équipe de projet s'est constituée et a élaboré ce rapport.

Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil¹, à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé, est la base légale dans laquelle le projet s'inscrit. Il vise à proposer une mise en place organisationnelle et opérationnelle de certaines propositions contenues dans le rapport sur la planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel, à savoir, mettre en place des instruments d'orientation et de suivi afin d'assurer les entretiens d'orientation prévus par la loi.

Le cadre édicté par la santé publique est présenté ci-dessous :

"En complément à la proposition de mandat de collaboration entre les différents partenaires du réseau de santé du canton de Neuchâtel concernant l'orientation des patients dans ce réseau qui vous a été transmise le 27 février, et dans le souci que le cadre originel (légal et conceptuel) des travaux soient bien connu de tous, le service cantonal de la santé publique (SCSP) tient à relever ce qui suit.

A la session de mai 2012, le Grand Conseil a adopté un projet de loi portant modification de la loi de santé qui lui était proposé par le Conseil d'Etat dans le cadre d'un rapport du Conseil d'Etat du 14 mars 2012 à l'appui de ce projet, intitulé "Planification médico-sociale pour les personnes âgées", (rapport 12.013), projet qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil est avant tout un rapport d'information sur ses intentions en matière de planification médico-sociale pour les personnes âgées. Il accompagne cependant un certain nombre de modifications de la loi de santé qui doivent précisément permettre de concrétiser cette planification.

La question de l'orientation des personnes âgées dans le réseau de santé fait ainsi l'objet d'un article spécifique, l'article 83b la loi de santé, et d'un chapitre spécifique dans le rapport 12.013 concernant les instruments d'orientation et de suivi (chap. 6), que vous trouverez mentionnés ci-après in extenso. Ils constituent le cadre légal et conceptuel de nos travaux.

Art. 83b, nouveau. "Orientation dans le réseau de santé" :

- 1. L'orientation dans le réseau de santé vise à assurer une utilisation adéquate des ressources de santé destinées à la prise en charge des personnes âgées;*
- 2. Des entretiens d'orientation sont organisés à la demande de la personne âgée, de son représentant légal ou du médecin;*
- 3. Ils ont lieu lorsqu'une entrée pour un long séjour dans un EMS ou dans une pension est envisagée;*
- 4. Le Conseil d'Etat fixe les modalités et les conditions nécessaires au bon déroulement des entretiens d'orientation. Il consulte au préalable les milieux concernés²."*

Les professionnels de l'équipe de projet, issus de différents horizons du champ sanitaire et social, ont collaboré pour présenter des propositions concrètes dans le cadre du mandat confié. Ils ont conscience des enjeux de cette mission pour la population vieillissante dans la planification médico-sociale du canton de Neuchâtel. Les échanges ont été nombreux, riches et constructifs.

¹ Conseil d'Etat (2012); Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS) (Planification médico-sociale pour les personnes âgées); Planification médico-sociale 12.013

² Département de la santé et des affaires sociales, Service cantonal de la santé publique – Cadre légal

Les membres de l'équipe de projet relèvent que beaucoup de prestations de qualité existent déjà (cf. annexe 1) et que le dispositif, actuellement géré de manière dispersée, mérite d'être complété.

Le principe que la coordination gériatologique dépend de la synergie pluri professionnelle est acquis pour le groupe. Les membres du comité de pilotage ont validé les rapports intermédiaires.

Le présent rapport décrit un concept de prise en charge de la personne âgée par la création d'un réseau de soins, la mise en place des entretiens d'orientation prévus par la loi³ et d'autres outils utiles à une future organisation.

2. Généralités

L'évolution démographique et épidémiologique, les coûts du système de santé, la pénurie existante et annoncée en personnel médical et soignant, ainsi que le manque de coordination des prestations délivrées aux patients, sont des défis majeurs que doit relever le canton de Neuchâtel.

Le système actuel de financement favorise, dans le domaine sanitaire ambulatoire, le paiement à l'acte. L'hôpital est centré sur des interventions techniques, rapides et de courte durée. Cependant, les personnes atteintes de maladies chroniques et la population âgée nécessitent une prise en charge sur le long terme. Une succession de consultations ou d'actes ne correspond plus aux besoins de cette population. L'évolution du contexte socio-sanitaire nécessite de repenser notre système actuel et de mettre en place des organisations axées sur la coordination et la continuité des soins.

Cette problématique touche la plupart des pays européens qui ont mis en place des structures de soins coordonnées ou intégrées. Selon la revue de littérature effectuée, dont la bibliographie figure en annexe, il est d'ailleurs préconisé de créer des organisations en réseau.

Les entretiens d'orientation prévus dans le cadre de la loi⁴ vont participer à une amélioration du système. Pour être efficaces, ces entretiens doivent s'intégrer dans une structure de coordination qui reste à créer.

3. Evaluation de la situation actuelle

3.1. Contexte géographique

Le canton de Neuchâtel compte une population à fin 2013 de 176'241 habitants⁵. Sa densité est de 243 habitants/km², pour une superficie de 803 km².

3.2. Contexte démographique

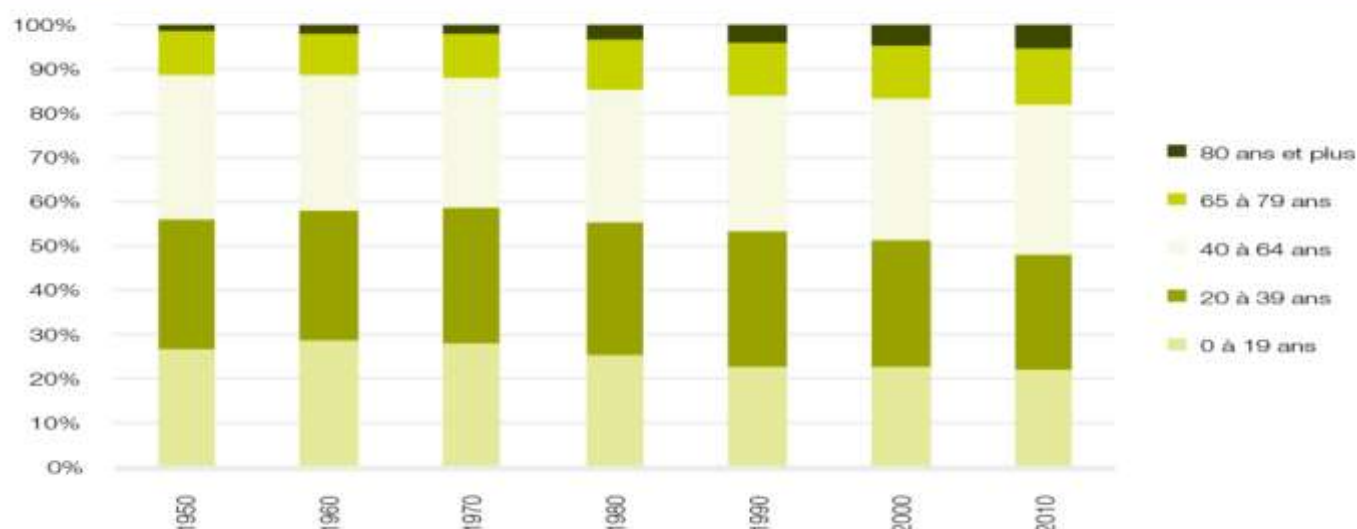
La population du canton de Neuchâtel suit la tendance nationale au niveau démographique et selon ses perspectives les plus probables réalisées par Statistiques Vaud pour le canton de Neuchâtel, la population passera de 174'500 habitants à fin 2012, à 190'000 habitants en 2040, soit un accroissement de + 10 %.

³ Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel (2013); Loi de santé 800.1 (LS); Neuchâtel

⁴ Ibidem

⁵ Chancellerie d'Etat, Neuchâtel, 2013

Répartition de la population résidente, selon la classe d'âge, canton de Neuchâtel



Répartition de la population résidente⁶ :

Cette augmentation démographique sera accompagnée, toujours selon les mêmes prévisions, d'un accroissement important de la population âgée de 65 ans et plus. L'augmentation majeure est représentée par les personnes âgées de 80 ans et plus⁷.

Classe d'âge	Variation 2010–2020	Variation 2010–2030	Variation 2010–2040
0 - 64	+ 11 %	+ 17 %	+ 22 %
65 +	+ 24 %	+ 58 %	+ 88 %
80 +	+ 21 %	+ 75 %	+ 120 %

Figure 0.2 Evolution des effectifs de la population par classe d'âge

3.3. Contexte épidémiologique

La fréquence des maladies chroniques va augmenter. Le vieillissement est associé à la présence simultanée de plusieurs de ces maladies. Selon un article paru dans la revue médicale suisse en novembre 2012 : "...environ 50 % des personnes âgées de 65 ans et plus souffrent d'au moins trois maladies chroniques et 20 % en présentent plus de cinq...⁸".

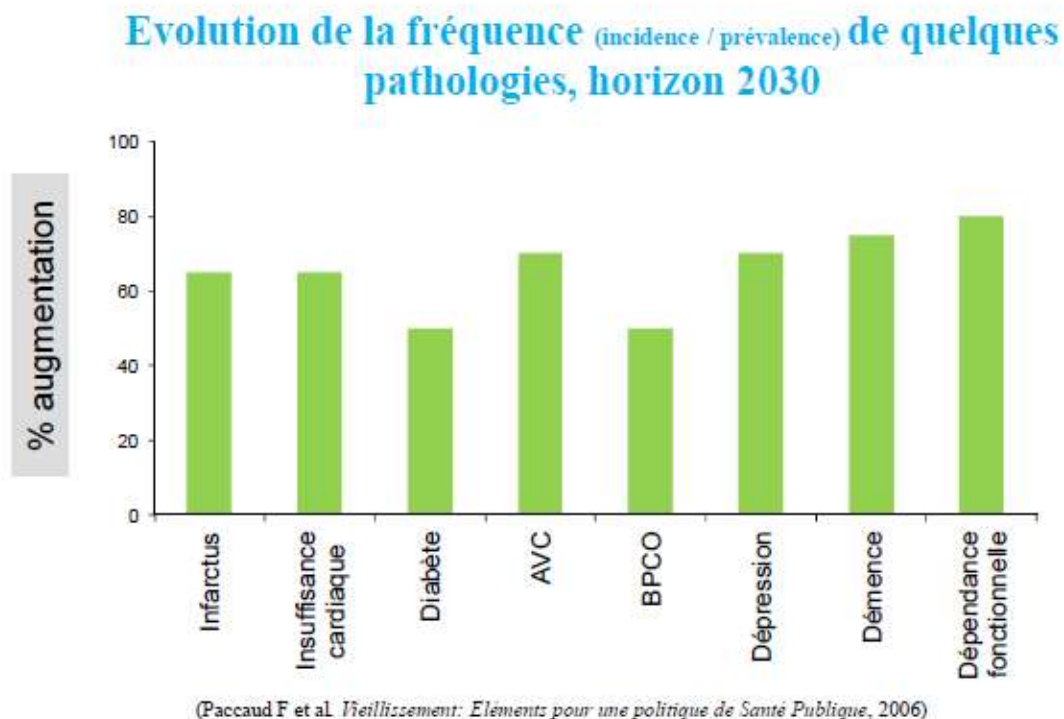
⁶ OFS - RFP2000 et Service de statistique, recensement cantonal de la population

⁷ Deschamps E., Hainard N. (2012); Politique cantonale vieillissement et santé 2012; Canton de Vaud – Rapport "Politique cantonale Vieillissement et Santé"

⁸ Médecine et Hygiène, Fabienne Riat, Stéphane Rochat, Stéphanie Monod, Christophe Büla, Delphine Renard : Principes d'évaluation et de prise en charge des patients âgés polymorbides : guide à l'intention des cliniciens

Evolution de quelques maladies

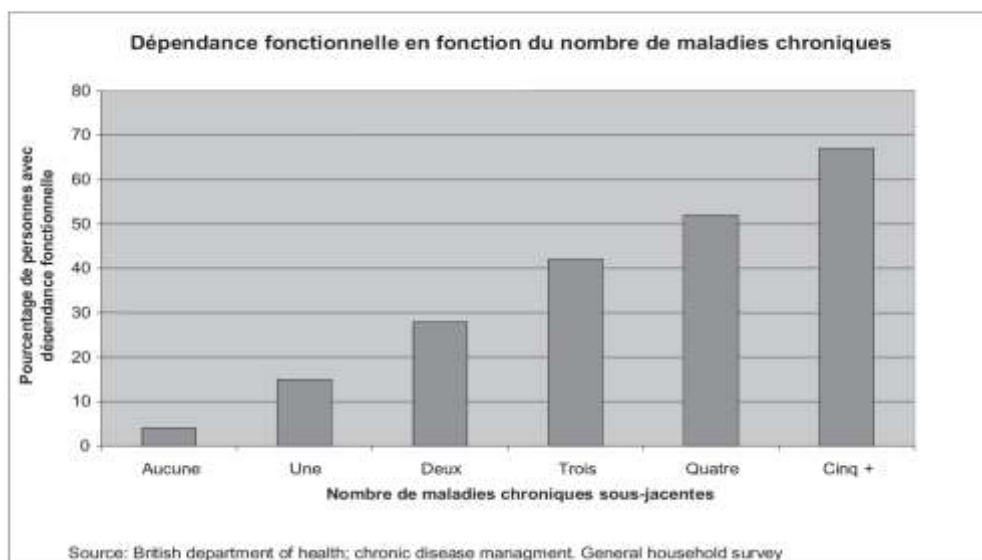
Le tableau ci-dessous montre la progression de quelques maladies d'ici à 2030 :



Dépendance fonctionnelle et maladies chroniques

La dépendance fonctionnelle est fortement corrélée au nombre de maladies chroniques associées.

Figure 3.4 Dépendance fonctionnelle et maladies sous-jacentes



On constate également que les personnes dans la tranche d'âge 65 – 84 ans sont davantage hospitalisées⁹. Cette transition démographique et épidémiologique génère et va générer une augmentation des dépenses de santé dans les prochaines années.

⁹ OFS – Tableau C1, Hospitalisations multiples. Nombre de patients par classe d'âge, 2012

Dans le rapport intitulé "Améliorer l'efficacité des systèmes de santé : optimiser l'utilisation des ressources", on peut lire : *"Qui veut modérer les dépenses serait donc bien inspiré de veiller à ce que des groupes, qui représentent un coût élevé, accèdent aux soins dans des conditions optimales de coût-efficacité¹⁰".* La coordination est nommée comme l'élément primordial à améliorer.

3.4. Modèles d'organisation en réseau examinés

Les organisations en réseau existantes et la littérature ont été étudiées afin d'évaluer ce qui semble le plus approprié en termes de réseau pour le canton de Neuchâtel.

Le canton de Genève

Le canton de Genève via son service de la planification et du réseau de soins (SPRS) exerce ses compétences dans les domaines de la planification et de l'économie de la santé, ainsi que dans le réseau de soins. En 2010, une loi¹¹ qui impose une organisation du réseau de soins et de privilégier le maintien à domicile est adoptée. En 2012, un rapport sur la politique publique cantonale en faveur des personnes en perte d'autonomie¹² a permis de faire l'état des lieux afin de définir la politique cantonale à coordonner.

Actuellement, la prise en charge des personnes est plus ou moins fragmentée entre les différentes structures. Les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont créé un centre de médecine de l'âge avancé, afin de répondre de manière pluridisciplinaire aux besoins croissants dans ce domaine et qui doit promouvoir la qualité des soins et la coordination de tous les groupes métiers concernés. Ceci permet de renforcer et d'améliorer les prestations en milieu hospitalier, en privilégiant une évaluation gériatrique précoce et une optimisation de la prise en charge. Ce centre spécialisé offre la possibilité de développer des filières de gériatrie spécialisées, tenant compte à la fois des épisodes d'hospitalisation et des soins ambulatoires. Les filières se développent sur la base de programmes dédiés ou structures existantes, comme la clinique mémoire, les programmes pour prise en charge des chuteurs et de l'ostéoporose, l'incontinence, ainsi que l'unité de gériatrie communautaire et les unités de soins de psychiatrie de l'âge avancé, tant hospitalières qu'ambulatoires (équipes mobiles et hôpitaux de jour).

Dans la communauté, le réseau actuel de soins aux aînés s'appuie sur l'institution de maintien à domicile (Imad), les médecins traitants et les différentes équipes mobiles spécialisées, de gériatrie, de psychiatrie gériatrique et de médecine palliative. Imad gère les unités d'accueil temporaire de répit (UATr), l'unité mobile d'urgences sociales et en partenariat avec les HUG, l'unité de soins palliatifs communautaire (partenariat HUG, Imad et la Fédération Genevoise des EMS (FEGEMS)).

La communication entre les intervenants se fait actuellement via différents canaux (internet, téléphone, fax, etc.), mais à terme, devrait reposer sur une informatisation du dossier médical unique de la personne de type "mondossiermedical.ch".

Actuellement, la FEGEMS met à disposition un portail internet qui permet d'avoir une vision sur toutes les places disponibles en EMS et les spécificités de chaque établissement. Les entrées en EMS se font par différents biais, allant de l'anticipation par la personne âgée et son inscription préalable, au placement après hospitalisation.

¹⁰ Rapport OCDE, 2008, p. 4 Améliorer l'efficacité des systèmes de santé : optimiser l'utilisation des ressources

¹¹ K 1 06 : Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom); Canton de Genève

¹² Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique publique cantonale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, RD 952, Date de dépôt : 31 octobre 2012, 56 pages

Au sein des HUG, il existe une structure spécifique qui permet de prendre en charge et d'accompagner la personne âgée ne pouvant regagner son domicile après une hospitalisation aiguë pour la préparer à son nouveau lieu de vie. Ce sont les assistantes sociales qui effectuent, avec la personne et sa famille, les démarches nécessaires et qui organisent les visites des différents établissements, le cas échéant. L'unité mobile de gériatrie effectue également cette préparation avec les patients suivis à domicile et/ou en hôpital de jour.

L'information est largement diffusée, que cela soit par les fournisseurs de prestations médico-soignantes, les foyers de jour/nuit, les associations, la ville de Genève, les communes, la plateforme des associations d'aînés du canton de Genève, etc.

Le canton de Vaud

Le réseau de soins apparaît dans la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires reconnus d'intérêt public et des réseaux de soins (LPFES).

La loi du 30 janvier 2007 définit le réseau de soins, ses missions, l'octroi de la reconnaissance d'intérêt public et son financement.

Précurseur dans la création des réseaux de soins, le canton de Vaud compte aujourd'hui quatre associations de réseaux :

- Association Réseau de soins de la Côte (ARC);
- Association Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise (ARCOS);
- Association Réseau de la Broye (RNB);
- Plateforme santé du Haut-Léman (PSHL).

Chaque association comporte un Bureau Régional d'Information et d'Orientation (BRIO) où parviennent toutes les demandes d'hébergement de courte ou longue durée.

Des infirmiers de liaison sont présents dans tous les hôpitaux de soins aigus et les centres de traitement et de réadaptation (CTR), pour organiser les sorties vers le domicile, la réadaptation et les EMS, en collaboration avec les BRIO. Au fil du temps, chaque association a développé différentes filières de soins (diabétologie, soins palliatifs, psychiatrie adulte et de l'âge avancé, etc.). L'organisation et les prestations offertes diffèrent d'un réseau à l'autre.

Depuis 2010, des projets ont vu le jour pour améliorer la prise en charge des personnes âgées, détecter la fragilité, éviter des hospitalisations et permettre une meilleure orientation dans le réseau de soins (projet Géri-A-com, réseau ARCOS, suivi des situations complexes et évaluation gériatrique à la PSHL, etc.).

D'autres projets existent pour améliorer l'information des personnes et des professionnels sur le réseau de soins (projet guichet intégré au RNB et à la PSHL) et pour favoriser l'échange d'informations sécurisé entre les partenaires du réseau de soins (projet Mercure). Le groupe de coordination des réseaux de soins (CORES) propose la mise en place d'indicateurs communs pour évaluer les réseaux d'un point de vue opérationnel et stratégique (projet ICARE).

Les constats et les attentes listés dans l'annexe 3 du rapport "politique cantonale Vieillessement et Santé"¹³ du 12 janvier 2012 pourraient s'appliquer au canton de Neuchâtel. Les associations réseaux du canton de Vaud sont en évolution et s'adaptent aux enjeux futurs.

¹³ Deschamps E., Hainard N. (2012); Politique cantonale vieillessement et santé 2012; Canton de Vaud – Rapport "Politique cantonale Vieillessement et Santé"

Autres modèles

Les modèles d'organisation en réseaux sont nombreux. Ces dernières années, ils sont préconisés et se sont développés, particulièrement pour la prise en charge des personnes âgées, dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

En France, les réseaux de soins correspondent à une grande diversité d'organisations. On y compte aujourd'hui 716 réseaux de santé¹⁴. Les réseaux gériatriques, de soins palliatifs et de diabétologie sont les plus nombreux. Beaucoup de filières de prise en charge se sont développées et aujourd'hui le système apparaît complexe et le bilan contrasté. Une démarche d'évaluation est en cours et les agences régionales de santé ont pour mission de faire évoluer les réseaux de santé pour plus d'efficacité.

Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées et d'un fonctionnement en réseau, la littérature préconise les principaux axes suivants :

- Développer la prise en charge spécifique gériatrique;
- Généraliser l'utilisation d'outils d'évaluation spécifiques pluridisciplinaires validés tels que l'évaluation gériatrique globale (EGG, cf. annexe 2);
- Détecter la fragilité de la personne âgée en soins de premiers recours et en milieu hospitalier, afin de l'orienter dans la bonne structure de prise en charge;
- Mettre en place des grilles de détection de la fragilité telles le score d'identification des seniors à risque (ISAR, cf. annexe 3), le short emergency geriatric assessment (SEGA, cf. annexe 4), le phénotype de Fried, etc.;
- Détecter et orienter les personnes à risques pour diminuer le recours aux services des urgences et les hospitalisations inappropriées;
- Elaborer un plan d'intervention personnalisé partagé par les différents professionnels, assurer sa mise en œuvre et son suivi;
- Mettre en place des actions de prévention pluridisciplinaires pour retarder l'apparition d'incapacités;
- Développer la connaissance et la mise à disposition d'informations sur les prestations disponibles dans une région donnée;
- Favoriser la création de structures d'accueil adaptées;
- Développer des modèles de transition entre l'hôpital et le domicile;
- Recourir à la gestion de cas dans les situations complexes;
- Favoriser le travail en équipe pluri professionnelle, la coordination, la concertation et la coopération entre les acteurs;
- Développer les protocoles et la formation pluri professionnelle;
- Développer des systèmes d'information qui permettent l'échange de données professionnelles sécurisées;
- Lutter contre la précarité et l'isolement;
- Favoriser la reconnaissance des proches aidants.

Le Canton de Neuchâtel est confronté aux mêmes questionnements que le reste de la Suisse et de l'Europe. Aussi, la création d'un réseau de soins doit s'inspirer des organisations existantes et des recommandations de la littérature, pour être adaptée aux enjeux du vieillissement de la population dans les vingt à trente prochaines années.

¹⁴ Rapport d'activité 2011 du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

3.5. Organisation actuelle des partenaires du réseau

Actuellement, la prise en charge de la personne âgée nécessitant des soins est fragmentée au sein des structures existantes dans le canton de Neuchâtel. Cela génère une rupture dans la continuité des soins et une perte de vision globale du parcours de soins.

Dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée ou des patients atteints de pathologies chroniques, ce manque de continuité et de coordination des parcours de soins aggrave la situation.

Chacun s'entend à dire que le médecin traitant est le pivot de l'orientation. La structure à établir se doit de mettre à disposition du médecin de premier recours un appui fonctionnel, c'est-à-dire des structures et des outils pour l'aider dans cette fonction d'orientation. Les difficultés sont aggravées par la pénurie médicale et un manque dans la formation médicale de base sur la prise en charge gériatrique.

De nombreux prestataires du domaine sanitaire et social interviennent auprès de la personne âgée. Des collaborations formelles et informelles existent déjà entre certains d'entre eux. Des équipes mobiles sont présentes et offrent un grand support pour les équipes de premier recours. Des entretiens existent déjà et sont réalisés par les différents prestataires.

Il existe nombre de prestations faites par des bénévoles au sein de différentes associations. Néanmoins, la prise en charge reste fragmentée et le suivi des parcours de soins difficile.

Cela étant, chacun est en accord pour énoncer les problèmes suivants :

- Difficultés à gérer les situations complexes à domicile et à anticiper les actions de prévention;
- Institutionnalisations parfois inadaptées;
- Hospitalisations et journées de soins inappropriées;
- Problématiques de précarité sociale en augmentation et évaluation de la nécessité d'un signalement à l'Autorité de Protection de l'Adulte et de l'Enfant (APEA) et d'une mesure de protection;
- Formation professionnelle insuffisante pour la prise en charge des patients chroniques ou des personnes âgées;
- Connaissances insuffisantes des missions et prestations offertes par les partenaires du réseau sanitaire et social, ce qui ne permet pas de faire appel à leurs services;
- Outils multiples pour l'évaluation des capacités, ressources et besoins des personnes;
- Manque de réactivité pour proposer une prise en charge adaptée dans une situation instable et précaire à domicile;
- Structures d'accueil et d'hébergement temporaire insuffisantes;
- Manque de centralisation des informations et de disponibilité de celles-ci;
- Difficultés d'organiser des colloques de réseau, peu de suivi des objectifs;
- Outils de transmission des informations à réviser;
- Partage insuffisant des informations entre les partenaires;
- Rupture des parcours de soins entre les institutions, surtout lors d'hospitalisation;
- Sorties précoces des hôpitaux de soins aigus, liées au raccourcissement des durées de séjours.

Les entretiens ou colloques de réseaux existants à ce jour

Il existe actuellement des entretiens entre les partenaires concernés et le bénéficiaire. Ils se nomment "colloque ou entretien de réseau" et leur organisation varie selon le besoin et selon le prestataire concerné.

Les prestataires sont réunis à la demande d'un partenaire, généralement en présence du patient. Ce colloque est pluridisciplinaire, il vise à réunir les partenaires actifs dans la situation. Il est demandé pour régler les problèmes suivants :

- Patient non compliant;
- Evaluation de la nécessité d'une mesure de protection;
- Péjoration importante d'un état de santé;
- Insuffisance des soins mis en place;
- Situation de maintien à domicile très limite;
- Redéfinition des priorités et des objectifs de la prise en charge;
- Coordination des actions à entreprendre;
- Evaluation de la motivation du patient et de ses ressources;
- Préparation d'un retour possible à domicile après une hospitalisation ou un séjour en unité d'accueil temporaire, demandant une prise en charge très importante;
- Décision à prendre concernant l'avenir (orientation); prise de conscience des enjeux;
- Divergence sur les objectifs de sortie entre le bénéficiaire, les proches aidants et les professionnels du réseau;
- Dialogue difficile entre les proches et la personne âgée, communication "biaisée", pressions, manipulations, divergences.

Le colloque a lieu à domicile, à l'hôpital ou en unité d'accueil temporaire (UAT) d'un EMS.

A domicile, en UAT et psychogériatrie, l'animateur de la séance est le médecin ou l'infirmier en son absence. A l'hôpital, c'est le médecin assistant ou l'assistant social qui gère le colloque. Le recueil de données préalable à l'entretien apparaît restreint. Lors de l'entretien chacun peut exprimer son point de vue, ses difficultés, ses craintes, ses limites, ses ressources, ses attentes, ses disponibilités et compétences dans la situation, poser ou répondre à des questions. Le colloque tente de clarifier la demande et mettre en évidence le besoin et permet à chacun de recevoir la même information. Des propositions de réévaluation de la prise en charge sont faites et peuvent être graduées. Il peut également s'agir de :

- Prendre une décision provisoire ou définitive en tenant compte au maximum de la position de tous les partenaires et des impératifs de soins et/ou financiers;
- Proposer et organiser un essai à domicile;
- Organiser la sortie selon l'orientation décidée, définir qui fait quoi, quand et comment (recherche de moyens adaptés).

Le patient puis chaque personne présente se positionne sur les suggestions. Si le colloque se déroule à domicile, parfois suite à l'entretien, une évaluation est prévue. Elle se fait par téléphone auprès des prestataires ou lors d'une nouvelle réunion si la situation du bénéficiaire se péjore.

En soins aigus somatiques, les demandes de colloques proviennent majoritairement des professionnels des soins à domicile. Le médecin traitant est rarement informé de l'organisation de la séance. Les objectifs du colloque sont peu explicites, une rencontre de préparation préalable au colloque entre les prestataires de soins est rare. La prise de note n'est pas systématique et il n'existe pas de synthèse écrite des objectifs à poursuivre, partagée entre les partenaires. Le patient est souvent sous représenté. En réadaptation, des colloques sont organisés pour préparer le retour à domicile, le délai de convocation pour les médecins traitants est trop court pour que ceux-ci puissent être systématiquement présents.

En cas de ré hospitalisation, le médecin hospitalier ne dispose pas d'information lui permettant de juger de l'atteinte des objectifs fixés lors d'un précédent colloque.

En UAT, un compte-rendu de l'entretien et des décisions est versé au dossier et les partenaires concernés sont informés par mail, fax ou téléphone. Dans des situations particulières, le compte-rendu peut être signé par les parties et distribué aux partenaires. Une évaluation des décisions est effectuée dans un délai défini si le résident est encore à l'UAT.

En psychiatrie, le colloque peut se dérouler en deux parties, hors puis en présence du patient. Il a pour but de faire le bilan de la prise en charge et d'évaluer l'évolution du bénéficiaire de soins afin de coordonner la prise en charge entre les intervenants. Si un prestataire est annoncé absent, un résumé de son évaluation lui est demandé. Un compte-rendu succinct lui est alors transmis.

Aujourd'hui des colloques existent, chacun les organise à son gré, la mobilisation des acteurs prend du temps. Ils ne semblent pas à ce jour faciliter la coordination et le suivi des objectifs sur le long terme.

3.6. Les besoins des partenaires

Certaines associations ont été conviées à s'exprimer sur les objectifs du mandat, leurs besoins et les propositions d'amélioration du système actuel.

Les questions posées couvraient également la collaboration existante entre les partenaires du réseau et quelles seraient les attentes dans le cadre d'une organisation en réseau.

Association des Médecins de Famille Neuchâtelois (MFNe)

L'association MFNe a été questionnée sur ses besoins dans le cadre du projet. S'agissant des entretiens d'orientation et d'une filière de prise en charge gériatrique, les médecins signalent l'importance de l'évaluation de la personne, qui doit se faire sur la durée et non lors d'un entretien unique. Il leur semble primordial d'organiser un suivi des personnes âgées sur le long terme avec les partenaires déjà existants. Il est noté qu'aujourd'hui, beaucoup de ressources et d'énergie sont déployées à rechercher ou transmettre les places disponibles dans les homes. Les professionnels en charge de cette tâche pourraient se recentrer sur leurs activités propres si le système était amélioré. Les médecins traitants sensibilisent le patient à l'entrée en home, cependant, c'est souvent une hospitalisation subite qui permet au client de prendre sa décision. Ils notent également que les données transmises par le patient sur son état de santé ou de dépendance n'est pas toujours fiable.

Le principe des réunions de réseaux est qualifié de riche et intéressant. Il améliore la connaissance du client et de son environnement, puis permet au médecin d'être plus proche du patient par la suite. Actuellement, le délai de convocation du médecin de famille au colloque de réseau à l'hôpital est très court et ce dernier ne peut que rarement s'y rendre. Il s'agit d'un problème qui ne va pas s'améliorer avec la pénurie des médecins. Néanmoins, à ce jour, les médecins de famille assurent une disponibilité téléphonique pour les appels de leurs collègues, des infirmiers et des physiothérapeutes. Ils souhaiteraient davantage d'anticipation dans l'organisation des colloques en soins aigus et en centre de traitement et de réadaptation, ainsi qu'une réflexion au sujet des lieux et des horaires auxquels sont réalisés ces entretiens. Ils préconisent dans tous les cas que leur avis soit demandé avant la réalisation d'un colloque.

A leur sens, les besoins prioritaires consistent :

- A coordonner les ressources existantes;
- A définir l'entretien d'orientation;
- A augmenter le nombre de places d'accueil temporaire pour pouvoir offrir des solutions de prise en charge.

Par ailleurs, l'organisation à créer garantit :

- La visibilité des places réellement disponibles dans les homes et UAT et leur centralisation informatique;
- La recherche et l'accessibilité par la plateforme de places disponibles en home ou UAT dans un court délai, c'est-à-dire, pouvoir solliciter une équipe ou une personne pour trouver une place dans un délai urgent;
- Une visibilité du degré d'urgence des clients en attente de placement;
- L'accessibilité rapide aux structures médico-sociales lors de vacances des proches ou d'hospitalisation du proche aidant (UAT, lits de repos, répit, etc.);
- Le suivi des personnes admises dans un EMS qui n'est pas leur choix, pour s'assurer de leur transfert prioritaire;
- L'accessibilité à une plateforme d'échange d'informations commune à tous.

L'association vieillesse invalidité veuf et orphelin

L'association vieillesse invalidité veuf et orphelin (AVIVO) compte 1200 membres dans le canton de Neuchâtel et est active dans la défense des retraités. Elle est affiliée à la Fédération des Associations des Retraités et de l'Entraide en Suisse (FARES) et est reconnue d'utilité publique. Elle est présente dans les communes de La Chaux de Fonds, du Locle, de Neuchâtel et de Val-de-Travers. Elle organise une permanence sociale d'une demi-journée par semaine.

Les principales difficultés observées à ce jour concernent la précarité financière des personnes âgées et le coût de certaines prestations, plus particulièrement celles du transport (exemple cité : coût pour le patient des transports pour un traitement en radiothérapie). La qualité de l'information médicale et sociale de la population âgée est perçue comme insuffisante. L'aspect financier des prestations et décisions prises n'est pas toujours clairement abordé.

L'AVIVO espère voir des améliorations dans les domaines précités.

Le Mouvement des Aînés

Le Mouvement des Aînés du canton de Neuchâtel (MDA), association reconnue d'utilité publique, soutenue par l'Etat et la Ville de Neuchâtel et occasionnellement par la Loterie romande, a été créée en 1987 à Neuchâtel. Environ 1'000 membres en font partie dans le canton.

Par la nature de ses activités, le MDA cherche à maintenir et à développer les relations entre les générations.

Le MDA aide les personnes en âge de retraite à s'interroger sur leurs projets de vie et de retraite. Ils abordent également la question de fin de vie pour faire prendre conscience aux personnes qu'il faut éviter que le réseau familial décide pour la personne âgée. Il favorise la recherche de sens tant dans les entretiens que dans les activités proposées. Il se veut créateur de liens et motive les retraités à être acteurs de leur vie plutôt que victimes. Il valorise la valeur de ne rien faire. Il veut également, de part ses activités, intervenir pour lutter contre la solitude des personnes âgées. Le MDA compte 160 bénévoles dans le canton qui n'interviennent pas au domicile de la personne dans des activités interpersonnelles d'aide.

Le MDA informe les personnes âgées des structures existantes du réseau sanitaire et social et envoie ainsi certaines personnes vers Pro Senectute. Il peut envisager être un acteur pour la mise en lien des personnes avec la future plateforme d'orientation. Il peut être un vecteur de l'information.

L'association Neuchâteloise des services bénévoles

L'association Neuchâteloise des services bénévoles (ANSB) est une association qui a pour but de promouvoir le bénévolat santé-social dans le canton de Neuchâtel. Pour la personne âgée, l'association offre un nombre considérable de prestations dans différents domaines et une multitude d'institutions collaborent avec des bénévoles pour l'une ou l'autre de leurs activités.

L'association remarque une augmentation de la demande essentiellement pour le transport bénévole.

Il est à noter que le nombre de bénévoles reste assez stable dans le temps, à savoir environ 1'600 personnes.

Du point de vue de l'ANSB, certaines réorganisations des partenaires de santé apportent des améliorations, néanmoins la coordination des intervenants sur le terrain reste difficile. Elle estime que la mise en place d'une plateforme qui aurait une vision globale pourrait être un avantage dans la mesure où la coordination est basée sur la connaissance des partenaires et de leurs activités. Néanmoins, le système mis en place doit être simple et fluide.

Les associations et autres institutions présentes dans l'équipe de projet ou le comité de pilotage n'ont pas été invitées à s'exprimer, dans la mesure où elles le font au travers du présent rapport en participant à sa rédaction.

4. Nouvelles perspectives

Après une description succincte du contexte et des besoins, les principes prioritaires de la prise en charge de la personne âgée sont désormais à déterminer. Les concepts tels que la prise en charge gériatrique et l'organisation en réseau sont présentés et servent de base aux propositions concernant les entretiens d'orientation.

4.1. Définitions

Dans un premier temps, certains termes ont été définis afin de partager un langage commun. Ainsi, les mots autonomie, coopération, coordination, prévention, fragilité, vulnérabilité, incapacité, handicap, etc., ont fait l'objet de recherches pour permettre de clarifier leur sens et aider la poursuite du travail. Un glossaire présentant le résultat de ces travaux est annexé au présent rapport.

4.2. La spécificité de la prise en charge gériatrique

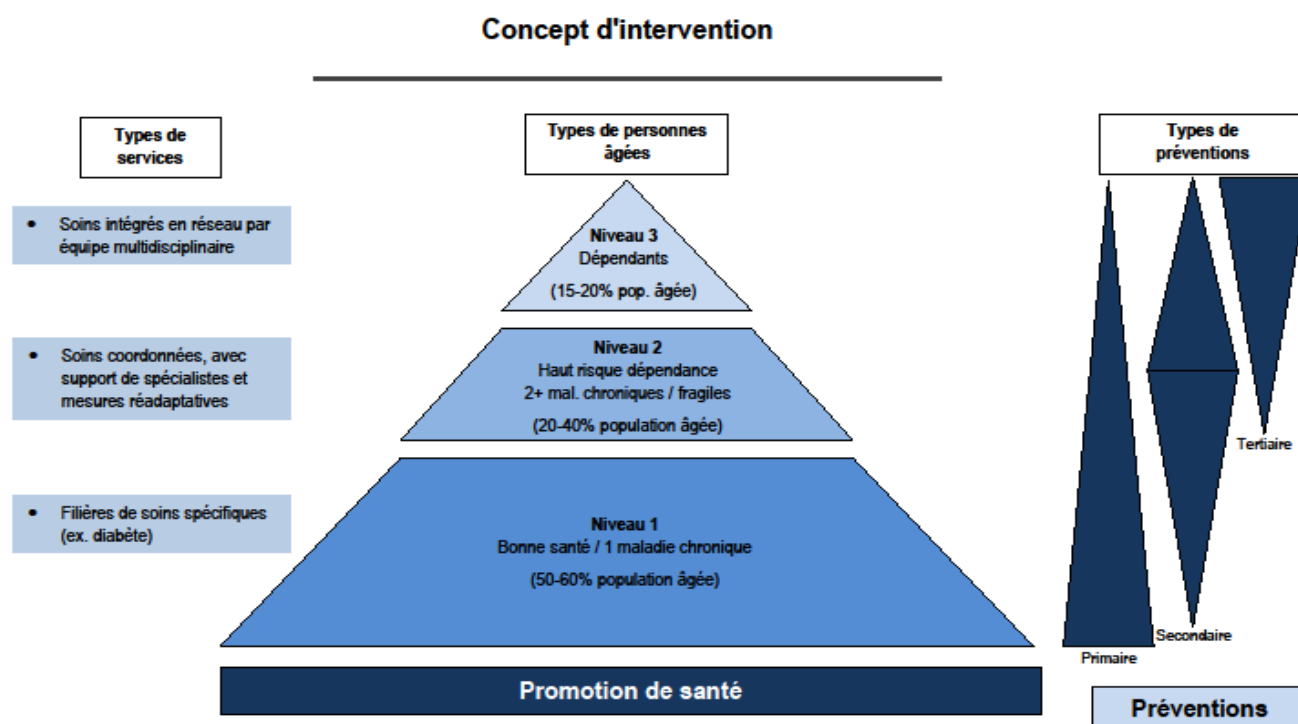
Physiologiquement, le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques, concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles. Bien qu'il soit démontré que cela varie d'une personne à l'autre, il n'en reste pas moins un point capital à prendre en compte. Aujourd'hui où tout se passe vite, la personne âgée est souvent en décalage et doit prendre des décisions dans un espace temps souvent trop court. Cet élément doit être présent dans la réflexion (clarté, récurrence de l'information, etc.).

La spécificité de la prise en charge gériatrique est globale et se réalise sur le long terme. Elle prend en compte, non seulement le diagnostic, le traitement des maladies aiguës et chroniques, les syndromes gériatriques, la fragilité, mais aussi la prévention des complications, le maintien de l'autonomie et le devenir social de la personne. Il est indispensable d'identifier les patients fragiles et pré-fragiles qui sont à risque élevé de décompensation. Les gériatres considèrent que l'état de pré-fragilité et de fragilité sont réversibles, sous réserve de la mise en place précoce d'actions préventives et curatives. Des outils de détection existent dans le domaine ambulatoire et stationnaire; il s'agit de les mettre en place pour optimiser la prise en charge.

L'Observatoire Suisse de la santé (Obsan), dans son cahier 25 "Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées", présente un concept de prise en charge graduée, selon le profil des personnes âgées, le nombre de pathologies chroniques, le degré de dépendance fonctionnelle et la fragilité de la personne.

Cette référence est intéressante dans le cadre du projet. Il est issu du modèle d'intervention "Population management" du National Health Service (NHS). Ce modèle¹⁵ est fréquemment utilisé et les pourcentages de répartition de la population sont différents d'une source à l'autre.

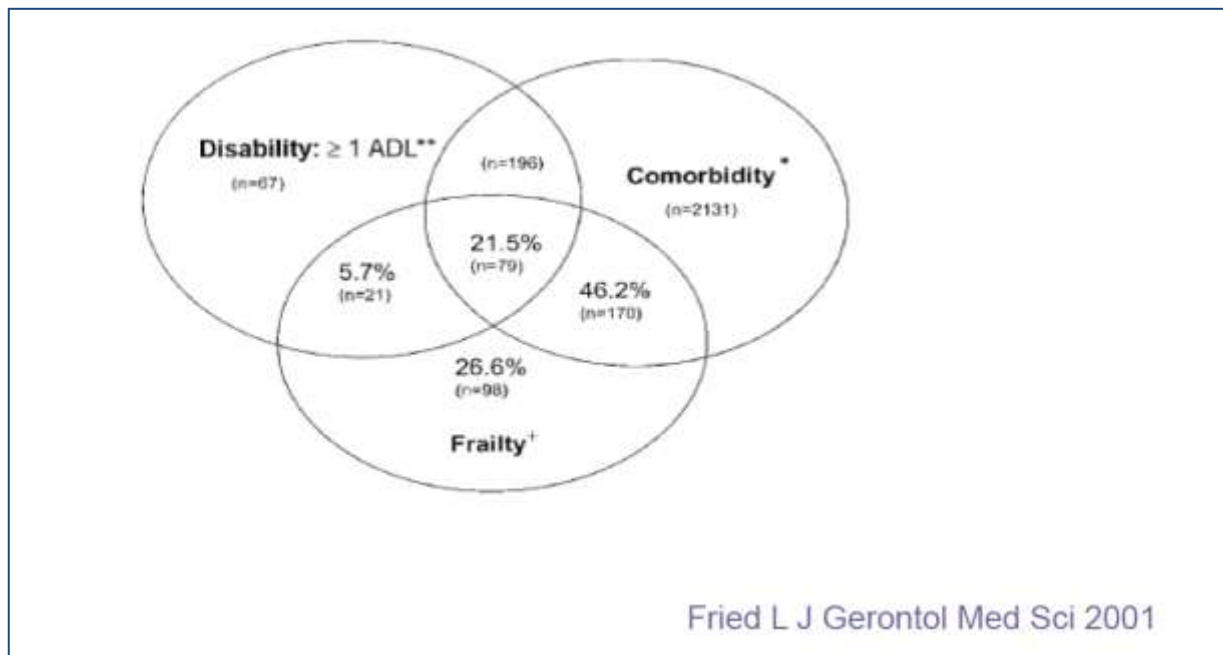
Profil de personnes âgées et concept interventionnel



¹⁵ Obsan, cahier 25 "Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées"

4.3. Le concept de fragilité de la personne âgée

Le concept de fragilité est apparu au début des années 1980, mais ce n'est qu'à partir des années 2000 que l'intérêt pour la fragilité s'est développé et que la recherche gériatrique s'est accentuée. Toutefois, bien qu'identifiable cliniquement par les professionnels et les aînés eux-mêmes, il n'existe, à ce jour, aucune définition consensuelle de la fragilité ou reposant sur un schéma physiopathologique validé. Deux grandes tendances se dégagent : l'une que l'on peut appeler "le syndrome de fragilité physique" (approche phénotypique de Fried) et une vision plus globale ajoutant à la fragilité physique une dimension psycho-cognitivo-sociale.



La fragilité est aujourd'hui définie comme étant indépendante des notions de comorbidité et de dépendance; la présence de l'une n'implique pas et n'exclut pas d'avantage l'autre.

La fragilité est donc à considérer comme une diminution de l'homéostasie et de la résistance face au stress, qui augmente la vulnérabilité et les risques d'effets néfastes tels que la progression d'une maladie, les chutes, les incapacités et la mort prématurée par la baisse des réserves fonctionnelles.

Le phénotype de fragilité de Fried est un indicateur spécifique de la fragilité qui permet, avec 5 critères, de classer la personne évaluée en 3 états : non fragile (0 critères sur 5), pré-fragile ou intermédiaire (1 à 2 critères) et fragile (3 critères ou plus)¹⁶ et ¹⁷.

Tableau 1

Dimensions et mesures du phénotype de fragilité de Fried [7].

Dimension	Mesure
Dénutrition	Perte de poids non intentionnelle de plus de 10 livres sur l'année précédente
Fatigue	A partir de deux questions incluses dans une échelle de mesure de la dépression ¹
Faiblesse musculaire	Force de préhension (grip strength) mesurée par dynamomètre, 20 ^e percentile inférieur selon le sexe et l'indice de masse corporelle ²
Ralentissement	Vitesse de marche habituelle mesurée sur 15 pieds, 20 ^e percentile inférieur selon le sexe et la taille ²
Bas niveau d'activité physique	Dépense énergétique estimée sur la base d'un questionnaire ³ , 20 ^e percentile inférieur ²

¹ CES-D Depression Scale

² Performance observée dans la CHS

³ Minnesota Leisure Time Activity questionnaire

La fragilité physique ainsi évaluée est prédictive de risque accru de décès, de chute, d'hospitalisation, de perte de fonctionnalité (diminution de l'indépendance fonctionnelle et péjoration de la marche), ainsi que d'une entrée en institution.

Le modèle d'accumulation de déficits de Rockwood¹⁸ repose sur l'idée que la fragilité se mesure par la somme de problèmes de santé liés à l'âge, indépendamment de leur gravité. On peut dès lors calculer un index de fragilité. Cet index est associé à un risque de décès et à l'âge chronologique. Il est un indicateur global de la santé des personnes âgées plutôt qu'un indicateur de fragilité.

1. Santé excellente
2. Bonne santé
3. Bonne santé, avec comorbidité traitée et asymptomatique
4. Apparemment vulnérable (ralenti ou morbidité symptomatique)
5. Fragilité légère (IADL modérément perturbées)
6. Fragilité moyenne (besoins d'aide pour les ADL et les IADL)
7. Fragilité sévère (perte de toutes les ADL ou phase terminale de pathologie)

¹⁶ Fried L J Gerontol Med Sci 2001

¹⁷ B. Santos-Eggimann. Forum Med Suisse 2013;13(12):248-252

¹⁸ Rockwood K, CMAJ, 2005

Le concept actuel d'une fragilité globale est sous-tendu par le modèle de Bergman¹⁹ qui permet l'intégration des facteurs génétiques, des processus de vieillissement physiologiques, du parcours de vie au travers d'un univers plus ou moins agressif ou protecteur, des pathologies intercurrentes et de l'environnement de vie.

Prévalence de la fragilité chez les plus de 65 ans :

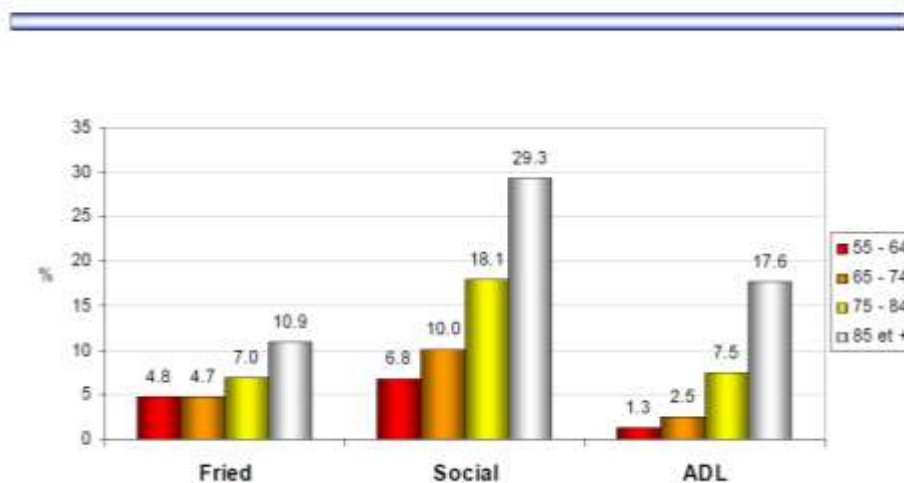
Etats de fragilité (Fried)	Etude de Fried > 65 ans	Cohorte lausannoise Lc65+ (65-69 ans)
Robuste	46 %	71,7 %
Pré-fragile	47 %	26 %
Fragile	7 %	2,3 %

La fragilité devient de plus en plus importante avec l'âge, mais une proportion non négligeable de personnes atteignant l'âge de 65 ans remplissent déjà 1 ou 2 critères du phénotype et sont donc déjà à considérer comme pré-fragiles. Généralement, dans cette tranche d'âge, il n'existe pas encore de limitation des capacités fonctionnelles, néanmoins le risque d'évolution défavorable est présent. Le potentiel de prévention dans cette tranche d'âge est sûrement considérable.

Différents travaux ont montré que la fragilité était en partie réversible et que 10 à 20 % des personnes pré-fragiles peuvent revenir à un état de non fragilité (robuste).

L'étude du Dr. François Hermann²⁰ montre une différence de prévalence selon les critères utilisés pour détecter la fragilité. En effet, si l'on ne tient compte que de critères physiques pour définir un état de fragilité comme les critères de Fried ou des échelles basées sur les capacités fonctionnelles, voire des échelles tenant compte de critères sociaux, on constate que la prévalence de la fragilité varie du simple au triple.

Frailty prevalence by age



Prévalence de la fragilité en Suisse. P. Hermann, Vienne, Autriche, septembre 2004

¹⁹ Bergman H, Gérontol Soc, 2005

²⁰ Prévalence de la fragilité en Suisse. P. Hermann, Vienne, Autriche, septembre 2004

La définition de la fragilité n'étant pas à ce jour consensuelle et le risque majeur d'interprétation erronée doivent nous faire utiliser ce terme avec une grande prudence, afin de ne pas discriminer et donc prêter à la personne âgée. La fragilité est aggravée en cas d'isolement social et de précarité financière.

La détection d'un état de fragilité doit permettre la mise en place d'un système de vigilance globale (médico-psycho-sociale) adaptée, pour retarder l'apparition de handicaps par des mesures de prévention, orienter dans le système de santé, diminuer le recours aux urgences et les hospitalisations inappropriées.

4.4. Organisation en réseau

4.4.1. Proposition de création d'une organisation supra institutionnelle

La coordination d'un réseau gérontologique est à ce jour reconnue par tous comme indispensable et nécessairement interdisciplinaire. C'est une organisation difficile à mettre en place. La question qui se pose dans le canton est de savoir si le travail en réseau de soins doit dépendre d'une institution de soins du canton à même d'assumer ce rôle et d'être reconnue par les partenaires, ou d'une structure indépendante et neutre. Les arguments ci-dessous plaident en faveur d'une organisation supra institutionnelle.

La nature de l'activité est différente entre un système de soins et un système en réseau. Les structures actuelles dans le canton font partie du système sanitaire, elles produisent des soins. Une structure en réseau a une fonction différente, elle coordonne de façon cohérente un ensemble de prestations vers un but de production et de prévention de santé à une population donnée.

Les métiers au sein de ces systèmes sont également différents. La prise en charge dans le cadre d'un réseau s'inscrit dans le temps hors épisodes de soins pris en charge par un des partenaires. Les patients, particulièrement les personnes âgées et celles souffrant d'affections chroniques, sont suivies sur un long terme. Il se construit une relation de confiance fondée sur la connaissance du patient et de son environnement. Cette accumulation de connaissances et le lien de confiance autorisent la proposition de décisions adaptées et favorise leur acceptation. Il est probable que cette connaissance permette une meilleure adaptation des prises en charge, des solutions d'orientation, ainsi qu'une diminution des recours inutiles à l'hospitalisation.

L'organisation en réseau doit être reconnue légitime par les partenaires et la population. Si la structure est gérée par une institution existante, il peut être difficile pour les partenaires et la population de l'associer à cette nouvelle mission. Le risque est de voir l'institution prestataire de soins en charge de la coordination être considérée comme partielle dans le traitement des dossiers des patients concernant leur orientation dans le réseau. Ainsi, l'hôpital a tendance à favoriser des sorties pour libérer des lits. Les professionnels des soins à domicile demandent l'hospitalisation ou l'hébergement de clients dont la charge en soins devient lourde. Les EMS enfin favorisent l'admission de résidents dont la lourdeur de cas permet une optimisation des ressources. Ces difficultés existent actuellement et rendent en partie la collaboration difficile entre les partenaires.

Une organisation supra institutionnelle paraît adaptée pour favoriser cette légitimité. Cette organisation peut être constituée de représentants des différentes institutions de soins et sociales du canton.

Si, néanmoins, la structure devait être rattachée à une organisation existante, il est essentiel qu'elle ne produise pas de prestations de soins par exemple, Pro Senectute.

4.4.2. Quelques éléments sur la forme juridique supra institutionnelle possible

Le choix de la structure juridique doit se faire de façon pragmatique. Les différentes structures possibles sont :

- Service de l'Etat;
- Service rattaché à une institution existante (structure de fait non supra institutionnelle);
- Structure de droit public indépendante;
- Association;
- Fondation;
- Société anonyme (à but non lucratif).

Les éléments importants à prendre en considération pour le choix d'une structure juridique sont :

- Souplesse de l'organisation et du management;
- Aspects fiscaux (TVA, impôts directs);
- Statut du personnel (CCT).

La plupart des structures ne sont pas très différentes s'agissant des aspects fiscaux ou du statut du personnel. En effet, une société anonyme peut être exonérée d'impôt au même titre qu'une structure de droit public. Dans la mesure où les prestations fournies sont à caractère médical ou social, celles-ci ne seraient pas soumises à la TVA. Par ailleurs, quelle que soit la structure juridique, l'affiliation du personnel à la CCT santé 21 peut se poser. Néanmoins, la décision d'une application par analogie est possible quel que soit le statut juridique.

En conséquence, le seul élément pertinent pour déterminer le statut juridique de l'institution est la question de la souplesse dans l'organisation et du management. Un rattachement à l'Etat ou une institution de droit public (fondée sur la base d'une loi) nécessite une soumission aux autorités politiques et une surveillance importante (Conseil d'Etat et Grand Conseil).

Le rattachement à une structure existante peut inquiéter les partenaires qui ne sont pas l'hébergeur, dans la mesure où les décisions en termes d'organisation appartiennent de fait à la structure qui héberge.

Restent les structures juridiquement indépendantes de droit privé (association, fondation, société anonyme). Un examen similaire a déjà été réalisé dans le cadre du centre informatique de gestion et d'économie de santé (CIGES) qui a abouti à choisir une structure de type société anonyme. Celle-ci permet en effet plus de souplesse en termes d'organisation et d'évolution, avec des organes de direction bien définis.

4.4.3. Missions d'une organisation en réseau

Le réseau de santé a pour mission de favoriser l'accès aux soins par une connaissance améliorée des structures, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires spécifiques à certaines pathologies ou populations. Il assure une prise en charge adaptée aux besoins de la personne sur les plans suivants :

- Education à la santé;
- Prévention;
- Diagnostic;
- Soins;
- Suivi et accompagnement.

Il faut donc une communication/interaction entre les professionnels et les structures :

- Médecins et professionnels de la santé;
- Hôpitaux et autres établissements;
- Travailleurs sociaux;
- Fournisseurs et prestataires de services de maintien à domicile.

La coordination doit s'attacher à :

- Mettre en cohérence des prestations actuelles et futures pour les personnes âgées ayant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne;
- Développer un travail en amont qui contribue à prévenir les états de dépendance;
- Résoudre les situations complexes et/ou urgentes dans une logique d'intervention de proximité.

4.4.4.Objectifs d'une organisation en réseau

L'un des principaux objectifs de la planification médico-sociale est le maintien à domicile, associé à des soins ambulatoires. *"Tous les prestataires de soins doivent donc travailler de concert, avec des rôles et des compétences bien définis, pour que la chaîne de prise en charge soit continue et que les prestataires actifs dans le domaine interviennent au mieux de leurs compétences²¹".* Ainsi, les objectifs d'une organisation en réseau sont les suivants :

- Organiser, coordonner le parcours de soins et le suivi du patient fragile ou en situation complexe, en interdisciplinarité;
- Développer et formaliser des collaborations avec les ressources existantes sur le territoire nécessaires à la prise en charge des personnes âgées;
- Favoriser une bonne articulation entre la communauté et l'hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social;
- Limiter le nombre d'interlocuteurs pour les médecins généralistes et les équipes de soins de premier recours, favorisant chaque fois que possible la mise en place d'un interlocuteur unique, facilitant l'accès au service proposé et la continuité des soins;
- Mobiliser des ressources médico-psycho-sociales dont les professionnels et les bénéficiaires ont besoin;
- Proposer et assurer un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés;
- Proposer et assurer un même appui aux patients, à leurs familles, dans le cadre du retour ou d'un maintien à domicile;
- Anticiper les situations de crises;
- Assurer l'interface entre tous les acteurs concernés pour garantir la continuité de la prise en charge à domicile;
- Informer la population et les professionnels de santé sur le réseau socio-sanitaire cantonal;
- Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles;
- S'assurer que les usagers bénéficient au bon moment des prestations liées à leurs besoins;
- Obtenir la réponse la plus appropriée à des besoins sociaux et sanitaires;
- Créer le lien entre les professionnels et les proches aidants et permettre la collaboration;

²¹ Conseil d'Etat (2012); Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS) (Planification médico-sociale pour les personnes âgées); Planification médico-sociale 12.013

- Organiser les interventions d'autres professionnels pour la formation et l'information de l'entourage familial.

Il est donc nécessaire d'organiser un réseau permettant de relier les structures indépendantes par des liens humains et techniques, qui assurent la cohérence des prestations et qui se complètent.

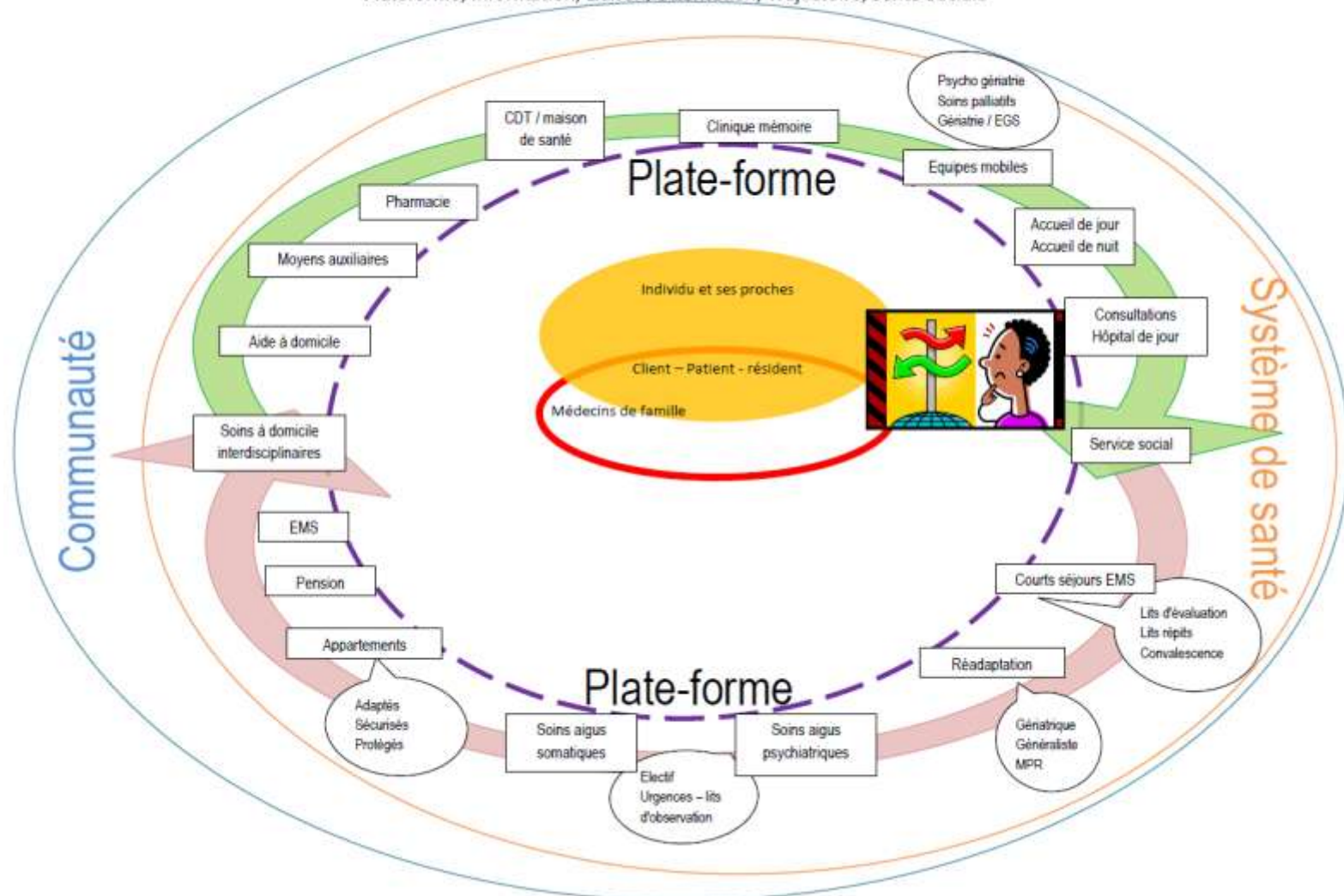
A ce titre, il faut introduire un processus d'accès offrant :

- Information;
- Evaluation des besoins requis avec éventuelle orientation dans des structures internes par des entretiens (appartements protégés, unités d'accueil temporaire, foyers de jour et/ou de nuit, EMS, CTR, etc.);
- Réactivité afin d'envisager des solutions et d'éviter ainsi des hospitalisations inappropriées qui génèrent souvent des complications.

La richesse et la complexité d'une organisation en réseau pour le canton de Neuchâtel sont représentées dans le schéma ci-dessous. Un nom est déjà imaginé pour la plateforme d'orientation.

PILOTSS : L'orientation de la personne âgée dans le système de santé du canton de Neuchâtel

Plateforme, Information, Liaison, Orientation, Trajectoire, Santé Sociale



L'orientation dans les structures existantes doit être basée sur les besoins de la personne âgée et doit amener à soulager les proches aidants. La mobilisation et la reconnaissance des proches est fondamentale et ils doivent être aidés et soutenus. La première reconnaissance semble sûrement, avant toute rémunération du proche aidant, l'accès aisé et à un coût raisonnable pour la personne, aux structures d'accueil temporaire (lits de répit, etc.).

Le financement des structures d'accueil temporaire et le coût pour la personne est un élément important. Le coût moyen d'un hébergement dans une unité d'accueil temporaire à charge de la personne dans le canton de Neuchâtel, sans les prestations complémentaires ou le remboursement de frais médicaux, est d'environ de CHF 150/jour. L'accueil temporaire est un besoin dans le dispositif d'orientation pour offrir des prestations d'évaluations gériatriques et des séjours de répit. Proposer ce type d'accueil à ce coût apparaît trop élevé pour le client qui doit supporter en plus, d'autres frais, tels que son loyer. Dans le canton de Vaud, le coût à la charge de la personne est d'environ CHF 60/jour, l'état ayant octroyé un financement spécifique. Le point sera à examiner afin de permettre l'accès à ces prestations.

Il est également très important de réfléchir à l'aspect financier des alternatives à l'entrée en EMS, car en effet, le maintien à domicile coûte, notamment pour les personnes non-bénéficiaires des prestations complémentaires.

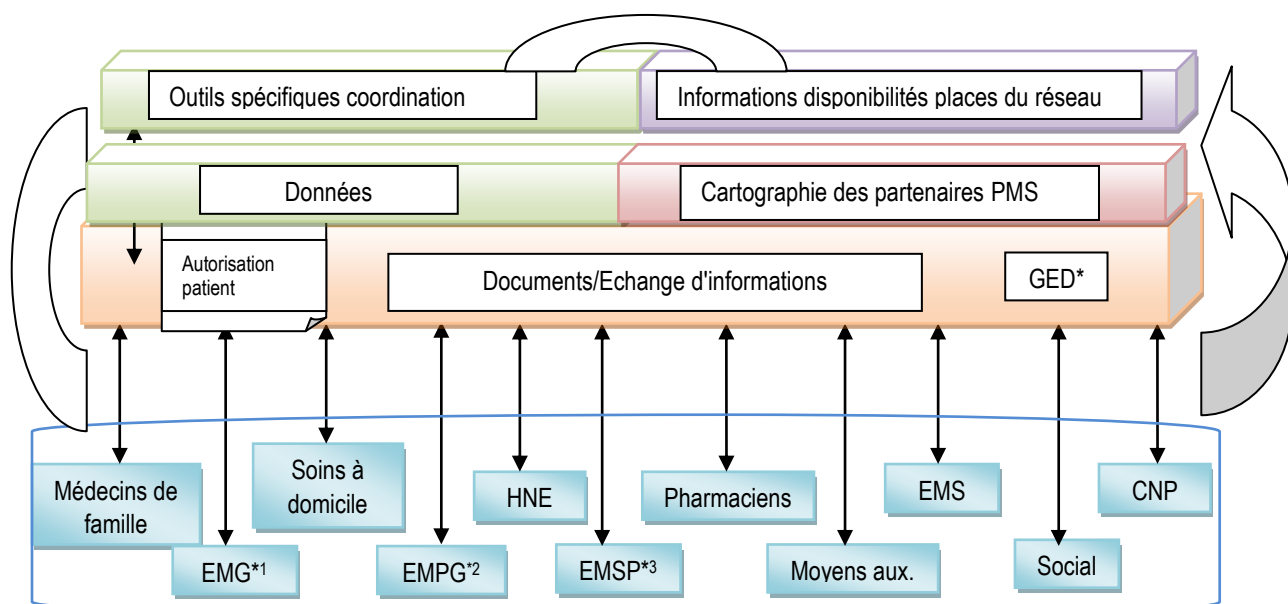
Ce concept d'organisation en réseau et de prise en charge de la population âgée axée sur la prévention, la détection de la fragilité, la coordination des acteurs pour une information et une orientation optimale dans le système de santé apparaît adapté pour le canton de Neuchâtel.

5. Besoins en système d'information

Pour qu'un tel réseau soit un soutien efficace aux personnes âgées, à l'entourage et aux professionnels, un système d'information apparaît indispensable.

La solution proposée consiste à disposer de différents outils et bases de données informatiques qui répondent aux besoins de l'organisation.

Le schéma ci-dessous représente les outils constituant la solution proposée :



* Gestion électronique de documents

*1 Equipe mobile gériatrique

*2 Equipe mobile psycho-gériatrique, liaison secteur ambulatoire CNPâa

*3 Equipe mobile en soins palliatifs

La solution englobe la cartographie des partenaires, la création d'une base de données unique pour renseigner sur la disponibilité en lits dans les EMS, une plateforme de dépôts et d'échanges de documents entre les professionnels et un dossier pour les collaborateurs de la plateforme qui comprend des outils d'évaluation et des accès à des bases de données.

5.1. La cartographie des partenaires PMS

Le site internet de la Santé publique du canton de Neuchâtel dispose d'un géo portail dont les fonctionnalités sont intéressantes. Il permet entre autres de situer différentes institutions du canton, ainsi que la recherche et la localisation par districts et villes. L'ANEMPA présente sur son site des informations sur ses prestations et celles des EMS. Pro Senectute, par son site et sa plateforme d'information infosénior, renseigne sur les possibilités offertes par le réseau, ALO NOMAD et le service social et de liaison de l'HNE le font également. En fait, chaque organisation dispense de l'information sur le réseau de soins et ses propres prestations. Néanmoins, cette information est partielle car personne n'a la vision complète des ressources, compétences et prestations disponibles dans le canton.

La cartographie des partenaires et un outil du style géo portail apparaissent adaptés dans le cadre du projet. Il semble imaginable de les compléter par une présentation des partenaires œuvrant dans le domaine de la personne âgée. Les fonctionnalités permettent de faire des requêtes (ex : prestataires offrant la livraison de repas), filtrer des données (ex : recherche par district, région ou type de prestations, prise en charge financière ou coût, etc.), accéder à une fiche descriptive standard (cf. annexe 5), à un lien vers le site internet de l'institution, etc. Pour une lecture rapide, le format et la présentation des données sont standardisés. La difficulté majeure consiste à prévoir les responsabilités inhérentes à la mise à jour des données.

5.2. Une base de données d'informations sur la disponibilité des places dans le réseau

Cette base de données a pour objectif de présenter les places disponibles dans le réseau de soins (cf. annexe 6).

L'un des objectifs de la plateforme est d'être réactive, d'anticiper les situations de crises et de proposer des solutions d'orientation.

La visibilité des places disponibles dans les structures suivantes (dénominations ANEMPA²²) apparaît incontournable :

- Appartements adaptés, sécurisés, protégés;
- Accueil de jour gériatrique;
- Accueil de jour pour personnes démentes;
- Accueil de nuit gériatrique;
- Accueil de nuit pour personnes démentes;
- Accueil temporaire d'urgence ou service d'urgence à domicile;
- Pension;
- Home médicalisé d'accueil temporaire;
- Unité d'accueil temporaire pour personnes démentes;
- Home médicalisé gériatrique de long séjour;
- Unité d'accueil pour personnes démentes de long séjour;

²² Dénominations selon le rapport ANEMPA planification médico-sociale 2013

- Home médicalisé psychiatrique de long séjour.

La base de données permet :

- Une recherche des places disponibles dans le réseau de soins, selon le type de places recherchées et par district;
- La possibilité de réaliser une préinscription sur les listes d'attente des EMS selon des critères de priorités;
- La suppression sur les listes d'attente des demandes faites par la plateforme;
- Le suivi des clients hébergés dans un EMS qui n'est pas leur premier choix.

5.3. Une plateforme d'échanges d'informations

L'échange d'informations entre les partenaires à un moment donné de la prise en charge est un défi à relever et fait partie des besoins en système d'information.

Il s'agit de déposer, consulter, importer, stocker des documents (format PDF), accessibles aux différents partenaires. Il ne s'agit pas ici d'un dossier médical, mais de fichiers nécessaires au suivi des épisodes de prise en charge (ordonnances, feuilles de transfert, évaluations, synthèses d'entretiens, etc.) (cf. annexe 7).

5.4. Un dossier intégré pour le collaborateur de la plateforme de coordination

Le dossier permet la saisie de données et l'utilisation d'outils d'évaluation et de suivis spécifiques. Il prend en compte différents éléments de la situation de la personne (santé et environnement psycho-social) et permet une détection des situations à risque. C'est un outil d'aide à la décision pour les collaborateurs de la plateforme. Il permet la réalisation d'un plan d'intervention personnalisé et le suivi des actions sur le long terme. La compatibilité avec les technologies de l'information et des fonctionnalités domotiques au domicile du client doivent être prises en compte (projet Lisomad, centrale d'alarme, télémédecine, etc.).

Aujourd'hui, chaque institution a son dossier et son outil d'évaluation :

- Les EMS disposent des outils PLAISIR et DELICES et du dossier SIEMS pour l'ANEMPA, ou d'autres comme GAMADIA ou SIGEM pour exemples;
- NOMAD dispose du RAI et du dossier Medlink;
- L'HNE dispose de l'e-PAAC et du dossier CareFolio (fournisseur du SIEMS);
- Le centre neuchâtelois de psychiatrie de l'âge avancé (CNPâa) ne dispose pas de dossier informatique;
- Les infirmiers indépendants et autres structures privées n'ont pas d'outil commun officiel, mais l'utilisation de Medionline semble se généraliser;
- Les médecins de famille n'ont pas de logiciel informatique unique;
- Pro Senectute Romandie dispose d'un outil de gestion, MediGEST.

Les outils sont donc nombreux, chacun ayant ses avantages et inconvénients.

Le RAI existe aujourd'hui dans différentes versions et sa version Home Care est utilisée par NOMAD.

Le SMAF est un outil validé utilisé principalement au Canada et en Europe, en Belgique et en France. Il est recommandé dans un rapport de la Santé publique du canton de Genève²³ comme outil d'évaluation et d'aide à la décision dans l'orientation.

²³ Dubuc N. et al. (2013); Développement d'algorithmes de soutien à la décision d'orientation des personnes en perte d'autonomie dans le réseau de soins du canton de Genève; Genève; S.F.S.P. – Santé publique

La société EROS qui a créé le système PLAISIR a développé une autre solution, PLEX, qui permet une évaluation plus rapide du niveau d'aide et de soins requis. PLEX paraît adapté pour les hébergements de court séjour, l'orientation de la personne vers des ressources complémentaires en fonction de ses besoins, etc.

L'essentiel est ici de se concentrer sur les besoins auxquels l'outil d'orientation doit répondre (cf. annexe 8). Le choix de l'outil sera l'objet d'une procédure spécifique dans un autre projet ou une extension de celui-ci.

Ce rapport se focalise à présent sur les entretiens d'orientation afin de répondre au mandat donné à l'équipe de projet.

6. Les entretiens d'orientation

Les entretiens d'orientation sont des outils de communication et de coordination utiles et nécessaires au travail en réseau. Ils ne peuvent exister seuls et nécessitent de faire partie intégrante d'un système. Les entretiens diffèrent en fonction des buts poursuivis.

Les propositions relatives aux entretiens d'orientation comportent les objectifs, un descriptif des différents types d'entretien et une présentation des activités du coordinateur.

L'organisation est liée aux concepts et à la solution informatique présentée plus haut et prévoit une centralisation des demandes à un numéro unique. En cela elle répond à un besoin exprimé dans la PMS, à savoir, la permanence téléphonique et le guichet unique.

6.1. Généralités sur les entretiens d'orientation

Le processus entretien d'orientation permet de recueillir des informations, de faire des propositions de prise en charge et d'orientation et d'accompagner des décisions selon les besoins de la personne âgée. Il répond à une demande de la personne elle-même ou de son réseau primaire ou secondaire. Il tient compte de l'avis, des connaissances et des compétences des partenaires impliqués, à savoir, la personne, son entourage, ses proches et les professionnels.

Il est primordial de différencier plusieurs types d'entretiens, en fonction de la nature de la demande et selon le stade du processus. Selon la situation, l'entretien ou les entretiens peuvent prendre plusieurs formes sans mobiliser systématiquement et à chaque étape, tous les partenaires du réseau.

Il ne se substitue pas à l'offre de prestations existantes, mais vient l'enrichir d'informations provenant d'autres professionnels, favorise la coordination des partenaires, la compréhension pluridisciplinaire de la situation et le suivi sur le long terme.

6.2. Objectifs des entretiens d'orientation

Les entretiens d'orientation ont pour objectif majeur de répondre aux besoins ou à la demande de la personne âgée en favorisant la coordination entre les intervenants sanitaires et sociaux et de recueillir les données nécessaires, afin de proposer et organiser une orientation en termes de prestations ambulatoires, ou d'accès à une structure de soins, ou médico-sociale.

Pour ce faire, ils doivent permettre de :

- Renseigner la population et les professionnels sur les partenaires du domaine sanitaire et social,
- Orienter vers le prestataire apte à répondre à la demande exprimée;
- Détecter la fragilité et mettre en place un processus de traitement de la demande par des entretiens d'évaluation, de restitution des propositions d'orientation et de suivi;

- S'assurer que toute personne (ou son représentant thérapeutique) a reçu, avant son entrée en EMS, les informations utiles à sa prise de décision;
- Evaluer les ressources, les besoins, et les déficits de la personne, en se basant sur la situation bio-psycho-sociale, avec un entretien structuré (support tests, échelles, etc.) et/ou en s'appuyant sur les observations et les évaluations des partenaires;
- Détecter la personne âgée fragile pour proposer des actions de prévention;
- Evaluer les capacités et ressources des proches aidants;
- Synthétiser, compléter et coordonner les informations avec les partenaires du réseau connus et impliqués dans la situation;
- Restituer les résultats de l'évaluation au client, proches et partenaires du réseau de santé;
- Informer la personne âgée, ses proches et les professionnels sur le réseau de santé de canton de Neuchâtel;
- Apporter une coordination d'appui au médecin traitant lors de situations médico-sociales complexes et instables à domicile, par la recherche de solutions d'hébergement;
- Proposer un renforcement de l'aide existante;
- Orienter vers d'autres filières de prise en charge, ou émettre des propositions d'alternatives possibles dans le réseau;
- Aider la personne âgée et ses proches à se déterminer face à des choix de vie, tels que l'hébergement en EMS, ou autres solutions de logement;
- Informer sur les implications financières des choix possibles;
- Soutenir le client et/ou ses proches dans l'application des décisions;
- Evaluer la mise en place des actions entreprises en assurant un suivi régulier du patient et de sa famille.

6.3. Les différents types d'entretiens

Chaque entretien suppose d'être défini. Il dispose d'un support et comprend des objectifs et des modalités de traitement de l'information (respect de la loi sur la protection des données, des droits des patients). Il s'agit d'offrir l'opportunité à toute personne qui identifie une fragilité, un risque ou un besoin non comblé avéré, d'interpeller la structure de coordination :

- La personne âgée elle-même;
- Son réseau socio-familial;
- Le médecin traitant, hospitalier, etc.;
- Les professionnels de l'aide et des soins.

6.3.1. L'entretien de premier contact avec le demandeur

Il s'agit généralement d'un entretien téléphonique réalisé par une secrétaire qui, sur la base de recommandations, enregistre les données utiles et nécessaires selon l'appelant.

Toute demande d'information sur les partenaires du système de santé fait l'objet d'une réponse et le délai dépend de la complexité des renseignements demandés.

Si l'appel concerne une demande de prise en charge par le réseau de soins, ce premier entretien doit s'axer sur les critères d'inclusion dans le réseau, clarifier le besoin, traiter ou réorienter la demande et cibler la recherche d'une fragilité. Son contenu est variable selon la provenance et l'objectif de la demande, la finalité est de disposer d'informations suffisantes pour analyser le besoin et juger de l'urgence de la prise en charge.

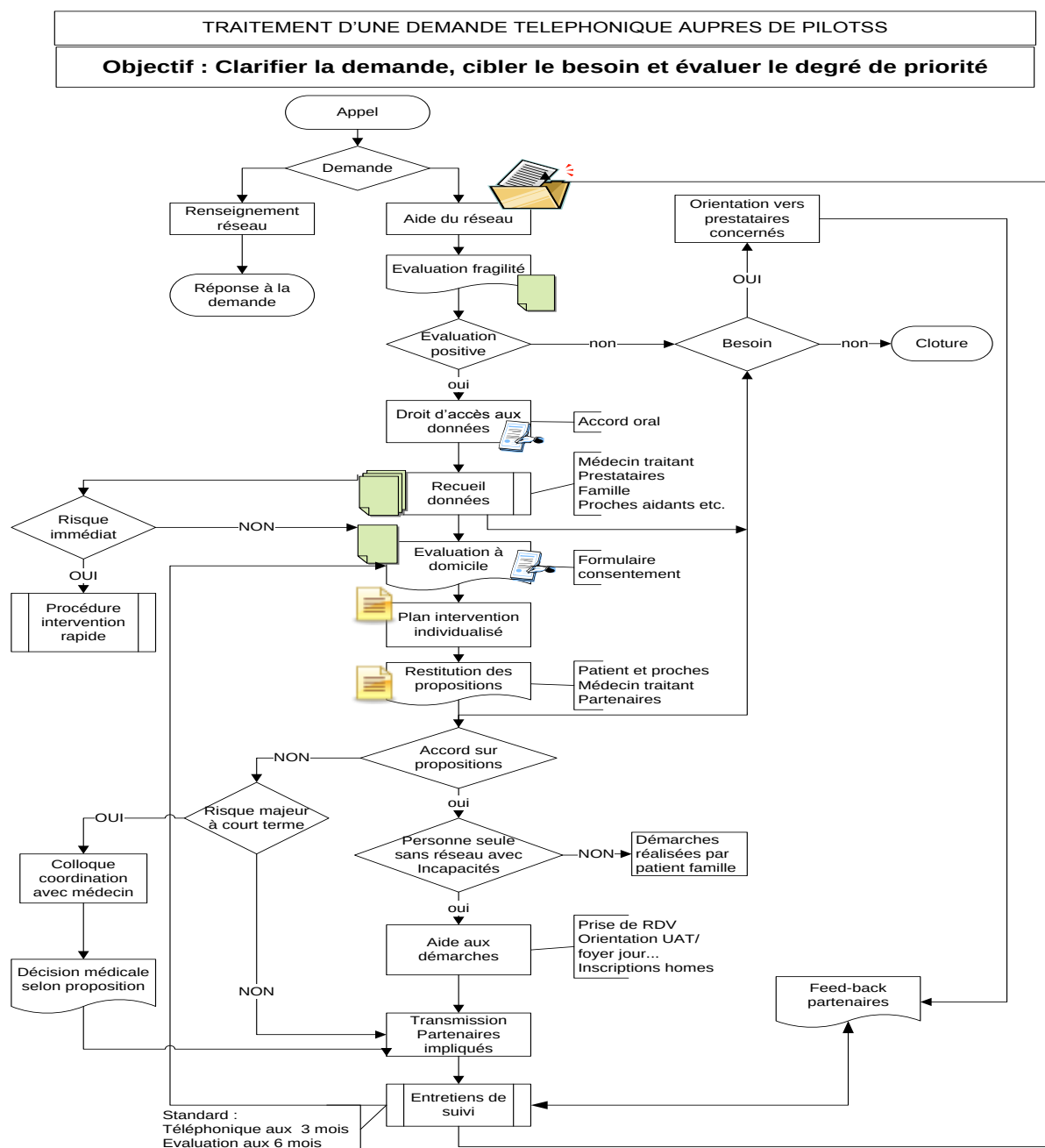
A ce stade, la personne peut être directement orientée vers un prestataire du domaine santé-social ou être prise en charge par la plateforme d'orientation.

Si le demandeur est la personne âgée ou un des ses proches, la secrétaire réalise différentes activités :

- Demande une autorisation verbale de prendre des renseignements auprès des partenaires;
- Effectue une évaluation de la fragilité (cf. annexe 9, pour exemple). Cette évaluation primaire qui comprend sept questions aide à déterminer des éléments simples d'autonomie et permet d'orienter la suite de la prise en charge;
- Donne une information précise qui décrit la suite des interventions.

Si la demande provient d'un professionnel et que son traitement apparaît urgent, l'appel est transmis à un coordinateur afin de débiter un recueil d'informations ciblé.

Le traitement de la demande dépend en grande partie de ce premier entretien, comme le montre le schéma ci-dessous. Si la personne âgée est détectée fragile, le processus se poursuit.



6.3.2.L'entretien de conseil et d'information pour une admission en EMS

Cet entretien répond à une demande précise et volontaire d'une personne âgée ou de sa famille, pour aider aux démarches d'orientation vers une unité court séjour gériatrique ou un hébergement en EMS. Il a pour but de préciser le profil de l'EMS et de donner des informations sur le déroulement des démarches et les impacts financiers. Cette demande aboutit à un entretien avec la personne âgée réalisé par un coordinateur.

Si la demande provient d'un médecin, deux situations principales peuvent se présenter.

La situation est jugée critique à domicile et nécessite le déclenchement d'une procédure rapide d'évaluation pour une orientation vers un hébergement dans une structure d'accueil temporaire gériatrique, afin d'éviter une hospitalisation inappropriée.

La situation est stable mais précaire à domicile et le médecin anticipe avec l'accord du client son devenir. Le médecin demande l'intervention de la plateforme pour dispenser de l'information et faire des propositions au bénéficiaire.

Ainsi, lors d'orientations de type placement, UAT, foyer de jour, le coordinateur peut négocier une période d'essai en cas de réticence ou d'indécision. Cette période d'essai permet de réaliser, par un séjour temporaire préalable, une évaluation sur une période plus longue, notamment en cas de nécessité de placement en EMS.

6.3.3.L'entretien d'évaluation de l'autonomie

Il permet de mesurer l'autonomie de la personne, idéalement dans son environnement habituel et de déterminer des propositions d'interventions ou d'orientation personnalisées. Selon la situation médico-psycho-sociale décrite, il est réalisé en interdisciplinarité. Sa durée est approximativement d'une heure et demie. Il prend en compte les données transmises par les partenaires du domaine sanitaire et social concerné. Dans le respect des droits du patient, l'accord oral de partage des informations entre les prestataires, donné lors du premier contact téléphonique, est confirmé par écrit.

L'entretien a lieu de préférence au domicile du patient en la présence d'un membre de l'entourage familial, ou du représentant thérapeutique et/ou du proche aidant principal. Il permet le recueil d'informations à l'aide d'un outil spécifique, qui propose une aide à la décision. Chaque incapacité est mise en relation avec la compensation existante. Selon la situation, l'entretien peut également se dérouler dans une structure d'accueil temporaire, un centre de traitement et de réadaptation ou un hôpital de soins aigus pour préparer le retour à domicile. La collaboration entre les prestataires est primordiale pour la prise en charge du client.

L'entretien d'évaluation permet de mettre en évidence les besoins non-couverts, les prestations déjà existantes et la concordance des interventions, afin d'envisager les options d'orientation.

Le coordinateur en charge de l'évaluation prend en compte l'existence de directives anticipées ou de mandat pour cause d'incapacité. En l'absence de ces documents, elle renseigne le client et ses proches.

Si la capacité de discernement de la personne est mise en doute, les démarches inhérentes à cette problématique sont à envisager avec le médecin traitant.

6.3.4. Entretiens de restitution de l'évaluation, des options d'orientation

Les entretiens de restitution ont pour objectif de présenter auprès du client, du médecin traitant et des professionnels présents dans la situation, l'analyse de la situation et les options préconisées. Leur but est également d'obtenir le consentement du patient sur certaines options, de formaliser par écrit cet accord et d'informer sur la suite de la procédure (organisation de la suite de la prise en charge, transmission aux partenaires, suivi des objectifs, etc.).

La restitution est systématiquement orale et écrite auprès des personnes présentes lors de l'entretien d'évaluation. Pour les partenaires, sauf situations citées ci-dessous, elle se présente sous la forme d'une synthèse écrite et est disponible sur la plateforme informatique d'échanges d'informations.

L'organisation, l'animation et la synthèse de cet entretien sont sous la responsabilité du coordinateur.

a) Restitution à la personne âgée et son entourage

L'entretien est organisé avec les personnes présentes lors de l'entretien d'évaluation. Selon le besoin, les partenaires impliqués sont également présents. Lors de cet entretien, le coordinateur présente, sur la base de l'évaluation de l'autonomie, les différentes alternatives susceptibles d'améliorer à court, moyen et long terme, la situation de la personne. Chaque proposition est expliquée. Le coordinateur vérifie à chaque étape la compréhension de la personne et est disponible pour répondre aux questions. La durée de l'entretien est approximativement d'une heure et demie, au-delà, il semble raisonnable de planifier un deuxième rendez-vous.

Il appartiendra à la personne âgée et ses proches de choisir ce qui apparaît le plus approprié, le coordinateur respectant le droit à l'autodétermination du patient, sous réserve de sa capacité de discernement et d'une mise en danger immédiate écartée. Il s'agit également pour le coordinateur d'être attentif à offrir, si cela est nécessaire, un délai de réflexion et de convenir des modalités de transmission des décisions. Suite à cela, la personne âgée et/ou ses proches s'engagent à collaborer à la réalisation des décisions prises (exemple : création d'un partenariat par la signature du plan d'intervention personnalisé).

Si le patient refuse toutes les propositions, il appartiendra au coordinateur d'évaluer les risques. Si une mise en danger à court terme existe, il devra en référer au médecin pour une prise de décision concertée et collaborer pour entreprendre les démarches nécessaires.

b) Restitution au médecin traitant

Il est capital de développer une relation de confiance entre le médecin et le coordinateur.

Pour certaines propositions, un avis préalable du médecin avant restitution au patient semble adéquat (évaluation gériatrique, psychogériatrique, séjour en accueil temporaire, etc.).

Le coordinateur informe le médecin s'il estime sa présence indispensable lors de la restitution au client.

L'implication du médecin traitant dans les entretiens d'orientation peut prendre plusieurs formes et ne nécessite pas sa présence à chaque entretien de restitution au patient.

Selon la situation, il peut, lors d'une consultation avec le patient et sa famille, avant ou après l'entretien de restitution au client, appuyer les propositions d'orientation faites par le coordinateur. On peut également imaginer la présence du coordinateur à une partie de la consultation.

Dans tous les cas, le médecin traitant est informé de la date de la restitution au patient et peut choisir d'être présent.

c) Restitution au prestataire de soins

Dans le cas où la présence du prestataire est nécessaire à l'entretien de restitution avec la personne âgée, la synthèse est présentée au préalable. Autrement, elle est remise après l'entretien avec les décisions prises et la mise en place des actions préconisées. Le prestataire de soins s'engage à mettre en place les actions déterminées et à transmettre des informations au coordinateur. Ce point est capital pour évaluer l'efficacité des objectifs mis en place et pouvoir les réadapter le cas échéant.

Il convient d'être attentif à l'entretien de coordination entre les prestataires de soins en présence du patient. Le risque de la sous représentation de la personne âgée face au nombre des prestataires présents est réel. Le patient peut se sentir contraint d'accepter des propositions qu'il risque de combattre par la suite. Le patient doit adhérer à son projet thérapeutique, qui dans certains cas est un projet de vie.

Le cadre de ce type d'entretien nécessitera d'être clairement fixé avec les partenaires pour favoriser la collaboration.

Il peut exister un dernier type d'entretien de restitution, l'entretien de coordination entre les prestataires de soins en l'absence du patient. Si le recueil de données ou l'entretien d'évaluation démontre un manque ou une absence de congruence entre les partenaires, le coordinateur sollicitera un entretien de coordination avec les partenaires concernés. Le but est de clarifier les rôles, les responsabilités de chaque professionnel dans la situation, afin de proposer un plan d'intervention individualisé cohérent pour le bénéficiaire.

6.3.5.L'entretien de suivi et d'adaptation

L'entretien de suivi a lieu à distance de la demande et de la mise en place des actions. Il peut être réalisé par téléphone ou lors d'une visite à domicile. Dans tous les cas, il est précédé d'un recueil d'informations auprès des partenaires qui complètent le dossier de la personne.

Les buts poursuivis dépendent de la situation initiale :

Situation sans évaluation à domicile et plan d'intervention personnalisé - entretien téléphonique à 6 mois :

- Conserver le lien avec la personne ayant fait une demande au bureau d'orientation;
- Suivre l'évolution de l'autonomie;
- Proposer une évaluation en cas d'évolution péjorative du profil d'autonomie.

Situation avec évaluation à domicile et plan d'intervention personnalisé - entretien téléphonique à 3 mois, nouvelle évaluation à 6 mois :

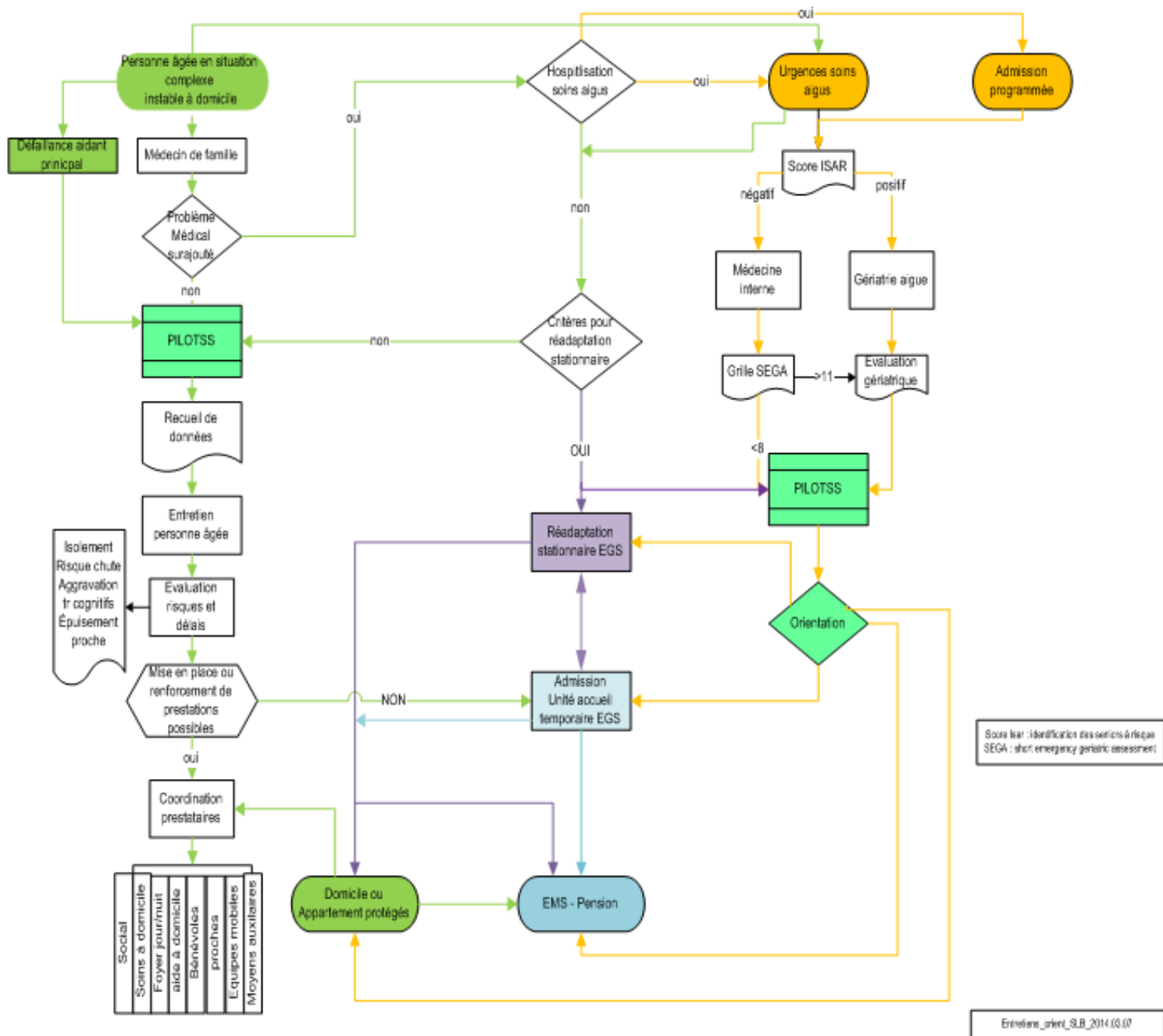
- Evaluer l'atteinte des objectifs selon le plan d'intervention personnalisé et l'évolution du profil d'autonomie;
- Valider et ajuster les mesures et décisions prises, afin qu'elles soient le mieux adaptées aux besoins de la personne âgée;
- Enregistrer les événements majeurs;
- Etre réactif aux changements de l'autonomie;
- Proposer de nouvelles alternatives si nécessaire.

Les entretiens de suivi font également l'objet d'une synthèse écrite remise aux partenaires.

Les techniques de l'information et de la communication sont des outils qui se développent et qui auront sûrement un impact majeur dans le maintien à domicile. Il est imaginable dans le cadre du suivi des personnes âgées ou de la surveillance des clients atteints de pathologies chroniques de mettre en place des instruments tels que la télémédecine.

La mise en place de la structure et des entretiens vise à améliorer l'orientation de la personne âgée. L'algorithme ci-dessous résume les alternatives :

Détection fragilité et orientation des personnes de plus de 75 ans ou de 65 ans avec une pathologie chronique, une aide formelle à domicile et une incapacité existante selon la provenance de la personne (soins somatiques et psychiatriques)



6.4. Les professionnels de l'orientation/la coordination

La structure pour pouvoir mener à bien les prestations doit bénéficier des compétences de coordinateurs, issus des domaines suivants :

- Sanitaire et social :
 - Soins infirmiers;
 - Ergothérapeute;
 - Assistant social;
 - Physiothérapeute;
 - Psychologue;
- Administratif;

Les coordinateurs doivent pouvoir s'appuyer sur la ressource médicale d'un gériatre ou d'un médecin de premier recours (médecin-conseil sous convention).

Les professionnels du domaine sanitaire et social sont des spécialistes de l'évaluation et ont une expérience professionnelle diversifiée. Ils sont au bénéfice d'une formation complémentaire dans un des domaines pertinents utiles à la fonction. Leurs responsabilités sont décrites dans l'annexe 10 "profil de poste coordinateur".

6.5. Activités du coordinateur de l'entretien d'orientation

Les principales activités du coordinateur sont déclinées ci-dessous :

- Collecter préalablement à l'entretien, les informations nécessaires à celui-ci, pour définir les besoins avec les partenaires du réseau;
- Collecter les besoins de la personne;
- Déterminer le type d'entretien nécessaire à la situation;
- Planifier l'entretien et informer les partenaires (intervenants pluridisciplinaires, famille et/ou proches aidants);
- Animer l'entretien;
- Rédiger une synthèse de l'entretien et des décisions prises;
- Transmettre les informations de l'entretien d'orientation aux personnes présentes et ainsi permettre d'apprécier l'évolution de la situation de la personne âgée;
- Accompagner le client et/ou ses proches dans les décisions à mettre en place;
- Accompagner les personnes âgées isolées dans les démarches spécifiques (inscriptions en home);
- Evaluer la mise en place des actions déterminées en assurant un suivi régulier du patient et de sa famille;
- Informer les personnes de leurs droits tels que les directives anticipées, le consentement éclairé et le mandat pour cause d'incapacité.

6.6. Droits et devoirs des patients

Comme le précise la loi de santé du canton de Neuchâtel, les patients ont des droits et devoirs qu'il convient de respecter. Les extraits ci-dessous proviennent de l'association des droits des patients²⁴.

²⁴ <http://www.droitsdupatient.ch/introduction-index.cfm>

Les droits et devoirs des patients sont les bases fondamentales sur lesquelles une structure en réseau doit se créer :

- ...*"Chacun a le droit de recevoir les soins requis par son état de santé dans le respect de sa dignité...;*
- ...*Le patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, sur les examens et traitements envisageables, sur les conséquences et les risques éventuels qu'ils impliquent, sur le pronostic et sur les aspects financiers du traitement...;*
- ...*Aucun soin ne peut être donné sans le consentement libre et éclairé d'un patient capable de discernement, qu'il soit majeur ou mineur. Le patient a en effet le droit de refuser des soins, d'interrompre un traitement ou de quitter un établissement de soins s'il le souhaite...;*
- ...*Toute personne est présumée capable de discernement, le fait d'être atteint de troubles psychiques, d'être très âgé, d'être sous curatelle ou d'être mineur n'est pas synonyme d'incapacité de discernement...;*
- ...*Chaque patient a le droit d'être accompagné lors de ses visites médicales...;*
- ...*Chaque patient a le droit de déterminer un représentant thérapeutique et de mettre par écrit ses désirs de soins "directives anticipées" au cas où il ne serait plus en mesure de les exprimer directement...;*
- ...*Un traitement efficace nécessite la participation active du patient...;*
- ...*Le patient doit informer le soignant de la manière la plus complète et la plus véridique possible..."*.

La famille a également le devoir de collaborer et d'informer les professionnels.

La finalité de la prise en charge est la personne âgée et son autonomie de décision. Les professionnels savent qu'il n'est pas toujours aisé de respecter le projet du bénéficiaire et de lui apporter sur le long terme la garantie que son autonomie sera l'unique préoccupation de l'orientation.

Une question devient alors primordiale : qui posera et comment seront posées les limites à la contrainte d'un client peu collaborant ou de sa famille qui s'oppose à des pratiques de soins ou d'orientation ? Quels processus assureront le respect et l'amélioration du processus éthique en lien avec les missions de la structure d'orientation ?

Ceci est un enjeu majeur dans le cadre des entretiens d'orientation.

7. Coût et financement

7.1. Public cible

Le vieillissement de la population est un fait. Le scénario à développer vise à augmenter l'espérance de vie sans incapacité.

L'enjeu est de détecter les personnes pré-fragiles et fragiles, donc à haut risque de dépendance ou d'aggravation de leurs incapacités ou handicaps. Cette détection qui se voudrait systématique dans le réseau sanitaire et social devrait permettre d'anticiper la dépendance et de mettre en place des actions de prévention, de prise en charge et d'orientation vers les ressources socio-sanitaires du canton.

Selon le modèle d'intervention "population management" du NHS, il est possible de projeter le nombre de personnes robustes, fragiles et dépendantes qui pourraient être bénéficiaires de la mise en place de la plateforme d'orientation.

La prévalence de la fragilité dans la population âgée de plus de 65 ans est estimée à environ 22 %. Elle augmente jusqu'à 40 % chez les personnes de 85 ans et plus, avec une prédominance chez les femmes.

A ce jour, la population de plus de 65 ans est au nombre de 32'239²⁵, la prévision est de 36'450 personnes en 2022. En se basant sur une prévalence de la fragilité à 22 %, on estime que 7'092 personnes pourraient être concernées.

La détection de la pré-fragilité et de la fragilité parmi les catégories de la population robuste et fragile vise prioritairement à mettre en place des actions de prévention, afin de retarder l'apparition d'incapacités, puis de handicaps.

Les situations complexes du niveau trois, population dépendante, relèvent de la gestion de cas. L'efficacité de la coordination est démontrée dans l'accompagnement et l'anticipation des situations de crise, afin d'éviter l'hospitalisation et préparer l'admission en home quand elle s'avère nécessaire.

Le public cible des entretiens d'orientation concerne également les personnes âgées avant leur entrée en EMS. Le tableau suivant présente le nombre d'admissions en EMS dans le canton de Neuchâtel en 2011 et 2012²⁶ et la provenance de la personne admise :

Admissions en EMS selon la provenance	2011	2012
Nombre admissions en long et court séjours	1'136	1'272
Provenance hôpitaux	60 %	65 %
Provenance domicile	28 %	22 %
Provenance court séjour	8 %	10 %

On constate que le nombre d'admissions en EMS en provenance des hôpitaux est supérieur à celui des autres cantons²⁷.

Pour la personne âgée dépendante et ses proches, l'hospitalisation permet souvent la prise de conscience qu'une institutionnalisation définitive en EMS devient nécessaire. Pour les professionnels, l'hospitalisation est parfois considérée comme un moyen à l'institutionnalisation.

Il n'est pas certain aujourd'hui que la population âgée concernée ait conscience de cette orientation un peu forcée suite à une hospitalisation. Il est à espérer que la mise en place des entretiens d'orientation permette une admission plus sereine dans les EMS depuis le domicile ou les hôpitaux et la diffusion d'une information claire.

7.2. Charges prévisibles

La définition des charges liées à la création de la structure va dépendre des options choisies, donc des prestations offertes à la population.

Le modèle développé favorise auprès des personnes âgées de plus de 65 ans :

- La mise en place d'une permanence téléphonique et guichet unique qui donnent de l'information au public et aux professionnels;
- La mise en place des entretiens d'orientation;
- La création d'une structure réactive pour diminuer le recours aux urgences;
- La détection de la pré-fragilité et de la fragilité par le biais d'outils de repérage et des différents entretiens d'orientation;
- La gestion de cas dans les situations complexes;
- La mise en place d'actions de prévention pour favoriser l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité;

²⁵ Statistiques OFS 2013 répartition de la population dans le canton de Neuchâtel

²⁶ Statistiques OFS. Provenance et destination des clients entrés et sortis durant l'année, par canton de l'établissement, 2012

²⁷ Ibidem

- La coordination des ressources sanitaires et sociales dans le canton, pour un travail formalisé en collaboration.

Les effectifs sont calculés en fonction des prestations fournies à un groupe de personnes. La file active correspond au nombre de personnes différentes qui ont été suivies par le réseau, au moins une fois dans l'année et elle est estimée à 2'500 personnes (80 % des admissions en CTR et EMS).

Les bases de calcul et la durée des entretiens ont fait l'objet d'une séance avec le chef de projet de la PMS.

- Base de calcul : Salaire moyen : CHF 94'000 + charges 24 % + ensemble des frais de la structure 30 %. Taux de productivité calculé à 80 % => Salaire horaire facturable : CHF 111;
- Coût des entretiens : CHF 1'221 (11h00 * CHF 111) * 2'000 entretiens = CHF 2'442'000 (équivalent EPT = 21 EPT), auxquels s'ajoutent environ CHF 800'000 pour financer les 7 autres EPT.

Prestations	heures	EPT
Permanence téléphonique 7/7	4'313	2.5
Guichet unique 7/7	6'039	3.5
Entretiens :		
- Préparation entretiens	4	
- Orientation/entretiens	6	
- Suivi	1	
Total entretiens	11	21
Responsable coordination		1
Total général	32'352	28
Détection de la fragilité/Entretiens d'orientation => file active de 2'500 personnes pour 2'000 entretiens		

Les ressources en termes de secrétariat et formation restent à évaluer.

Pour comparaison, la plateforme santé du Haut-Léman qui couvre un bassin de population similaire au canton de Neuchâtel emploie 28.15 EPT.

Dans le canton de Vaud, la dotation du BRIO (ARCOS) est de 2.0 EPT pour 1000 habitants de plus de 75 ans et de 1.7 EPT pour 1000 habitants de plus de 75 ans pour les réseaux ARC, RNB et PSHL. La différence de dotation du réseau ARCOS s'explique par le contexte urbain et des situations plus complexes accueillies au CHUV.

Appliquée au canton de Neuchâtel dont la population âgée de plus de 75 ans est de 15'703, la dotation représente 31.4 EPT ou 26.70 EPT selon le modèle de calcul retenu.

Les ressources nécessaires à la création sont importantes. Elles sont néanmoins à mettre en regard du coût actuel des hospitalisations et journées de soins inappropriées en soins aigus, ainsi que des hébergements inadaptés en EMS. Le coût moyen par cas d'une hospitalisation en médecine (environ CHF 10'000) est connu, ce qui l'est moins et qui doit être néanmoins pris en compte dans la réflexion est le coût lié à l'aggravation des incapacités et handicaps suite à cette orientation inadaptée en milieu hospitalier.

De plus, il est à noter qu'une partie des ressources en personnel existe aujourd'hui, car nombre de collaborateurs au sein de plusieurs institutions renseignent la population et orientent les bénéficiaires dans le réseau de soins. Lors de la mise en œuvre, il s'agira d'évaluer les dotations existantes pouvant faire l'objet de transfert.

Dans les ressources, un revenu peut provenir de la facturation de la prestation "coordination" au sens de l'OPAS²⁸ sous réserve de la reconnaissance de la plateforme d'orientation, de la complexité des cas traités et de la formation des collaborateurs.

8. Risques et opportunités

Les risques et opportunités sont nombreux et ont des effets directs sur les professionnels et la population.

	Forces		Faiblesses
Interne	- Coordination des parcours des personnes âgées et des actions des intervenants - Amélioration de l'information donnée - Utilisation d'outils prédictifs d'orientation. - Gestion des situations de crise afin d'éviter les hospitalisations et recours aux urgences - Gestion des situations complexes afin d'éviter des placements en EMS trop précoces - Suivi personnalisé sur le long terme - Propositions de solutions d'orientation adaptées à la situation - Information centralisée - Evaluations standardisées en interdisciplinarité - Processus "entretiens d'orientation" clarifié - Identification des ruptures dans les parcours de soins - Prise en compte des proches aidants - Accompagnement dans la mise en place des recommandations du plan de soins - Développement de formations communes et adaptées au canton	Interne	- Financement des prestations - Coût de la structure d'orientation - Sollicitations inadéquates des partenaires du réseau - Peu d'efficacité en termes d'orientation si les structures d'accueil et d'hébergement ne sont pas adaptées ou si le délai de prise en charge dans le réseau persiste - Craintes des professionnels de santé et services sociaux que le réseau se substitue à leurs fonctions ou missions - Représentations négatives des professionnels sur la notion de réseau (multiplicité des réseaux, substitution, lourdeur, complexité, comptes à rendre, etc.) - Différences de culture et de langage entre le monde ambulatoire et le monde hospitalier - Sous estimation de l'impact organisationnel sur les institutions - Manque de reconnaissance des missions et compétences de la plateforme d'orientation
	Opportunités		Menaces
Externe	- Innovation - Nouvelles technologies - Coordination des parcours de prise en charge - Planification médico-sociale - Volonté d'amélioration du système exprimé par les partenaires - Diminution des admissions et journées de soins inappropriées en soins aigus - Modèle émanant de la gestion des maladies chroniques incluant la prévention - Modèle émanant du concept de détection des personnes âgées fragiles - Nombreux partenaires, services et compétences existants dans le canton - Expertises à capitaliser sur le canton - Création de la permanence téléphonique et du guichet unique - Identification des besoins de la population - Attractivité pour les professionnels	Externe	- Vieillesse et fragilisation de la population - Pénurie annoncée de médecins traitants et de soignants - Risque de résistance des médecins traitants et des différents prestataires des soins ambulatoires - Statu quo si absence de coordination des parcours de soins des personnes âgées - Augmentation des coûts de la santé - Incompréhension de la population face à l'apparition d'un nouveau prestataire - Stratégie de communication insuffisante - Crainte d'exclusion des prestataires privés

²⁸ OPAS modifications de l'art 7 al.2

9. Impacts sur les professionnels et les patients

La volonté de travailler en réseau doit être portée par tous les acteurs concernés et avoir du sens pour les professionnels de terrain et la population.

Pour un certain nombre de leurs clients ou patients, les professionnels auront à partager ou accepter des décisions d'orientation ou des objectifs de soins déterminés par une structure externe qui n'offre pas de prestations de soins et risque d'être considérée comme éloignée de la réalité du terrain. Ils devront également transmettre des informations dans le cadre du suivi des objectifs et de l'évaluation des situations. Ils risquent de se sentir dépossédés d'une part de responsabilités ou de décisions auprès du patient. Les délais de prise en charge à domicile, en unité d'accueil temporaire d'un EMS, en foyer de jour ou nuit nécessiteront d'être améliorés pour accéder rapidement à la structure adaptée à un moment donné.

Le regard devra évoluer pour visualiser le bénéfice pour la personne âgée prise en charge dans le réseau et pour les acteurs. Le travail en interdisciplinarité, la coordination sont à mettre en avant. Ainsi, la recherche de solutions basées sur un recueil de données complet, la connaissance du réseau, l'organisation et la restitution des entretiens, les décisions d'orientation dans les situations complexes et urgentes, un suivi sur le long terme en dehors de tout épisode de soins, une connaissance améliorée et partagée sur le patient et son environnement à l'ensemble des partenaires sont autant d'atouts à même de faciliter le travail de tous les acteurs du système.

Pour favoriser la collaboration, la mission des coordinateurs doit être claire dans l'ensemble du système en réseau. Leur formation doit être basée sur les spécificités de l'approche gériatrique et la fragilité, la communication, l'écoute, la négociation, la conciliation, la gestion des entretiens, la gestion de cas, les connaissances du système de santé neuchâtelois et les missions et prestations offertes par les partenaires.

Pour la population, le réseau est garant de la mise à disposition d'informations sur les prestataires. Il offre une évaluation neutre, un interlocuteur unique dans les situations complexes, un suivi pour le long terme et la proposition de solutions basées sur une connaissance approfondie de la personne et de son environnement. Il favorise l'auto prise en charge et l'autodétermination.

10. Les indicateurs de monitoring

Les indicateurs sont nécessaires à l'évaluation de l'efficacité de l'organisation créée. L'outil informatique à disposition nécessite d'être construit pour permettre un relevé automatisé des données.

Certaines statistiques existent aujourd'hui et pourront mesurer l'évolution du système (statistiques OFS : nombre d'admissions en EMS longs et courts séjours, répartition de leur provenance. Statistiques de l'HNE : nombre d'admissions inappropriées en soins aigus, nombre d'hébergements en catégorie C, etc.).

Les indicateurs ci-dessous sont centrés sur la mise en place d'une plateforme d'orientation et les nouvelles prestations offertes.

Les indicateurs de processus sont les suivants :

- Taux de patients fragiles détectés -
Nombre de patients dont le score de fragilité est positif;
- Taux de répartition des propositions d'orientation chez les personnes détectées fragiles -
Relevé du nombre de fois où une prestation du réseau est mise en place et laquelle (EGS, foyer jour, foyer de nuit, etc.) pour chaque personne dont le score de fragilité est positif;

- Taux de demandes d'orientation en urgence depuis le domicile -
Relevé du nombre de demandes provenant du domicile dont le délai d'intervention demandé est inférieur à 48h;
- Taux de répartition de la décision d'orientation prise pour chaque cas orienté en urgence depuis le domicile;
- Délai de réponse de la plateforme entre une demande d'orientation et la décision -
Relevé de la date et l'heure de l'appel initial et de la date et l'heure de la mise en place de la solution qui stabilise la situation.

Les indicateurs de résultats sont les suivants :

- Nombre de dossier traités par coordinateur;
- Taux de répartition des lieux de vie à 1 an - 2 ans, etc., après la prise en charge par le réseau;
- Taux de satisfaction des usagers; questionnaire;
- Taux de satisfaction des partenaires, questionnaire.

Il peut être intéressant, dans l'optique d'éventuelles comparaisons inter cantonales, de s'intéresser au projet ICARE (projet indicateur des réseaux de soins) développé dans le canton de Vaud.

11. Planification de la mise en œuvre

Le rapport présente les principes et les bases d'une organisation en réseau dans laquelle les entretiens d'orientation s'inscrivent. Mettre en place cette organisation va nécessiter du temps et des ressources et dépend de l'avancement des autres groupes de travail de la PMS, qui traitent de l'hébergement, du système d'information, du développement des soins à domicile, etc.

S'agissant de la localisation de la plateforme, certains paramètres sont à prendre en compte pour le déploiement. Dans le souci d'être à proximité des usagers, son accessibilité est importante pour la population et sûrement pour les futurs collaborateurs. Si on désire utiliser des infrastructures existantes, promouvoir une collaboration, favoriser la proximité pour la population et limiter les déplacements, il semblerait opportun de positionner la plateforme dans les futurs centres de diagnostic et de traitement (CDT) du Val-de-Travers, des Montagnes et du Littoral. Les coordinateurs seront alors amenés à se déplacer dans les trois régions. La permanence téléphonique est assurée en alternance (semaines ou mois) par chacune des antennes de la plateforme.

Un déploiement progressif des entretiens d'orientation est à envisager, il paraît possible de les débiter durant le deuxième semestre 2015. Au préalable, il s'agit de choisir un échantillonnage parmi le public et de cibler les prestations offertes. Le scénario de démarrage dépend aussi de l'accessibilité à certaines structures ou prestations. Le choix du périmètre a un impact sur les dotations.

Il convient de mettre en place un secteur pilote qui idéalement devrait tester :

- Les outils d'évaluation et d'entretien;
- Le processus, c'est-à-dire l'orientation de la personne âgée depuis le secteur pilote, l'organisation, la coordination des acteurs et les entretiens de suivi;
- Le processus et les outils de transmission des informations.

Le tableau suivant présente cinq possibilités pour tester les différents types d'entretiens et l'organisation. Chacun présente des avantages et inconvénients. Il convient de choisir un scénario pour planifier la suite des activités.

Toutes ces étapes et d'autres seront à mettre en place pour le déploiement entier de la plateforme d'orientation. Il s'agit ici de choisir le secteur pilote :

Prestations 2015	Avantages	Limites
1. Effectuer les entretiens chez les personnes âgées hébergées en unité d'accueil temporaire	Nombre de cas annuels connu (270) ²⁹ Favoriser l'organisation du retour à domicile Patientèle fragile Pré orientation déterminée Permet de tester des évaluations gériatriques ou psychogériatriques	Ne teste qu'une partie du processus Déplacement des coordinateurs sur tous les EMS dans le canton disposant de lits d'UAT Besoin non prioritaire
2. Effectuer les entretiens chez les personnes âgées hospitalisées en CTR orientées en UAT ou EMS	Nombre de cas annuels connu (270) ³⁰ 40 % des patients sont déjà au bénéfice d'une EGS Patientèle fragile Favoriser l'organisation du retour à domicile	Ne teste qu'une partie du processus Déplacements au minimum sur 4 sites des coordinateurs dans le canton Risque de prolongation des durées de séjour en fonction de la disponibilité des coordinateurs
3. Effectuer les entretiens d'orientation sur demande des médecins traitants	Nb de cas annuels inconnu Efficace si les structures d'accueil et d'hébergement sont déjà adaptées Peut éviter des hospitalisations inappropriées	Risque de surcharge rapide Déplacements importants des coordinateurs dans le canton
4. Effectuer les entretiens chez les personnes âgées présentes aux urgences des soins aigus somatiques sans critère d'hospitalisation répondant à un profil type de fragilité ou complexité	Nb de cas annuels inconnu Efficace si les structures d'accueil et d'hébergement sont déjà adaptées Peut diminuer des hospitalisations inappropriées Postes fixes aux urgences Amélioration du processus de sortie depuis les urgences	Ne teste qu'une partie du processus Nécessite plus de dotation au démarrage pour assurer le suivi à domicile et la coordination des acteurs Inefficace si persistance du délai de prise en charge par les soins à domicile et autres prestataires de services
5. Effectuer les entretiens chez les personnes âgées hospitalisées dans les unités de médecine des soins aigus somatiques répondant à un profil type de fragilité ou complexité	Nb de cas annuels inconnu Amélioration du processus de sortie Efficace si les structures d'accueil et d'hébergement sont déjà adaptées Peut diminuer des hospitalisations inappropriées Postes fixes dans les unités de médecine	Ne teste qu'une partie du processus Nécessite plus de dotation pour assurer le suivi à domicile et la coordination des acteurs

²⁹ Statistiques OFS. Nombre de clients admis durant l'année de relevé en court et long séjour année 2011 - 2012

³⁰ Statistiques HNE service social liaison 2013

Le choix et le développement du pilote est une étape délicate et importante pour la suite du déploiement. Ce qui semblerait le plus utile, car absent aujourd'hui du dispositif, serait de débiter par l'étape 3 ou 4, sous réserve de l'amélioration du délai de prise en charge par les soins à domicile et autres prestataires de services et de l'adaptation partielle du dispositif en lits (augmentation du nombre de places en UAT).

Les solutions 1 ou 2 apparaissent néanmoins plus simples et raisonnables à mettre en place en premier lieu : ce sont ces solutions qui sont recommandées par le comité de pilotage. Des entretiens sont déjà effectués en UAT et CTR, la difficulté majeure résidera dans l'acceptation par les professionnels déjà en poste de ces nouveaux collaborateurs ou nouvelles fonctions. Il s'agira, une fois le pilote choisi, de décrire plus précisément la mise en œuvre et les impacts sur l'organisation et la dotation.

Indépendamment de la solution choisie, pour tester les entretiens d'orientation en 2015, certains pré-requis sont nécessaires en termes de documentation, formation, information, outils, etc. :

- Formation à l'approche et aux outils gériatriques, communication;
- Calcul de la dotation;
- Engagement des professionnels;
- Réalisation des cahiers des charges;
- Eléments de documentation :
 - Dossier client;
 - Formulaire d'accord d'inclusion dans le réseau et de partage de l'information;
 - Questionnaire de fragilité adapté;
 - Recueil de données médico-sociales initial;
 - Outils d'évaluation;
 - Formulaire de demande d'intervention de la plateforme;
 - Modèle plan d'intervention personnalisé et synthèse des alternatives;
 - Synthèse des entretiens de restitution aux partenaires;
 - Suivi des objectifs;
 - Fiches d'identité des établissements médico-sociaux;
- Protocoles et procédures organisationnels communs;
- Droit d'accès aux systèmes d'informations existants;
- Conventions de partenariat;
- Charte;
- Outils de communication.

Ces différents éléments apparaissent dans le diagramme de Gantt en annexe 11.

La planification reprend les différentes étapes pour mettre en place les entretiens d'orientation dans le secteur choisi. Elle prévoit la possibilité de travailler sur certaines activités dès le mois d'octobre 2014, sous réserve d'une validation de principe du comité de pilotage. Il s'agit de tâches indépendantes du choix du pilote.

En ce qui concerne la communication autour de la PMS, elle a déjà débuté et est gérée par le CoPil PMS et ne fera pas l'objet ici d'un développement. Elle est capitale pour les collaborateurs du pilote, afin de diminuer les craintes.

12. Conclusion

Les partenaires reconnaissent aujourd'hui un besoin en termes d'amélioration de l'orientation et du flux des patients entre les différents partenaires. L'organisation actuelle du système socio-sanitaire du canton ne peut plus répondre de manière satisfaisante aux besoins d'une population vieillissante qui nécessite une coordination et une continuité des soins optimales.

Le rapport va au-delà de l'objectif du départ en préconisant la création d'une plateforme d'orientation supra institutionnelle. Celle-ci est basée sur un concept de détection de la fragilité, la coordination des acteurs, la mise en place d'actions de prévention et l'orientation de la personne âgée dans le réseau sanitaire et social par le biais des entretiens. Elle a également pour objet de développer une centrale téléphonique et un guichet unique. Le canton de Neuchâtel a l'opportunité de s'appuyer sur le rapport de la PMS, les organisations en réseau des cantons voisins et la littérature pour créer une structure innovante, utile et nécessaire à la prise en charge coordonnée des personnes âgées.

13. Compléments au rapport

En juin 2014, le COPIL PMS a validé le rapport avec les orientations suivantes :

- Le concept de fragilité qui sous-tend l'approche;
- L'organisation du réseau en une structure extra-institutionnelle, qui devra être créée sous la forme d'un organisme de droit public;
- L'organisation centralisée de l'information (guichet cantonal d'information);
- La mise en place de portes d'entrée décentralisées dans les régions;
- La mise sur pied d'entretiens d'orientation qui prennent en compte les évaluations déjà entreprises par les partenaires sanitaires;
- La mise en place d'un projet pilote sur une région du canton, scénario non envisagé dans le rapport.

Des compléments ont été demandés suite à la mise en consultation du rapport. Il s'agit de clarifier l'articulation des entretiens d'orientation avec les partenaires, notamment ceux du maintien à domicile et de définir le rôle et l'utilisation des outils d'évaluation de chaque institution afin d'éviter tout doublon.

13.1. Généralités

Pour rappel, ce complément vise à préciser que la plateforme d'orientation se veut une structure d'appui aux médecins et équipes de soin de premier recours lors situations complexes et fragiles. Son but est de travailler en interdisciplinarité et en collaboration avec les professionnels. Un ciblage approprié des personnes âgées pouvant en bénéficier, porté par les acteurs actuels du système socio-sanitaire, est nécessaire.

13.2. Les outils d'évaluation

Actuellement, chaque partenaire a son outil et estime la situation indépendamment d'une évaluation précédemment faite. Une partie des questions posées au client est redondante faute de transmission entre les institutions. Cette situation paraît parfois curieuse pour la personne prise en charge.

Le défi à relever est de faire confiance aux professionnels d'autres structures et de prendre en compte les évaluations réalisées. Cela nécessite une reconnaissance de la compétence de l'autre et une appropriation de ses outils afin que chaque partenaire utilise les données récoltées et adapte ainsi son évaluation. Il s'agit d'éviter des doublons et des évaluations multiples qui risquent de ne pas être prises en charge par les instances de financement.

L'instrument de travail pour les collaborateurs de la plateforme est un élément à ce jour encore indéterminé. Il peut s'agir d'un dossier spécifique qui serait développé dans l'objectif de déterminer un profil sur la base d'échelles d'évaluations déjà validées (Katz, Lawton, MMS, etc.) dont les algorithmes d'aide à la décision sont déjà construits (Jura). Il pourrait également s'agir d'un logiciel existant sur le marché (SMAF, par exemple). Cette dernière solution semble la plus efficiente dans la mesure où c'est un outil validé, utilisable rapidement avec peu d'adaptations, dont le coût est globalement connu et des indicateurs déjà construits. Des interfaces devraient être développés entre l'outil choisi et les différentes applications afin d'éviter un travail de recopiage fastidieux et limiter les erreurs de ressaisie.

13.3. Fiche de modifications de situation à domicile

Dans le cadre de la détection de la fragilité, outre l'évaluation qui donne une photographie à un instant précis du degré d'autonomie, l'évolution de la situation dans les actes de la vie quotidienne est primordiale. Afin de prendre en compte les modifications de la situation à domicile, il apparaît important que les données soient, pour une part, transmises par le professionnel qui intervient régulièrement pour aider dans les AVQ. Il peut s'agir d'un ASSC, d'un aide-familiale, d'un aide-soignant ou d'un auxiliaire de vie selon les prestations mises en place. Dans ce cadre, un formulaire pluri-professionnel est proposé en annexe 12. Cette fiche de modifications à domicile met en évidence l'évolution de la situation durant les dernières semaines de prise en charge, la nature des modifications, les acteurs alertés autour de la problématique et les actions entreprises.

13.4. Articulations entre les partenaires impliqués dans le maintien à domicile

A domicile, le client a généralement un médecin traitant référent. Concernant les partenaires impliqués, différents scénarii ont été identifiés : le client est suivi par NOMAD, par un infirmier indépendant, par un autre prestataire impliqué dans le maintien à domicile ou inconnu du réseau socio-sanitaire du canton de Neuchâtel (hormis son médecin traitant).

- **NOMAD (cf. annexe 13)**

Aujourd'hui à NOMAD, l'ouverture du dossier se fait sur la base d'un formulaire de demande de prestations. A l'exception de demandes d'aide pratique ou de courtes prises en charge, les clients ont une évaluation RAI effectuée entre 3 à 5 jours après la demande. Lors de transferts entre institutions, une feuille de transmission est complétée par un infirmier, généralement le référent du patient.

- **Infirmier indépendant (cf. annexe 14)**

Pour les infirmiers indépendants l'ouverture des dossiers se fait majoritairement suite à une demande téléphonique. Les clients sont évalués sur la base d'un outil propre à chaque professionnel ou à chaque cabinet de groupe. La problématique est différente dans la mesure où les infirmiers indépendants ne disposent pas des outils validés (RAI, Katz, Lawton). Actuellement, la Santé publique (lors de l'autorisation de pratique) ou les assureurs maladie ne contraignent pas les infirmiers indépendants à utiliser un outil plutôt qu'un autre pour définir le mandat de prestations.

Les similitudes de prises en charge existent entre NOMAD et un infirmier indépendant. L'évaluation est faite à domicile au début de la prise en charge. Une réévaluation peut avoir lieu tous les mois (lors de situations complexes) ou à 3 ou 6 mois, ou encore lorsque les prestations augmentent, pendant plus de 10 jours, suite à une péjoration de l'état de santé ou de la dépendance. Un plan de soins individualisé et un mandat de prestations sont réalisés. La prestation est facturable.

- **Autre prestataire ou inconnu du réseau socio-sanitaire (cf. annexe 15)**

Pour un client inconnu d'un prestataire de soins, le coordinateur de la plateforme ouvre un dossier. La situation de la personne est évaluée avec les outils à disposition. Des objectifs ou des recommandations d'orientation et de prise en charge sont élaborés; ils servent d'aide à la réalisation du plan de soins individualisé et le coordinateur ne réalise pas le mandat de prestations. La prestation est à priori facturable.

La difficulté va résider dans la suite de la prise en charge. Si des prestations d'aide et de soins sont requises, le coordinateur va interpeller NOMAD ou un infirmier indépendant. Si une nouvelle évaluation est refaite, il est fort probable que les assureurs maladie n'acceptent pas de prendre en charge ce surcoût. Des négociations dans le sens doivent avoir lieu avec les financeurs.

13.5. Application des logigrammes (cf. annexes 13, 14 et 15)

Les professionnels du maintien à domicile identifient deux types de situations complexes "fragiles" d'un point de vue médical et/ou socio-environnemental qui induisent une demande d'intervention du coordinateur de la plateforme.

13.5.1. Fragilité, approche médicale

Dans l'approche médicale, la situation de dépendance s'aggrave, généralement, les prestations d'aide et de soins augmentent. La situation est susceptible de décompenser. Dans ce cas, une nouvelle évaluation est réalisée par le prestataire en charge du client afin de modifier le mandat de prestations. C'est ce nouveau document ainsi que la fiche de modifications de la situation à domicile qui sont fournis à la plateforme.

Dans cette situation, le risque est d'interpeller la plateforme dans l'urgence alors que l'orientation et la coordination ont tout leur sens de manière anticipée, afin de proposer des alternatives à une hospitalisation ou un hébergement définitif.

13.5.2. Fragilité, approche socio-environnementale

Dans l'approche socio-environnementale, la situation de dépendance est globalement stable et ne nécessite pas d'augmentation de prestations d'aide et de soins dans l'immédiat. C'est un changement de l'environnement habituel, mettant en danger le maintien à domicile qui va faire intervenir le coordinateur. Dans ce cas, l'évaluation de prise en soins existante peut dater de plusieurs semaines, reste valide et est transmise à la plateforme.

13.5.3. Provenance de la demande

Dans les logigrammes, la provenance de la demande n'est pas spécifiée, elle peut provenir de n'importe quel demandeur (NOMAD, infirmier indépendant, médecin traitant, la personne ou ses proches ou toute autre personne ou institution). Ce qui va changer selon le demandeur, c'est l'ordre dans lequel va se dérouler le processus d'information et de recueil de données auprès des partenaires. Dans tous les cas le client est informé et en accord avec la demande.

13.6. Désaccord du prestataire sur les objectifs ou recommandations

Rappelons que la mission de la plateforme est d'être un soutien et une aide dans les situations complexes et de s'assurer que le client bénéficie au bon moment des prestations liées à ses besoins.

Dans certaines situations, Il est à prévoir qu'un désaccord puisse exister entre le prestataire de soins et le coordinateur de la plateforme, sur les propositions d'orientation ou de prise en charge avalisées par le client. Afin de limiter ce risque, chacun des partenaires doit avoir à l'esprit, les besoins du client et le respect de ses droits. Le coordinateur se doit de tout mettre en œuvre, dès le début de la démarche, afin d'éviter ce type de situation.

Ainsi, lors du recueil de données :

- Le partenaire est en mesure d'exprimer les problèmes vécus, ses besoins dans la situation et quelle solution lui apparaît la plus adaptée. Le collaborateur de la plateforme en tient compte dans son évaluation sous réserve d'une démarche centrée sur les besoins du client;
- Les objectifs ou propositions du coordinateur, validés par le client sont réalistes et réalisables à court ou moyen terme, ont du sens dans un projet global de prise en charge;

- Les objectifs ou propositions sont une aide à la réalisation du projet de soins individualisé et n'entrent pas dans le détail de la prestation à réaliser;
- Dans le but de favoriser l'acceptation des mesures préconisées par le coordinateur de la plateforme, ces derniers doivent être attentifs à prendre en compte l'impact financier sur le client des solutions proposées. Cet aspect est d'autant plus important pour les personnes qui n'ont pas accès aux prestations complémentaires.

Dans tous les cas ce risque est à prendre en compte. L'expression d'un désaccord doit être favorisée à l'entretien de restitution, la divergence de point de vue, si elle existe, doit être comprise et traitée en favorisant l'écoute, la communication et l'information et la conciliation si nécessaire.

A ce stade, plus concret de la démarche, des craintes existent concernant l'ampleur de la tâche à accomplir en termes de décloisonnement et de collaboration entre les partenaires. Il est capital de rester centré sur la personne âgée et ses ressources pour trouver du sens à la mission de ce nouvel acteur, le réseau. Au-delà des difficultés inhérentes à la mise en place du projet, c'est le fait de partager les connaissances, les objectifs basés sur les besoins de la personne, de se faire confiance entre partenaires qui fera vivre ce réseau pour le bénéfice de la population et la réalisation de la PMS.

14. Membres de l'équipe de projet

- Sylvie Le Bail, HNE
- Elif Atila, IIN
- Yolanda Espolio Desbaillet, HNE
- Catherine Leuba, Infirmière indépendante en psychiatrie
- Claudine Mangeat, ANEMPA
- Laetitia Mauerhofer, PSAJ
- Catherine Panighini, ANEMPA
- Florence Paolini, NOMAD
- Fernanda Santos, CNP
- Anne-Pascale Schneider, HNE
- Françoise Yoder, La Croix-Rouge suisse canton de Neuchâtel

Nous remercions chaleureusement Monsieur Olivier Boillat, directeur du SEREI et juriste, qui a collaboré à une partie des travaux.

15. Membres du Comité de pilotage

- Philippe Babando, CeNeMHo
- Gabriel Bader, NOMAD
- François Dubois, PSAJ
- Francine Glassey Perrenoud, MFNe
- Yves Grosclaude, SCSP
- Sandra Jeanneret, HNE
- Jacques Maeder, ANIPPA
- Richard Micheler, ANEDEP
- Marie-France Vaucher, ANEMPA

16. Abréviations

- ADL : Activity of daily living
- ANEDep : Association Neuchâteloise des Directeurs d'Etablissements médico-sociaux Privés
- ANIPPA : Association Neuchâteloise des Institutions Privées pour Personnes Âgées
- ANEMPA : Association Neuchâteloise des Etablissements et Maisons pour personnes âgées
- ANSB : Association Neuchâteloise des services bénévoles
- ARC : Association Réseau de soins de la Côte
- ARCOS : Association Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise
- AVIVO : Association vieillesse invalidité veuf et orphelin
- BRIO : Bureau régional d'information et d'orientation
- CeNeMHo : Cercle Neuchâtelois des Médecins de Homes
- CIGES : Centre informatique de gestion
- CNP : Centre neuchâtelois de psychiatrie
- CNPâa : Centre neuchâtelois de psychiatrie de l'âge avancé
- CORES : Coordination des réseaux de soins
- CTR : Centre de traitement et de réadaptation
- EGG : Evaluation gériatrique globale
- EGS : Evaluation gériatrique standard
- EMS : Etablissement médico-social
- FARES : Fédération des Associations des Retraités et de l'Entraide en Suisse
- Fegems : Fédération genevoise des EMS
- FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- FST : Fondation suisse pour les téléthèses
- ISAR : Identification des séniors à risque
- HNE : Hôpital neuchâtelois
- HUG : Hôpitaux universitaires de Genève
- IADL : Instrumental activities of daily living
- IIN : Infirmières indépendantes de Neuchâtel
- Imad : Aide et soins à domicile du canton de Genève
- LISOMAD : Lien social pour le maintien à domicile
- LPFES : Loi sur la planification et le financement des établissements sanitaires
- MDA : Mouvement des Aînés
- MFNe : Médecins de Famille Neuchâtelois
- NHS : National Health Service
- NOMAD : Neuchâtel Organise le Maintien A Domicile
- Obsan : Observatoire suisse de la santé
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
- OFS : Office fédéral de la statistique
- PIP : Plan d'intervention personnalisé
- PMS : Planification médico-sociale
- PSAJ : Pro Senectute Arc jurassien
- PSHL : Plateforme santé haut-léman
- RAI : Resident assessment instrument
- RNB : Association Réseau de la Broyes
- SCSP : Service cantonal de la santé publique
- SEGA : Short emergency geriatric assessment
- SPRS : Service de la planification et du réseau de soins
- UAT : Unité d'accueil temporaire
- UATr : Unités d'accueil temporaire de répit

17. Bibliographie

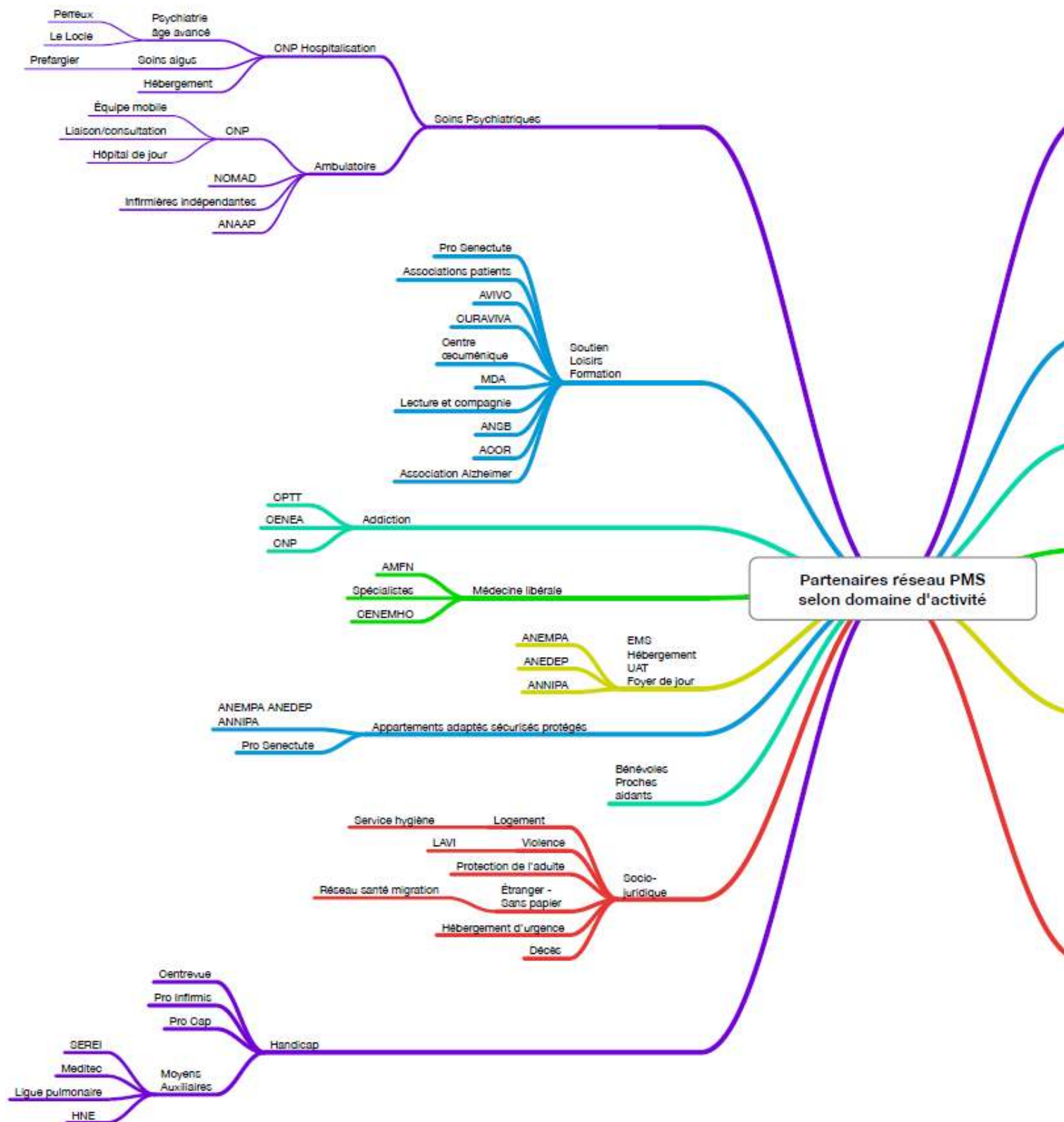
- Höpflinger F., Bayer-Oglesby L., Zumbunn A. (2011); La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée; Berne; Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé
- Harrison C. (2011); L'approche gériatrique multidisciplinaire – des modèles et leurs spécificités; Québec; Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- Monod S., Hongler T., Castelli T., Clivaz-Luchez P., Büla C. (2011); Le Resident Assessment Instrument-Home-Care (RAI-Domicile) : ce que le médecin de premier recours doit savoir; Revue médicale suisse
- Dubuc N. et al. (2013); Développement d'algorithmes de soutien à la décision d'orientation des personnes en perte d'autonomie dans le réseau de soins du canton de Genève; Genève; S.F.S.P. – Santé publique
- Groupe de travail chargé de préparer la mise en place d'un plan cantonal Alzheimer (2012); Rapport en vue de la mise en place d'un plan cantonal Alzheimer
- Haute autorité de santé (HAS) (2013); Note méthodologique et de synthèse documentaire – Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires?; Saint-Denis La Plaine (F)
- Barbey V., Lambelet C. (2009); Enquête sur la planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel; HES-So et HES-Arc
- Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise" (ARCOS) (1999); Charte fondatrice; Lausanne
- Grand Conseil du canton de Vaud (2007); Loi sur les réseaux de soins; Lausanne
- Grob D. (2007); Principes fondamentaux et concept de travail de la médecine de la personne âgée – Profil de la gériatrie en Suisse; Berne; Bulletin des médecins suisses
- Schwab P. (2013); Actualité OFSP – Statistique médicale des hôpitaux 2012 – Tableaux standards ; Neuchâtel; OFSP
- Les Républiques et Cantons du Jura et Neuchâtel (2013); Convention intercantonale relative à la protection des données et à la transparence dans les cantons du Jura et de Neuchâtel (CPDT-JUNE)
- Dr Kiefer B. (2013); Dossier électronique du patient – Une course de vitesse avec le Big Data; Chêne-Bourg; Compétence
- Dramé M., Jean Dia P. A., Jolly D., Lang P.-O., Mahmoudi R., Schwebel G., Kack M., Debart A. Courtaigne B., Lanièce I., Blanchard F., Novella J.-L. (2009); Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgences : La cohorte SAFES; La presse médicale
- La revue du Gériatrie (2001); Echelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau
- Grille de repérage des personnes âgées fragiles en médecine générale "Gérontopôle fragility screening scale"
- Sanimédia; L'essentiel sur les droits des patients
- Haute autorité de santé (HAS) (2013); Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires; Saint-Denis La Plaine (F), HAS
- Haute autorité de santé (HAS) (2013); Comment éviter les réhospitalisation évitables des personnes âgées ?; Saint-Denis La Plaine (F), HAS
- ANEMPA (2013); Planification médico-sociale; Neuchâtel
- Lang P.-O., Dramé M., Mahmoudi R., Jolly D., Lanièce I., Saint-Jean O., Somme D., Heitz D., Gauvain J.-B., Voisin T., de Wazières B., Gonthier R., Jeandel C., Couturier P., Ankri J., Blanchard F., Novella

- J.-L. (2011); La fragilité : les enseignements de l'étude de la cohorte SAFEs et les perspectives d'avenir en matière de recherche; Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil 2011
- Kessler K. (Public Health Services), Bonsack S. (Services du médecin de la Ville de Zurich), Seematter L. (Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement – Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), Biedermann A. (Public Health Services); Promotion de la santé des personnes âgées - Synthèse des entretiens avec des experts en Suisse et d'une recherche de littérature basée sur ces entretiens; Berne; Pro Senectute
 - Direction générale de l'offre de soins (2012); Guide méthodologique – Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?; Ministère français chargé de la santé
 - Haute autorité de santé (HAS) (2012); Programme personnalisé de soins (PPS); Les parcours de soins
 - Assemblée fédérale de la Confédération suisse (2011); Loi fédérale sur la protection des données 235.1 (LPD); Berne
 - La fondation suisse pour les téléthèses au service des seniors; Lisomad – Pour des services et des produits favorisant l'autonomie et les possibilités de maintien à domicile des personnes âgées
 - Grand Conseil de la République et Canton de Neuchâtel (2013); Loi de santé 800.1 (LS); Neuchâtel
 - Mazière S., Lanièce I., Hadri N., Bioteau C., Millet C., Couturier P. Gavazzi G. (2010); Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente; Grenoble; La presse médicale
 - Santos-Eggimann B.; La santé des personnes de 65 à 70 ans : un profil instantané; Revue médicale suisse – La revue de formation continue
 - Jeanneret I. (2009); La médiation sanitaire – Une réponse à l'insatisfaction du patient; Sion; Institut Universitaire Kurt Bösch
 - Bron A. (2013); Le canton de Genève ouvre la voie avec MonDossierMedical.ch; Genève; Competence
 - Monod-Zorzi S., Seematter-Bagnoud L., Büla C., Pellegrini S., Jaccard Ruedin H. (2007); Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées; Document de travail 25; Observatoire suisse de la santé (OBSAN)
 - Moreau-Gruet F. (2013); OBSAN Bulletin – La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus; Observatoire suisse de la santé (OBSAN)
 - Pellegrini S., Jaccard Ruedin H., Jeanrenaud C. (2006); Coûts des établissements médico-sociaux et des services d'aide et de soins à domicile – Prévision à l'horizon 2030; Document de travail 18; Observatoire suisse de la santé (OBSAN)
 - Seematter-Bagnoud L., Junod J., Jaccard Ruedin H., Roth M., Foletti C., Santos-Eggimann B. (2008); Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030; Document de travail 33, Observatoire suisse de la santé (OBSAN)
 - Imhasly P. (2008); La santé en Suisse – Rapport national sur la santé 2008 – Résumé; Observatoire suisse de la santé (OBSAN)
 - Confédération suisse – Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2013); Stratégie nationale en matière de démence 2014 – 2017
 - Conseil fédéral suisse (2010); Ordonnance relative à la loi fédérale sur la protection des données (OLPD); Berne
 - République et canton de Genève; Planification médico-sociale et sanitaire du canton de Genève 2012-2015; Genève

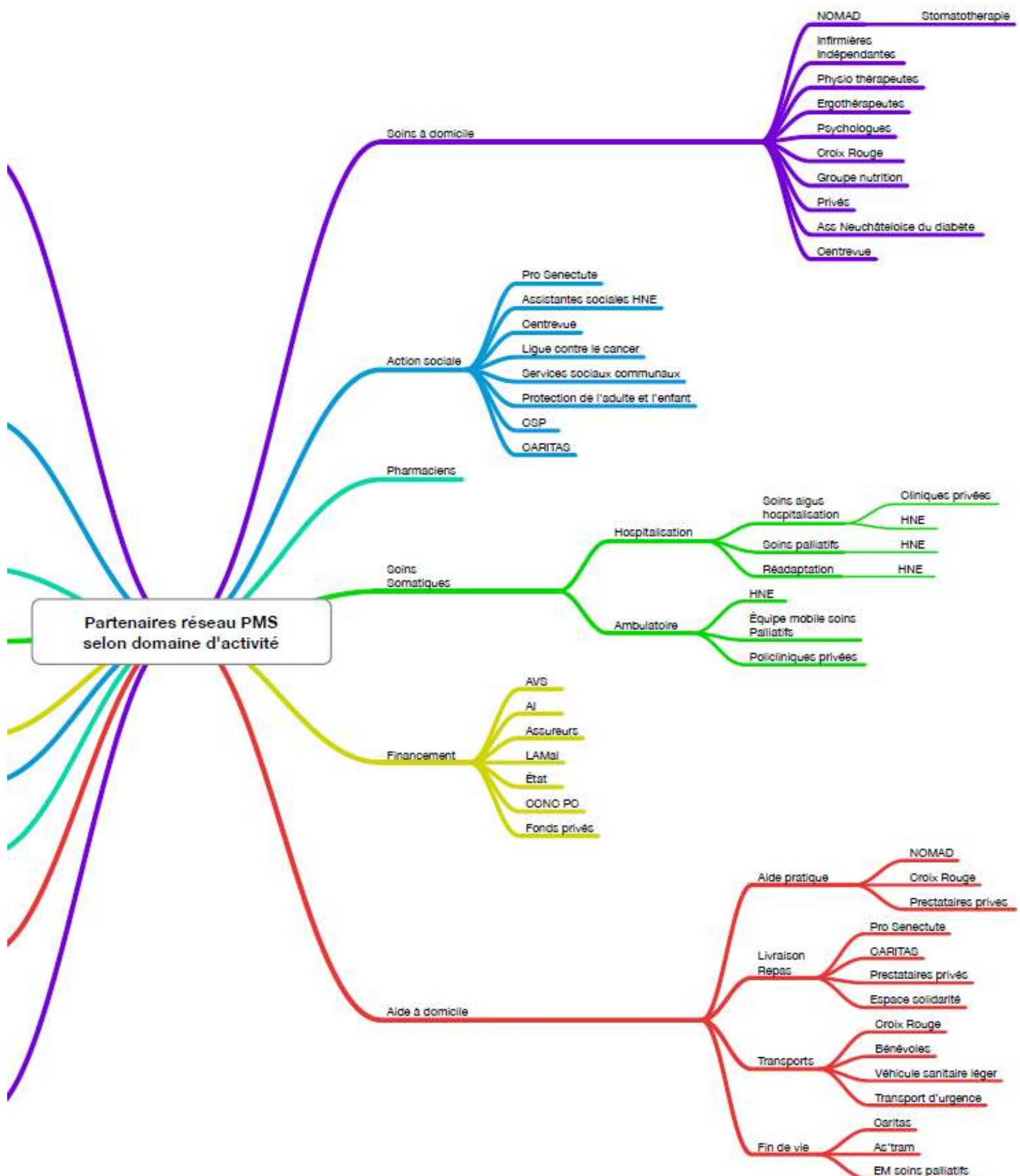
- Confédération suisse – Département fédéral de l'intérieur (DFI) (2013); Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral; Berne; Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2011); Fiche méthodologique – Principes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours; Saint-Denis La Plaine (F), HAS
- Marcheterre D.; La Démarche SMAF – Valorisez l'autonomie de vos bénéficiaires!; iSMAF – HOPEM
- Kühne Y. (2012); Question : patient, client ou résident ? – Réponse : Réseau !; Association du réseau de soins de la Broye et du nord vaudois
- Fédération Médicale Helvétique (FMH) – Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM); Directives anticipées
- Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDF), Secrétariat central (2009); Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière, Berne
- Widmer D., Bischoff T. (2010); Médecine de premier recours et développement des réseaux dans le canton de Vaud; Polyclinique Médical Universitaire (PMU) et Institut Universitaire de Médecine Générale Faculté de Biologie et de Médecine Université de Lausanne (IUMG); Lausanne
- Conseil d'Etat (2012); Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de loi portant modification de la loi de santé (LS) (Planification médico-sociale pour les personnes âgées); Planification médico-sociale 12.013
- Deschamps E., Hainard N. (2012); Politique cantonale vieillissement et santé 2012; Canton de Vaud – Rapport "Politique cantonale Vieillissement et Santé"
- Aquino J.-P., Gohet P., Mounier C. (2013); Comité avancée en âge prévention et qualité de vie – Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société
- Plateforme des associations d'ânés de Genève (2013); Rapport du groupe isolement – Inventaire sur la question de l'isolement des personnes âgées à Genève
- Annexe 2 – Référentiel des compétences du métier de coordonnateur institutionnel
- Fédération des Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France (2011); Les Réseaux de santé Gérontologiques d'Ile-de-France - Etat des lieux et perspectives; Ile-de-France
- Anguish I. Decrey Wick H., Fonjallaz M.-H., Clivaz Luchez P., Jotterand S., Locca J.-F., Bugnon O. (2013); Ordonnance de sortie d'hôpital: un défi pour la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle; Revue Médicale Suisse
- Pro Senectute pour la vieillesse (2011); Rapport "Aborder et toucher les groupes cibles vulnérables : situation actuelle et mesures possibles"; Zürich
- Vuilleumier M. Pellegrini S. Jeanrenaud C. (2007); Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse – Revue de la littérature et projections à l'horizon 2030; Neuchâtel; Confédération suisse – Office fédéral de la statistique (OFSP)
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke; Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle – SMAF; eSMAF II
- Constitution fédérale; Protection de la sphère privée, Art. 13
- Code civil suisse; Protection de la sphère privée, Art. 27, 28 et 28a
- Nicolas Sirven (2013); Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE – Traduction du Document de travail n° 52; Paris; IRDES

18. Annexes

Annexe 1 – Partenaires réseau PMSPA selon domaine d'activité



Annexe 1 – Partenaires réseau PMSPA selon domaine d'activité (suite)



Annexe 2 – Evaluation Gériatrique Globale



Département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs

Service de gériatrie, HNE Val-de-Travers

Etiquette patient

Evaluation Gériatrique Globale

Informations recueillies le : Par :

☐ 1^{ère} évaluation (admission)☐ Réévaluation**Motif de la consultation:****Adressée par:****Histoire de vie :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ancienne profession :

Niveau scolaire :

.....

Lieu de vie :	☐ Appartement	☐ Villa	☐ D2	☐ Ascenseur	☐ Escalier
Le lieu de vie est-il précaire (ex: électricité, chauffage, eau, téléphone...)				☐ oui	☐ non
Mode de vie :	☐ Vit seul	☐ Avec conjoint	☐ avec enfants	☐ animaux	
Ressources :	☐ en suffisance ☐ OCPA no				
<u>Pratiquez-vous une religion :</u>				☐ oui	☐ non
Laquelle et souhaiteriez-vous être accompagné sur le plan spirituel, à domicile par quelqu'un de votre paroisse				☐ oui	☐ non

Mobilité :			
Antécédent de chute :	☐ oui	☐ non	
Antécédent de fracture :	☐ oui	☐ non	
Timed up and go:	☐ <10s	☐ <20s	☐ 20-29s ☐ >30s
Station unipodale	☐ non déficitaire	☐ déficitaire	
Monter/descendre les escaliers	☐ indépendant	☐ dépendant	☐ avec aide
Moyen auxiliaire :			

Dépistage de l'état nutritionnel MNA (Mini Nutritional Assessment)	
Le patient a-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 2 = pas d'anorexie	1 = anorexie modérée Pts
Perte récente de poids (<3 mois) : 0 = perte de poids > 3 kg 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg	1 = ne sait pas 3 = pas de perte de poids Pts
Motricité : 0 = du lit au fauteuil 2 = sort du domicile	1 = autonome à l'intérieur Pts
Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 = oui 2 = non	 Pts
Problèmes neuropsychologiques : 0 = démence ou dépression sévère 2 = pas de problème psychologique	1 = démence ou dépression modérée Pts
Indice de masse corporelle IMC (IMC = poids/(taille ²) en kg/m ²) : 0 = IMC < 19 2 = IMC entre 21 et 23	1 = IMC entre 19 et 21 3 = IMC >23 Pts
Score de dépistage (max 14 pts) 12 pts ou plus : normal 11 pts ou moins : malnutrition possible (faire appel à la diététicienne)	 Pts
Commentaires :	
Poids : kg	Taille : cm
Albumine : g/l	CRP : Mg/l

Allergies alimentaires ou intolérances: ☐ oui ☐ non Lesquelles :	
Régime (végétarien, mixé etc...) ☐ oui ☐ non Lequel :	
Tabac ☐ oui :#UPA ☐ non:	
Hydratation : Quelle boisson ?quantité ?	
Alcool : Fréquence et quantité ?	
ACME (Arrêter, Coupable, Matin, Ennuyé)	
Avez-vous déjà ressenti le besoin d'arrêter de boire des boissons alcoolisées ?	☐ oui ☐ non
Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?	☐ oui ☐ non
Avez-vous déjà bu de l'alcool le matin pour mieux vous réveiller ?	☐ oui ☐ non
Avez-vous déjà été ennuyé par des critiques de votre entourage concernant votre consommation d'alcool ?	☐ oui ☐ non

Troubles de la vue :	☐ oui	☐ non	☐ lunettes	☐ non adaptées
Troubles de l'audition :	☐ oui	☐ non	☐ appareil auditif	☐ non adapté
Bouchon :	☐ oui	☐ non		
Troubles de la dentition :	☐ oui	☐ non	☐ appareil dentaire	☐ non adapté
Etat cutané normal :	☐ oui	☐ non	Précisez	
Etat des pieds normal :	☐ oui	☐ non	Chaussures : ☐ adéquates ☐ pas adéquates	Précisez

Troubles cognitifs : (y compris MMS et test de la montre)				
Plaintes mnésiques	☐ oui	☐ non		
MMS	/30			
Test de la montre	/10			
Remarques:				
Troubles du comportement (agressivité, opposition) :				
Hallucinations :	☐ oui	☐ non		
Idées délirantes :	☐ oui	☐ non		
Commentaires :				
Troubles de l'humeur : (mini-GDS)				
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	☐ oui	☐ non		
Etes-vous malheureux la plupart du temps ?	☐ oui	☐ non		
Vous sentez-vous souvent démoralisé ou désespéré ?	☐ oui	☐ non		
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? (en cas d'une réponse par oui, faire un GDS 15)	☐ oui	☐ non		
Délirium : (CAM)				
Troubles de l'attention (facilement distrait, altération de la perception de la réalité, discours incohérent, agitation motrice, périodes de léthargies) :	☐ oui	☐ non		
Changement des facultés cognitives (tr. mémoire, désorientation, hallucinations, idées délirantes)	☐ oui	☐ non		
Apparition récente avec fluctuations au cours de la journée	☐ oui	☐ non		
Facteurs de risques de maltraitance (relations conflictuelles):				
Pour votre part, avez-vous déjà subi, un conflit ou de la colère de la part de la famille, d'amis ?	☐ oui	☐ non		
Douleurs : (cf grille et EVA)	☐ oui	☐ non	EVA =/10	
Prenez-vous un antalgique ?	☐ oui	☐ non		
La douleur est-elle maîtrisée par les médicaments ?	☐ oui	☐ non	☐ mal maîtrisée	
Troubles du sommeil :	☐ oui	☐ non		
Somnifères ?	☐ oui	☐ non		
Commentaires :				
Directives anticipées :	☐ oui	☐ non		
Commentaires :				
Comment jugez-vous votre état de santé ?	☐ bonne	☐ moyen	☐ mauvaise	
Le patient dit ou indique-t-il qu'il se sent seul ?	☐ oui	☐ non		

TA :mmHg	Pouls :...../minute	FR :/minute	Température :°
Diagnostics : 		Antécédents : 	
Médicaments : 		Psychotropes et analgésiques : (STOP-STARTT) Neuroleptiques ☐ oui ☐ non Anxiolytiques ☐ oui ☐ non Antidépresseurs ☐ oui ☐ non Hypnotiques ☐ oui ☐ non Analgésiques opiacés ☐ oui ☐ non Analgésiques non opiacés ☐ oui ☐ non	

[illegible]

Annexe 3 – Score ISAR**Score ISAR (identification of seniors at risk)**

- 1** Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?
- 2** Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?
- 3** Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?
- 4** Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?
- 5** Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
- 6** Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

Interprétation : Un patient est considéré à risque d'événement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec ≥ 2 réponses positives et nécessite une évaluation gériatrique plus poussée

Source : Société Francophone de Médecine d'Urgence – <http://www.sfm.u.org>

Annexe 4 – Grille SEGA modifiée



Grille SEGA modifiée



Grille individuelle d'évaluation du niveau de fragilité : cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil de fragilité des personnes âgées. L'évaluation est faite par tout acteur du champ gériatrique formé à l'évaluation de l'outil, à partir de questions posées au senior et / ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.

La grille n'est pas une évaluation gériatrique, mais dessine un profil de risque de fragilité et donne un signalement des problèmes et des facteurs susceptibles d'influencer le déclin fonctionnel.

Dans le cadre du groupe « réseaux » de la SFGG, cet outil fait l'objet d'une étude dans le but de valider un outil de repérage de la fragilité au domicile.

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Fonction de l'évaluateur : _____

PROFILS GERIATRIQUES ET FACTEURS DE RISQUES				
	0	1	2	Score :
Age	74 ans	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
TOTAL :				 / 26

INTERPRETATION :

Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Annexe 5 – Fiche d'identité hébergement

FICHE D'IDENTITE HEBERGEMENT

A adresser à PILOTSS

☐ Court séjour☐ Long séjour☐ Pension☐ Psycho gériatrique

Unité fermée

☐ OUI ☐ NON

Système détection chute

☐ OUI ☐ NON

Système antiétrançage

☐ OUI ☐ NON

Nom de l'établissement

Région

☐ Centre ville ☐ Campagne

Site internet

Mail

Personne de contact
pour admission ou visite

Téléphone / natel

Nombre de lits

Nombre chambre 2 lits

Nombre chambre 1 lit

Nombre de chambres communicantes

Nombre de chambres modulables

Commodités des chambres :	oui	non	Dans toutes les chambres	Nombre de chambres équipées
WC	☐	☐	☐	
Douche	☐	☐	☐	
Balcon	☐	☐	☐	
Possibilité aménagement personnel	☐	☐	☐	
Wifi	☐	☐	☐	
Télévision	☐	☐	☐	
Lits électriques	☐	☐	☐	
Accessibilité en fauteuil roulant/handicap fonctionnel	☐	☐	☐	

Prix par chambre 1 lit 2 lits

Autre équipement yc domotique

Prestations de l'établissement

☐ Coiffeur☐ Kiosque / journaux☐ Petite épicerie☐ Manucure☐ Pédicure☐ Massage☐ Espace activité physique☐ Cafétéria☐ Jardin☐ Terrasse☐ Espace multimédia☐ Restaurant ouvert visiteurs☐ Piscine thérapeutique☐ Jardin thérapeutique☐ Balnéothérapie☐ Petit déjeuner☐ Buffet☐ Servi☐ Horaire variable☐ Horaire fixe☐ Autre☐ Accessibilité en fauteuil roulant ou handicap fonctionnel

Prestations animations

Transport en commun à proximité ☐ OUI ☐ NONParking ☐ OUI ☐ NONAccueil animaux domestiques ☐ OUI ☐ NON

Conditions

Accueil de personne au bénéfice des PC ☐ OUI ☐ NON

Conditions

Conditions spécifiques
d'admission
Limitation dans les
prestations

Fax :

Annexe 6 – Cahier des charges : disponibilité dans le réseau de soins
Cahier des charges système d'information : Places disponibles dans le
réseau de soins et cartographie

<u>Fonctionnalités requises</u>	OK	Pas OK
1. Présente les places disponibles dans le réseau de soins • Selon le type de places recherchées : UAT, placement, foyer de jour, foyer de nuit, CTR, appartements protégés, sécurisés, adaptés... • Par district, ville • Filtres possibles		
2. Permet l'inscription sur les listes d'attente des homes selon des critères de priorités		
3. Autorise la suppression des demandes des listes d'attente		
4. Permet le suivi des clients placés dans un home qui n'est pas de leur choix		
5. Dispose de l'accès à un géoportail des partenaires du réseau qui permet aux collaborateurs de la plateforme, de renseigner les patients, famille, partenaires, des ressources disponibles dans le canton et d'orienter en fonction des besoins les personnes		
6. Le géoportail présente des éléments dont la recherche est possible par district ou par type de prestations offertes		
7. Les éléments disponibles sont les suivants : et permettent un renvoi sur le site internet • Liste des homes, avec typologie des lits, mission, nombre de lits, type de chambre, adresse, téléphone, fax, site internet, adresse mail, activités, situation, commodités (wifi...), accessibilité (transport public et handicap), heure d'ouverture pour les accueils de jour et de nuit, modalités d'admission, coûts, prise en charge • Liste des appartements protégés, sécurisés, adaptés, avec adresse, propriétaires, définition et description du type d'appartement, prix de la location, prestations offertes et coût • Liste des CTR avec description des missions, adresse, modalités d'admission, type de prestations offertes, coût, prise en charge, activités, commodités, accessibilité • Soins aigus somatiques, cliniques, hôpitaux, missions, départements, services, admissions, structure ambulatoire • Soins psychiatriques, sites d'hospitalisation, structures ambulatoires, équipe mobile psycho gériatrique, modalités d'admission • Structures de prise en charge des problèmes d'addiction avec la description de la mission, des prestations, du coût, de la prise en charge, des modalités d'accès aux prestations • Liste des prestataires de soins indépendants avec activités spécifiques, prestations, coût, prise en charge, accessibilité (transport public et handicap), heures d'ouverture ou de prise en charge, adresse, téléphone, mail, site internet • Liste des médecins de famille et spécialistes avec adresse, téléphone, fax, site internet, mail, horaire et jours de consultations, équipement, accessibilité, garde, prise de nouveaux clients possibles • Liste des prestataires d'aide à domicile (aide pratique, repas, transport, fin de vie...) avec la description de la mission, des prestations, du coût, de la prise en charge, des modalités d'accès aux prestations • Liste des partenaires actifs dans l'action sociale et des loisirs avec la description de la mission, des prestations, du coût, de la prise en charge, des modalités d'accès aux prestations • Liste des partenaires actifs dans le domaine du handicap		

Annexe 7 – Cahier des charges système de partage de l'information

Cahier des charges système de partage d'informations entre les partenaires de soins du canton de Neuchâtel

<u>Fonctionnalités minimales requises</u>	OK	Pas OK
1. Web, accès sécurisé, crypté		
2. Permet aux partenaires de déposer des documents PDF		
3. Permet aux partenaires de prendre connaissance des documents		
4. Permet aux partenaires d'importer des documents pour les intégrer dans leur dossier patient		
5. Autorise plusieurs partenaires à consulter un même document		
6. Signale l'arrivée d'un nouveau document à l'attention du / des partenaires concernés		
7. Signale au dépositaire du document que le receveur en a pris connaissance		
8. Envoie un rappel au destinataire si le document n'a pas été consulté après 72h ouvrables		
9. Indique les documents qui n'ont pas été consultés après 5 jours		
10. Propose un système d'archivage accessible des documents		
11. Propose l'archivage systématique du document après 8 jours sur la plateforme d'échange.		

Annexe 8 – Cahier des charges : outil intégré
Cahier des charges système d'information : outil intégré pour les
collaborateurs de la plateforme d'orientation

<u>Fonctionnalités requises</u>	OK	Pas OK
Permet la coordination des professionnels santé et social en respectant le droit des patients		
Interfaces possibles : Opale, Siems, Care Folio, Medlink, technologie de l'information, alarme et système domotique		
Dispose d'un module administratif		
Contient un recueil de données socio-environnemental		
Contient un outil d'évaluation standardisé		
L'outil d'évaluation est un outil d'aide à la décision d'orientation • Propose un géosociogramme • Agrège les données de(s) l'évaluation(s) • Permet de saisir les ressources en regard des incapacités et de calculer le niveau de compensation • Edite des profils d'autonomie • Proposer des actions ou évaluations complémentaires • Propose des actions de prévention • Propose une orientation • Propose les services du réseau • Détecte les personnes pré fragiles ou fragiles • Propose un plan d'intervention personnalisé		
Autorisation partage de données : Contient les données relatives au consentement de partage de données et permet l'impression du document Permet de donner l'accès à certains éléments ou professionnels Autorise au patient après consentement au partage de données de retirer ou adapter les droits d'accès		
Permet aux collaborateurs d'intégrer des documents importés de la plateforme d'échange d'information pour les intégrer dans le dossier patient/client		
Autorise plusieurs collaborateurs à consulter un même dossier		
Alerte en cas d'hospitalisations multiples ou de prestations multiples		
Identifie les risques (maltraitance, isolement, épuisement des proches)		

Permet la visualisation schématique du parcours de soins ou de vie de la personne âgée à laquelle est attachée la documentation spécifique (time line)		
Dispose de processus facilitant la gestion, la planification et le fonctionnement de l'organisation (agenda, gestion de protocole, fiche de suivi, plan de prise en charge..)		
Planifie l'évaluation des actions et objectifs des entretiens d'orientation		
Permet l'accès à la time line aux médecins traitants et consultants		
Pilotage de la structure : Permet le relevé de données statistiques et le calcul d'indicateurs d'activité et de pilotage Permet le calcul de délai sur la base des formats date et heure		
Agrège les données pour la préparation des entretiens d'orientation		
La fonction agenda : est possible par professionnel (individu ou groupe), patient et ressources Mise en commun et accès partagé possible prévoit des rappels Propose une planification des entretiens d'orientation en fonction de la situation		
Permet d'accéder à une banque de connaissance		
Permet l'accès à des formulaires externes		
Permet la création de formulaire (administrateur)		
Gestion des droits d'accès : Permet les accès selon les fonctions déterminées La nature et l'identité des accès est assurée et traçable Autorise l'accès à un professionnel remplaçant		

Annexe 9 – Questionnaire PRISMA-7

**Questionnaire PRISMA-7**

Pour le repérage des personnes âgées
en perte d'autonomie modérée à grave

Cette personne a-t-elle un gestionnaire de cas ?

Si oui, transmettre l'information que vous détenez sur sa santé au gestionnaire de cas, et ne pas compléter ce questionnaire.

Si elle n'a pas de gestionnaire de cas, son score SMAF est-il connu et à jour ?

Si oui, ne pas compléter ce questionnaire. Si son score est ≥ 15 , référer le dossier de la personne au guichet unique.

Ce questionnaire s'adresse aux personnes âgées qui n'ont pas de gestionnaire de cas, et dont on ne connait pas le score SMAF ou dont le SMAF n'est pas à jour.

Identification : _____ date : _____

Question**réponse**

1. Avez-vous 85 ans et plus ? _____	oui	non
2. Sexe masculin ?	oui	non
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	oui	non
4. Avez-vous <u>besoin</u> de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	oui	non
5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	oui	non
6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ? *	oui	non
7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	oui	non

Nombre de « oui » et de « non »

--	--

Consignes:

Pour les questions 3 à 7, il n'y a aucune interprétation de la réponse à faire. Noter la réponse de la personne âgée sans juger si la réponse devrait être oui ou non. Si la personne âgée hésite entre oui ou non, il faut l'inviter à choisir l'une des deux réponses. Si malgré plusieurs tentatives elle persiste à répondre « un peu » ou « des fois », à ce moment indiquer la réponse « oui ».

Annexe 10 – Profil de poste coordinateur**PILOTSS : Plateforme Information Liaison Orientation Trajectoire Santé-Sociale****Titre du poste : Coordinateur/trice du réseau de soins / d'appui****Notre objectif :**

Permettre à toute personne de plus de 65 ans en situation de perte d'autonomie présentant des incapacités et/ou un handicap ou en situation à domicile jugée fragile ou complexe par les professionnels de santé de bénéficier du dispositif de coordination d'appui proposé par le réseau.

Notre mission :

Le réseau de soins du canton de Neuchâtel a pour mission de coordonner les actions des partenaires du secteur santé social du canton autour des trajectoires de soins de la personne âgée dans le domaine de la prévention et de l'orientation. Il met en œuvre, organise, coordonne et évalue le dispositif d'appui auprès des professionnels, des patients et leurs proches.

Cet appui consiste en :

- Un soutien aux professionnels pour orienter leurs clients dans le système santé-social et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés
- Un soutien aux personnes âgées, à leurs familles dans le cadre du retour ou d'un maintien à domicile, d'une orientation, en EMS temporaire ou définitive, ou vers les partenaires du réseau santé social du canton.
- Le développement des collaborations avec les ressources existantes sur le territoire du canton.

Cadre de travail :

Vous travaillerez sous la responsabilité du responsable du réseau, dans une équipe de professionnels de l'évaluation issus des différents métiers des soins et du social. Vous collaborerez étroitement avec les partenaires du réseau du canton de Neuchâtel.

Tâches et responsabilités :

- Organiser et coordonner les ressources médico-psycho-sociales dont les professionnels et les patients ont besoin pour assurer une prise en charge globale à domicile efficiente
- Organiser un soutien efficace et réactif aux patients et aux professionnels pour orienter la personne âgée dans la structure la plus adaptée à sa prise en charge à un moment donné,
- Collaborer à la détection des personnes âgées fragiles et proposer des solutions de prévention et de prise en charge
- Etablir et maintenir de bonnes relations de travail avec les différents acteurs, favoriser la collaboration pour promouvoir un véritable engagement de tous les acteurs concernés
- Assurer l'interface entre tous les acteurs concernés pour garantir la continuité de la prise en charge et une vision globale de la situation pour assurer une cohérence des prestations
- Accueillir, informer les patients, leur famille et les professionnels à se repérer et à accéder aux informations utiles à l'orientation dans le réseau
- Evaluer et identifier les besoins des patients et de leurs proches en étroite collaboration avec les médecins traitants et les services d'aide et de soins ou autres prestataires déjà présents dans la situation, rédiger un plan d'intervention personnalisé
- Planifier, organiser, animer les entretiens d'orientation adaptés à la situation, rédiger le compte rendu de l'entretien et assurer la diffusion des décisions ou objectifs définis aux partenaires concernés

- Veiller à la mise en œuvre et au suivi des objectifs et décisions, apporter si nécessaire les mesures correctives en temps voulu
- Tenir à jour les outils de suivi et de transmission des situations pour assurer en tout temps l'accès à une information fiable, utile et synthétique
- Classer et archiver les informations selon les directives
- Saisir les données nécessaires à la mesure des indicateurs de résultats et des statistiques,
- Rendre compte objectivement du travail sur le terrain, identifier les difficultés, les problèmes et les solutions possibles ainsi que les enseignements issus de l'expérience
- Evaluer et analyser régulièrement ses prestations et celles du service, faire part de propositions d'amélioration.

Compétences requises :

- Une bonne connaissance du système de santé suisse et du canton de Neuchâtel, des systèmes de prestations sociales, du droit des assurances sociales.
- Aptitude à diriger et gérer des individus au travers des entretiens d'évaluations, motivationnels, de médiation et de résolution de conflits.
- Une motivation centrée sur le développement et le travail en collaboration et en interdisciplinarité
- Faire preuve d'autonomie et de rigueur dans la mise en place et la gestion des délais et des priorités
- Faire preuve de créativité et savoir proposer des solutions innovantes
- Des compétences en informatique
- Un intérêt marqué pour la prise en charge de la population âgée et une motivation pour le suivi sur le terrain
- Une attitude qui favorise les échanges de connaissances et la diffusion de l'information entre tous les partenaires
- Une maîtrise de la langue française écrite et parlée
- Capacité d'écoute
- Compétence en analyse systémique de situation
- Capacité à négocier et à convaincre dans un environnement pluridisciplinaire
- Capacité à présenter des sujets complexes et à informer dans un langage adapté
- Capacité à s'adapter

Formations et expériences requises :

- Formation dans une des professions des domaines de la santé et du social suivants (à épurer au fur et à mesure ou à mettre au concours les uns après les autres) ergothérapeute, physiothérapeute, assistante sociale, infirmière... ?
- Formation complémentaires dans un des domaines suivants : CAS liaison orientation, santé publique, gestionnaire de cas, gériatrie, assurances sociales
- Une expérience de 5 ans minimum
- Une expérience professionnelle variée en pratique à domicile, EMS, réadaptation et soins aigus

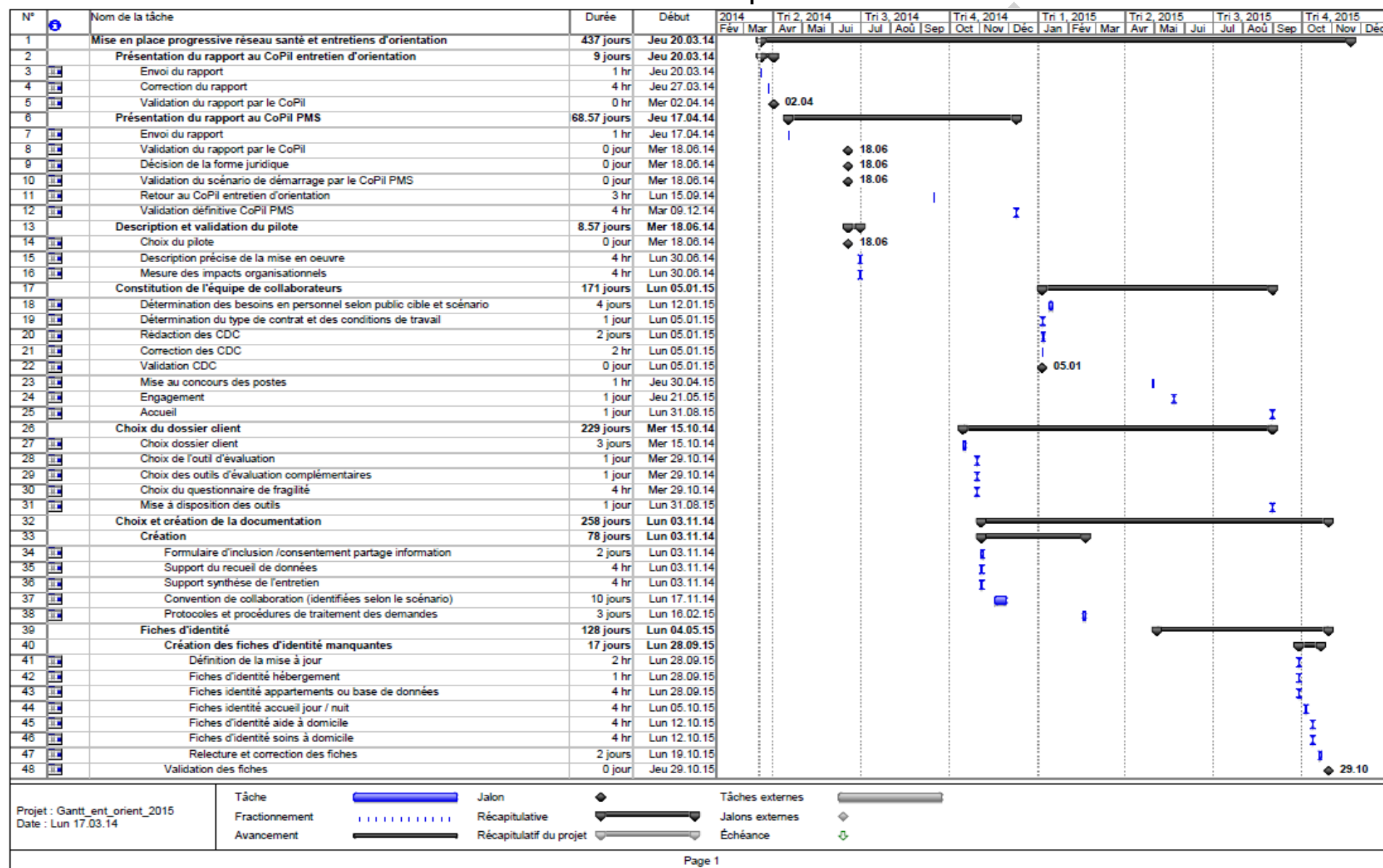
Contraintes :

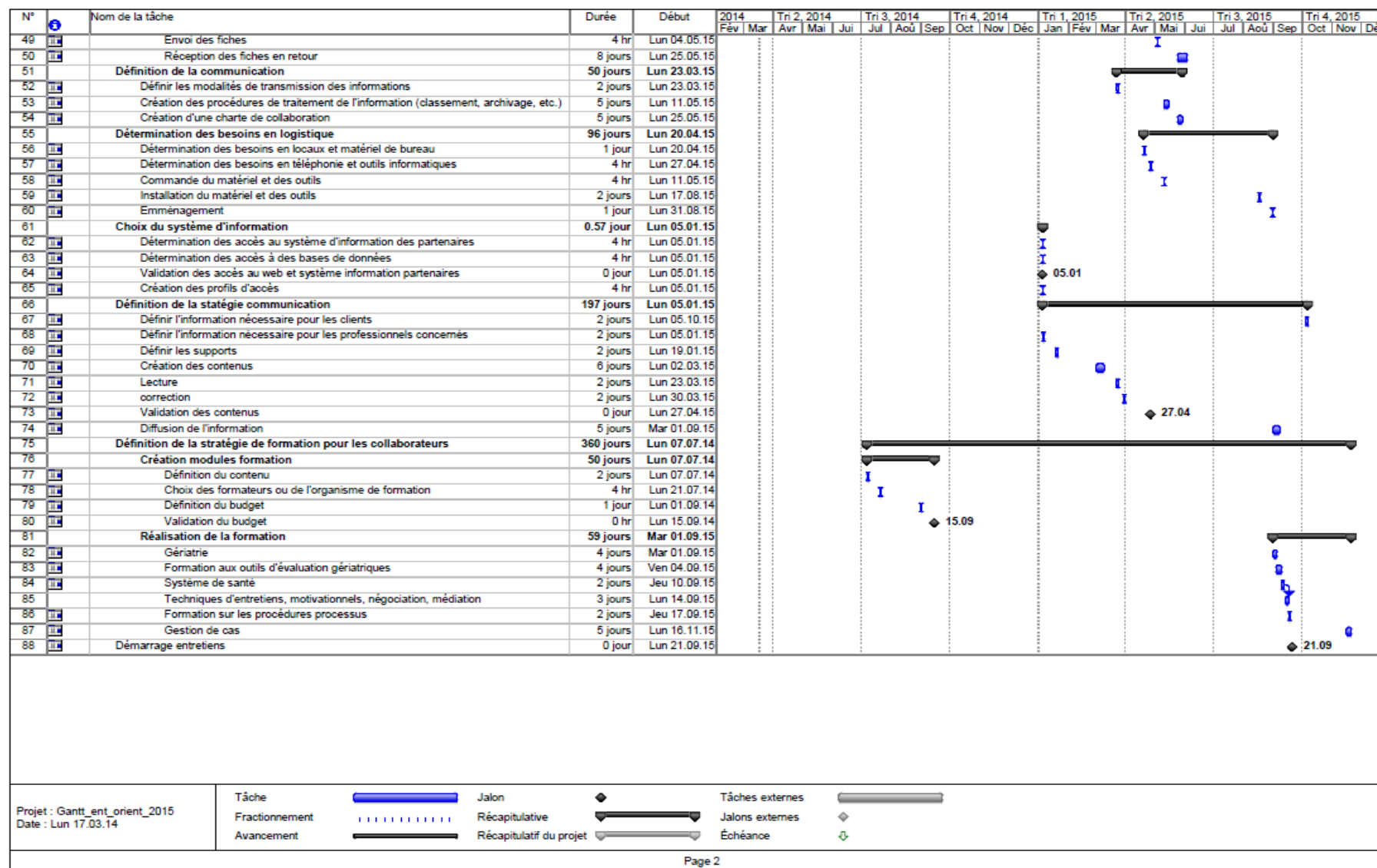
Horaires de travail

Déplacements sur le canton

Piquet

Annexe 11 – Planification de la mise en place des entretiens d'orientation





Annexe 12 – Fiche de modification de situation à domicile

FICHE DE MODIFICATIONS DE SITUATION À DOMICILE

A REMPLIR EN DEHORS DE L'URGENCE

(Urgence = état de santé qui change du jour au lendemain, ou absence soudaine de l'aidant professionnel ou familial)

Nom, Prénom de la personne aidée : Age : ans

Signalement fait par : en date du : / /

Fiche de modifications remplie par : ☐ Infirmier référent ☐ ASSC ☐ Aide soignant ☐ Aide familiale ☐ Auxiliaire de vie ☐ Autre Précisez :		Coordonnées ☎ : Nombre d'interventions par semaine : Intervient au domicile depuis le : / /
Son environnement habituel		Durant ces 3 derniers mois son environnement a changé
Vit seul ☐ oui ☐ non		☐ vit seule ☐ aidant (e) familial (e) fatigué(e)
Isolée ☐ oui ☐ non		☐ est isolée
Prestations infirmières ☐ oui ☐ non		☐ arrêt des prestations infirmières
Livraison des repas ☐ oui ☐ non		☐ Dysfonctionnement / repas
Prise repas en extérieur ☐ oui ☐ non		☐ arrêt
J'interviens chez la personne pour :		Depuis, je passe plus de temps pour ces interventions :
Le lever ☐ Le coucher ☐ La toilette ☐ ☐ haut ☐ bas Donner son traitement ☐ Préparation repas ☐ matin ☐ midi ☐ soir L'aide au repas ☐ matin ☐ midi ☐ soir Le ménage ☐ Le repassage ☐ Les sorties ☐ Les courses ☐ Autres ☐		☐ ☐ ☐ haut ☐ bas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ C'est plus difficile ☐ Refuse ☐ J'observe que certaines activités qu'elle fait seule sont plus difficiles
La personne accepte l'intervention facilement : ☐ oui ☐ non		
D'habitude quand j'interviens, elle :		Depuis, ce n'est plus comme d'habitude, elle :
Est d'humeur sereine ☐ oui ☐ non		☐ Semble plus triste ☐ plus inquiète ☐ plus fatiguée
Communique facilement ☐ oui ☐ non		☐ Est parfois agressive ☐ Est plus distante
Me reconnaît ☐ oui ☐ non		☐ Me reconnaît plus difficilement
Sait quand je passe ☐ oui ☐ non		☐ Oublie parfois mes passages

Document adapté de la grille de repérage de la fragilité en soins primaires du gériatopôle de Toulouse (juin 2013)

A remplir par l'infirmier référent :

Nom :	Prénom :	Coordonnées ☎
--------------	-----------------	----------------------

Nature des modifications à domicile		Apparition récente	Aggravation
Alimentation	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Perte de poids involontaire	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Diminution de l'autonomie	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Diminution de la mobilité / déplacements	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Risque de chute	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Trouble du comportement	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Trouble de la mémoire	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Difficulté de l'aidant	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Rupture intervention extérieure	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Problème financier	☐	☐ récent	☐ s'aggrave
Autres :	☐	☐ récent	☐ s'aggrave

Identification de la problématique au domicile le : / /

Acteurs alertés autour de la problématique le : / /

Entourage :	☐ Familial	☐ Personne de confiance	☐ curateur
Professionnels :	☐ Médecin traitant	☐ NOMAD	☐ Inf. indépendante
	☐ Plateforme	☐ Ergothérapeute	☐ Foyer Jour / nuit
	☐ Hôpital de jour	☐ Physiothérapeute	☐ Service social
	☐ Autre (précisez) :		Précisez :

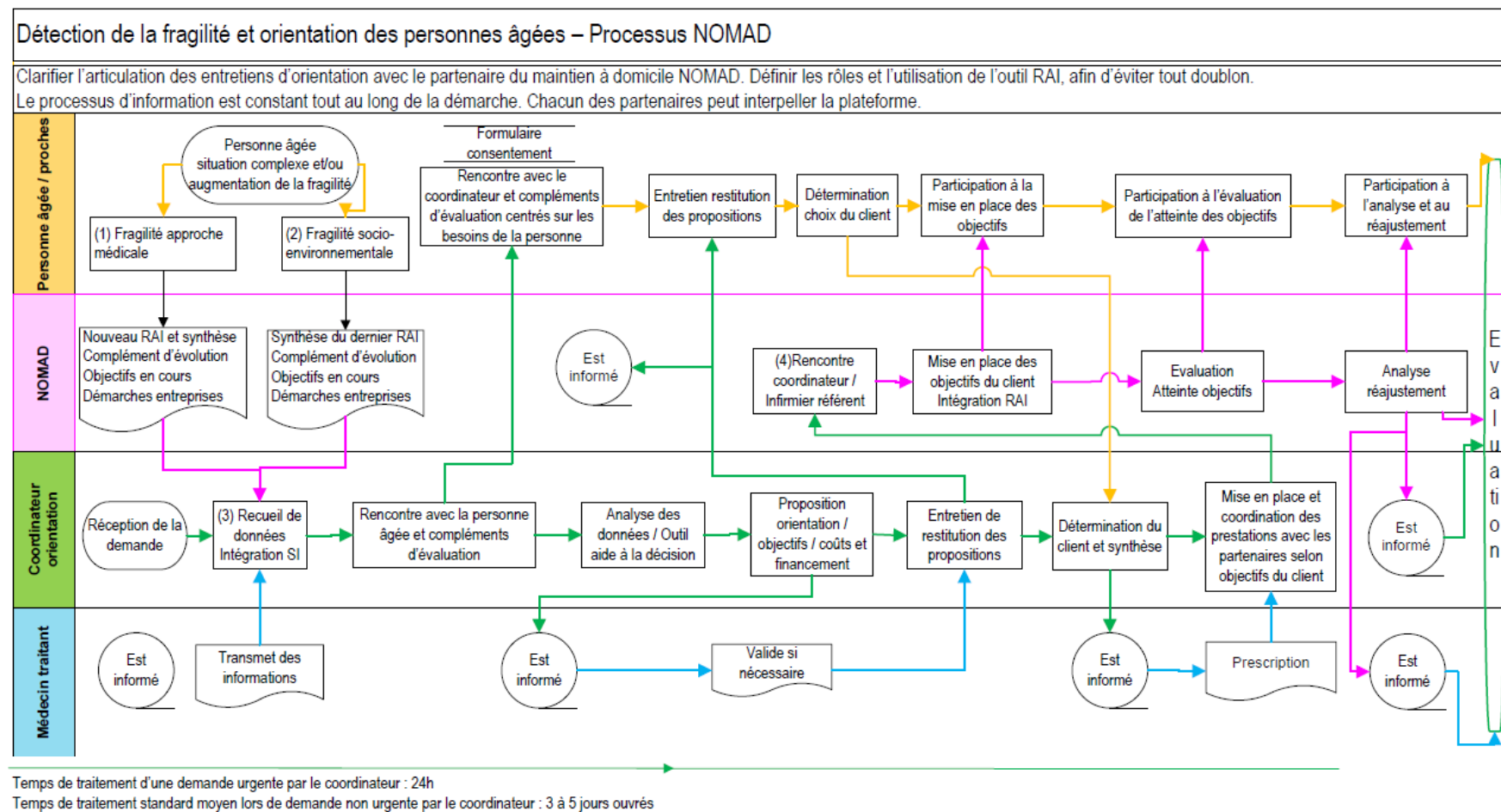
Professionnels intervenant suite à l'alerte le : / /

Professionnels :	☐ Médecin traitant	☐ NOMAD	☐ Inf. indépendante
	☐ Plateforme	☐ Ergothérapeute	☐ Foyer Jour / nuit
	☐ Hôpital de jour	☐ Physiothérapeute	☐ Service social
	☐ Autre (précisez) :		Précisez :

Nature des interventions proposées le : / /

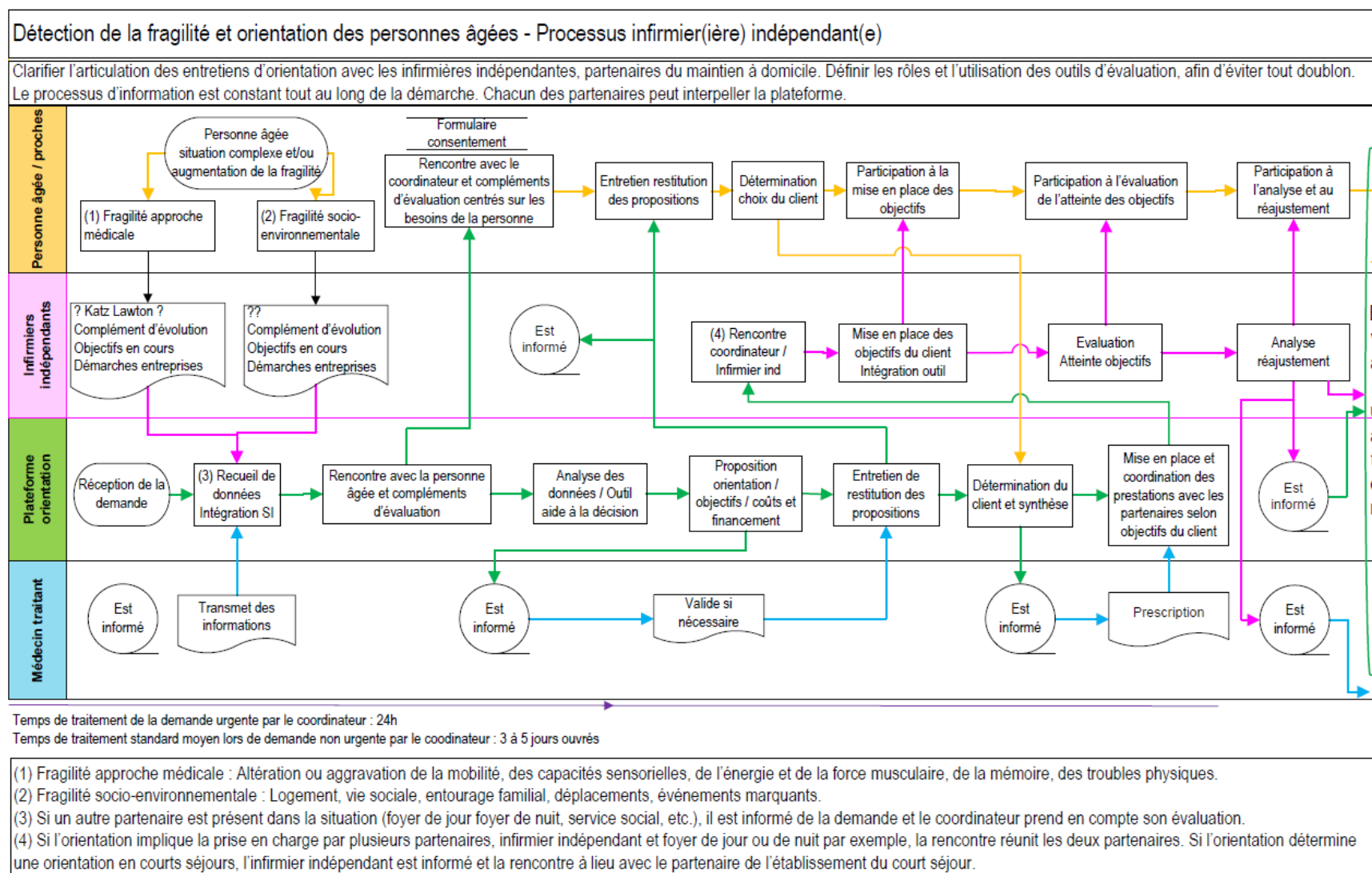
Objectifs :
Interventions :
Résultats :
Suivi :
Réactualisation :

Annexe 13 – Détection de la fragilité et orientation des personnes âgées – Processus NOMAD

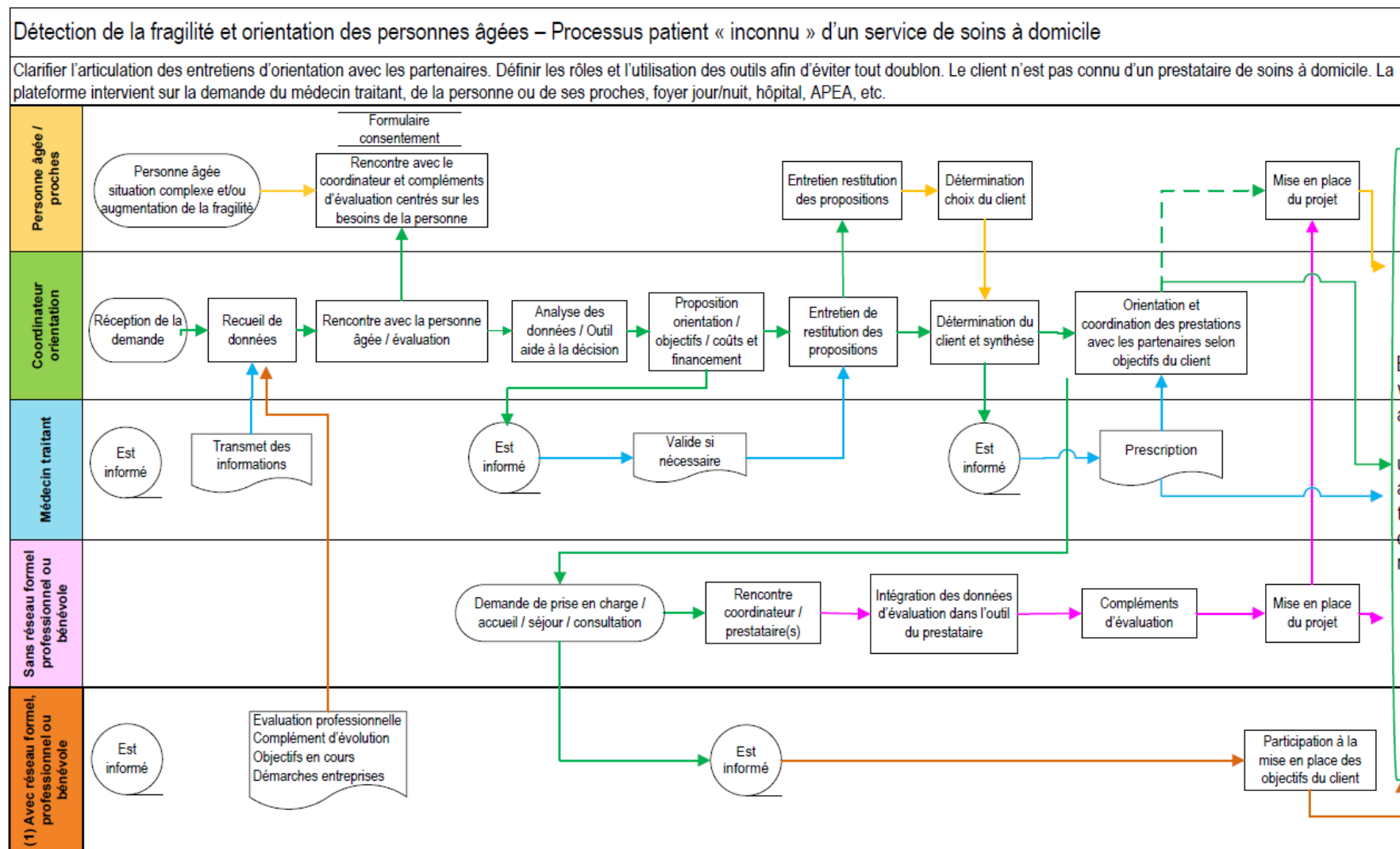


(1) Fragilité approche médicale : Altération ou aggravation de la mobilité, des capacités sensorielles, de l'énergie et de la force musculaire, de la mémoire, des troubles physiques
(2) Fragilité socio-environnementale : Logement, vie sociale, entourage familial, déplacements, événements marquants
(3) Si un autre partenaire est présent dans la situation (foyer de jour foyer de nuit, service social, etc.), il est informé de la demande et le coordinateur prend en compte ses évaluations.
(4) Si l'orientation implique la prise en charge par plusieurs partenaires, NOMAD et foyer de jour ou de nuit par exemple, la rencontre réunit les deux partenaires. Si l'orientation détermine une orientation en courts séjours, NOMAD est informé et la rencontre à lieu avec le partenaire de l'établissement du court séjour.

Annexe 14 – Détection de la fragilité et orientation des personnes âgées – Processus infirmier(ère) indépendant(e)



Annexe 15 – Détection de la fragilité et orientation des personnes âgées – Processus patient "inconnu" d'un service de soins à domicile



19. Glossaire permanent

Table des matières

Autonomie	78
Case management	78
Coopération	78
Coordination	79
Coordination des soins	79
Déficience	79
Dépendance (ou limitation) fonctionnelle	79
Disease management (DM, soutien à la prise en charge thérapeutique)	80
Entretien	80
Evaluation	80
Evaluation gériatrique standardisée (EGS)	80
Fragilité	81
Handicap	81
Incapacité	81
Intégration	82
Interdépendance	82
Limitation de rôle	82
Orientation	82
Plateforme	82
Prévention primaire	83
Prévention secondaire	83
Prévention tertiaire	83
Relation	83
Réseau	83
Réseau de santé	84
Réseau de soins	84
Réseau de soins intégrés ou managed care	84
Résident/Résident	85
Vulnérabilité	85

Autonomie

"L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs.

L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté³¹".

Case management

"Le case management est un modèle d'activité fortement dynamique, dans lequel le groupe d'individus collaborent systématiquement de façon structurée et contextuelle sur la base d'un dossier d'affaire et en utilisant des services de gestion des processus métiers, des contenus ainsi que des outils collaboratifs. Un "case" contient des données, des contenus, des informations collaboratives, des tâches, des jalons, des échanges entre personnes, des événements, des règles, des comportements et des processus décrivant comment chaque dossier doit être traité. Idéalement, le Case management assure le lien entre gestionnaire, processus et informations³²".

La gestion de cas désigne l'intervention d'un professionnel formé, dans des situations complexes de personnes subissant de graves atteintes cognitives, ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle. Le gestionnaire de cas est responsable de la prise en charge globale des personnes qu'il suit, référent et interlocuteur direct de la personne, de sa famille et de son médecin traitant. Il garantit le soutien et l'accompagnement des personnes et des aidants informels et développe un partenariat entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux concernés. Il évalue les situations dans une approche multidimensionnelle, définit un plan de services individualisé, basé sur les besoins dûment identifiés et dans lequel s'inscrit chaque professionnel.

Coopération

"La coopération est le mode de relation que des acteurs (organisations), en situation d'interdépendance, ont tendance à privilégier, plutôt que la concurrence, quand ils partagent les mêmes valeurs et s'entendent sur une philosophie d'intervention commune; quand ils évaluent positivement le travail des autres acteurs; quand ils s'accordent sur le partage de leurs domaines de compétence et de leur tâches; et enfin, quand ils sont placés dans un contexte organisationnel favorable³³".

Coopérer dans un réseau c'est :

Savoir coopérer : maîtrise des langages (transverses, spécifiques) - représentations partagées - communication/compréhension/"double piste"- anticipations mutuelles - boucles d'apprentissage - capitalisation progressive - conception d'outils en communs.

Vouloir coopérer : adhésion, visibilité de la valeur ajoutée collective et individuelle - synthèse des avancées - valorisation des contributions individuelles - chartes et relations de confiance - convivialité et solidarité - maîtrise des équipements.

³¹ Polycopié du Module 5 "Vieillesse" 2010-2011 pour DCEM2 – Faculté de Médecine de Strasbourg

³² Référence : <http://www.bpmbulletin.com/2010/06/02/quest-ce-que-le-case-management/>

³³ Intégration des soins : concepts et mise en œuvre, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis, N. Touati, Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Pouvoir coopérer : pilotage - explication des résultats attendus et valeur ajoutée - composition - instances de régulation - règles (communication, confidentialité, fonctionnement, etc.) - méthodes - "objets intermédiaires" - cartographie des ressources - équipement - banque de données - légitimité : pouvoirs et statuts³⁴.

Coordination

"D'une façon générale, la coordination est l'ensemble des arrangements qui permet un agencement logique des parties d'un tout pour une fin donnée. Elle vise à mettre en ordre, voire à donner des ordres (Le Robert, 1998). Plus précisément, dans le domaine des organisations, la coordination vise, selon Alter and Hage (1993), premièrement, à s'assurer que tous les moyens (ressources, services, compétences, ...) nécessaires à l'atteinte des buts de l'organisation sont disponibles. Deuxièmement, que l'accès aux biens et services fournis par l'organisation soit garantie et, troisièmement, que les différentes composantes de l'organisation interagissent harmonieusement, au court du temps, les unes avec les autres, en fonction de ses finalités³⁵".

Le terme coordination désignera les interactions entre plusieurs professionnels de la santé. Le terme intégration visera davantage l'interaction à l'échelon des organisations.

Coordination des soins

Elle se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins, en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que d'organisation du suivi.

Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de "la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment".

Déficience

"La déficience est l'atteinte au niveau d'un organe ou d'un système (p. ex. système cardio-vasculaire), entraînant des conséquences physiques, émotionnelles ou sociales. Elle peut concerner le site primaire de la pathologie (p. ex. coeur), et des sites secondaires (p. ex. insuffisance rénale liée à une insuffisance cardiaque)³⁶". De plus, le groupe intègre la dimension psychologique de la déficience.

"La déficience correspond à une anomalie d'un organe, d'un appareil ou d'un système. Cette anomalie peut être sans conséquence pathologique, mais le plus souvent, elle est symptomatique et équivaut à la maladie³⁷".

Dépendance (ou limitation) fonctionnelle

"La dépendance (ou limitation) fonctionnelle est l'atteinte au niveau de l'individu. Elle correspond à une difficulté ou une restriction pour réaliser des activités physiques ou mentales courantes. Ce niveau d'atteinte inclut les difficultés à réaliser seul(e) les activités de la vie quotidienne³⁸".

³⁴ G. Le Boterf, (2008)

³⁵ Intégration des soins : concepts et mise en œuvre, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis, N. Touati, Département d'administration de la santé, Université de Montréal

³⁶ Obsan, document de travail 25, maladies chroniques et dépendances fonctionnelles des personnes âgées

³⁷ Polycopié du Module 5 "Vieillesse" 2010-2011 pour DCEM2 – Faculté de Médecine de Strasbourg

³⁸ Obsan, document de travail 25, maladies chroniques et dépendances fonctionnelles des personnes âgées

"La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement³⁹".

Disease management (DM, soutien à la prise en charge thérapeutique)

Instrument de conception et de coordination, pour certaines maladies spécifiques, des interventions en matière de soins, sur la base de preuves scientifiques (guidelines).

Entretien

"L'entretien est une situation provisoire, d'interaction, d'inter-influence, essentiellement verbale, entre deux ou plusieurs personnes en contact direct, avec un objectif préalablement posé".

Il existe plusieurs types d'entretiens : directif, non-directif et semi-directif.

L'entretien doit contenir : la parole et l'écoute, la disponibilité, la spécificité.

La conduite d'entretien suppose : avant, pendant et après⁴⁰.

Evaluation

"Démarche qui vise à mesurer, quantifier (méthodes statistiques) et caractériser une situation, une entité, un résultat ou une performance de nature complexe et donc a priori difficilement mesurable. Selon l'objet ciblé, la démarche d'évaluation peut faire appel à des méthodes ou outils très variés en fonction de leurs présupposés théoriques - et politiques - de leurs buts, de leurs techniques⁴¹".

Evaluation gériatrique standardisée (EGS)

"Le concept d'EGS est né dans les années 1980, aux États-Unis, après le constat d'un nombre élevé de problèmes médicaux (tels la dénutrition, la dépression, les troubles cognitifs, l'instabilité posturale) et sociaux (solitude, inadéquation des aides à domicile), non détectés chez les personnes âgées, constat révélé par plusieurs études. La nécessité d'une approche multidimensionnelle systématique pour chercher les déficits est alors apparue et le concept d'évaluation gériatrique standardisée a vu le jour, se présentant comme une stratégie pour améliorer les soins aux personnes âgées ayant des problèmes médicaux, psychosociaux et fonctionnels complexes. Les Anglo-saxons ont ainsi élaboré l'EGS ou comprehensive geriatric assessment (CGA), basée sur un ensemble de tests validés au plan international.

En 1995, Rubenstein, l'un des promoteurs de l'EGS, en donne la définition suivante : "L'évaluation gériatrique standardisée est une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soins coordonné et intégré, et un suivi à long terme." Actuellement, les patients gériatriques ne sont plus définis par leur âge mais par leur vulnérabilité, la complexité de leur état clinique et de leurs besoins, l'incertitude de leur devenir et de leurs réactions, et la fragilité des ressources familiales⁴²".

³⁹ Polycopié du Module 5 "Vieillesse" 2010-2011 pour DCEM2 – Faculté de Médecine de Strasbourg

⁴⁰ Références : http://soins-infirmiers.com/entretien_infirmier.php
http://www.serpsy.org/piste_recherche/entretien_infirmier/entretien_technique.html

⁴¹ Référence : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Evaluation>

⁴² Référence : <http://www.jle.com/e-docs/00/04/06/16/article.phtml>

Fragilité

"Disposition à être brisé facilement. {Sens figuré} Instabilité. Faiblesse, vulnérabilité⁴³" (physique et psychique).

"La fragilité a été longtemps considérée comme synonyme de handicap et de co-morbidité, fréquents au cours de la vieillesse, et qui engendrent un risque élevé de chutes, d'hospitalisations et de mortalité. Néanmoins, il est actuellement reconnu que la fragilité peut être considérée comme un syndrome clinique à part entière, avec des bases biologiques. Le processus de fragilité apparaît comme un état transitionnel entre l'état de robustesse et le déclin fonctionnel. Au cours de ce processus, les réserves physiologiques globales diminuent et deviennent insuffisantes au maintien et à la réparation du corps vieillissant. L'absence de consensus sur la définition de la fragilité est liée, en partie, à l'utilisation répandue de cette expression pour des états très variés. Les études longitudinales ont démontré qu'une démarche lente, la fatigue, l'anorexie, la perte de poids involontaire et la diminution de force musculaire doivent être considérées comme les symptômes majeurs de fragilité. Au stade de fragilité, le clinicien peut distinguer aisément le sujet âgé fragile du non fragile, en utilisant quelques facteurs comme la présentation clinique (consistante ou non avec l'âge), l'état nutritionnel (maigreur, perte de poids), l'évaluation subjective de la santé (perception de son propre état de santé), les performances (cognitive, physique et la sensation de fatigue extrême), les déficiences neurosensorielles et physiques (vision, audition, force) et les soins courants (médicaments, hospitalisations). Le processus du "devenir fragile" est silencieux et insidieux. Une meilleure compréhension de ces changements cliniques, et notamment de l'état pré-fragile, peut confirmer l'impression retenue par les gériatres que la fragilité croissante est différente du vieillissement, et par conséquent, potentiellement réversible⁴⁴".

Handicap

"Le handicap est le désavantage résultant de l'incapacité. Il traduit l'écart entre l'incapacité physique et intellectuelle de la personne et les normes habituelles de qualité de vie. Le handicap est proportionnel aux ressources matérielles et sociales disponibles pour pallier à l'incapacité⁴⁵".

"La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé définit le handicap comme un terme générique pour les déficiences, les limitations de l'activité et restrictions à la participation. Le handicap est l'interaction entre des sujets présentant une affection médicale (paralysie cérébrale, syndrome de Down ou dépression) et des facteurs personnels et environnementaux (par exemple attitudes négatives, moyens de transport et bâtiments publics inaccessibles, et soutiens sociaux limités)⁴⁶".

Incapacité

"L'incapacité représente une des conséquences de la déficience et en est l'expression en terme de fonction ou de performance⁴⁷".

"Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain⁴⁸".

⁴³ Référence : <http://mediadico.com/dictionnaire/definition/fragilite>

⁴⁴ Référence : <http://www.jle.com/e-docs/00/04/41/78/article.phtml>

⁴⁵ Polycopié du Module 5 "Vieillesse" 2010-2011 pour DCEM2 – Faculté de Médecine de Strasbourg

⁴⁶ Référence : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/fr/index.html>

⁴⁷ Polycopié du Module 5 "Vieillesse" 2010-2011 pour DCEM2 – Faculté de Médecine de Strasbourg

Intégration

"L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif⁴⁹".

Interdépendance

"Il y a interdépendance quand des acteurs (ou des organisations) autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs (Bryson & Crosby, 1993), c'est-à-dire quand aucun des acteurs concernés détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur (ou organisation) du champ est confronté. La coopération des acteurs est donc au centre de la problématique de l'intégration⁵⁰".

Limitation de rôle

"La limitation de rôle renvoie au niveau de la société. Apparaît lorsqu'il existe un écart entre les capacités fonctionnelles d'un individu et ses attentes par rapport à son rôle au niveau social. Son apparition est donc fonction du contexte social donné⁵¹".

Orientation

"En sciences humaines : positionnement individuel ou social par rapport à un champ de références considéré comme un champ spatial dans lequel existent des directions privilégiées : orientation politique, orientation sexuelle, orientation professionnelle, orientation scolaire ..."

En médecine : *"capacité qu'a une personne à se situer dans l'espace et dans le temps...⁵²".*

Plateforme

"Une plateforme est au sens large un lieu surélevé et plan, sur lequel on peut placer, orienter, entreposer différentes choses⁵³".

"Ensemble d'idées, sur lesquelles on s'appuie pour présenter une politique commune⁵⁴".

⁴⁸ Référence : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205_fre.pdf

⁴⁹ Intégration des soins : concepts et mise en œuvre, A.-P. Contandriopoulos, J.-L. Denis, N. Touati, Département d'administration de la santé, Université de Montréal

⁵⁰ Ibidem

⁵¹ Obsan, document de travail 25, maladies chroniques et dépendances fonctionnelles des personnes âgées

⁵² Référence : <http://www.techno-science.net/?onglet=glossaire&definition=5544>

⁵³ Référence : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Plateforme>

⁵⁴ Petit Robert

Prévention primaire

"La prévention primaire doit déjà être en place et efficace avant la survenue de la maladie ou accident. Elle comprend l'élimination d'un ou de plusieurs vecteurs de maladies ou d'accidents, l'accroissement de la résistance physique des êtres humains et la modification de facteurs environnementaux. Pour les personnes âgées, certaines maladies représentent un facteur de risque pour l'apparition d'autres maladies (par exemple le diabète et les maladies cardio-vasculaires). Par conséquent, un traitement médicamenteux peut devenir un acte de prévention primaire. La vaccination annuelle contre la grippe est l'exemple le plus courant de la prévention primaire appliquée aux personnes âgées⁵⁵". Le groupe souhaite ajouter l'exemple de la prise en charge de la tension.

Prévention secondaire

"La prévention secondaire comprend toutes les mesures visant à découvrir des maladies à un stade précoce (diagnostic précoce ou dépistage), permettant le raccourcissement de la phase pré-clinique d'une pathologie et l'amélioration du pronostic de cette maladie en instaurant un traitement efficace précoce⁵⁶".

Prévention tertiaire

*"La prévention tertiaire vise à éviter ou diminuer les répercussions fonctionnelles des maladies existantes et à réduire les risques de rechute. En gériatrie/gérontologie, il est parfois question de **prévention quaternaire**, qui englobe les mesures destinées à maintenir les capacités fonctionnelles restantes, en présence de limitations fonctionnelles⁵⁷".*

Relation

Le Petit Robert définit la relation comme un *"lien, rapport"*; *"lien de dépendance ou d'influence réciproque (entre personnes)"⁵⁸*; le fait de communiquer, de se fréquenter.

Réseau

Les modèles et définitions sont nombreux.

C'est un regroupement de plusieurs acteurs de la santé et/ou acteurs médico-sociaux (établissements de santé, professionnels, libéraux, associations, patients, etc.) qui s'associent, coordonnent pour décloisonner et améliorer la prise en charge des patients autour d'une pathologie ciblée (ex : cancer, diabète, Alzheimer, Parkinson, fibromyalgie, etc.) ou de population spécifique (ex : les enfants, les personnes âgées, etc.).

Exercice de la médecine "en réseaux", c'est-à-dire, la prise en charge coordonnée d'un patient par plusieurs professionnels de la santé.

Dans le sens figuré, est un ensemble de relations, il définit un ensemble d'entités (objets ou personnes) interconnectées les unes avec les autres. Un réseau permet ainsi de faire circuler des éléments matériels ou immatériels entre chacune de ses entités, selon des règles bien définies. Il peut-être immatériel (comme réseau social).

⁵⁵ Obsan, document de travail 25, maladies chroniques et dépendances fonctionnelles des personnes âgées

⁵⁶ Ibidem

⁵⁷ Ibidem

⁵⁸ Petit Robert

L'intérêt d'un réseau peut servir à des buts distincts :

- *"Partage des ressources, communication de personnes, communication entre processus, la garantie de l'universalité de l'accès à l'information⁵⁹".*

Réseau de santé

Réseau impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations et une coordination entre ces prestations pour mieux contrôler les dépenses, la qualité des prestations, ainsi que les droits et devoirs des professionnels et des patients⁶⁰.

Réseau de soins

"Correspond à une entité spécifique, reposant sur l'organisation coordonnée de personnes morales ou physiques (institutions de soins, médecins ou soignants) qui se fixent des objectifs communs de prise en charge des personnes, en accroissant la rationalité médicale, technique, voire dans certains cas économiques, d'un dispositif d'offre de soins. Dans un réseau, un patient circule de manière organisée suivant des procédures et des protocoles, contrairement à ce qui se passe dans une filière. Les réseaux permettent d'additionner des compétences, de diminuer les doublons de prise en charge, d'optimiser les temps de réponses médicales et d'assurer une meilleure coordination des soins apportés aux patients⁶¹".

Loi vaudoise du 30 janvier 2007 sur les réseaux de soins : *"Le réseau de soins regroupe au niveau régional les fournisseurs de soins et les autres milieux intéressés représentant la chaîne complète de prestations, incluant des activités préventives, curatives, palliatives, médico-sociales et de réadaptation relevant tant de prises en charge somatiques que psychiatriques⁶²".*

Réseau de soins intégrés ou managed care

"Approche systémique de soins de santé au sens large, où les clients sont pris en charge, les processus diagnostiques utilisés et les traitements déployés sont définis et le plus souvent rigoureusement appliqués, permettant de ce fait, le contrôle des coûts encourus⁶³". Il se caractérise par un contact étroit entre les fournisseurs de soins reconnus par le réseau et l'assureur.

Le terme, qui a pris le relais de "manager care", désigne une association de médecins qui prend en charge un collectif déterminé de patients, pour lesquels un contrat a été passé avec les caisses qui les assurent. Le réseau dispose d'une rémunération forfaitaire par tête, calculée selon divers modes et au centre de la négociation avec les assureurs. Le forfait couvre l'ensemble des soins dispensés à l'intérieur du réseau comme le recours à des spécialistes et les hospitalisations. Tous les réseaux se réassurent pour les cas lourds.

⁵⁹ Référence : <http://www.commentcamarche.net/contents/508-le-concept-de-reseau>

⁶⁰ Art. 41 §4 LAMal

⁶¹ Référence : <http://www.ethique.inserm.fr/?q=node/769>

⁶² Chapitre 1, art. 2

⁶³ Référence : <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

L'assuré membre d'un réseau a l'obligation, sauf en cas d'urgence, de s'adresser toujours au même médecin. Lui seul peut le rediriger vers d'autres spécialistes ou un hôpital. Il reçoit en contrepartie, un rabais sur sa prime d'assurance maladie, qui varie selon les caisses. Il est libre de consulter directement un gynécologue, un pédiatre ou un ophtalmologue. Aucun assuré ne peut être contraint d'adhérer à un réseau. Mais une participation aux coûts inférieure à 10 % doit l'y inciter fortement.

Le médecin membre d'un réseau, s'engage à participer à des séances régulières avec ses pairs, portant sur la qualité des prestations. Il continue à établir des factures pour tous les actes qu'il prescrit, selon les tarifs en vigueur.

Certaines caisses proposent, aussi contre rabais, des listes de généralistes parmi lesquels l'assuré peut choisir le médecin qu'il consultera en premier lieu. Les partisans des réseaux protestent contre ce procédé, car la liste n'engage les praticiens à rien.

Selon Willy Oggier, le terme de soins intégrés n'est pas encore défini et ce travail doit être fait.

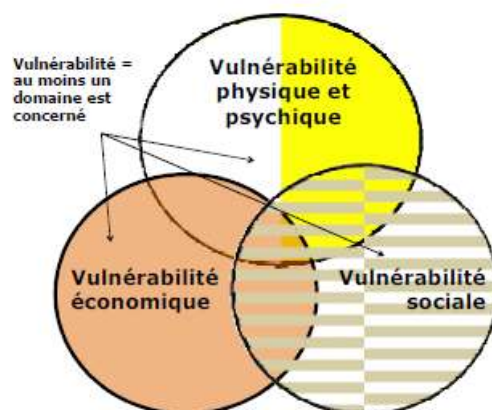
Résident/Résident

Selon la Commission du Dictionnaire, interrogée sur le sujet : *"Résident est adjectif, résident est nom. Et aux acceptions anciennes du nom, elle a ajouté celle-ci : "Personne qui habite une résidence ou y est hébergée", avec ces exemples : "Les résidents d'un foyer, d'une maison de retraite. Les résidents de la Cité universitaire de Paris"⁶⁴*.

Vulnérabilité

"La notion de vulnérabilité se rapporte au potentiel de fragilité accrue d'individus. La vulnérabilité ne constitue pas un état statique et permanent, mais s'apparente plutôt à un processus. Dans cette optique, "l'âge" (60+) représente un facteur qui peut rendre vulnérable.

Chez les personnes âgées, la vulnérabilité se manifeste essentiellement dans trois domaines distincts, dans chacun desquels il est possible de formuler des objectifs spécifiques de prévention (en cas de risque de devenir vulnérable) ou d'encouragement et de soutien (en cas de vulnérabilité constatée, de manière plus ou moins prononcée) :



- **Vulnérabilité économique** : intervention précoce et/ou intervention en cas de pauvreté économique et promotion de la sécurité économique;

⁶⁴ Courrier adressé à l'Académie française par Monsieur Serge Pétillet-Niémets, chargé de mission, le 3 mai 1999

- **Vulnérabilité sociale** : intervention précoce et/ou intervention en cas d'isolement social et promotion de l'intégration;
- **Vulnérabilité physique et psychique** : intervention précoce et/ou intervention en cas de maladie et de perte d'autonomie, renforcement des ressources (les parties en bonne santé malgré la maladie) et promotion de l'indépendance⁶⁵.

La vulnérabilité est un "état de faiblesse vu de l'extérieur, au regard de la capacité d'adaptation d'un individu dans un environnement donné. Elle dépend, dans une société donnée et en fonction de l'histoire personnelle propre à chaque individu, de sa capacité à mobiliser :

- Des ressources individuelles (la richesse, le niveau d'éducation et de compétences, la santé, etc.);
- Des ressources relationnelles (accès aux réseaux familial, amical, local, système de protection sociale, etc.)".

La vulnérabilité et la fragilité sont fréquemment utilisées comme synonymes, néanmoins les caractéristiques suivantes les distinguent :

- **"Fragilité** = notion biomédicale, renvoyant à l'analyse des faiblesses intrinsèques d'un individu, sous des angles variables, allant du niveau biologique à la santé publique. Notion d'intériorité;
- **Vulnérabilité** = notion globale, sociétale, relationnelle reposant sur l'analyse des faiblesses d'un individu au regard de son mode de relation à l'environnement. Notion d'extériorité.

La différence fondamentale entre ces deux termes est la notion d'intériorité et d'extériorité ⁶⁶.

⁶⁵ Pro-Senectute : Rapport "Aborder et toucher les groupes cibles vulnérables : situation actuelle et mesures possibles"

⁶⁶ MADoPA : Approche internationale des notions de Fragilité et de Vulnérabilité des Personnes Agées – 13.12.2011