

Institut universitaire de médecine sociale et préventive - IUMSP
Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique - CEESAN

Evaluation du projet de l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS)

Stéphanie Pin, Daria Koutaissoff, Valérie Henry, Amani Bathily,
Isabelle Peytremann-Bridevaux

RAISONS DE SANTÉ 292 – LAUSANNE

Unil
UNIL | Université de Lausanne



Raisons de santé 292

Étude financée par : Service cantonal de la santé publique du canton de Neuchâtel

Citation suggérée : Pin S, Koutaissoff D, Henry V, Bathily A, Peytreman Bridevaux I. Evaluation du projet de l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS), Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2017 (Raisons de santé 292).
<http://dx.doi.org/10.16908/issn.1660-7104/292>

Remerciements :

A toutes celles et ceux, professionnels, bénéficiaires de l'AROSS ou partenaires qui ont accepté de participer à nos entretiens, ont répondu aux questionnaires et ont ainsi, par leurs réponses, permis la réalisation de cette étude.

A Brenda Spencer pour sa contribution à la rédaction du protocole.

A Katarina Vujovic et Loïc Salomé pour la retranscription des entretiens.

A Séverine Schusselé Filliettaz pour les analyses complémentaires de l'enquête sur les soins intégrés.

A Jérôme Debons pour son aide lors de la réalisation des entretiens avec les bénéficiaires.

A Jocelyne Muller pour son travail d'édition.

Date d'édition : Août 2018

Table des matières

Table des matières	3
Liste des tableaux	5
Liste des figures.....	7
Abréviations.....	10
1 Synthèse.....	11
1.1 Contexte et objectifs de l'évaluation	13
1.2 Méthodes.....	14
1.3 Résultats.....	15
1.4 Recommandations	19
2 Introduction	21
2.1 Le projet de l'AROSS.....	23
2.1.1 Contexte.....	23
2.1.2 Les missions de l'AROSS.....	23
2.1.3 L'organisation	24
2.2 Le mandat	24
2.2.1 Évaluer la valeur ajoutée apportée par une nouvelle structure	25
2.2.2 Évaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les partenaires (plus-value pour les partenaires).....	25
2.2.3 Évaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les bénéficiaires (plus-value pour les bénéficiaires).....	26
2.2.4 Évaluer la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle (perspectives).....	27
2.3 Structure du rapport.....	27
3 Le contexte d'implémentation du projet de l'AROSS.....	29
3.1 La planification médico-sociale.....	31
3.2 Le district du Locle.....	32
4 Méthodes	35
4.1 Analyses secondaires des données disponibles.....	39
4.1.1 Analyse documentaire.....	39
4.1.2 Analyse statistique descriptive des indicateurs disponibles	40
4.2 Étude auprès des professionnels et des partenaires	41
4.2.1 Élaboration d'un questionnaire de satisfaction destiné aux professionnels	41
4.2.2 Entretiens avec les personnes responsables au sein du SCSP, de l'AROSS et du CIGES...	42
4.2.3 Entretiens avec les membres de l'équipe de l'AROSS et le médecin gériatre	42
4.2.4 Entretiens avec les professionnels et partenaires de l'AROSS	43
4.2.5 Questionnaire en ligne auprès des professionnels et des partenaires de l'AROSS	44
4.3 Étude auprès des bénéficiaires.....	45
4.3.1 Analyse statistique de la satisfaction des bénéficiaires et de leurs proches.....	45

4.3.2	Entretiens avec les bénéficiaires	45
4.4	Benchmarking avec des données nationales et internationales	47
4.4.1	Revue de littérature internationale.....	47
4.4.2	Première enquête sur les soins intégrés	48
5	Résultats.....	51
5.1	Analyse du fonctionnement et de l'activité de l'AROSS	52
5.1.1	Structure et fonctionnement de l'AROSS	52
5.1.2	L'activité de l'AROSS	53
5.1.3	Financement et coûts du projet de l'AROSS.....	80
5.1.4	Relations de collaboration.....	84
5.2	Perceptions des parties prenantes	87
5.2.1	Le contexte lié au projet de l'AROSS	88
5.2.2	Les missions et les activités de l'AROSS	88
5.2.3	Le fonctionnement du comité	90
5.2.4	Les outils mis en place.....	91
5.2.5	Les relations de collaboration	92
5.2.6	Les apports de l'AROSS	100
5.2.7	Les difficultés rencontrées ou les critiques formulées à l'égard de l'AROSS	105
5.2.8	Les craintes liées au projet AROSS.....	110
5.2.9	Perceptions des parties prenantes sur la suite du dispositif.....	114
5.3	Perceptions des bénéficiaires et des proches aidants.....	118
5.3.1	Satisfaction des bénéficiaires et des proches aidants à l'égard des activités de l'AROSS	118
5.3.2	Résultats des entretiens semi-directifs	126
5.4	Benchmarking avec des données nationales et internationales	130
5.4.1	Constats issus de la littérature internationale	130
5.4.2	Positionnement de l'AROSS par rapport aux initiatives de soins intégrés helvétiques	147
6	Limites de l'évaluation.....	169
7	Principaux constats et recommandations.....	173
7.1	Ajustement du contenu du projet	175
7.2	Déploiement du projet	182
7.3	Monitoring et évaluation du projet.....	186
8	Références	191
9	Annexes	197
9.1	Principaux constats et des recommandations par objectif d'évaluation	198
9.2	Proposition de questionnaire de satisfaction pour les professionnels et partenaires de l'AROSS.	212

Liste des tableaux

Tableau 1	Liste des documents collectés et analysés pour l'évaluation.....	39
Tableau 2	Critères de sélection des bénéficiaires.....	46
Tableau 3	Caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires ayant fait l'objet d'une évaluation et/ou d'un profilage sur dossier par l'AROSS, lors de la première évaluation (n=225).....	63
Tableau 4	État de santé et suivi médical des bénéficiaires ayant fait l'objet d'une évaluation et/ou d'un profilage sur dossier par l'AROSS, lors de la première évaluation (n=225).....	64
Tableau 5	Professionnels et services intervenant, lors de la première évaluation, auprès des personnes ayant bénéficié d'une évaluation et/ou d'un profilage sur dossier par l'AROSS (n=225), plusieurs réponses possibles.....	67
Tableau 6	Budget du projet de l'AROSS, par an et par poste de dépense.....	81
Tableau 7	Synthèse des avis et perceptions des personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, des partenaires et professionnels sur les apports de l'AROSS.....	101
Tableau 8	Synthèse des avis et perceptions des personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, des partenaires et professionnels sur les difficultés de l'AROSS.....	106
Tableau 9	Synthèse des avis et perceptions des personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, des partenaires et professionnels concernant leurs craintes à l'égard du projet de l'AROSS.....	111
Tableau 10	Synthèse des propositions des personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, des partenaires et professionnels concernant la suite du projet.....	115
Tableau 11	Attentes à l'égard de l'AROSS formulées par les bénéficiaires et les proches aidants ayant répondu aux questionnaires de satisfaction.....	125
Tableau 12	Commentaires libres laissés par les bénéficiaires et les proches aidants ayant répondu aux questionnaires de satisfaction.....	125
Tableau 13	Caractéristiques des bénéficiaires et proches aidants ayant été interrogés.....	126
Tableau 14	Typologie des répondants en fonction de leurs vulnérabilités.....	127
Tableau 15	Comparaison du projet de l'AROSS au regard des caractéristiques communément présentes dans des initiatives de soins intégrés.....	132
Tableau 16	Synthèse des impacts des initiatives de soins coordonnées ou intégrés.....	144
Tableau 17	Prestations proposées aux patients (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles).....	157
Tableau 18	Systèmes d'information électroniques (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles).....	162
Tableau 19	Recommandations générales et propositions pour l'ajustement du contenu du projet de l'AROSS.....	178
Tableau 20	Recommandations générales et propositions pour le déploiement du projet.....	184

Tableau 21	Recommandations générales et propositions pour le monitoring et l'évaluation du projet	188
Tableau 22	Synthèse des résultats concernant la valeur ajoutée apportée par l'AROSS	198
Tableau 23	Synthèse des résultats concernant l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les partenaires.....	201
Tableau 24	Synthèse des principaux résultats concernant l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les bénéficiaires.....	204
Tableau 25	Synthèse des principaux résultats et recommandations concernant la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle	208

Liste des figures

Figure 1	District du Locle et sa localisation dans le canton de Neuchâtel	32
Figure 2	Population âgée de 80 ans et plus dans le canton de Neuchâtel au 31 décembre 2016	33
Figure 3	Modèle logique du projet de l'AROSS	55
Figure 4	Nombre de demandes et de réévaluations traitées par AROSS entre le 1 ^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017	56
Figure 5	Types de demandes traitées par l'AROSS (n = 446).....	57
Figure 6	Profil des personnes ou organismes à l'origine des demandes traitées par l'AROSS (n = 444)	58
Figure 7	Répartition des motifs de demandes, en fonction de la personne ou de l'organisme qui en est à l'origine (n=443)	59
Figure 8	Schéma des flux des demandes DIOr traitées par l'AROSS	60
Figure 9	Profil du demandeur lorsqu'une évaluation et/ou un profilage a été réalisé par l'AROSS (n=330)	61
Figure 10	Type de demande initiale lorsqu'une évaluation et/ou un profilage a été réalisé par l'AROSS, pour toutes les demandes et les demandes urgentes (n = 330)	61
Figure 11	Profil, lors de la première évaluation, des personnes ayant bénéficié d'une évaluation et/ou d'un profilage, en fonction du type de demande (n = 225).....	65
Figure 12	Profil des personnes ayant bénéficié d'une évaluation et/ou d'un profilage en fonction de la personne ou de l'organisme à l'origine de la demande (n = 225).....	66
Figure 13	Combinaisons de lieux de vie recommandés par les professionnels de l'AROSS (n = 208).....	68
Figure 14	Lieux de vie recommandés par l'AROSS en fonction du lieu de vie souhaité par le bénéficiaire (n=208).....	69
Figure 15	Proportion de familles de prestations déjà existantes et proposées par l'AROSS (n = 2'916).....	71
Figure 16	Proportion de prestations refusées et mises en place par famille de prestations, parmi les nouvelles prestations recommandées par l'AROSS (n = 1'470).....	73
Figure 17	Evolution du profil BoC entre la première et la dernière évaluation, en fonction de l'âge (n=80)	74
Figure 18	Schéma des flux des demandes SIPRES traitées par l'AROSS.....	75
Figure 19	Nombre demandes en EMS et nombre d'entrées en EMS entre janvier 2016 et fin juin 2017 (n=190 et n=66)	76
Figure 20	Répartition des bénéficiaires SIPRES par catégories d'âge (n=126)	77
Figure 21	Répartition des demandes en fonction du type de séjour recherché (n=166)	78
Figure 22	Répartition des demandes par EMS (n=166).....	78
Figure 23	Profil BOC par type de séjour demandé (n=159).....	79
Figure 24	Pourcentage de demandes ayant abouti à une entrée, par EMS (n=166)	80

Figure 25	Temps moyen consacré par activité et par type d'évaluation initiale (n=224)	83
Figure 26	Nombre d'échanges sur la plateforme VIVATES entre janvier 2016 et juin 2017	85
Figure 27	Répartition des échanges sur la plateforme VIVATES en fonction de l'identité des émetteurs	86
Figure 28	Répartition des échanges sur la plateforme VIVATES en fonction de l'identité des destinataires	87
Figure 29	Durée durant laquelle les bénéficiaires ou les proches aidants reçoivent des prestations (n=96).....	118
Figure 30	Profil des répondants au questionnaire de satisfaction, en 2016 et 2017 (n=153)	119
Figure 31	Moyens par lesquels les bénéficiaires ou leurs proches aidants ont eu connaissance de l'AROSS (n=144).....	120
Figure 32	Satisfaction des bénéficiaires et des proches aidants quant à l'accueil et au traitement de leurs demandes par l'AROSS	121
Figure 33	Satisfaction des bénéficiaires et des proches aidants quant aux compétences du personnel de l'AROSS.....	121
Figure 34	Satisfaction des bénéficiaires et des proches aidants quant aux prestations reçues.....	122
Figure 35	Avis des bénéficiaires et des proches aidants quant à la plus-value de l'AROSS (n=90).....	123
Figure 36	Score moyen de satisfaction globale des bénéficiaires et des proches aidants à l'égard de l'AROSS (n=146)	124
Figure 37	Score moyen de recommandation de l'AROSS par les bénéficiaires et les proches aidants (n=142)	124
Figure 38	Intégration horizontale et verticale	134
Figure 39	Description des cinq degrés de collaboration	136
Figure 40	Nombre relatif d'initiatives de soins intégrés par canton, par 100'000 habitants (n = 155)	148
Figure 41	Structures ou professions à l'origine des initiatives de soins intégrés (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles).....	150
Figure 42	Parties impliquées dans la gouvernance (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)	151
Figure 43	Sources de financement des initiatives (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)	152
Figure 44	Groupes cibles des initiatives (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)....	154
Figure 45	Groupes de patients ciblés (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles).....	155
Figure 46	Mesures visant à impliquer les patients (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)	158
Figure 47	Groupes de professionnels impliqués (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)	159

Figure 48	Interventions visant à soutenir les professionnels (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles).....	161
Figure 49	Perceptions concernant la collaboration entre prestataires de soins (en nombre absolu)	163
Figure 50	Perceptions concernant les obstacles à l'implication des patients (en nombre absolu)	165
Figure 51	Perceptions des améliorations obtenues (en nombre absolu)	166

Abréviations

AE	Appartement avec encadrement
AROSS	Association réseau orientation santé social
ARS	Agence régionale de santé
AS	Assistant social
ASI	Association suisse des infirmiers
BoC	<i>Balance of Care</i>
BRIO	Bureau régional d'information et d'orientation
CEESAN	Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique
CIGES	Centre d'information, de gestion et d'économie de santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CNP	Centre neuchâtelois de psychiatrie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CTR	Centre de traitement et de réadaptation
DIOr	Demande d'information et d'orientation
DFS	Département des finances et de la santé
EMS	Etablissement médico-social
GREVAL	Groupe romand d'évaluation
HNE	Hôpital neuchâtelois
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
LDEP	Loi fédérale sur le dossier électronique du patient
NOMAD	Neuchâtel organise le maintien à domicile
OMDH	Office du maintien à domicile et de l'hébergement
PSAJ	Pro Senectute Arc Jurassien
PMS	Planification médico-sociale
RAI-HC	<i>Resident assessment instrument-Home care</i> (méthode d'évaluation du résident)
SCSP	Service cantonal de la santé publique
SSL	Service social et de liaison
UES	Unité d'évaluation des soins

1

Synthèse

1 Synthèse

1.1 Contexte et objectifs de l'évaluation

Dans le cadre des travaux de la planification médico-sociale (PMS) du canton de Neuchâtel et afin d'améliorer l'orientation des personnes âgées de plus de 65 ans dans le réseau socio-sanitaire du canton, le rapport « Réseau et entretiens d'orientation »¹ préconisait la création d'un dispositif d'information, d'orientation et de coordination à l'échelle cantonale, portée par un établissement autonome de droit public. La finalité annoncée de ce dispositif est « d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité », par la détection et la prise en charge précoce et adaptée des personnes pré-fragiles et fragiles.

Avant le déploiement à grande échelle de ce dispositif, l'État a souhaité l'expérimenter sur un territoire du canton. L'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) a ainsi été créée en mars 2015 afin de promouvoir le développement d'un réseau socio-sanitaire assurant l'information, l'orientation et l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées de plus de 65 ans, dans une optique de continuité des soins.

Un projet-pilote, sous la forme d'une structure d'information et d'orientation destinée aux personnes âgées, à leurs proches et aux partenaires socio-sanitaires, a été mis en place depuis le 1^{er} janvier 2016 sur les communes du Locle et des Brenets, puis étendu sur l'ensemble du district du Locle au 1^{er} janvier 2017, afin de tester et valider l'approche.

Prévue dès la mise en place du projet-pilote, l'évaluation globale a été confiée par le Département des Finances et de la santé au Service de la santé publique (SCSP) du canton de Neuchâtel. Elle prévoit d'une part l'élaboration d'un rapport de clôture de projet réalisé par l'AROSS et d'autre part une évaluation externe du projet-pilote. L'évaluation globale du projet-pilote de l'AROSS doit principalement servir à nourrir et étayer le déploiement du dispositif d'orientation à l'échelle cantonale qui suppose entre autres l'élaboration d'une législation spécifique. Il s'agit en particulier de :

- Décrire et analyser la concrétisation du réseau sur le territoire ;
- Réaliser un bilan de l'action engagée, en dégager les points forts, les points faibles et proposer la levée d'éventuels blocages ;
- Évaluer l'efficacité de la démarche en termes de service rendu (satisfaction) aux bénéficiaires et aux partenaires et proposer des pistes d'optimisation ;
- Analyser la transférabilité de la démarche et évaluer les conditions et les moyens nécessaires à sa pérennisation.

Quatre objectifs étaient fixés à l'évaluation :

- Évaluer la valeur ajoutée apportée par une nouvelle structure ;

- Evaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les partenaires ;
- Evaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les bénéficiaires ;
- Evaluer la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle.

1.2 Méthodes

Le SCSP a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) et son Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN) pour la réalisation de l'évaluation externe. Cette évaluation s'est appuyée des approches méthodologiques qualitatives et quantitatives et comportait quatre phases :

- Des analyses secondaires de données disponibles au niveau du projet (profil des bénéficiaires et analyse des demandes, demandes d'entrées en EMS, échanges entre l'AROSS et ses partenaires, données sur les ressources financières et humaines, documentation afférente au projet) ;
- Une étude qualitative, par entretiens semi-directifs (n=19), focus groupes (n=5) et au moyen d'un questionnaire en ligne (n=35), auprès des professionnel-le-s et des partenaires ;
- Une étude auprès des bénéficiaires et de leurs proches aidants combinant une analyse des questionnaires de satisfaction adressés par l'AROSS à l'ensemble des bénéficiaires du projet (n=153 répondants) et des entretiens semi-directifs auprès de bénéficiaires et de proches aidants (n=9) ;
- Un benchmarking avec des données nationales et internationales, sur la base d'analyses secondaires de la première enquête suisse sur les soins intégrés et d'une revue de la littérature scientifique sur les soins intégrés.

L'évaluation a porté sur les activités de l'AROSS durant la période du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2017, les entretiens et focus groupes ont été réalisés entre le mois de décembre 2016 et de mai 2017.

Un groupe d'accompagnement composé de représentants du SCSP, de l'AROSS et de l'IUMSP a été constitué et s'est réuni à quatre reprises durant l'évaluation pour en suivre et en faciliter le déroulement, favoriser la cohérence de l'évaluation globale et discuter des résultats.

1.3 Résultats

L'activité et le fonctionnement de l'AROSS

Le pilote a totalement atteint les résultats attendus et fixés dans le cadre du contrat de prestations avec l'Etat. Une équipe formée de 4.9 EPT en 2016 et 4.6 EPT en 2017 a été mise en place, dont 2.4 EPT infirmier, 0.5 EPT ergothérapeute et 0.5 EPT assistant social chargés de la réalisation des entretiens d'évaluation et d'orientation. Des outils ont été élaborés et ajustés pour monitorer les activités et réaliser l'évaluation et l'orientation des bénéficiaires (outil DIOr), pour partager de manière sécurisée de la documentation sur les patients suivis avec les partenaires (outil VIVATES) et gérer les demandes d'entrées en EMS (outil SIPRES). Des procédures collaboratives ont été élaborées avec chaque partenaire du réseau, et ajustées durant la durée du pilote pour permettre de lever les difficultés rencontrées ou pour optimiser les collaborations.

Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, 448 demandes ont été traitées par l'AROSS, correspondant à 345 bénéficiaires. 42.4% des demandes concernaient une demande d'évaluation et d'orientation, un quart une demande d'information ou de renseignements, un quart un transfert en long séjour ou en EMS, le reste des demandes portant sur une détection de la fragilité ou une demande de court séjour. 330 évaluations, réévaluations ou profilages sur dossier ont été réalisés. Les demandeurs sont le plus souvent un membre de l'entourage (29.4%), un professionnel des services de l'Hôpital neuchâtelois (HNE, 17.3%), un médecin de famille (14.2%) ou le bénéficiaire lui-même.

Les personnes ayant bénéficié d'une évaluation ou d'un profilage sur dossier (n = 225) sont majoritairement des femmes, âgées en moyenne de 83.4 ans. Plus de la moitié vivent seuls, et dans quatre cas sur dix, aucun prestataire de soins ou d'aide à domicile n'est présent avant l'intervention de l'AROSS. Entre 46.2% (grille SEGA-A) et 50.7% (grille de repérage de la fragilité du gérontopôle de Toulouse) sont considérés comme fragiles ; les profils *Balance of Care* (BoC) les plus représentés sont les profils 3 à 6 qui représentent les trois quarts des bénéficiaires évalués.

A l'issue des évaluations, l'AROSS formule un certain nombre de recommandations concernant le lieu de vie ou des prestations qui pourraient être mises en place par le bénéficiaire ou son proche aidant. Ces propositions sont discutées avec les bénéficiaires et leurs proches aidants, et donnent lieu à un rapport et une synthèse transmis aux professionnels intervenant dans la situation (médecins de famille, HNE, services à domicile - NOMAD, établissements médico-sociaux - EMS etc.). Dans 65.5% des situations évaluées, l'AROSS a recommandé le domicile comme lieu de vie, ce qui correspond le plus souvent aux préférences du bénéficiaire. Dans 72.7% des cas où l'AROSS a recommandé le domicile, la pension ou l'appartement avec encadrement (AE) comme lieu de vie, les bénéficiaires résident encore à leur domicile six à douze mois après la recommandation. En revanche, quand les bénéficiaires souhaitent résider en EMS, dans 92.0% des cas ils résident effectivement en EMS six à douze mois après l'évaluation, quelle que soit la recommandation formulée par l'AROSS.

L'AROSS a recommandé 1'470 nouvelles prestations, le plus souvent une évaluation sociale, des prestations de prévention des chutes ou de renforcement musculaire ou une évaluation de la

sécurité du logement. 298 prestations (20.3%) ont été refusées par les bénéficiaires, principalement par manque de motivation à les mettre en œuvre. Un cinquième des prestations environ ont été mises en place par les bénéficiaires durant la durée considérée, les prestations le plus souvent mises en place concernant l'évaluation et le droit aux prestations, le soutien au proche aidant ou l'évaluation des besoins en moyens auxiliaires. Entre la première et la dernière évaluation réalisée par l'AROSS, environ un an après la demande initiale, 27.5% des bénéficiaires réévalués (n=22) connaissent une amélioration de leur profil BoC.

L'AROSS gère également un fichier de demandes d'entrées en EMS (outil SIPRES). Du 1er janvier 2016 au 30 juin 2017, 166 demandes ont été recensées pour le territoire du pilote, correspondant à 110 bénéficiaires différents. Les demandeurs sont majoritairement des femmes, âgées de 85.5 ans en moyenne. Les deux tiers des demandeurs sont en profils BoC 5 à 8. Plus de la moitié des demandes concernent un long séjour en EMS gériatrique et un peu moins du tiers un court séjour gériatrique. Sur la durée considérée, 56 demandes (33.7%) ont abouti favorablement par une entrée en EMS.

Du 1er janvier 2016 au 30 juin 2017, 14 organismes ou partenaires, l'AROSS compris, ont utilisé la plateforme VIVATES pour échanger des informations sur des patients de manière sécurisée. Durant cette période, 237 échanges d'information ont été enregistrés, avec une moyenne de 9.8 échanges par mois. L'AROSS est le principal émetteur (dans 59.0% des cas) et le principal destinataire (dans 40.1% des cas) des informations.

Acceptabilité et premiers effets pour les partenaires

L'évaluation a mis en évidence l'acceptabilité du dispositif d'évaluation et d'orientation prévu dans la PMS du canton de Neuchâtel. Porté dès son démarrage par les principaux partenaires du réseau socio-sanitaire, le projet de l'AROSS fait consensus en termes de finalités et d'objectifs généraux. Son déploiement à l'échelle du canton n'est pas remis en cause et est même attendu par la plupart des partenaires rencontrés.

L'AROSS est perçue comme répondant à un besoin réel des partenaires et des professionnels. Plusieurs apports ont ainsi été mis en avant dans l'étude qualitative menée auprès des professionnels et partenaires. L'AROSS est ainsi unanimement appréciée dans son rôle à détecter la fragilité et à proposer une prise en charge adaptée à domicile, tout comme facilitatrice dans le cadre des transferts du domicile vers des EMS. L'AROSS joue un rôle central, de l'avis des professionnels rencontrés, dans le réseau socio-sanitaire, en raison de sa vision globale des prestations existantes. L'évaluation holistique des personnes, réalisée par une équipe interdisciplinaire, est par ailleurs appréciée et saluée, parce qu'elle permet d'orienter les bénéficiaires vers les prestations qui sont le plus adaptées à son profil, à sa situation de vie et à ses préférences.

Toutefois, l'inscription de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire et son périmètre d'activité semblent poser question à certains partenaires avec lesquels les collaborations sont plus difficiles, et en particulier avec NOMAD et le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP). Ces acteurs voient en effet plusieurs chevauchements entre l'AROSS et leurs propres activités. C'est en particulier le cas pour l'évaluation des besoins des bénéficiaires qui, dans certains cas, peut être réalisée à double et

engendrer une confusion pour les professionnels intervenant sur la situation, pour les bénéficiaires et leurs proches, et une perte d'efficacité.

Les représentants des EMS rencontrés lors de l'évaluation ont fait part de leurs craintes à l'égard du projet, perçu comme une stratégie pour procéder à une réduction de leurs missions ou de leur autonomie. Plusieurs partenaires déplorent également que d'autres mesures de la PMS, comme la création de lits d'accueil d'urgence ou de places de courts séjours, n'aient pas suivi l'implémentation du pilote, limitant ses effets potentiels.

Enfin, les partenaires regrettent que le pilote se soit déroulé sur un périmètre restreint qui a alourdi leur charge de travail, en raison notamment de procédures distinctes pour les personnes résidant sur le territoire du pilote et les autres personnes prises en charge, et pénalisé la réelle plus-value de l'AROSS.

Acceptabilité et premiers effets pour les bénéficiaires

La satisfaction des bénéficiaires et de leurs proches à l'égard de l'AROSS est très élevée, à la fois en ce qui concerne l'attitude des collaborateurs, l'attractivité des locaux, la qualité de l'accueil et des réponses apportées. Le score moyen de satisfaction des répondants aux questionnaires adressés par l'AROSS en 2016 et 2017 est de 9.0 sur 10. 96.6% des répondants sont d'accord pour dire que l'AROSS a pris en compte leurs avis et 97.8% que l'AROSS a pris en compte leurs besoins. 95.0% estiment que l'AROSS a amélioré le niveau de connaissance sur la situation et 91.4% que l'AROSS fournit des prestations différentes de celles déjà reçues par d'autres prestations.

Les répondants aux questionnaires déclarent avoir connu l'AROSS par l'intermédiaire de leur médecin de famille (38.9% en 2016, 24.4% en 2017) ou par des membres de l'entourage ou de la famille (21.1% en 2017, 1.9% en 2016). Les organismes de santé, comme l'HNE, NOMAD ou les EMS, sont une autre source d'information sur l'AROSS, alors que les communes n'interviennent que peu dans la communication sur le dispositif (4.4% en 2017, 1.9% en 2016).

Les entretiens réalisés avec neuf bénéficiaires ou leurs proches aidants ont permis de conforter ces appréciations très positives et de mettre en lumière certains des apports de l'AROSS. Pour les bénéficiaires se trouvant dans une situation de vulnérabilité physique, psychique, sociale ou financière, l'AROSS apparaît comme une réelle plus-value, tant dans la qualité et l'adéquation des réponses apportées que dans le soutien moral qu'elle propose. La qualité d'écoute des collaborateurs de l'association, leur rapidité d'intervention et la diversité des prestations proposées, souvent méconnues des bénéficiaires et de leurs proches, sont les principaux points forts de l'association. Dans ces situations, l'AROSS a souvent permis de rester plus longtemps à domicile. En revanche, les missions de l'association et son périmètre d'action demeurent peu clairs. Les bénéficiaires autonomes ou ayant une demande très précise ne perçoivent quant à eux pas de réelle valeur ajoutée à l'AROSS par rapport à d'autres acteurs du réseau socio-sanitaire.

Faisabilité et transférabilité du dispositif à large échelle

Quand on l'examine au prisme de la revue de littérature, le dispositif de l'AROSS présente plusieurs des composantes-clé mises en évidence dans les interventions de soins intégrés ou de soins

coordonnés ayant fait leurs preuves dans d'autres pays. L'évaluation holistique de la personne âgée intègre ainsi la prise en compte de son environnement et de ses préférences. Elle est réalisée par une équipe interdisciplinaire de coordinateurs qui constituent une force pour le projet. Son dimensionnement semble approprier au regard du territoire du pilote et des processus mis en œuvre.

L'AROSS vise par ailleurs une population bien délimitée et a pour finalité la coordination de l'ensemble du parcours de santé, même si, à ce jour, la prévention demeure encore trop peu présente. La dynamique collaborative semble avoir été initiée avec succès. L'AROSS a atteint, sur le périmètre du pilote, un stade « basique » de collaboration caractérisé par une transmission périodique d'informations sur les situations, des échanges et rencontres réguliers, une appréciation respectueuse des compétences des différents acteurs mais des difficultés persistantes dans certains cas et des outils collaboratifs peu performants.

Ces collaborations pourraient être renforcées par des échanges multiprofessionnels plus fréquents et un système d'information plus performant. En effet, les outils informatisés collaboratifs, même s'ils répondent aux besoins de l'équipe de l'AROSS, suscitent bon nombres de critiques. Insatisfaisants en terme d'ergonomie et de convivialité, leur potentiel est limité par une absence d'inter-opérabilité avec les systèmes d'information primaires utilisés par les différents partenaires.

L'outil d'évaluation et d'orientation utilisé par l'AROSS est perçu quant à lui de manière assez divergente par les partenaires : si la plupart en soulignent l'intérêt en termes d'approche holistique d'une part et de diversité des prestations proposées d'autre part, certains professionnels questionnent l'hétérogénéité des outils d'évaluation existants dans le réseau socio-sanitaire et la pertinence de réitérer des évaluations quand une première évaluation a déjà été réalisée par un autre prestataire de soins (NOMAD, CNP ou HNE).

Par ailleurs, l'évaluation a mis en évidence une adéquation des ressources humaines et financières mobilisées pour l'atteinte des objectifs fixés. Le coût du projet était légèrement inférieur au budget planifié, principalement en raison d'un nombre moins important d'EPT. La durée par bénéficiaire est de 10.5h en moyenne, mais dépend fortement d'une part du type d'évaluation réalisée (8.4h en moyenne pour une évaluation complète réalisée au domicile du bénéficiaire versus 3.4h pour un profilage sur dossier) et d'autre part de la présence ou non d'une réévaluation (8.3 h pour une première évaluation versus 17.2 heure en cas de réévaluation).

Finalement, le design évaluatif retenu ne permet pas d'évaluer l'efficacité ou l'efficience du projet ni les possibles transferts de charges d'autres institutions vers l'AROSS.

1.4 Recommandations

A l'issue de cette étude, plusieurs recommandations peuvent être formulées concernant l'ajustement du contenu du projet, son déploiement à l'échelle cantonale et l'évaluation et le monitoring du projet.

Concernant l'ajustement du projet, nous recommandons de :

- Formaliser le rôle de coordination de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire ;
- Clarifier les objectifs et missions de l'AROSS ;
- Développer et renforcer les collaborations avec les institutions et les professionnels concernés ;
- Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle commun d'items à évaluer par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire concernés ;
- Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau de risques et graduer les prestations proposées ;
- Améliorer les outils informatisés collaboratifs de partage d'information, en cohérence avec la loi sur le dossier électronique du patient (LDEP)² et la stratégie cybersanté du Canton ;
- Renforcer la communication sur le projet.

Concernant le déploiement du projet, nous recommandons de :

- Prévoir un déploiement par étapes et par districts, permettant d'organiser les collaborations au niveau régional et d'ajuster le projet aux caractéristiques locales ;
- S'assurer que les conditions de succès pour l'implémentation soient garanties ;
- Quelle que soit la forme juridique choisie, veiller à l'ancrage territorial du projet et à une gouvernance permettant la co-responsabilité des principaux acteurs du réseau socio-sanitaire ;
- Disposer d'une équipe interdisciplinaire de collaborateurs dont une majorité avec un poste de coordinateurs ;
- Pérenniser le financement du projet.

Concernant le monitoring et l'évaluation du projet, nous recommandons de :

- Poursuivre et renforcer le monitoring du projet ;
- Suivre l'évolution des collaborations interprofessionnelles au sein du réseau socio-sanitaire ;
- Évaluer l'efficacité et l'efficience du projet.

2

Introduction

2 Introduction

2.1 Le projet de l'AROSS

2.1.1 Contexte

Dans le cadre des travaux de la planification médico-sociale (PMS) du canton de Neuchâtel et afin d'améliorer l'orientation des personnes âgées de plus de 65 ans dans le réseau socio-sanitaire du canton, le rapport « Réseau et entretiens d'orientation »¹ préconisait la création d'un dispositif d'information, d'orientation et de coordination à l'échelle cantonale, portée par un établissement autonome de droit public. La finalité annoncée de ce dispositif est « d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité », par la détection et la prise en charge précoce et adaptée des personnes pré-fragiles et fragiles.

Avant le déploiement à grande échelle de ce dispositif, l'État a souhaité l'expérimenter sur un territoire du canton. L'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) a ainsi été créée en mars 2015 afin de promouvoir le développement d'un réseau socio-sanitaire assurant l'information, l'orientation et l'efficacité de l'accompagnement des personnes âgées de plus de 65 ans, dans une optique de continuité des soins.

Un projet-pilote, sous la forme d'une structure d'information et d'orientation destinée aux personnes âgées, à leurs proches et aux partenaires socio-sanitaires, a été mis en place depuis le 1^{er} janvier 2016 sur les communes du Locle et des Brenets, puis étendu sur l'ensemble du district du Locle au 1^{er} janvier 2017, afin de tester et valider l'approche.

2.1.2 Les missions de l'AROSS

L'AROSS vise à :

- Collaborer avec les partenaires du domaine socio-sanitaire afin de détecter les personnes en situation complexe ou fragile, d'anticiper ainsi leur orientation et de veiller à ce qu'elles reçoivent les prestations adaptées à leur situation ;
- Assurer l'interface entre tous les acteurs^a concernés pour garantir la continuité et la coordination de l'accompagnement en interdisciplinarité ;
- Informer la population et les professionnels de santé sur le réseau socio-sanitaire de la région ;
- Informer et orienter sur l'offre disponible en matière de solutions transitoires, voire d'alternatives intermédiaires ;

^a Afin d'alléger le texte, et sans préjudice pour le genre féminin, nous utiliserons le genre masculin de manière uniforme.

- Informer et accompagner les personnes âgées dans les démarches d'entrée en établissement médico-social (EMS).

2.1.3 L'organisation

Sise au centre-ville du Locle, l'AROSS se compose de six collaborateurs (trois infirmiers coordinateurs, une ergothérapeute coordinatrice, une assistante sociale coordinatrice, une assistante de direction), d'une responsable de projet et d'un chef de projet solutions métier. Elle bénéficie également de l'appui d'un médecin gériatre.

Le comité de l'association est constitué des représentants de partenaires (« Neuchâtel organise le Maintien à domicile » -NOMAD, Centre neuchâtelois de psychiatrie - CNP, Hôpital neuchâtelois – HNE, établissements médico-sociaux affiliés à l'ANEMPA, l'ANIPPA et l'ANEDEP, médecins de famille, infirmiers, administration communale, Centre d'information, de gestion et d'économie de la santé – CIGES, Pro Senectute).

2.2 Le mandat

Prévue dès la mise en place du projet-pilote, l'évaluation globale a été confiée par le Département des Finances et de la santé au Service de la santé publique (SCSP) du canton de Neuchâtel. Elle prévoit d'une part l'élaboration d'un rapport de clôture de projet réalisé par l'AROSS et d'autre part une évaluation externe du projet-pilote.

L'évaluation globale du projet-pilote de l'AROSS doit principalement servir à nourrir et étayer le déploiement du dispositif d'orientation à l'échelle cantonale qui suppose entre autres l'élaboration d'une législation spécifique. Le cahier des charges précise qu'il s'agit en particulier de :

- Décrire et analyser la concrétisation du réseau sur le territoire ;
- Réaliser un bilan de l'action engagée, en dégager les points forts, les points faibles et proposer la levée d'éventuels blocages ;
- Évaluer l'efficacité de la démarche en termes de service rendu (satisfaction) aux bénéficiaires et aux partenaires et proposer des pistes d'optimisation ;
- Analyser la transférabilité de la démarche et évaluer les conditions et les moyens nécessaires à sa pérennisation.

Quatre objectifs sont proposés dans le cahier des charges pour évaluer la cohérence externe et interne du projet, sa mise en œuvre, son acceptabilité par les partenaires, les professionnels et les usagers et ses premiers effets pour les partenaires et les bénéficiaires :

- Évaluer la valeur ajoutée apportée par une nouvelle structure ;
- Évaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les partenaires ;
- Évaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les bénéficiaires ;

- Évaluer la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle.

Le SCSP a mandaté l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) et son Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN) pour la réalisation de l'évaluation externe. Celle-ci propose pour chaque objectif l'analyse de plusieurs dimensions.

2.2.1 Évaluer la valeur ajoutée apportée par une nouvelle structure

Il s'agit principalement d'examiner quelles sont les **améliorations organisationnelles** apportées par l'AROSS par rapport à une situation sans structure dédiée à la coordination et à l'orientation.

Les dimensions suivantes sont analysées dans le cadre de l'évaluation externe :

- **La complémentarité et la spécificité de l'AROSS par rapport aux autres acteurs du réseau :** quelles sont les synergies entre l'AROSS et les autres acteurs ? Quel est l'apport essentiel de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire du territoire ?
- **Les modes de collaboration et de coopération entre l'AROSS et ses différents partenaires :** comment les partenaires ont-ils contribué à la conception et à la mise en œuvre du projet ? Quels moyens et ressources ont été apportés par l'AROSS et par ses partenaires ? Quels modes de travail ont été mis en place ?
- **La cohérence externe et interne du projet :** l'organisation mise en place répond-elle aux objectifs de la planification médico-sociale du canton de Neuchâtel et aux orientations du rapport « Réseau et entretiens d'orientation » ? L'organisation mise en place permet-elle de répondre aux objectifs fixés ? Est-elle cohérente avec la nature des problèmes à traiter ?

2.2.2 Évaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les partenaires (plus-value pour les partenaires)

Les dimensions à évaluer pour cet objectif s'inspirent de celles établies par Bourgueil et al. ³ pour l'évaluation des réseaux de soins en France. Il s'agit d'évaluer si, du point de vue des partenaires, l'AROSS a permis d'atteindre les objectifs qu'elle s'était fixée en termes de :

- **Coordination et collaboration entre les différents acteurs du réseau socio-sanitaire :** A quel degré et sous quelle forme les différents acteurs du réseau socio-sanitaire, et en particulier les équipes de soins de premier recours, ont-ils participé au projet ? L'AROSS a-t-elle contribué à mettre en œuvre des procédures collaboratives satisfaisantes ? Lesquelles ? Comment ont-elles été mises en place ? Les solutions métiers développées (outils d'échanges et de transmission d'information, de gestion des listes d'attente) sont-elles utilisées ? Dans quelle mesure répondent-elles aux besoins des partenaires ? L'AROSS a-t-elle contribué à une augmentation de la fréquence et de la qualité des échanges entre les partenaires et entre les acteurs du réseau socio-sanitaire ?
- **Orientation des bénéficiaires vers les prestations socio-sanitaires existantes :** Quels sont les modes de recours à l'AROSS ? Les connaissances des partenaires quant aux ressources existantes se sont-elles améliorées ? De quelle manière l'AROSS a-t-elle assuré un appui

aux partenaires et aux professionnel-le-s de premier recours ? Cet appui est-il perçu comme satisfaisant et suffisant par les différents acteurs ? Quelles sont les situations où l'AROSS s'est révélé le plus/le moins utile aux partenaires ?

- **Qualité et réactivité des réponses apportées aux bénéficiaires** : Le fonctionnement de l'AROSS a-t-il favorisé un meilleur traitement des problèmes ? Dans des délais plus rapides ? Selon les partenaires, quelle sont les situations où l'AROSS s'est montré le plus ou le moins performante ?
- **Développement d'une culture commune**, chez les partenaires, sur la détection et l'accompagnement de la fragilité chez la personne âgée.

2.2.3 Évaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les bénéficiaires (plus-value pour les bénéficiaires)

L'évaluation vise, dans ce sous-objectif, à évaluer le service rendu par l'AROSS aux personnes âgées et aux membres de l'entourage qui l'ont sollicitée. Il s'agira plus précisément d'examiner :

- **La couverture de l'AROSS** en termes de taux et de profils de personnes : Quel est le degré d'atteinte des objectifs fixés par l'AROSS en termes de couverture et de détection de la fragilité ? Quels sont les profils des bénéficiaires en termes de fragilité, de situation de vie et de besoins ?
- **Les types de demandes et les modalités de traitement de la demande** : Quelles sont les types de demandes reçues par l'AROSS ? D'où proviennent-elles ? Correspondent-elles aux demandes attendues lors de la mise en place de l'AROSS ? De quelle manière ces demandes ont-elles été traitées ? Avec quels résultats à court et moyen terme ?
- **La qualité de l'accueil mis en place** (accueil personnalisé, liens avec les collaborateurs et les collaboratrices, professionnalisation de cet accueil, etc.) : Quelle a été la fréquence des contacts entre les bénéficiaires et l'AROSS ? Quel est le degré de satisfaction des bénéficiaires à l'égard de l'accueil mis en place ?
- **L'adéquation et la rapidité des réponses proposées suite à une demande** : Quel est le délai moyen de réponse à une demande ? Quel est le degré de satisfaction des bénéficiaires à l'égard de la réponse proposée ? La réponse proposée est-elle adaptée aux besoins perçus des bénéficiaires ?
- **La satisfaction des bénéficiaires** à l'égard des réponses apportées et leur perception de la plus-value des services proposés par l'AROSS par rapport à la situation antérieure.

En suivant les recommandations de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé³, il semble également important d'examiner **la participation des bénéficiaires à la décision et le respect de leurs choix** : quelles sont les mesures mises en place pour favoriser la participation des bénéficiaires et pour garantir le respect de leurs choix ? Dans quelle mesure les bénéficiaires se sentent-ils écoutés et associés aux décisions les concernant ?

2.2.4 Évaluer la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle (perspectives)

L'évaluation vise essentiellement à fournir des indications au responsable du mandat quant au déploiement du dispositif à l'échelle du canton. La transférabilité d'une intervention en santé publique s'apprécie en effet au regard des facteurs liés à la population bénéficiaire (caractéristiques, participation, acceptabilité etc.), à l'implantation (ressources, adéquation au contexte, accessibilité etc.), aux professionnels (acceptabilité, participation, satisfaction etc.) et à l'environnement⁴.

Il s'agit donc d'explorer les conditions de transférabilité du dispositif, d'identifier les ingrédients essentiels à conserver, en termes d'objectifs, de ressources et de méthodes, d'analyser les facteurs contextuels pouvant favoriser ou limiter la mise en œuvre du dispositif, et de proposer des pistes d'optimisation et de pérennisation de la démarche engagée par l'AROSS.

L'évaluation explorera les dimensions suivantes :

- **Effizienz de la démarche** : Quelles sont les ressources humaines et financières du projet ? Quel est le rapport entre les ressources mobilisées et les résultats obtenus (coût par bénéficiaire, coût par type de réponse) ?
- **Adéquation de l'organisation actuelle aux objectifs visés** : L'organisation actuelle est-elle adaptée aux objectifs visés, en particulier en ce qui concerne les ressources (humaines et financières), les compétences et les méthodes mises en place ? De quelle manière doit-elle évoluer ? Quelles sont les modes d'expertises et les compétences à développer ?
- **Acceptabilité et pérennisation de la démarche** : Comment préserver et entretenir la dynamique mise en place ? Comment éviter une bureaucratisation de l'activité de l'AROSS ? Comment poursuivre la mobilisation et la collaboration des acteurs du réseau socio-sanitaire ? Quelles sont les conditions de pérennisation de la démarche engagée par l'AROSS ?
- **Transférabilité de la démarche dans les autres régions du canton** : A quelles conditions la démarche est-elle transférable dans d'autres régions ? Quels sont les ingrédients essentiels du projet qui garantissent le maintien des objectifs visés ? Quels sont les facteurs individuels, organisationnels ou contextuels pouvant faciliter ou entraver le déploiement du dispositif à l'échelle du canton ? Quelles sont les étapes à prévoir pour le déploiement du dispositif à l'échelle du canton ?

2.3 Structure du rapport

Le chapitre 3 décrit tout d'abord, de manière succincte, le contexte d'implémentation du projet de l'AROSS qui s'inscrit dans la PMS du canton de Neuchâtel et se déroule sur un territoire délimité du canton (communes du Locle et des Brenets jusqu'à fin décembre 2016, puis district du Locle dès le 1^{er} janvier 2017). Nous présentons ensuite (Chapitre 4) le design évaluatif retenu et détaillons les différentes méthodes et sources de données utilisées pour réaliser ce travail.

Les résultats sont présentés et analysés dans le chapitre 5, en quatre parties. Tout d'abord (§ 5.1), nous nous intéressons à l'analyse du fonctionnement et de l'activité de l'AROSS entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, durée considérée dans la présente évaluation : l'organisation de l'AROSS et ses missions sont décrites ; les activités de l'association et les premiers résultats obtenus sont détaillés ; les coûts du projet sont analysés au regard de l'activité réalisée ; les relations de collaboration sont présentées de manière globale.

Dans un deuxième temps (§5.2), et en nous appuyant sur une série d'entretiens et de focus groupes réalisés auprès des partenaires et professionnels concernés par le projet de l'AROSS, nous analysons leurs perceptions sur différents aspects du projet. D'une part, nous présentons la manière dont ces acteurs ont été impliqués dans l'élaboration du projet et leurs visions des missions et du fonctionnement du projet. D'autre part, nous mettons en évidence les principaux apports, difficultés et craintes relevés par les parties prenantes à l'égard du dispositif mis en place et de ses suites possibles.

La troisième partie des résultats porte sur les perceptions des personnes âgées bénéficiaires du projet et de leurs proches aidants (§5.3). Leur satisfaction à l'égard de l'AROSS est examinée de manière quantitative et qualitative. Nous pointons ici également les principaux apports et limites du projet, du point de vue des bénéficiaires et de leurs proches.

Enfin, nous élargissons le questionnement en réalisant un benchmarking du projet avec des données nationales et internationales (§ 5.4). Les résultats d'une revue de la littérature scientifique sont tout d'abord présentés pour différentes thématiques pertinentes pour l'évaluation. Nous utilisons également les résultats d'une enquête menée en Suisse sur les soins intégrés qui permettent de comparer le projet de l'AROSS avec d'autres initiatives similaires.

Le chapitre 6 présente les limites du travail réalisé. Finalement, le dernier chapitre (Chapitre 7) synthétise les principaux constats issus de l'évaluation et propose des recommandations concernant tant le contenu du projet que son déploiement à l'ensemble du canton de Neuchâtel.

3

Le contexte d'implémentation du projet de l'AROSS

3 Le contexte d'implémentation du projet de l'AROSS

3.1 La planification médico-sociale

Dans le cadre des changements démographiques et donc de l'évolution des besoins des personnes âgées, le Grand Conseil Neuchâtelois a unanimement voté en mai 2012 un projet de loi portant sur la modification de la loi de santé intitulée « La planification médico-sociale pour les personnes âgées » (PMS)⁵. S'appuyant sur une phase préparatoire et plusieurs travaux scientifiques menés par la He-ARC Santé et la HES-SO Valais⁶, cette nouvelle stratégie a défini un plan d'action qui est entré dans une phase opérationnelle en 2016. La PMS décrit un modèle global d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans et atteintes dans leur santé et définit les conditions de mise en œuvre dans une volonté d'efficience et d'équité. Le modèle global suit les principes développés dans le cadre du Programme national de recherche 32 (PNR 32)⁷ qui s'inspire lui-même du modèle *Balance of Care* (BoC) développé à l'origine en Grande-Bretagne et ayant été appliqué dans les cantons de Vaud, de Genève et du Jura. Selon cette méthodologie, les prestations et services sont planifiés sur la base d'une évaluation de l'état de santé et des besoins des personnes âgées. Sur la base du travail préparatoire effectué, la PMS prévoit ainsi pour 2022 la création de près de 1'000 logements supplémentaires avec des prestations d'accompagnement adéquates, la diminution du nombre de lits d'EMS d'environ 400 unités tout en spécialisant une partie des 1400 lits restants en psychogériatrie. Le nombre de lits de court séjour devra croître d'environ 60 unités et l'accueil de jour de près de 400 places. Parallèlement à cela, il est prévu de soutenir les proches aidants et de renforcer le bénévolat dans ce secteur.

L'un des piliers les plus conséquents de la PMS est l'assurance de la continuité des soins. La PMS vise avant tout à assurer une continuité de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie dont les problèmes de santé sont majoritairement de type chronique. La PMS prévoit ainsi la mise en place d'instruments d'orientation et de suivi pour organiser la prise en charge des personnes âgées et faciliter l'adéquation entre les besoins des personnes âgées et le recours aux prestations. Trois types d'instruments sont proposés⁵ : la mise en place d'une structure responsable de la régulation opérationnelle des prestations de maintien à domicile ; l'orientation, par cette structure, des personnes âgées dans le réseau ; le suivi du dispositif par la mise en place d'un système d'information. La loi de santé neuchâteloise⁸ fixe le cadre légal dans l'article 83c qui régit « l'orientation dans le réseau de santé » et précise :

« 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 concernés. »

Le projet de l'AROSS concrétise cette volonté et constitue ainsi un des projets de la PMS¹. Sa mise en œuvre est l'aboutissement d'un travail préparatoire mené par un groupe de travail initié par les principaux acteurs du réseau socio-sanitaire et visant à proposer une mise en place organisationnelle et opérationnelle des instruments d'orientation prévus dans la PMS et dans la loi¹.

3.2 Le district du Locle

La zone d'expérimentation du projet de l'AROSS couvre le district du Locle. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2016, les communes du Locle et des Brenets étaient concernées, puis le territoire a été élargi, au 1^{er} janvier 2017, à l'ensemble du district.

Le district du Locle est l'un des six districts du canton de Neuchâtel. D'une superficie de 143,7 km², il comptait, au 31 décembre 2016, 14'487 habitants, ce qui représentait environ 100 habitant/km² et 8.11% de l'ensemble des personnes résidents dans le canton de Neuchâtel. Il est composé de sept communes (Figure 1) : Le Locle, Les Ponts-de-Martel, Les Brenets, La Brévine, La Chaux-du-Milieu, Le Cerneux-Péquignot, Brot-Plamboz.

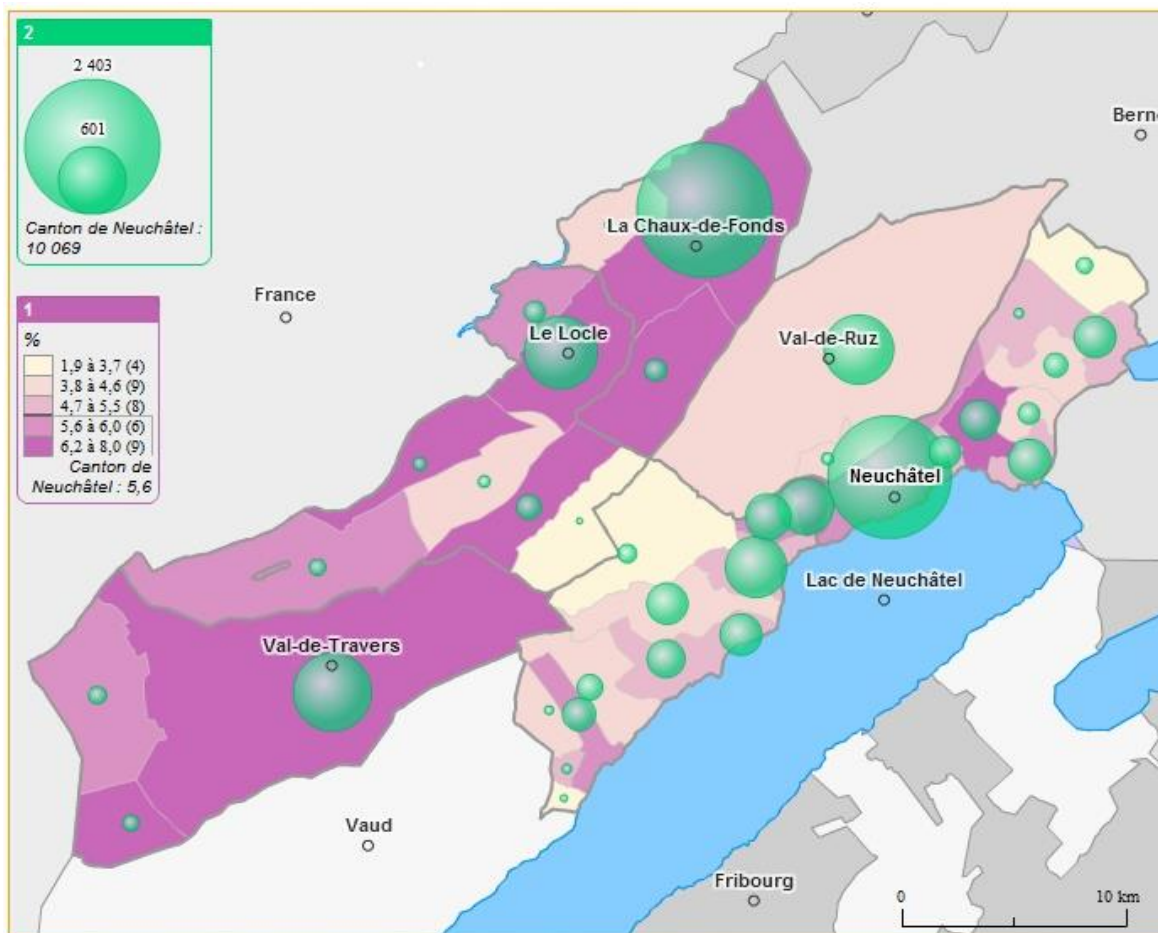
Figure 1 District du Locle et sa localisation dans le canton de Neuchâtel



Source : http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/4/44/Karte_Kanton_Neuenburg_Bezirke.png

Au 31 décembre 2016, le district du Locle comptait 2'904 personnes de plus de 65 ans (20.05% de la population du district), dont 925 de plus de 80 ans (6.39%). Il figurait ainsi parmi les districts les plus âgés du canton (Figure 2).

Figure 2 Population âgée de 80 ans et plus dans le canton de Neuchâtel au 31 décembre 2016



Notes : 1 – Part de la population âgée de plus de 80 ans parmi le total ; 2 – Population âgée de 80 ans et plus

4

Méthodes

4 Méthodes

La méthodologie d'évaluation proposée pour répondre aux questions d'évaluation combine les approches qualitatives et quantitatives. Les informations ont été collectées de façon séquentielle (design mixte multiphase). Les méthodes mixtes sont de plus en plus prisées dans la recherche en santé publique^{9,10} et ont été déjà utilisées avec succès pour l'évaluation de projets similaires à celui de l'AROSS (voir par exemple Frattini & Naïditch¹¹ ; Magnard et al.¹² ; Ettlin et al.¹³). Un design séquentiel multiphase permet d'approfondir progressivement les dimensions de l'évaluation, chaque phase étant conçue pour nourrir et étayer la suivante ; il offre également l'avantage d'impliquer les parties prenantes tout au long du processus d'évaluation, en particulier au travers de la transmission régulière de résultats préliminaires.

Le design évaluatif comprend quatre phases :

- Analyses secondaires des données disponibles ;
- Étude auprès des professionnels et des partenaires ;
- Étude auprès des bénéficiaires ;
- Analyse contextuelle et benchmarking avec des données nationales et internationales.

Selon les recommandations du Groupe romand d'évaluation¹⁴, un groupe d'accompagnement a été mis en place. Il veille à faciliter le processus d'évaluation dans ses différentes étapes tant d'un point de vue pratique, scientifique que stratégique. Il favorise également la mise en cohérence de l'évaluation globale, dont la responsabilité est partagée entre l'AROSS et l'IUMSP/CEESAN.

Le groupe d'accompagnement est constitué de M. Yves Grosclaude (chef d'office OMDH/, SCSP), Mme Marie-France Vaucher (chargée de projet, OMDH/SCSP), M. Yves Kühne (président du comité de l'AROSS), Mme Sylvie Le Bail (responsable projet de l'AROSS), M. Mathieu Pellet (chef de projet solutions métier du CIGES), Mme Stéphanie Pin (responsable du CEESAN/IUMSP), Mme Daria Koutaissoff (responsable de recherche, CEESAN/IUMSP), Mme Valérie Henry (responsable de recherche CEESAN/IUMSP) et Mme Isabelle Peytremann-Bridevaux (Professeure assistante, UES/IUMSP). Mme Isabelle Peytremann-Bridevaux apporte son expertise en matière de soins intégrés ; elle est en particulier une des coordinatrices de l'enquête suisse sur les soins intégrés¹⁵.

Le groupe d'accompagnement s'est réuni à cinq reprises entre le 13 octobre 2016 et le 2 novembre 2017.

4.1 Analyses secondaires des données disponibles

4.1.1 Analyse documentaire

Une analyse des documents réunis par l'AROSS et par le SCSP (rapports, PV de séance, journal de bord, plans stratégiques, rapports d'activités et de projets etc.) a été réalisée afin d'identifier les actions mises en place en amont et depuis le début effectif du réseau. La documentation collectée et analysée est listée au Tableau 1.

Tableau 1 Liste des documents collectés et analysés pour l'évaluation

Dimension	Titre du document
Cadre législatif et réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> Planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel, rapport final de synthèse (HES-SO Valais et Haute Ecole Arc Santé, septembre 2009)⁶ 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) du 14 mars 2012⁵ Rapport « Réseau et entretiens d'orientations » - 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 du 8 décembre 2014¹ Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la réalisation et les perspectives de la planification médico-sociale du 6 juillet 2015¹⁶ Bulletins d'information concernant la planification médico-sociale du canton de Neuchâtel¹⁷⁻²⁰
Projet de l'AROSS	<ul style="list-style-type: none"> Fiche projet « Pilote-Réseau & Entretiens d'orientation 2015 » (révisée le 20 février 2015) Contrat de mandat concernant la préparation et mise en place du dispositif du projet pilote d'orientation patient au Locle et aux Brenets entre la République et Canton de Neuchâtel et l'AROSS Cahiers des charges des collaborateurs et collaboratrices de l'AROSS Fiches indicateurs DIOr, grilles de profilage, grilles d'évaluation de la fragilité Plan de communication pour le pilote (mis à jour le 18 novembre 2015)
Collaborations avec les partenaires	<ul style="list-style-type: none"> Principes et modalités de collaboration entre l'AROSS et les partenaires (version du 26 novembre 2015) Procédures collaboratives entre l'AROSS et NOMAD, les services d'aide à domicile (SAD), Pro Senectute Arc Jurassien (PSAJ), l'hôpital neuchâtelois (HNE), les médecins de famille neuchâtelois (MFN), le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), EMS court séjour, EMS du périmètre et EMS hors périmètre, pharmaciens

L'analyse documentaire a principalement permis à l'équipe d'évaluation de se familiariser avec le projet de l'AROSS, de prendre connaissance de son historique et des enjeux durant la phase de préparation et durant les premiers mois de sa mise en œuvre. Elle a également permis de préparer les guides d'entretiens et de focus groupes utilisés durant l'étude auprès des professionnels et des partenaires.

Cette analyse documentaire a enfin porté sur l'identification et l'analyse des ressources humaines et financières, afin d'apprécier les coûts du projet au regard de ses premiers résultats.

4.1.2 Analyse statistique descriptive des indicateurs disponibles

L'AROSS a développé et implanté trois processus métiers pour profiler et orienter les bénéficiaires (outil DIOr), faciliter les transferts des bénéficiaires en EMS (outil SIPRES) et faciliter le partage sécurisé d'informations entre les professionnels du réseau (outil VIVATES). Ces différents outils permettent également de suivre un certain nombre d'indicateurs.

Une liste d'indicateurs à analyser pour l'évaluation a été discutée et validée avec le groupe d'accompagnement :

- **Outil DIOr** (Demande d'information et d'orientation) : outil web utilisé par les collaborateurs et collaboratrices de l'AROSS, il s'appuie sur une grille de repérage de la fragilité et de la dépendance et permet la réalisation d'un profil de dépendance assorti de recommandations en termes de lieu de vie et/ou de prestations. Toute demande à l'AROSS fait l'objet d'une saisie dans l'outil DIOr qui fonctionne comme une base de données actualisée en temps réel.

Une extraction des données DIOr a été effectuée par l'AROSS, avec l'aide du CIGES, pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 juin 2017. Les bases de données, en format Excel, ont été transmises à l'IUMSP qui s'est chargé de compiler les différentes bases, de nettoyer et de mettre en forme les informations et de les analyser.

Les analyses ont été descriptives (fréquences, fréquences croisées, moyennes et écart-types) et visaient principalement à caractériser l'activité de l'AROSS, autrement dit à identifier le profil socio-démographique et sanitaire des bénéficiaires de l'AROSS, à caractériser les demandes et leur évolution durant la durée du pilote et à suivre, à un an de distance, la mise en place des mesures recommandées par l'AROSS.

- **Outil SIPRES** : outil développé par la société Tecost SA, destiné aux EMS et aux collaborateurs et collaboratrices de l'AROSS, il permet de centraliser les inscriptions dans les cinq EMS partenaires.

Une extraction de certains indicateurs SIPRES a été réalisée par le CIGES pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2017. La base de données a été transmise en format Excel à l'IUMSP qui s'est chargé de l'analyse statistique. Les analyses ont été descriptives, afin de caractériser les bénéficiaires (profil socio-démographique), les demandes et leurs suites (admission ou non, délai entre la demande et l'admission). Les données SIPRES ont été couplées aux données DIOr au moyen du numéro AVS afin de permettre l'analyse du profil

des personnes pour lesquelles une demande d'entrée en EMS a été faite durant la période, en fonction du type de demande effectuée et de la suite donnée à leur demande.

- **Outil VIVATES** : outil proposé par La Poste, il offre une plateforme sécurisée d'échanges entre les partenaires et les acteurs du réseau ayant l'accès, soit certains médecins de ville, le service social et de liaison de l'Hôpital Neuchâtelois (HNE), les EMS, les soins à domicile, le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP).

Une extraction du nombre d'échanges par mois, identifiant pour chaque échange l'émetteur et le destinataire, a été réalisée par La Poste, à la demande du CIGES pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2017. La base de données, transmise en format Excel à l'IUMSP, a été analysée par l'IUMSP, de façon descriptive, de manière à identifier les flux et volumes d'échanges entre l'AROSS et ses partenaires.

Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels Stata IC14®.

4.2 Étude auprès des professionnels et des partenaires

L'étude auprès des professionnels et des partenaires se divise en deux parties : a) l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction destiné aux professionnels et partenaires du réseau ; b) des entretiens avec les professionnels et les partenaires de l'AROSS.

Les entretiens avec les professionnels et les partenaires de l'AROSS comprennent :

- Entretiens avec les **personnes responsables** au sein du SCSP, de l'AROSS et du CIGES ;
- Entretiens avec les **membres de l'équipe de l'AROSS** et le médecin gériatre ;
- Entretiens ou focus groups avec les **professionnels et partenaires** de l'AROSS.

Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées et ont fait l'objet d'une retranscription intégrale et/ou d'une synthèse. Par la suite, une analyse transversale des différents entretiens a été réalisée, ce qui a permis de mettre en lumière, thème par thème, les avis et perceptions des différentes personnes interrogées²¹. L'analyse a été effectuée en utilisant le logiciel d'analyse qualitative MAXQDA Analytics Pro 12.

4.2.1 Élaboration d'un questionnaire de satisfaction destiné aux professionnels

Le mandat prévoyait une analyse statistique des questionnaires de satisfaction envoyé aux professionnels (questionnaire destiné à différents partenaires). Au vu du faible taux de réponse des professionnels à ces questionnaires, il a été décidé, lors d'une des séances du groupe d'accompagnement, de ne pas utiliser ces informations et de ne pas renouveler l'enquête de satisfaction, au moyen de questionnaires, durant l'année 2017. De la même manière, l'AROSS avait préparé des questionnaires de satisfaction pour les EMS ; d'entente avec le groupe d'accompagnement, ceux-ci n'ont pas été envoyés aux EMS participant au pilote. Les indicateurs

souhaités concernant la satisfaction des professionnels à l'égard du service rendu par l'AROSS et de la collaboration entre les partenaires du réseau ont été collectés au moyen des entretiens et focus groupes.

Le groupe d'accompagnement a toutefois souhaité que l'IUMSP propose, à l'issue de l'évaluation, un questionnaire de satisfaction destiné aux professionnels que l'AROSS pourrait utiliser par la suite comme instrument de monitoring (cf Annexe 9.2).

4.2.2 Entretiens avec les personnes responsables au sein du SCSP, de l'AROSS et du CIGES

Personnes interrogées

Des entretiens semi-structurés, en face à face ou en présence de deux personnes, ont été réalisés avec les personnes responsables au sein du SCSP, de l'AROSS et du CIGES. Les personnes interrogées font également partie du groupe d'accompagnement de l'évaluation.

Thèmes abordés

Pour mener ces entretiens, une grille a été préalablement élaborée. Celle-ci comportait les thèmes suivants :

- Contexte du projet de l'AROSS ;
- Structure et fonctionnement de l'AROSS ;
- Description de l'activité ;
- Collaborations avec les partenaires ;
- Perceptions des outils (DIOr, SIPRES, VIVATES) ;
- Financement de l'AROSS ;
- Bilan général et perspectives pour la suite.

Déroulement et calendrier des entretiens

Les quatre entretiens, d'une durée de 1 à 2 heures, ont eu lieu en novembre et décembre 2016. Les synthèses des entretiens ont été transmises aux personnes interrogées qui ont pu les amender.

4.2.3 Entretiens avec les membres de l'équipe de l'AROSS et le médecin gériatre

Un entretien de groupe, d'une durée de deux heures, a été réalisé avec les membres de l'équipe de l'AROSS. L'AROSS bénéficie également de l'appui d'un médecin gériatre qui a été interrogé au cours d'un entretien en face à face d'une durée d'une heure environ.

Les principaux thèmes abordés lors du focus groupe et de l'entretien avec le médecin gériatre étaient les suivants:

- Description et perception de l'activité de l'AROSS ;
- Collaborations avec les partenaires ;

- Perceptions des bénéficiaires ;
- Appréciation des outils (DIOr, SIPRES, VIVATES) ;
- Bilan général et perspectives pour la suite.

4.2.4 Entretiens avec les professionnels et partenaires de l'AROSS

Personnes interrogées

En accord avec les membres du groupe d'accompagnement, un entretien en face à face ou par téléphone a été réalisé avec la quasi-totalité des membres du comité de l'AROSS (8 entretiens).

Les partenaires-métier interrogés ont été définis, selon les cas, en accord avec les membres du comité des institutions concernées, les directeurs d'EMS, ainsi que les membres du groupe d'accompagnement de l'évaluation. Cinq entretiens ont été réalisés, en face à face ou en présence de deux personnes, avec des professionnels de trois EMS, de Pro Senectute, avec un infirmier indépendant.

Quatre focus groupes ont été réalisés, avec des professionnels d'HNE, de NOMAD, du CNP et avec des médecins de famille. Ils ont été constitués grâce la collaboration des membres du comité des institutions concernées, ainsi qu'aux responsables de soins/ de centre de ces institutions.

Au total, 13 entretiens et 4 focus groupes ont ainsi été réalisés.

Thèmes abordés

Des grilles d'entretiens ont été préalablement élaborées. Pour les membres du comité, les thèmes abordés étaient les suivants :

- Contexte du projet de l'AROSS et implication du répondant ;
- Fonctionnement du comité de l'association et perception du rôle du répondant au sein de ce comité ;
- Perception de l'activité de l'AROSS ;
- Description et perception de la collaboration entre l'AROSS et les partenaires-métier de l'institution concernée ;
- Périmètre de l'activité de l'AROSS ;
- Perception de l'outil VIVATES ;
- Bilan et perspectives pour la suite.

En ce qui concerne les partenaires-métier, les thèmes abordés étaient les suivants.

- Fonctionnement de la collaboration avec l'AROSS ;
- Perception de la collaboration ;
- Perception de l'activité de l'AROSS ;
- Périmètre de l'activité de l'AROSS ;
- Perception de l'outil VIVATES ;
- Bilan et perspectives pour la suite.

Déroulement et calendrier des entretiens

Les entretiens avec les membres du comité ont eu lieu en février-mars 2017, et les entretiens avec les partenaires-métier entre mars et mai 2017. Les entretiens individuels ont duré une heure environ, les entretiens de groupe entre 1h30 et 2h.

4.2.5 Questionnaire en ligne auprès des professionnels et des partenaires de l'AROSS

En complément des entretiens et focus groupes réalisés, et afin d'offrir à celles et ceux qui n'y ont pas pris part de donner leur avis sur le projet de l'AROSS, un questionnaire en ligne a été développé par l'IUMSP et adressé, par courriel, aux principaux partenaires et professionnels. Un lien vers le questionnaire était également possible depuis le site de l'AROSS.

Le questionnaire en ligne comportait, outre quelques questions de signalétique sur le profil du répondant et son rattachement institutionnel, trois questions ouvertes offrant la possibilité de s'exprimer, en texte libre, sur :

- Les principaux apports et/ou points forts du projet de l'AROSS ;
- Les faiblesses et/ou points à améliorer ;
- Des commentaires à transmettre sur le projet.

Le questionnaire a été développé en ligne en utilisant l'interface Lime Survey, de manière à être compatible sur différents supports numériques. Il était hébergé sur un serveur sécurisé et permettait de répondre dans un total respect de l'anonymat des personnes. Un courriel a été adressé le 4 juillet à 57 contacts transmis par l'AROSS, rappelant le contexte et les objectifs d'évaluation et les invitant à répondre, eux-mêmes ou leurs collaborateurs ou collègues, au questionnaire. Une relance a été effectuée le 11 août 2017 à l'ensemble des contacts. La fin de l'enquête a été fixée au 1^{er} septembre.

Au total, 70 personnes se sont connectées au moyen du lien fourni, et 35 personnes ont complété les trois questions ouvertes proposées dans le questionnaire. A une exception près, il s'agit de professionnels (des assistants sociaux, des personnels administratifs, des infirmiers ou des médecins, des directeurs d'EMS). Quatre répondants sur dix travaillent dans une structure d'accueil et d'hébergement. On compte 21 répondants, et la moitié des répondants est âgée de 30 à 49 ans.

Une analyse thématique des résultats a été effectuée, en reprenant les thèmes identifiés lors de l'analyse des entretiens et focus groupes. Aucun thème nouveau n'ayant été mis en évidence, les résultats seront présentés de façon groupée dans la suite du rapport.

4.3 Étude auprès des bénéficiaires

4.3.1 Analyse statistique de la satisfaction des bénéficiaires et de leurs proches

En juin 2016, l'AROSS avait adressé à l'ensemble de ses bénéficiaires (n = 116) un questionnaire de satisfaction portant sur différentes dimensions (qualité de l'accueil, fiabilité, réactivité, assurance et empathie). 61 questionnaires complétés avaient été reçus (taux de réponse = 52.6%).

Sur recommandations de l'IUMSP, le groupe d'accompagnement a décidé de renouveler, au printemps 2017, une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des proches aidants de l'AROSS. Le questionnaire de satisfaction a été complété et ajusté par l'IUMSP : la majorité des questions ont été conservées en l'état pour permettre une combinaison avec les résultats de l'année précédente, quelques questions ont été ajoutées et le format a été revu pour faciliter la lisibilité et la compréhension du questionnaire. Deux versions ont été proposées, l'une pour le bénéficiaire, l'autre pour le proche aidant. L'AROSS s'est chargée d'adresser, par courrier, les questionnaires de satisfaction à l'ensemble des bénéficiaires et proches aidants (n = 250). 97 questionnaires complétés (taux de réponse = 38.8%) ont été retournés à l'association qui s'est chargée de les saisir.

Les bases de données pour les années 2016 et 2017 ont été transmises, en format Excel, à l'IUMSP qui s'est chargée de leur compilation et de leur nettoyage. Après exclusion des questionnaires comprenant des valeurs manquantes sur l'ensemble des variables d'intérêt (n=6), les analyses ont porté sur 153 questionnaires. Les réponses étaient complètement anonymes et ne pouvaient être matchées entre elles par répondant. Les analyses ont été réalisées en considérant les deux bases comme indépendantes.

Les analyses ont été réalisées à l'aide des logiciels Stata IC14® et ont été uniquement descriptives (fréquences et fréquences croisées).

4.3.2 Entretiens avec les bénéficiaires

Des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès de bénéficiaires et/ou de leurs proches aidants. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des personnes interrogées et ont fait l'objet d'une retranscription intégrale et/ou d'une synthèse. Par la suite une analyse transversale des différents entretiens a été réalisée, ce qui a permis de mettre en lumière, thème par thème, les avis et perceptions des différentes personnes interrogées. L'analyse a été effectuée en utilisant le logiciel d'analyse qualitative MAXQDA Analytics Pro 12.

Personnes interrogées

L'échantillon de bénéficiaires et/ou proches aidants à interroger a été constitué à partir d'une première analyse de la base de données DIOr qui a permis de caractériser, en termes d'âge, de niveau de fragilité, et de profil BcC, les bénéficiaires suivis par l'AROSS ainsi que l'origine de la demande (bénéficiaire lui-même, famille ou professionnel/organisme de santé). Un échantillon raisonné a été construit sur la base de ces critères, afin d'avoir une diversité de situations suivies par l'AROSS.

Un échantillon d'une trentaine de bénéficiaires a été soumis à l'AROSS, afin d'obtenir les coordonnées des personnes, ainsi que des précisions ou recommandations pour la prise de contacts. Dans cet échantillon, sur les 37 bénéficiaires contactés, neuf personnes ont accepté de participer à un entretien semi-directif. Le Tableau 3 présente les critères de sélection des bénéficiaires.

Tableau 2 Critères de sélection des bénéficiaires

Critères de sélection des bénéficiaires		Contact récent – un contact en 2017	Demande en 2016 et réévaluation en 2017	
Fragiles	Résidant en EMS ou nécessitant l'aide d'un proche	1 à 2		3-4
	Résidant à domicile, seul ou non	1	1 à 2	
Pré-fragiles / robustes	La demande provient du bénéficiaire lui-même	1	1 à 2	5-6
	La demande provient d'un proche ou d'un professionnel	1	1 à 2	
		4-5	4-5	8-10

Thèmes abordés

Une grille d'entretien a été élaborée préalablement. Elle portait sur les thèmes suivants :

- Parcours de santé de la personne et contacts avec les acteurs du réseau socio-sanitaire du canton ;
- Motifs du recours à l'AROSS ;
- Prestations reçues par l'AROSS ;
- Perceptions de la plus-value apportée par l'AROSS ;
- Satisfaction globale à l'égard de l'AROSS.

Déroulement et calendrier des entretiens

Entre le 24 août 2017 et le 21 septembre 2017, sept entretiens d'une durée d'une à une heure et demi ont été réalisés concernant la situation de neuf bénéficiaires. La prise de contact s'est faite par téléphone dans les neuf cas. Cinq entretiens se sont déroulés au domicile du bénéficiaire, un s'est déroulé au domicile du proche aidant et le dernier s'est déroulé dans un appartement encadré où résidait le bénéficiaire.

4.4 Benchmarking avec des données nationales et internationales

Afin de replacer les informations recueillies dans un contexte plus large, des données nationales et internationales sur les réseaux de soins ou les dispositifs de soins intégrés ont été recherchées et analysées. Deux sources de données principales ont été exploitées :

- Une **revue de littérature internationale** ;
- **La première enquête sur les soins intégrés en Suisse**, réalisée en 2015/2016.

4.4.1 Revue de littérature internationale

Une revue de littérature internationale a été réalisée afin d'éclairer et de mettre en perspective certaines dimensions du projet de l'AROSS. Cette revue de littérature s'appuie sur un travail précédent réalisé pour la Direction générale de la santé du canton de Genève²². Une recherche documentaire avait été réalisée au moyen des mots-clés « réseau santé », « réseau soins », « coordination », « intégration », « collaboration interprofessionnelle », « parcours santé », « parcours soins », traduits en anglais et en allemand. La recherche a été effectuée sur les bases bibliographiques et les sites Internet suivants : *Medline* (PubMed), *CINAHL*, la Banque de données en santé publique (BDSP), *Google Scholar* et sur quelques sites institutionnels (Haute autorité de santé (HAS), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), Organisation mondiale de la santé (OMS), ONU, *Commonwealth Fund*, *King's Fund* etc). Elle a été renouvelée fin juin 2017 afin d'identifier de nouvelles références (une dizaine) qui ont été ajoutées à l'analyse.

Nous avons privilégié :

- Pour les articles scientifiques : les revues systématiques de littérature ou méta-analyses rapportant des résultats sur l'efficacité ou l'efficacités des réseaux de santé ou visant à établir des typologies de réseaux de santé ou de modes de collaborations interprofessionnelles ;
- Pour la littérature grise : les documents portant sur des réseaux soutenus par une loi ou financés par une institution publique ; les rapports décrivant l'organisation des systèmes de santé dans différents pays avec un intérêt sur la continuité des soins ; les guides méthodologiques s'appuyant sur un retour d'expériences concrètes ; les rapports présentant des outils d'évaluation, de coordination ou d'intégration.
- Dans tous les cas : les documents publiés entre 2000 et 2017, même si ce critère n'était pas exclusif.

Au final, plus de 80 documents ont été retenus pour l'analyse qui a porté sur les dimensions suivantes :

- Caractéristiques des initiatives de soins intégrés ou coordonnés ;

- Niveaux de coordination et d'intégration des soins ;
- Périmètre, file active et taille de l'équipe adéquats ;
- Services et prestations proposées ;
- Portage et financement ;
- Efficacité et performance des initiatives de soins intégrés ou coordonnés ;
- Obstacles et leviers pour favoriser la coordination et l'intégration des soins.

4.4.2 Première enquête sur les soins intégrés

L'enquête sur les soins intégrés a été réalisée en 2015/2016 par le Forum Managed Care, l'Observatoire suisse sur la santé et l'IUMSP sous la coordination du Prof. Isabelle Peytremann-Bridevaux¹⁵. Cette enquête visait à une meilleure compréhension des activités de soins intégrés existant en Suisse, à une amélioration de leur visibilité et à un partage d'expériences. Pour être éligibles, les initiatives recherchées devaient répondre aux quatre critères suivants :

- Formalisation des principes d'intégration ;
- Intégration/coordination d'au moins deux niveaux de services de santé ;
- Participation d'au moins deux groupes de professionnels de santé différents ;
- Initiative en activité au moment de l'enquête.

De manière à être le plus exhaustif possible, les chercheurs ont contacté systématiquement les principaux acteurs du système de santé suisse, au niveau national, cantonal ou local : les prestataires de soins, les financeurs, les autorités, les structures de formation et de recherche, les organisations professionnelles et communautaires. Un questionnaire en ligne auto-administré était proposé aux responsables des initiatives éligibles afin de collecter notamment les informations suivantes : contexte, groupes cibles, professionnels impliqués, services proposés, niveaux intégrés, financement, évaluation.

Au total, 853 contacts ont été effectués et 172 initiatives de soins intégrés répondant aux quatre critères d'éligibilité ont été identifiées. Un taux de réponse de 94.0% a permis de disposer de données concernant 162 initiatives qui se répartissent dans les catégories suivantes :

- Centres de santé ;
- Réseaux de médecins ;
- Initiatives ciblant la santé mentale et la psychiatrie ;
- Initiatives destinées à d'autres groupes cibles spécifiques ;
- Initiatives centrées sur les médicaments ;
- Initiatives axées sur les activités de transition et de coordination.

Les porteurs de projet de l'AROSS ont pris part à cette enquête et répondu à l'intégralité des questions. Leur initiative a été catégorisée comme « Initiative axée sur les activités de transition et de coordination » par les chercheurs. Avec l'accord et l'appréciable contribution des auteurs, les résultats issus du rapport final de l'enquête et portant sur des initiatives similaires, en termes d'objectif général (transition et coordination ; n = 25, y compris l'AROSS) et de population cible (personnes âgées fragiles ; n = 67, y compris l'AROSS) ont été utilisés pour cette évaluation et croisés avec les réponses fournies par l'AROSS, à des fins de comparaison. Nous avons notamment observé la manière dont les initiatives considérées se répartissent en fonction de leurs objectifs, des professionnels et niveaux de soins impliqués, des prestations proposées, des outils et systèmes d'information utilisés et des modes de financement. L'appréciation des porteurs de projet sur la qualité de la collaboration entre professionnels et les facteurs facilitant ou entravant la coopération et l'implication des patients a également été examinée.

5

Résultats

5 Résultats

5.1 Analyse du fonctionnement et de l'activité de l'AROSS

Les informations sur le fonctionnement et l'activité de l'AROSS ont été recueillies grâce :

- Aux entretiens avec les personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, à savoir les personnes responsables du SCSP, de l'AROSS et du CIGES, les membres de l'équipe de l'AROSS ainsi que le médecin gériatre responsable des supervisions ;
- A l'outil **DIO**r ;
- A l'outil **SIPRES** ;
- Aux données concernant **les coûts** (montant des subventions, comptes pour les années 2015 et 2016, budget 2017) et **le temps réalisé par activité** (journal horaire des collaborateurs et collaboratrices chargés des entretiens d'évaluation et d'orientation) :

5.1.1 Structure et fonctionnement de l'AROSS

L'AROSS se compose d'une responsable projet et de six collaborateurs : trois infirmiers coordinateurs, une ergothérapeute coordinatrice, une assistante sociale coordinatrice, une assistante de direction. La volonté était de créer, dès le départ, une équipe interdisciplinaire, provenant tant du milieu médical que social.

Le comité de l'association est constitué des représentants des partenaires : NOMAD, CNP, HNE, EMS des trois associations faïtières, médecins de famille, infirmiers, des communes, CIGES, Pro Senectute). Le président du comité, responsable du réseau de santé Nord Broye, est engagé à 20% sur le projet de l'AROSS et travaille en étroite collaboration avec la cheffe de projet de l'AROSS. Le chef d'office du maintien à domicile et de l'hébergement du SCSP aux séances du comité en tant qu'invité permanent. Les séances du comité ont lieu en principe toutes les six semaines.

L'AROSS bénéficie également de l'appui d'un médecin gériatre. Des séances de supervision ont lieu en principe chaque semaine, durant lesquelles la majeure partie des situations sont discutées. Ces séances de supervision sont très appréciées, tant par la responsable et les collaborateurs de l'AROSS que par le médecin gériatre. Son expérience médicale et la connaissance du réseau apportent un regard spécialisé sur les situations et permettent d'affiner les propositions adressées au bénéficiaire.

Dès leur engagement, les membres de l'équipe ont suivi une formation, dont une partie était consacrée au « *team building* ». Cette formation « *team building* » a pu être renouvelée à deux reprises au cours de l'année 2016.

Dans les premiers mois de l'activité de l'AROSS (janvier à juillet 2016), les évaluations se faisaient en binômes, avec au moins une personne de formation sanitaire. Depuis le mois d'août 2016, les évaluations peuvent être réalisées par un seul membre de l'équipe, qu'il soit de formation sanitaire ou sociale.

L'AROSS est ouvert du lundi au vendredi de 8h à 18h. Elle offre un accueil téléphonique continu durant ces heures et permet également l'accueil des bénéficiaires et des professionnels dans ses locaux.

5.1.2 L'activité de l'AROSS

Description de l'activité et des outils mis en place

Selon les personnes impliquées dans la construction du projet, l'activité de l'AROSS peut être structurée de la manière suivante :

- **Information** : l'AROSS informe les professionnels de santé, les familles et leurs proches sur les prestations et les partenaires existants, ainsi que sur les types de logement et d'hébergement à disposition.
- **Evaluation et orientation** : suite à la demande d'un particulier ou d'un professionnel du domaine socio-sanitaire, l'AROSS fait des propositions d'orientation aux personnes âgées, adaptées à leurs besoins et aux souhaits qu'elles ont exprimés. Plus concrètement, l'AROSS recueille, préalablement à une rencontre avec un bénéficiaire et avec l'accord de ce dernier, des informations auprès des partenaires socio-sanitaires sur sa situation, afin d'éviter qu'une personne doive donner les mêmes renseignements à plusieurs reprises. Un rendez-vous est ensuite fixé avec la personne âgée afin de réaliser une évaluation de sa situation. Le proche aidant est le plus souvent présent à cette évaluation. L'entretien d'évaluation dure environ 1h30 à 2h et est mené au domicile de la personne. Les données sont ensuite analysées et échangées au sein de l'équipe. Un entretien de restitution est ensuite fixé au cours duquel des propositions sont faites et discutées avec la personne âgée en intégrant ses perceptions et ses désirs. Le rapport réalisé suite à ces entretiens est ensuite envoyé aux différents partenaires pour information et mise en place éventuelle des propositions de prise en charge.

L'AROSS effectue par ailleurs des entretiens d'orientation, qui sont prévus par la loi⁸, lorsqu'une entrée pour un long séjour est prévue dans un EMS. Dans ces cas, l'évaluation, réalisée le plus souvent à l'hôpital, est moins globale et permet de valider la demande d'entrée en EMS. Ces situations n'ont souvent pas besoin d'être abordées en supervision.

- **Accompagnement et coordination** : l'AROSS assure la coordination et le suivi en réévaluant les situations à intervalles réguliers, lors d'un appel téléphonique réalisé en principe 3 à 6 mois après l'entretien de restitution et une fois par année par la suite.
- **Offre de prestations** : l'AROSS n'a pas pour mission d'offrir des prestations directes. Toutefois, dans certaines situations, l'ergothérapeute ou l'assistante sociale de l'AROSS

peuvent accompagner un bénéficiaire dans leurs domaines de compétences respectifs, par exemple pour réaliser un premier bilan ergonomique ou une analyse de la situation du point de vue social. Ces interventions sont limitées en nombre et dans le temps (maximum de trois interventions par bénéficiaire). Les situations complexes nécessitant plus de trois interventions sont redirigées vers un centre d'ergothérapie ou vers une institution sociale.

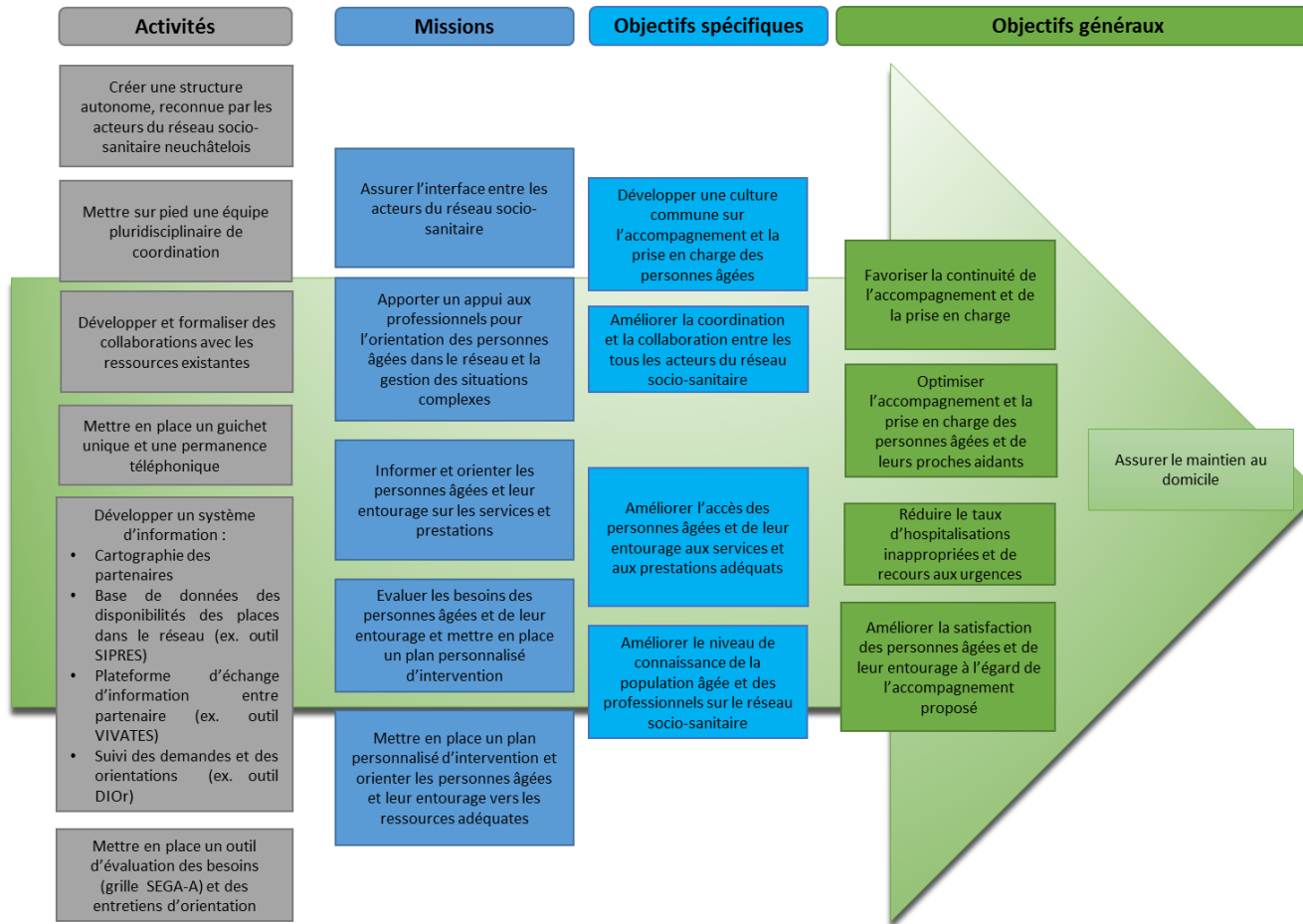
La Figure 3 présente le modèle logique du projet de l'AROSS.

Des outils informatiques ont été développés et mis en place pour accompagner et soutenir les activités de l'AROSS et de ses partenaires. Le CIGES, qui est responsable de l'ensemble des activités liées aux systèmes d'information des institutions de santé neuchâteloises, fournit également l'AROSS en solutions informatiques.

- **Outil DIOr** : L'outil DIOr, qui a été développé spécifiquement dans le cadre du projet de l'AROSS, s'appuie sur une grille de repérage de la fragilité et de l'autonomie et permet la réalisation d'un profil de dépendance assorti de recommandations en termes de lieu de vie et/ou de prestations. Toute demande à l'AROSS est saisie dans l'outil DIOr, qui permet de fournir différents types d'indicateurs, tels que : nombre de demandes, nombre de bénéficiaires, profil des bénéficiaires (selon âge, fragilité, etc.), modes de recours à l'AROSS, types de demandes, origine des demandes, types de réponses (prestations recommandées, acceptées/refusées), délais (entre la demande et l'évaluation ou entre l'évaluation et l'orientation, etc.), nombre de demandes par orientation, nombre de demandes où la recommandation correspond au lieu de vie déterminé par le bénéficiaire.
- **Outil SIPRES** : l'outil SIPRES permet de centraliser les inscriptions dans les EMS partenaires. Il permet de fournir les indicateurs suivants : taux d'admission en EMS (total et par EMS), taux de refus en EMS (total et par EMS), origine des demandes, profil des demandeurs /admis par âge et par profil, temps moyen entre une inscription et une entrée.

Outil VIVATES : l'outil VIVATES offre une plateforme sécurisée d'échanges entre les partenaires et les acteurs du réseau ayant l'accès, soit certains médecins de famille, le service social et de liaison de l'HNE, les EMS, NOMAD, le CNP. Il permet d'avoir accès aux indicateurs suivants : nombre de professionnels utilisant l'outil VIVATES, nombre de professionnels utilisant l'outil VIVATES par type d'institution, volumes et flux d'échanges entre l'AROSS et les partenaires.

Figure 3 Modèle logique du projet de l'AROSS



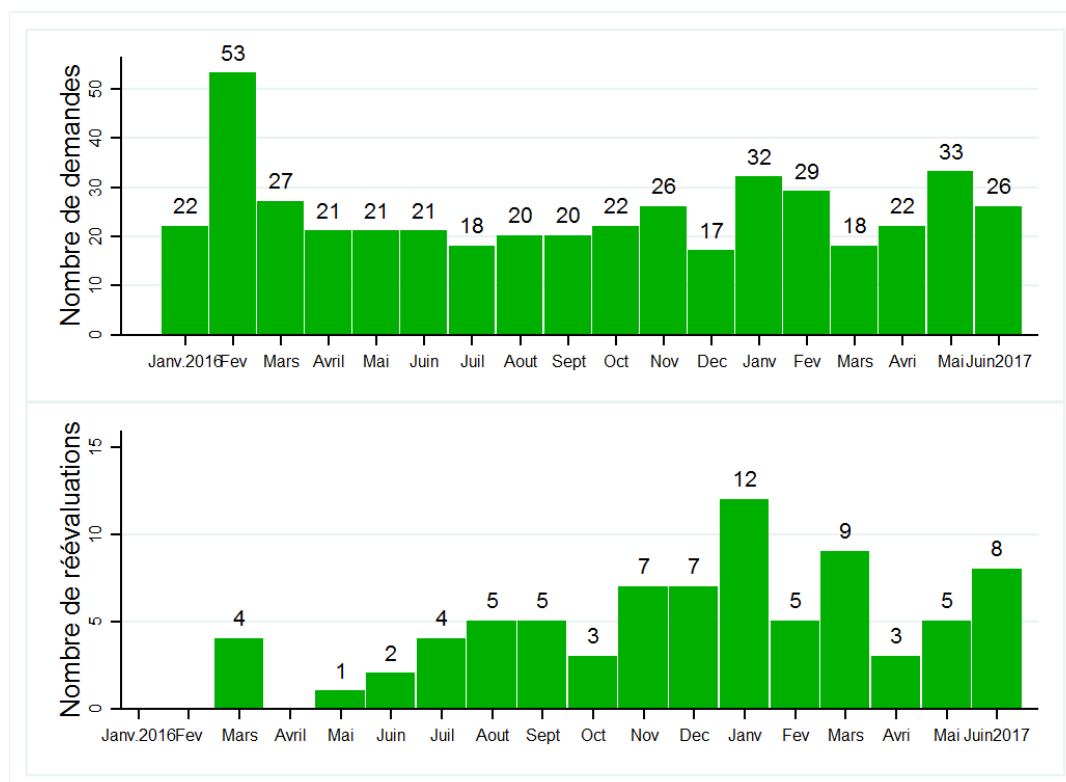
Descriptif des demandes et des bénéficiaires (DIOr)

La fiche projet de l'AROSS datée du 20 mai 2015 fonde l'analyse organisationnelle et budgétaire sur la base de 270 à 300 dossiers actifs à la fin 2016. Par ailleurs, dans le rapport sur les « Réseaux et entretiens d'orientation »¹, la prévalence de la fragilité dans la population âgée de 65 ans et plus est estimée à 22.0%. Ces estimations constituent les cibles du projet en termes de couverture et de détection de la fragilité.

Volumes et types de demandes traitées par l'AROSS

Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, l'AROSS a traité 448 demandes, correspondant à 345 bénéficiaires, avec une moyenne de 1.6 demandes par bénéficiaires (min-max : 1-4). L'AROSS a ainsi été en contact avec 11.9% de la population âgée de 65 ans et plus et résidant sur le district du Locle. Les deux tiers des bénéficiaires, quelle que soit la demande, sont des femmes. Le nombre de demandes reçues fluctue entre 17 et 53 par mois, avec une moyenne de 37.3 demandes par mois (Figure 4). On ne constate pas d'augmentation significative du nombre de demandes avec le temps. Comme prévu dans le projet, les réévaluations ont eu lieu environ un an après la première prise de contact ou à chaque modification de situation. Elles oscillent entre une à douze par mois, le pic de janvier 2017 s'expliquant par la conduite de plusieurs réévaluations annuelles.

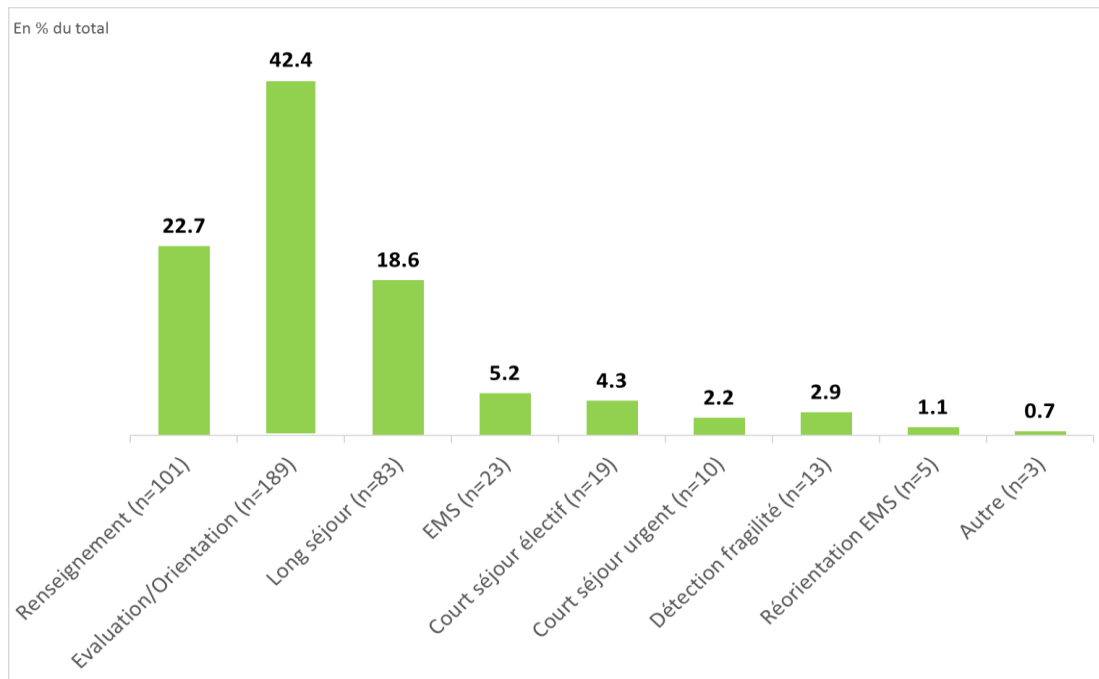
Figure 4 Nombre de demandes et de réévaluations traitées par AROSS entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017



Source : DIOr 2017

Quatre contacts sur dix (42.4%) concernent une demande d'évaluation et d'orientation ; dans un quart des cas, il s'agit d'une demande d'informations ou de renseignements, et, un autre quart concerne un transfert en long séjour ou en EMS. Les autres motifs de demandes (pour un court séjour ou pour une détection de la fragilité) sont moins fréquents (Figure 5).

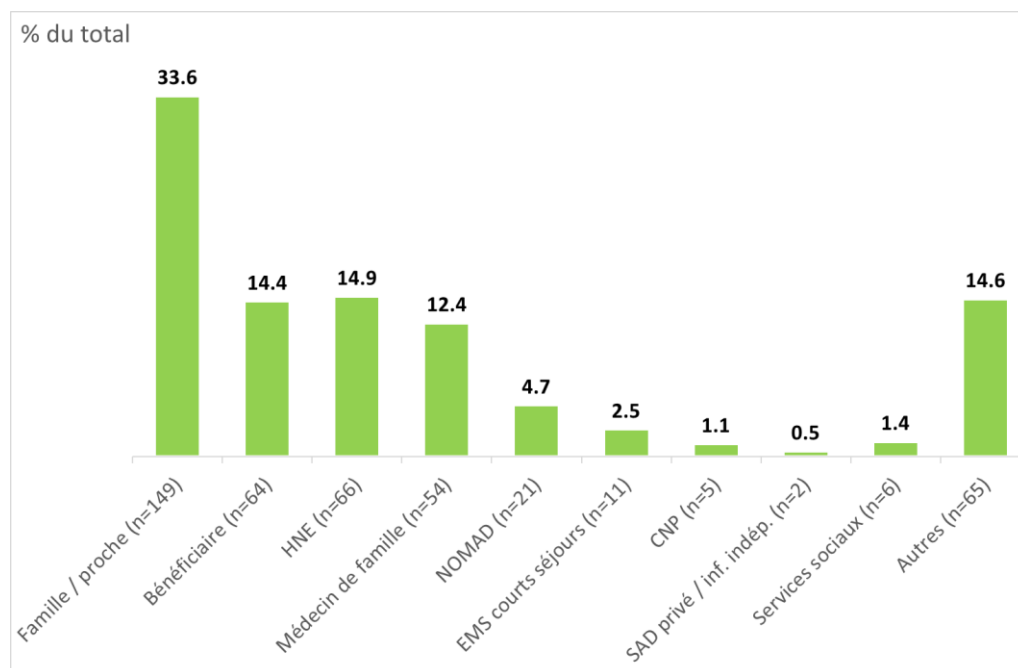
Figure 5 Types de demandes traitées par l'AROSS (n = 446)



Source : DIOr 2017

Les demandes proviennent majoritairement de la famille, des proches, du curateur ou de voisins (33.6%) ; le bénéficiaire lui-même est à l'origine de 14.4% des demandes. 14.9% des demandes ont été réalisées par les services d'HNE, et un dixième par les médecins de famille. NOMAD et le CNP ont rarement sollicité l'AROSS directement (Figure 6).

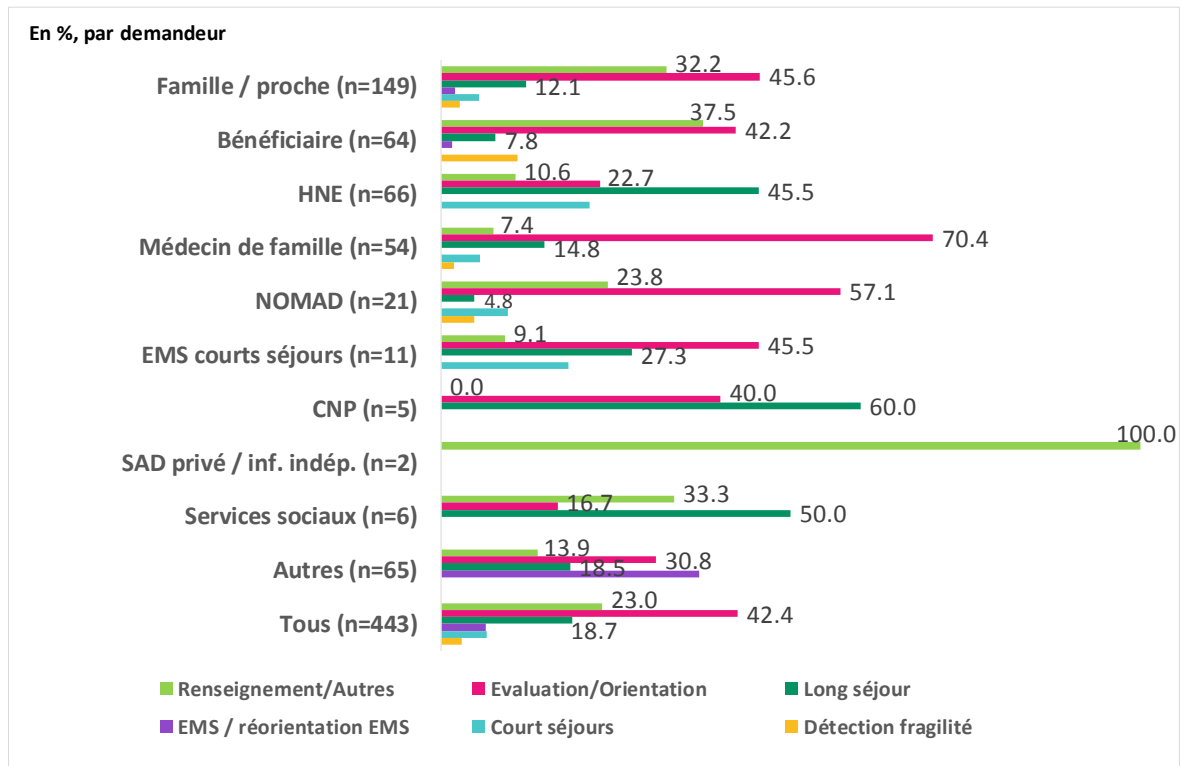
Figure 6 Profil des personnes ou organismes à l'origine des demandes traitées par l'AROSS (n = 444)



Source : DIOr 2017

Quand on observe la répartition des motifs de recours à l'association en fonction de la personne qui en est à l'origine (Figure 7), on constate que les bénéficiaires, tout comme les proches ou des membres de l'entourage, contactent l'AROSS pour une évaluation ou une orientation (respectivement pour 42.2% et 45.6% des bénéficiaires et des membres de l'entourage) autant que pour des renseignements (respectivement 37.5% et 32.2%). Le motif de leur prise de contact est beaucoup plus rarement un placement en long séjour (7.8% et 12.1%). Les médecins, NOMAD et les EMS de court séjour contactent également l'AROSS pour une évaluation ou une orientation de leurs patients ou clients, dans plus de sept cas sur dix dans le cas des médecins, et dans plus de quatre cas sur dix dans le cas des EMS. L'HNE, le CNP ou les services sociaux sont en revanche plus enclins à se référer à l'AROSS en cas de placement en long séjour.

Figure 7 Répartition des motifs de demandes, en fonction de la personne ou de l'organisme qui en est à l'origine (n=443)



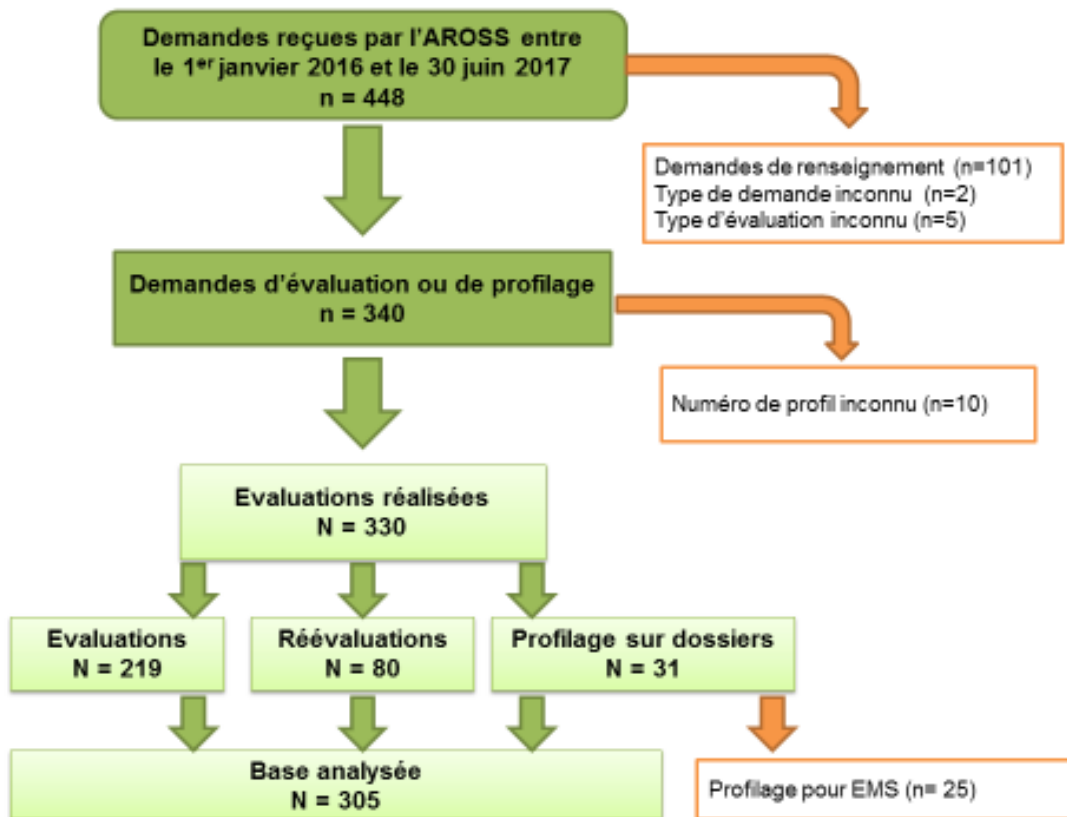
Source : DIOr 2017

Les activités d'évaluation et d'orientation de l'AROSS

108 demandes n'ont pas donné lieu à une évaluation ou à un profilage sur dossiers (Figure 8) ; par ailleurs, dix demandes d'évaluation n'ont pas abouti, en raison du décès de la personne, d'une rétractation ou de l'impossibilité de rencontrer le bénéficiaire (raisons non documentées). Nous avons exclu ces situations des analyses suivantes qui portent ainsi sur 330 évaluations ou profilage sur dossiers, concernant 233 bénéficiaires différents, soit en moyenne 1.7 évaluation ou profilage sur dossier par bénéficiaire (min-max = 1-4). Cela représente 8.0% de la population âgée de 65 ans et plus résident sur le district du Locle.

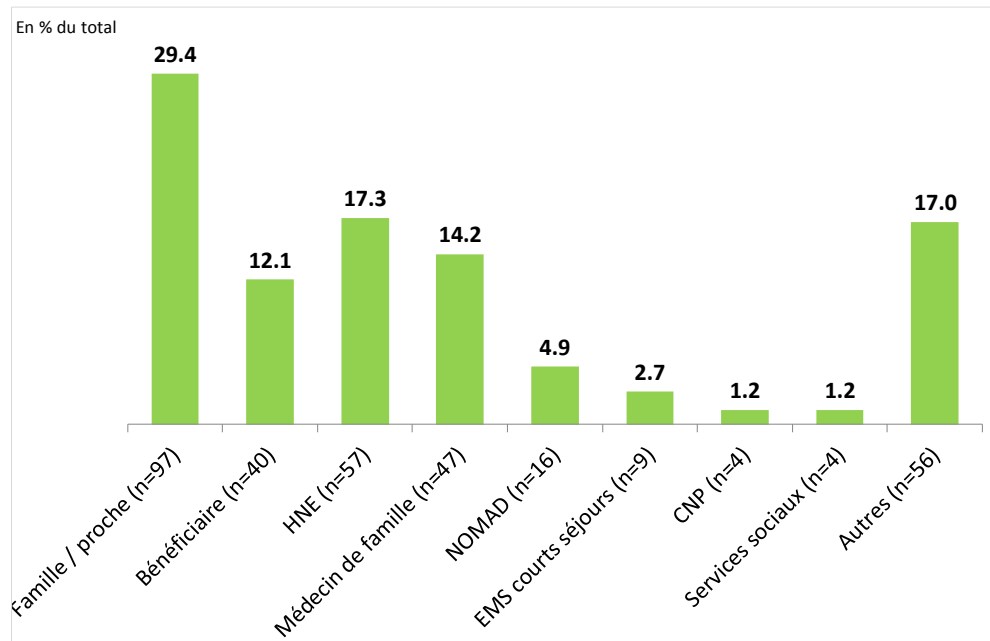
Dans près de trois quarts des cas, il s'agit d'une évaluation (66.4%) ou d'un profilage (9.4%), et l'autre quart concernent des réévaluations (24.2%). Le demandeur est le plus souvent un membre de l'entourage (29.4%), un professionnel des services de l'HNE (17.3%), un médecin de famille (14.2%) et, dans plus d'un dixième des cas, le bénéficiaire lui-même (12.1%) (Figure 9). Si plus de la moitié des demandes concernent spécifiquement une évaluation et/ou une orientation, un quart d'entre elles portent sur un placement en long séjour (24.6%), un court séjour électif (5.5%), une détection de la fragilité (3.6%) ou un court séjour urgent (3.0%).

Figure 8 Schéma des flux des demandes DIOr traitées par l'AROSS



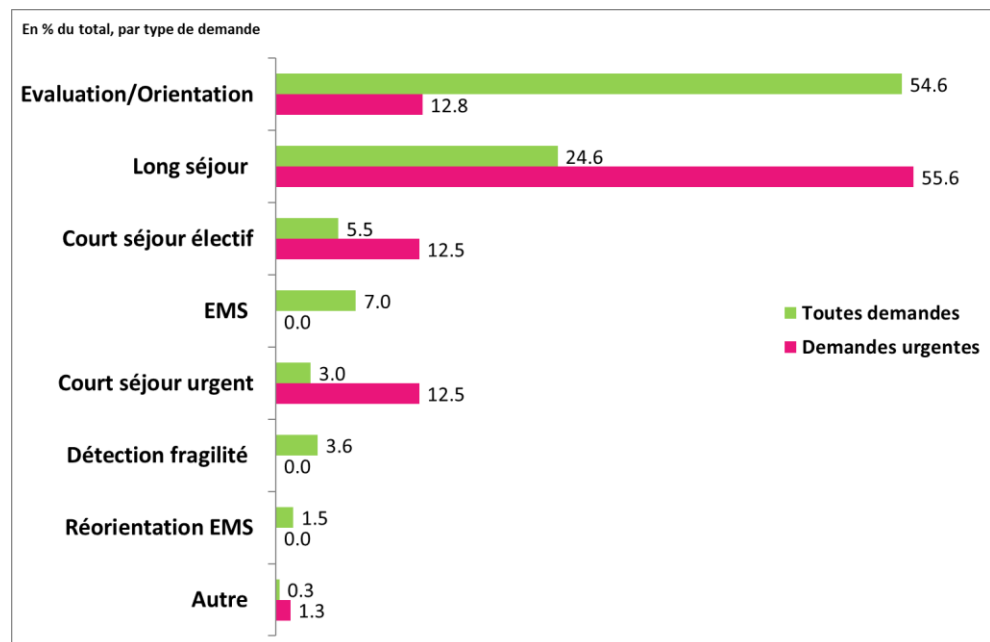
Source : DIOr 2017

Figure 9 Profil du demandeur lorsqu'une évaluation et/ou un profilage a été réalisé par l'AROSS (n=330)



Source : DIOr 2017

Figure 10 Type de demande initiale lorsqu'une évaluation et/ou un profilage a été réalisé par l'AROSS, pour toutes les demandes et les demandes urgentes (n = 330)



Source : DIOr 2017

Le délai d'intervention entre le moment de la demande et l'évaluation est de 7.3 jours (min-max =: 0-108 jours). 80 demandes (26.1%) étaient qualifiées d'urgentes^b, majoritairement des demandes pour du long séjour (43.8%) mais aussi pour de l'évaluation ou de l'orientation (30.0%) (Figure 10). Dans ces situations, le délai entre le moment de la demande et l'évaluation est significativement moins élevé, puisqu'il n'est que de 3.4 jours (min-max : 0.8-6.0 jours) contre 8.6 jours (min-max : 6.7-10.5 jours) quand la demande n'est pas urgente.

42 évaluations (13.7%) ont comporté un bilan réalisé par l'ergothérapeute de l'AROSS et 44 (14.3%) une évaluation de la situation sociale ; 41 situations (13.4%) nécessitaient, selon les professionnels de l'AROSS, une gestion de cas. Dans 22 situations (7.2%), les professionnels de l'AROSS ont estimé avoir évité une hospitalisation^c.

Profil des bénéficiaires évalués par l'AROSS

Le Tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé, lors de la première demande, des 225 bénéficiaires de l'AROSS ayant bénéficié d'une évaluation et/ou d'un profilage sur dossier entre le 1er janvier 2016 et le 30 juin 2017, les profilages sur dossier pour le compte d'EMS (n=25) étant exclus.

Comme constaté sur l'ensemble des personnes ayant pris contact avec l'AROSS, les femmes représentent les deux tiers (67.1%) des bénéficiaires ayant bénéficié d'une évaluation et/ou d'un profilage par l'AROSS. La moyenne d'âge est de 83.4 ans en moyenne (min-max = 62-100 ans) ; la moitié d'entre eux ont entre 80 et 89 ans, et seule une petite proportion est âgée de 60 à 69 ans (8.4%). La majorité des bénéficiaires sont Suisses (86.2%). Ils vivent à domicile dans les trois quarts des cas (84.4%) et plus de la moitié (53.8%) vivent seuls.

L'évaluation menée par l'AROSS permet de caractériser l'état de santé des bénéficiaires, en particulier en ce qui concerne la fragilité et le niveau de dépendance pour les actes basiques ou instrumentaux de la vie quotidienne (Tableau 4). Lors de leur première évaluation, seules six personnes sur 225 peuvent réaliser, de manière totalement indépendante, les 17 activités documentées par l'AROSS dans le profilage BoC (actes de la vie quotidienne, mémoire, orientation, troubles du comportement) ; le score moyen de dépendance est de 17.1 (min-max = 0-49). 50.7% des bénéficiaires selon la grille de screening de la fragilité et 46.2% selon la grille SEGA-A peuvent être considérées comme fragiles, et seule une minorité de personnes (respectivement 5.3% - n=12 ; et 16.0% - n=36) sont définies comme robustes. Selon le profilage Balance of Care (BoC), les profils les plus représentés sont les profils 3 à 6.

^b Les demandes urgentes correspondent principalement aux demandes pour un lit d'accueil d'urgence et aux demandes émanant de l'HNE.

^c Cette appréciation n'était pas fondée sur des critères objectifs, mais reposait sur l'analyse de la situation par les collaborateurs et collaboratrices de l'AROSS qui ont en particulier indiqué qu'une hospitalisation avait été évitée quand le motif de contact était une demande de lit d'accueil en urgence.

Tableau 3 Caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires ayant fait l'objet d'une évaluation et/ou d'un profilage sur dossier par l'AROSS, lors de la première évaluation (n=225)

		N	%
Sexe	Femme	151	67.1
	Homme	74	32.9
Age	60-69 ans	19	8.4
	70-79 ans	37	16.4
	80-89 ans	114	50.7
	90-99 ans	53	23.6
	100 ans et plus	2	0.9
Nationalité	Suisse	194	86.2
	Italien	17	7.6
	Français	3	1.3
	Allemand	2	0.9
	Autre	3	1.3
	NSP	6	2.7
Lieu de vie	Domicile	190	84.4
	AE	5	2.2
	Pension	2	0.9
	Autre	21	9.8
	NSP	7	3.1
Situation familiale	Marié/ en concubinage	78	34.6
	Divorcé / séparé	27	12.0
	Veuf	105	46.7
	Célibataire	10	4.4
	NSP	5	2.2
Vit seul	Oui	121	53.8
	Non	104	46.2
Curateur	Oui	16	7.1
	Non	209	92.9
Allocation impotence	Oui	15	6.7
	Non	183	81.3
	NSP	27	12.0
Prestation complémentaire	Oui	52	23.1
	En cours	21	9.3
	Non	125	55.6
	NSP	27	12.0

Note. NSP = ne sait pas

Tableau 4 État de santé et suivi médical des bénéficiaires ayant fait l'objet d'une évaluation et/ou d'un profilage sur dossier par l'AROSS, lors de la première évaluation (n=225)

		N	%
Médecin de famille	Oui	219	97.3
	Non	6	2.7
Niveau de fragilité (screening)	Robuste	12	5.3
	Préfragile	62	27.1
	Fragile	114	50.7
	NSP	38	16.9
Niveau de fragilité (SEGA-A)	Robuste	36	16.0
	Préfragile	74	32.9
	Fragile	104	46.2
	NSP	11	4.9
Profil BoC	1	18	8.0
	2	16	7.1
	3	41	18.2
	4	51	22.7
	5	39	17.3
	6	46	20.4
	7	4	1.8
	8	10	4.4
Niveau de dépendance^d	Score de 0 à 9	61	27.1
	Score de 10 à 18	65	28.9
	Score de 19 à 24	47	20.9
	Score de 25 et plus	52	23.1
Proche aidant épuisé	Oui	48	21.3
	Non	119	52.9
	NSP	58	25.8

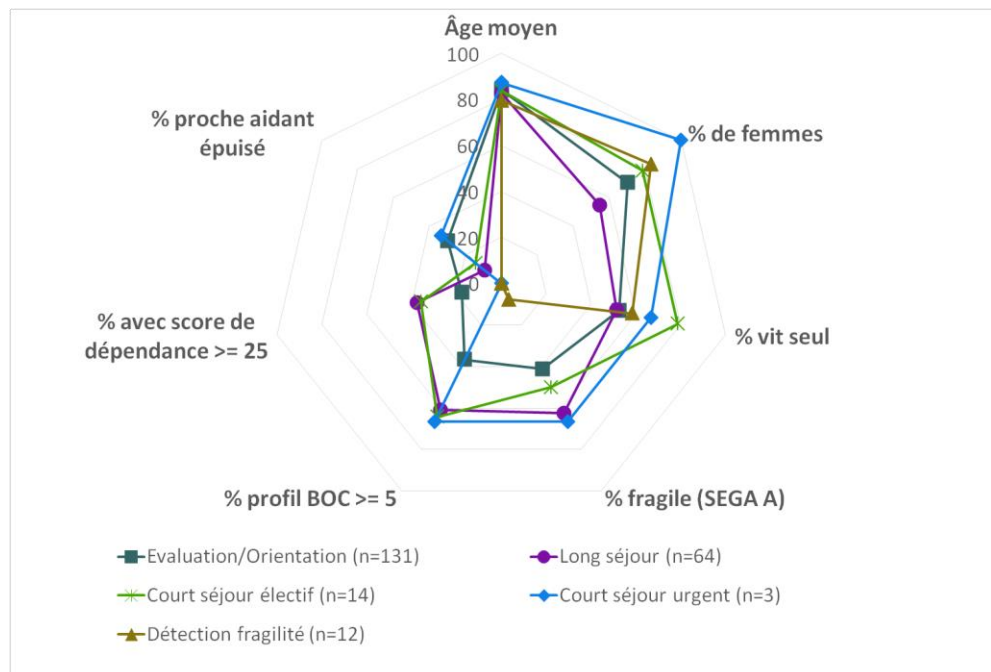
Note. NSP = ne sait pas

Les profils des bénéficiaires diffèrent significativement selon le type de demande effectué à l'AROSS en première intention (Figure 11). Quand la demande porte sur une évaluation ou une orientation, les bénéficiaires sont en proportion moins nombreux à être fragiles, à présenter un score de

^d Un score de dépendance aux actes de la vie quotidienne (AVQ), aux actes instrumentaux de la vie quotidienne (AIVQ), ainsi que sur les dimensions de mémorisation, d'orientation, de comportement a été calculé en additionnant les réponses aux 17 items suivants : aller aux toilettes ; gérer ses finances ; utiliser le téléphone ; continence ; entretien du ménage ; habillage ; lessive ; utilisation des moyens de transport ; mémoire ; préparation des aliments ; prise des repas ; responsabilité à l'égard de sa médication ; hygiène corporelle ; transferts et déplacements ; comportements. Les modalités de réponse variaient de 0 « Réalise l'activité seul(e) » à 4 « Aide totale pour réaliser l'activité ». Le score varie ainsi de 0 « totalement indépendant pour l'ensemble des AVQ et AIVQ » à 68 « totalement dépendant pour l'ensemble des AVQ et AIVQ ». Le niveau de dépendance a été construit à partir des quartiles de la distribution du score de dépendance.

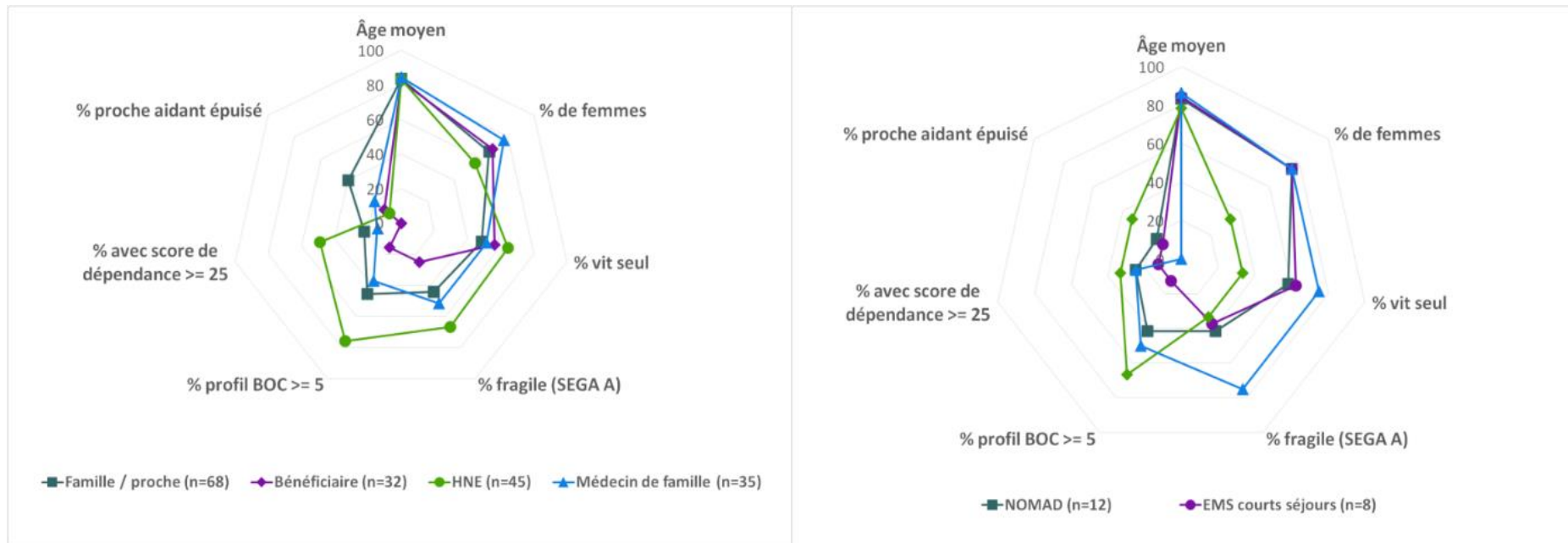
dépendance ou un profil BoC élevé; l'âge moyen des bénéficiaires est de 84.1 ans (min-max = 62-100 ans), 70.2% sont des femmes et la moitié (52.6%) vivent seuls. Les demandes de détection de la fragilité concernent des bénéficiaires plus jeunes en moyenne (79.58 ans ; min-max = 64-87 ans), comptant une proportion plus grande de femmes (83.3%) ; 7.7% de ces bénéficiaires sont effectivement considérés comme fragiles à l'issue de l'évaluation. Quand la demande concerne un placement en long séjour, les bénéficiaires se caractérisent par une moindre proportion de femmes (54.7%) et une plus forte proportion de personnes fragiles (62.5%), dont le profil BoC est égal ou supérieur à 5 (60.9%) ou avec un score de dépendance égal ou supérieur à 25 (37.5%). Dans ces situations, l'âge moyen des bénéficiaires est de 82.9 ans (min-max = 62-100).

Figure 11 Profil, lors de la première évaluation, des personnes ayant bénéficié d'une évaluation et/ou d'un profilage, en fonction du type de demande (n = 225)



Source : DIOr 2017

Figure 12 Profil des personnes ayant bénéficié d'une évaluation et/ou d'un profilage en fonction de la personne ou de l'organisme à l'origine de la demande (n = 225)



Source : DIOr 2017

On trouve également des profils de bénéficiaires différents quand on considère l'identité de la personne qui est à l'origine de la demande (Figure 12). Quand le bénéficiaire lui-même est à l'origine de la demande, la proportion de personnes considérées comme fragiles ou présentant un profil BoC égal ou supérieur à 5 est moins élevé que quand les services de l'HNE ou d'autres services sociaux contactent l'AROSS. Notons également que, dans plus du tiers des situations où un membre de l'entourage est à l'origine de la demande, les proches aidants se déclarent épuisés.

Au moment de la demande, les deux tiers des personnes (57.3%) ayant été évaluées par l'AROSS font appel à au moins un professionnel de santé non médecin (par exemple physiothérapeute), un prestataire de service (par exemple NOMAD), une association (par exemple CARITAS) ou un autre organisme (CNP, HNE). Quand un tel soutien est présent, c'est en moyenne un professionnel ou service qui est cité (min-max = 1-3). Le Tableau 5 liste les types de professionnels et de services mentionnés, sachant que plusieurs réponses étaient possibles.

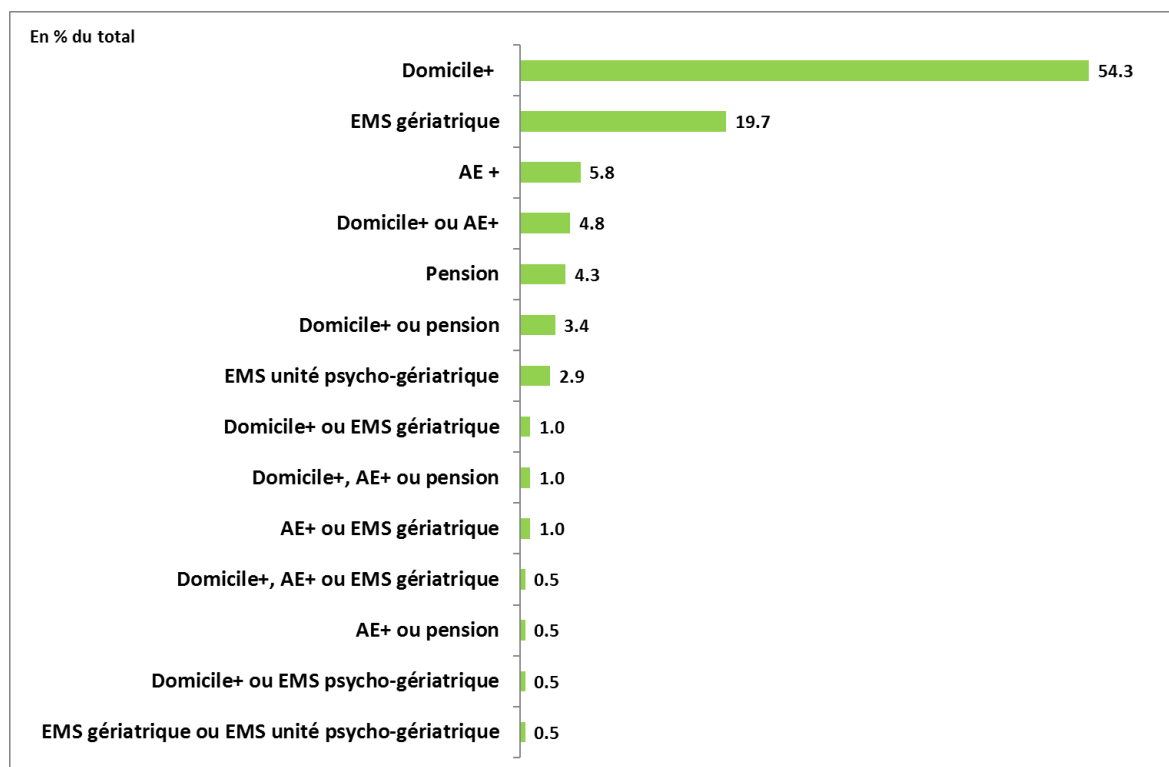
Tableau 5 Professionnels et services intervenant, lors de la première évaluation, auprès des personnes ayant bénéficié d'une évaluation et/ou d'un profilage sur dossier par l'AROSS (n=225), plusieurs réponses possibles

	N	%
Aucun prestataire	96	42.7
NOMAD	92	40.9
Services de ménages OSAD	38	16.9
Services de livraison de repas	26	11.6
PSAJ	16	7.1
Physiothérapeute	13	5.8
Infirmier indépendant ou OSAD	11	4.9
CNP	4	1.8
Ergothérapeute	3	1.3
Autres	14	6.2

Lieux de vie souhaités par les bénéficiaires et lieux de vie recommandés par l'AROSS

Des recommandations concernant le lieu de vie ont été réalisées dans 208 évaluations sur 225 (92.4%). En moyenne, 1.1 lieux de vie ont été recommandés à chaque demande (min-max = 1-3). Le domicile a été recommandé dans 65.5% des situations, et dans plus de la moitié des cas, comme unique lieu de vie. L'EMS gériatrique est le second lieu de vie le plus fréquemment recommandé, avant l'appartement avec encadrement (AE). Le séjour en unité psychogériatrique d'un EMS est recommandé dans 3.9% des situations, et la pension dans 5.8%. La Figure 13 représente les différentes combinaisons de lieux de vie recommandés par les professionnels de l'AROSS.

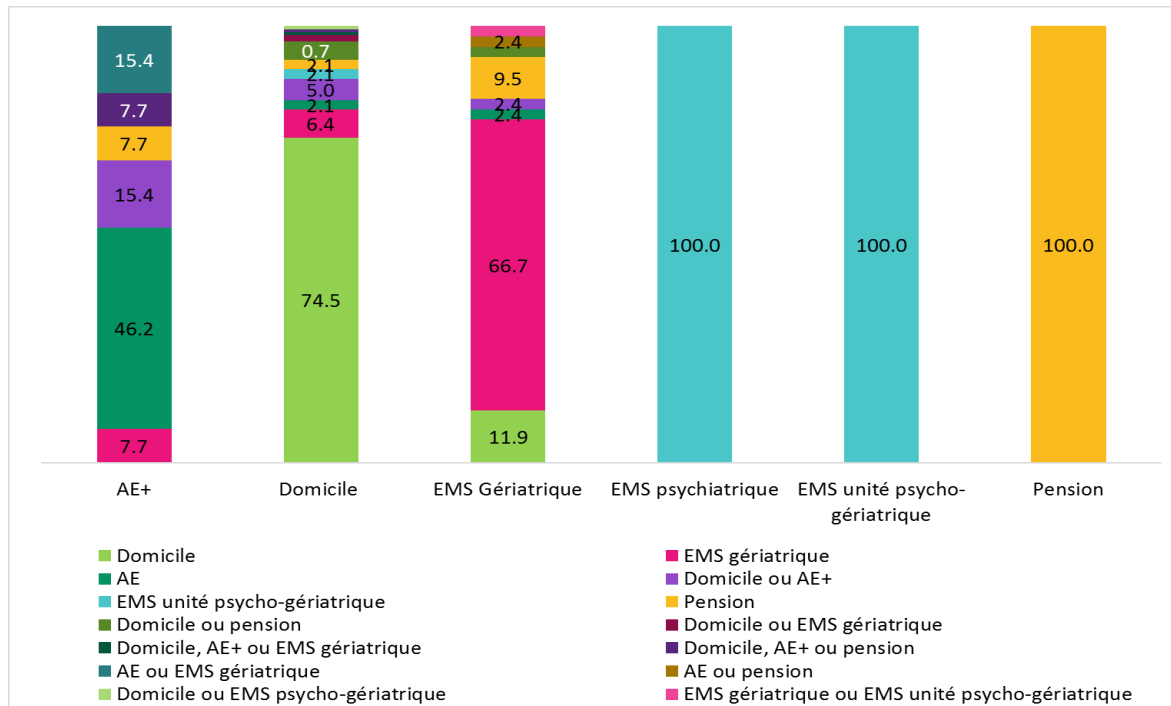
Figure 13 **Combinaisons de lieux de vie recommandés par les professionnels de l'AROSS (n = 208)**



Notes : Le « + » signifie que le lieu de vie est recommandé avec des prestations d'aide et de soins à domicile. AE = appartement avec encadrement. Source : DIOr 2017

Ces recommandations peuvent être mises en regard des préférences posées par le bénéficiaire lui-même au moment de la demande. En effet, dans les deux tiers des situations (60.1%), le bénéficiaire préfère rester à domicile, mais dans plus d'un cinquième des situations, le bénéficiaire indique souhaiter vivre dans un EMS gériatrique. La Figure 14 compare, en fonction du lieu de vie souhaité par le bénéficiaire, les lieux de vie recommandés par l'AROSS. On constate ainsi une congruence parfaite quand le bénéficiaire détermine, comme lieu de vie, l'EMS psychiatrique, l'unité psychogériatrique d'un EMS ou la pension. Dans près de neuf cas sur dix également (87.2%), l'AROSS valide le choix du domicile, comme seul lieu de vie recommandé ou en option avec d'autres lieux de vie. Dans 66.7% des situations, l'AROSS est en accord avec la préférence du bénéficiaire pour un EMS gériatrique ; dans ce cas de figure, toutefois, les professionnels de l'AROSS recommandent plutôt le domicile, l'AE et/ou la pension dans près d'un tiers des situations (30.9%). Enfin, quand le bénéficiaire souhaite vivre en AE, ce choix est validé dans 84.6% des situations, comme choix unique (46.2%) ou en option avec d'autres lieux de vie possibles, comme le domicile (15.4%).

Figure 14 Lieux de vie recommandés par l'AROSS en fonction du lieu de vie souhaité par le bénéficiaire (n=208)



Source : DIOr 2017

On dispose d'informations quant au lieu de vie réel, à six ou douze mois après l'évaluation, pour 127 bénéficiaires. Dans 55.9% des situations, le bénéficiaire réside à son domicile, dans 37.0% des cas dans un EMS gériatrique ; 3.2% des bénéficiaires résident dans un AE, 2.4% dans l'unité psychogériatrique d'un EMS ; et enfin un bénéficiaire réside en pension et un autre dans un EMS psychiatrique.

Afin d'apprécier la capacité de l'AROSS à limiter ou retarder les entrées en EMS, on peut d'abord observer quel est le lieu de vie à six ou douze mois quand l'AROSS recommande le domicile, la pension ou l'AE. 88 situations sont concernées : dans 72.7% d'entre elles, le bénéficiaire réside effectivement à son domicile six ou douze mois après l'évaluation, dans 4.6% des cas dans un AE et un bénéficiaire vit en pension ; en revanche, un quart des bénéficiaires pour lesquels l'AROSS avait recommandé le domicile, la pension ou l'AE, résident, six ou douze mois plus tard, dans un EMS gériatrique.

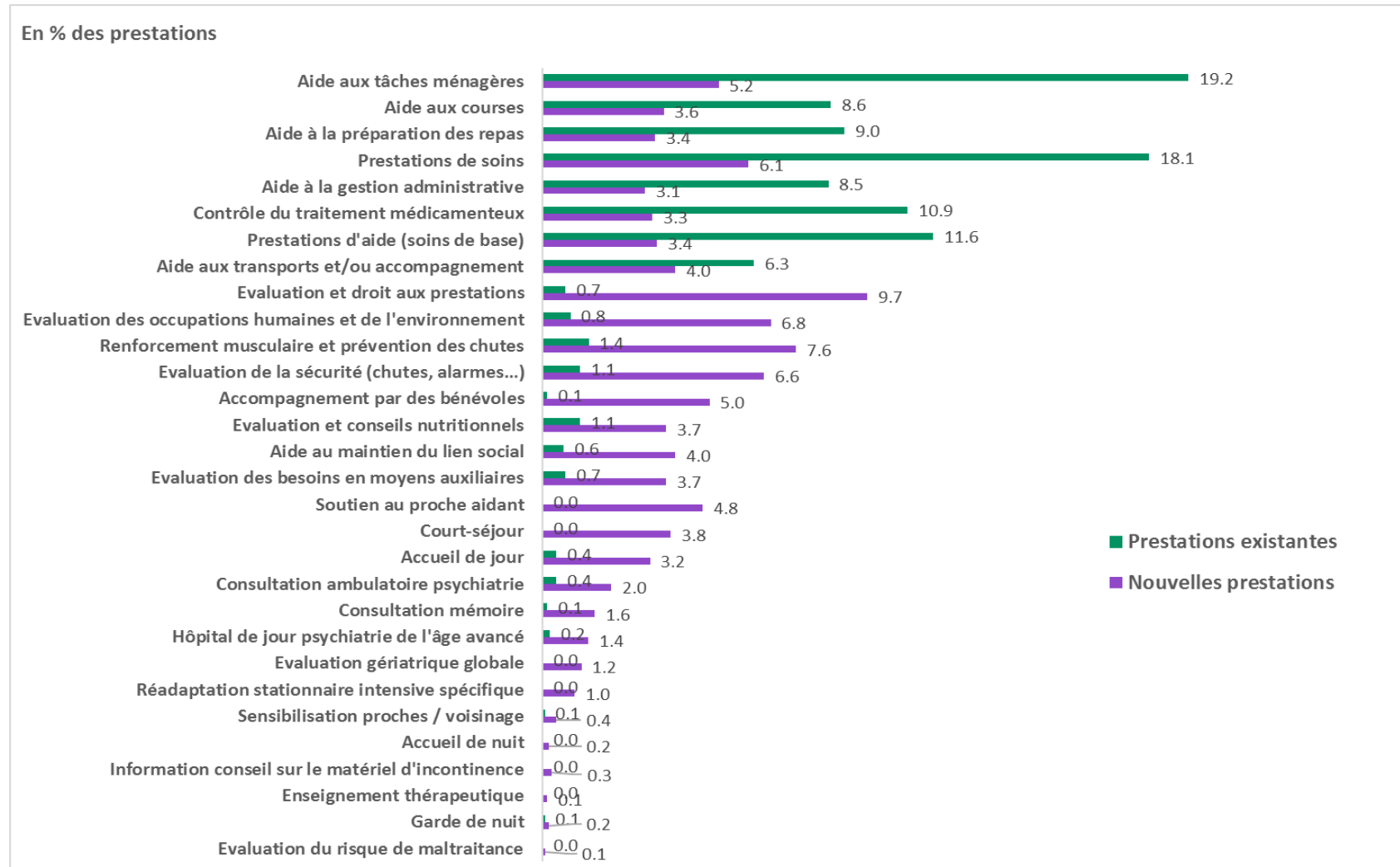
On peut enfin observer quel est le lieu de vie réel quand le bénéficiaire avait déterminé l'EMS comme lieu de vie souhaité (n=25). Six ou douze mois plus tard, 23 bénéficiaires résident en EMS gériatrique (92.0%), un bénéficiaire dans l'unité psycho-gériatrique d'un EMS et une personne vit encore à son domicile. Les recommandations semblent ainsi peu influencer les préférences de vie des bénéficiaires quand ceux-ci font le choix de l'EMS.

Prestations recommandées par l'AROSS et prestations effectivement mises en place

Suite à l'évaluation réalisée par l'AROSS et en fonction du profil BoC, un certain nombre de prestations sont proposées au bénéficiaire et /ou à ses proches aidants^e. Ainsi, 1'470 prestations ont été proposées par l'AROSS, regroupées dans 30 familles de prestations ; ces prestations se rajoutent souvent à des mesures déjà mises en place par les bénéficiaires ou leurs proches aidants. La Figure 15 présente ainsi le pourcentage de familles de prestations existantes ou proposées l'AROSS pour chaque évaluation, permettant d'identifier les catégories les plus fréquentes. L'aide pour les tâches ménagères, les prestations de soins, les prestations d'aide aux soins de base, l'aide à la préparation des repas ou aux courses sont les familles de prestations existant préalablement à l'intervention de l'AROSS les plus fréquentes. Les prestations recommandées par l'AROSS concernent le plus souvent l'évaluation et le droit aux prestations, le renforcement musculaire et la prévention des chutes ou l'évaluation de la sécurité.

^e Les analyses ont été restreintes aux situations où un profil BoC a été validé et où des prestations ont été recommandées.

Figure 15 Proportion de familles de prestations déjà existantes et proposées par l'AROSS (n = 2'916)

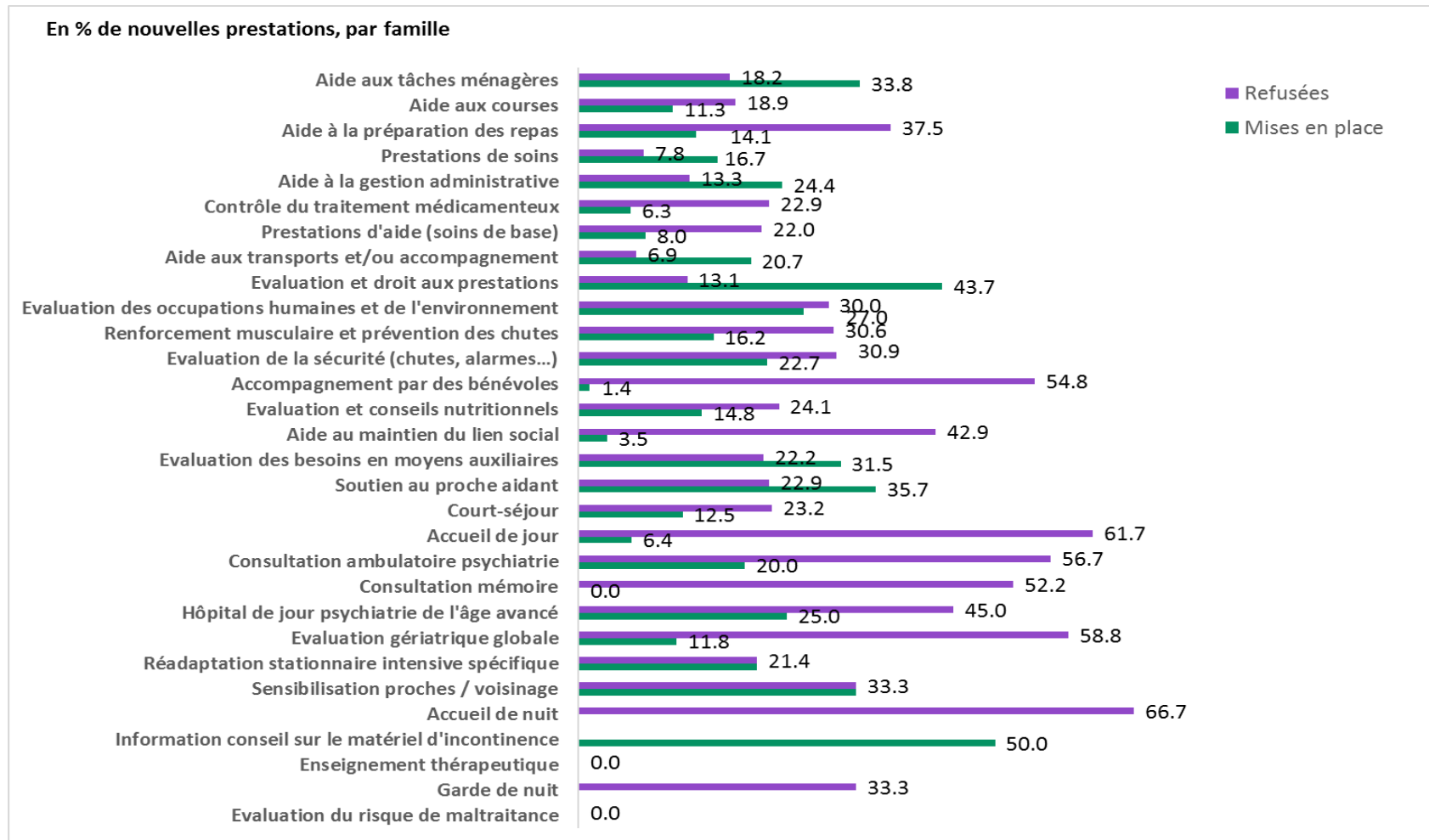


Source : DIOr 2017

Parmi les prestations proposées par l'AROSS, 298 (20.3%) n'ont pas reçu l'approbation du bénéficiaire ou de son proche aidant, soit simplement refusées (17.7%), soit en raison d'un manque de motivation (77.8% des refus), et plus rarement en raison du coût (2.8%), de la distance (1.4%) ou de l'isolement (1 cas ; 0.3%). Lors des réévaluations opérées par l'AROSS, il a enfin été possible d'identifier les prestations qui, parmi celles qui ont été recommandées et qui sont disponibles, ont effectivement été mises en place. Au total, durant la période du 1er janvier 2016 au 30 juin 2017, 235 prestations (16.0% des nouvelles prestations recommandées par l'AROSS) ont ainsi été mises en place pour le bénéficiaire et son proche aidant.

La Figure 16 présente la part de prestations refusées par les bénéficiaires et la part des prestations effectivement mises en œuvre. Les prestations le plus souvent refusées par les bénéficiaires ou leurs proches aidants sont l'accueil de nuit, l'accompagnement par des bénévoles, l'évaluation gériatrique globale, l'accueil de jour, la consultation ambulatoire de psychiatrie ou la consultation mémoire. En revanche, les prestations de soins, l'aide aux tâches ménagères, l'aide aux transports ou l'accompagnement, l'aide à la gestion administrative sont plus facilement acceptées par les bénéficiaires et leurs proches aidants. Les prestations qui sont le plus souvent mises en place sont l'information et conseil sur le matériel d'incontinence (50.0%), l'évaluation et le droit aux prestations (43.7%), le soutien au proche aidant (35.7%), l'évaluation des besoins en moyens auxiliaires (31.5%) et la sensibilisation des proches et du voisinage (33.3%). On retrouve, parmi les prestations qui apparaissent comme les plus complexes à mettre en œuvre, l'accompagnement par des bénévoles (1.4%), l'aide au maintien du lien social (3.5%), le recours à une consultation mémoire (0.0%). Signalons toutefois que, si l'on ne prend en compte que les situations où une réévaluation a été faite, 101 prestations ont été effectivement mises en place, soit 22% des prestations proposées initialement.

Figure 16 Proportion de prestations refusées et mises en place par famille de prestations, parmi les nouvelles prestations recommandées par l'AROSS (n = 1'470)

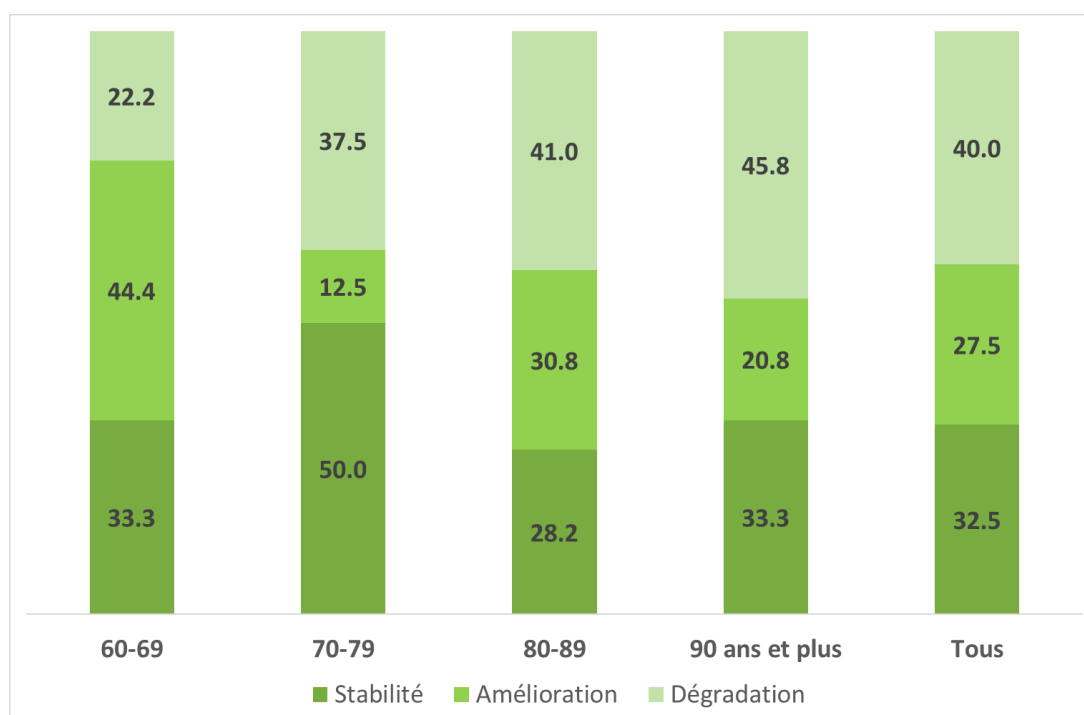


Source : DIOr 2017

Evolution du profil Boc des bénéficiaires entre la première et la dernière évaluation

80 bénéficiaires ont été réévalués à peu près un an après leur première évaluation. Pour ceux-ci, on dispose d'indication sur leur profil BoC lors des deux points de mesure, ce qui permet de suivre l'évolution de leur situation (Figure 17). Un tiers des bénéficiaires ne connaissent pas d'évolution dans leur profil BoC et 27.5% (n=22) sont classés lors de la réévaluation dans un profil moins lourd que lors de la première évaluation. 40.0% des bénéficiaires en revanche ont vu leur situation se dégrader, cette situation se présentant plus souvent chez les plus âgés.

Figure 17 Evolution du profil BoC entre la première et la dernière évaluation, en fonction de l'âge (n=80)



Source : DIOr 2017

Traitement des demandes d'entrée en EMS (SIPRES)

Du 21 janvier 2016 au 30 juin 2017, 832 soumissions ont été enregistrées dans SIPRES, qui centralise toutes les demandes d'entrée pour les neuf EMS du territoire de l'expérimentation^f, que les demandes concernent des personnes résidant sur le territoire du pilote (n = 379) ou non (n= 453). Les analyses descriptives suivantes portent uniquement sur les soumissions concernant des personnes résidant sur le territoire du pilote.

^f EMS La Gentilhommière, EMS les Fritillaires SA, Home médicalisé Le Châtelard SA, Fondation La Résidence, EMS La Sombaille, EMS Le Foyer, EMS Le Martagon, EMS Le Temps présent (court séjour), EMS les Arbres

Ces 379 soumissions correspondent à 181 demandes pour 126 bénéficiaires différents. On ne dispose cependant pas de concordance dans DIOr pour l'ensemble de ces bénéficiaires. Les analyses suivantes portent sur les 166 demandes, effectuées par 110 bénéficiaires, pour lesquels une concordance dans DIOr existe (Figure 18). Plusieurs demandes ont pu être faites pour un même bénéficiaire (1.8 en moyenne ; min-max = 1-4) ; et lors d'une même demande, plusieurs établissements médico-sociaux ont par ailleurs pu être sollicités (3.5 en moyenne ; min-max = 1-9 établissements sollicités).

Figure 18 Schéma des flux des demandes SIPRES traitées par l'AROSS

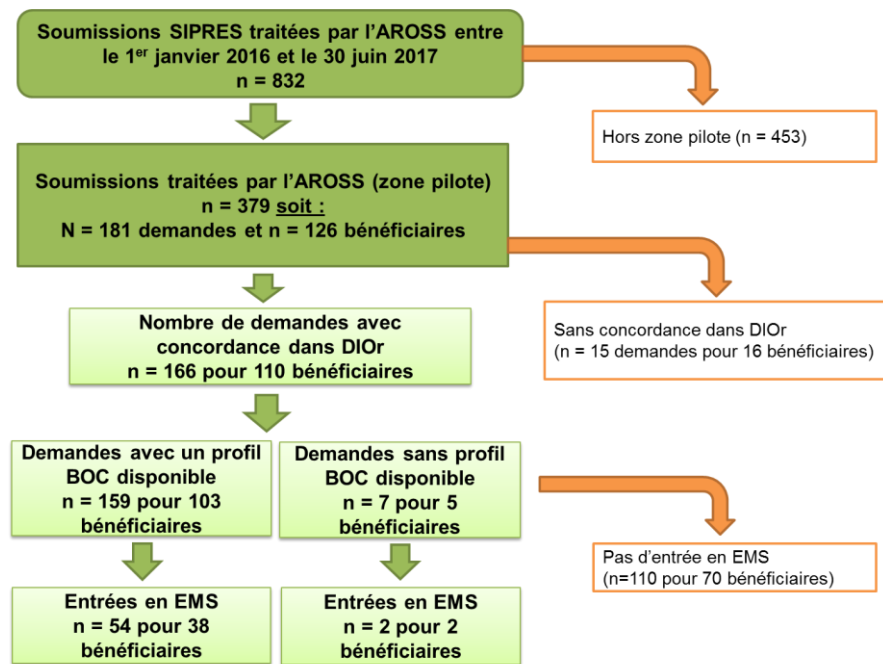
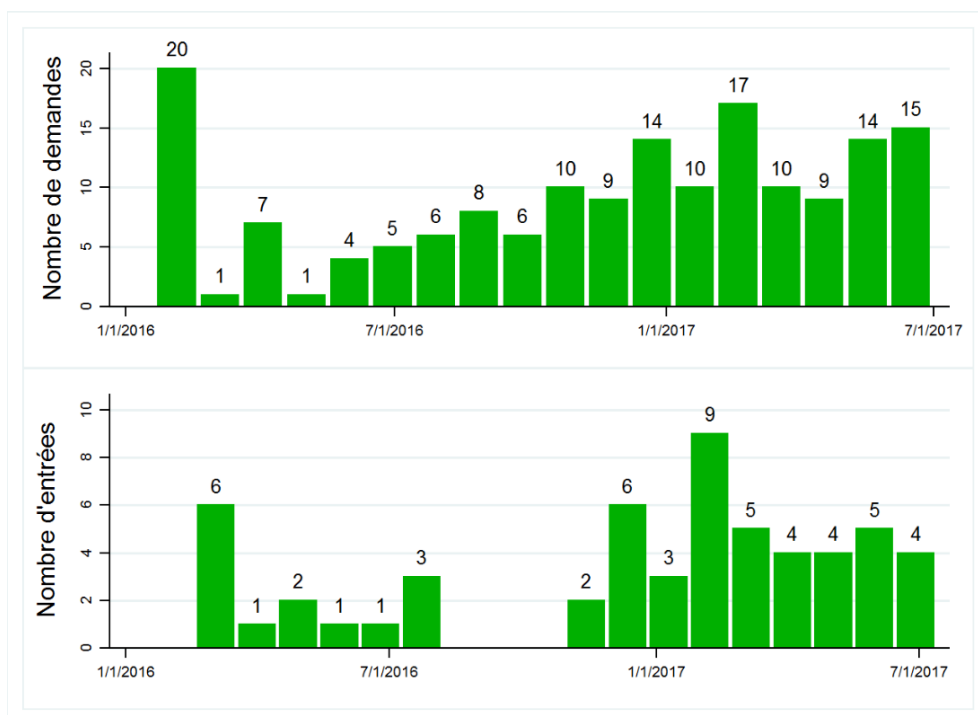


Figure 19 Nombre demandes en EMS et nombre d'entrées en EMS entre janvier 2016 et fin juin 2017 (n=190 et n=66)

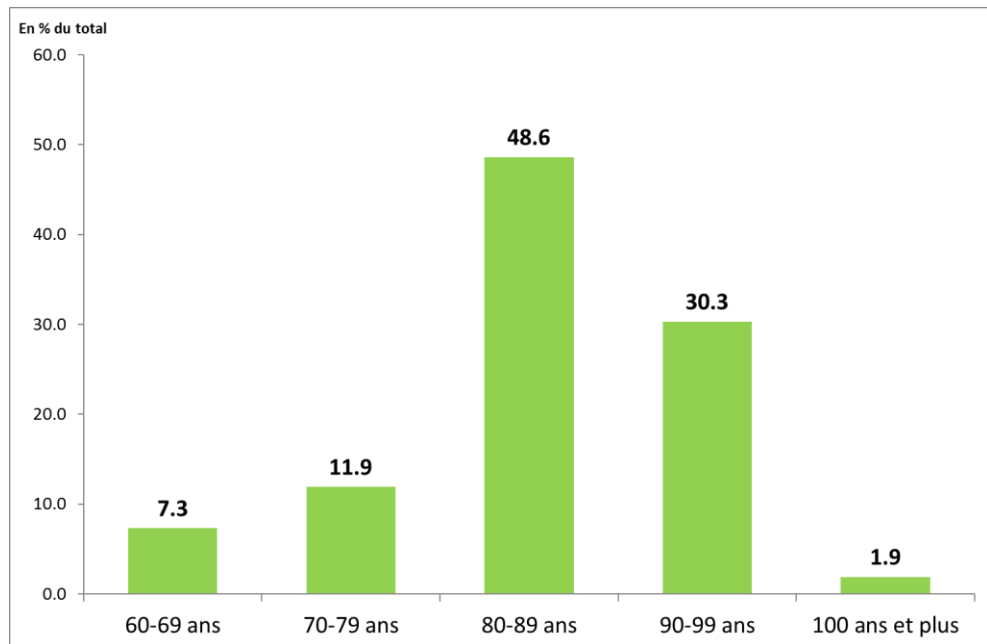


Source : SIPRES 2017

Les soumissions ont été enregistrées de façon croissante durant la seconde moitié de 2016, avec un pic en fin d'année 2016 et début d'année 2017 (Figure 19).

Les demandeurs sont majoritairement des femmes (n = 71, 64.6%) de nationalité suisse (n= 100, 90.9%) et sont âgés de 85.5 ans en moyenne (min-max = 63-100 ans). Près de la moitié des demandeurs ont entre 80 et 89 ans, plus du tiers est âgé de plus de 90 ans (Figure 20). Pour 103 bénéficiaires sur 110, on dispose d'informations sur le profil BoC. Les deux tiers des demandeurs (69.0%) ont été évalués, lors de la dernière évaluation disponible, en profils 5 à 8 ; le BoC moyen des demandeurs est estimé à 5.2 (+/- 1.4).

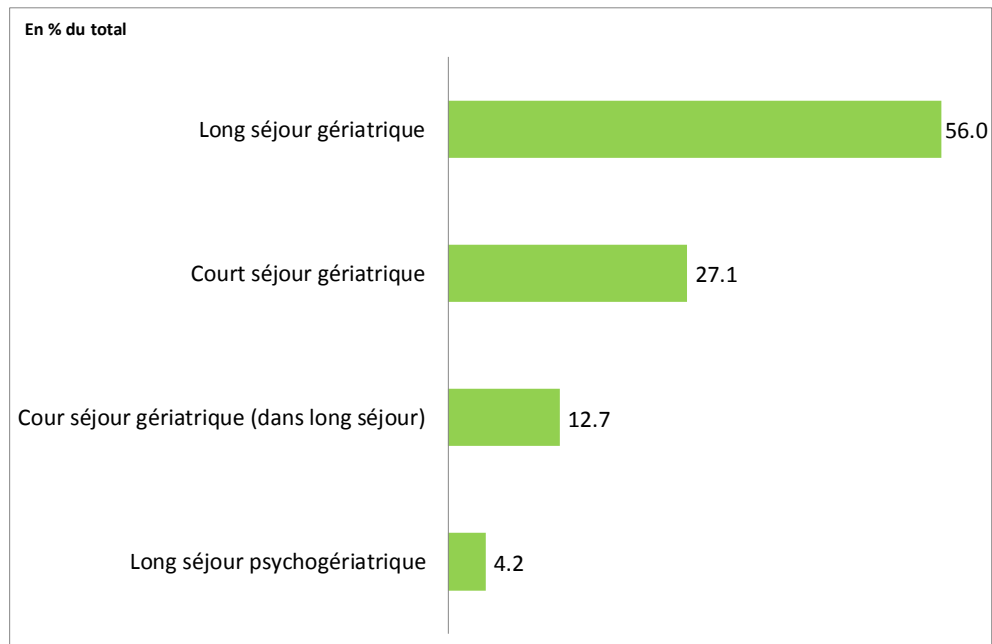
Figure 20 Répartition des bénéficiaires SIPRES par catégories d'âge (n=126)



Source : SIPRES 2017

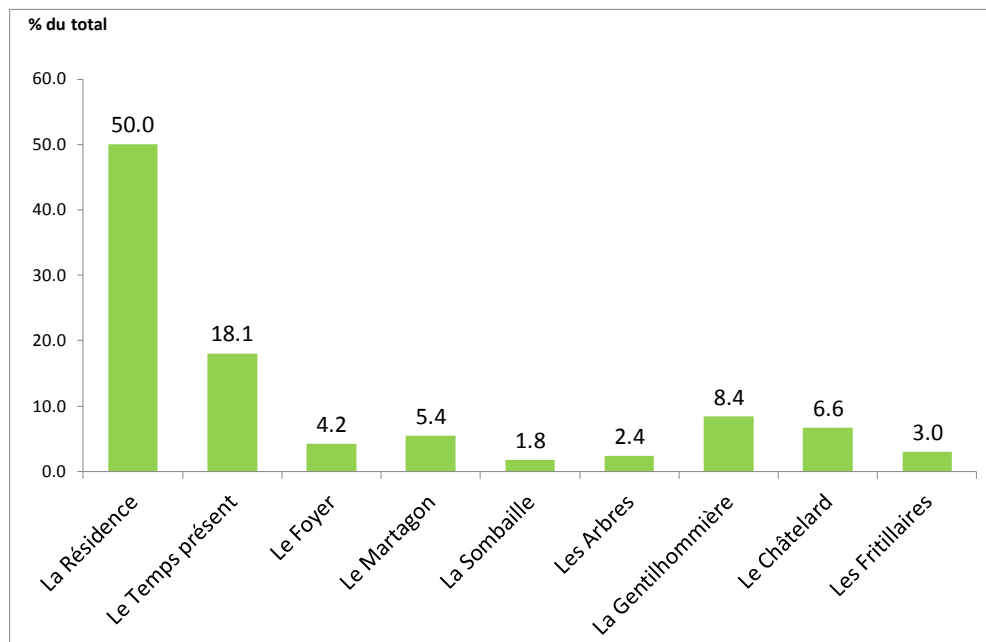
Plus de la moitié des demandes concernent un long séjour gériatrique ; 27.1% un court séjour gériatrique et 12.7% un court séjour gériatrique dans un établissement de long séjour (Figure 21). La moitié des demandes concernent l'EMS La Résidence, qui possède la plus grande capacité d'accueil, 18.1% l'EMS Le Temps présent, exclusivement pour des courts séjours, les autres demandes se répartissant sur les autres établissements médico-sociaux (Figure 22).

Figure 21 Répartition des demandes en fonction du type de séjour recherché (n=166)



Source : SIPRES 2017

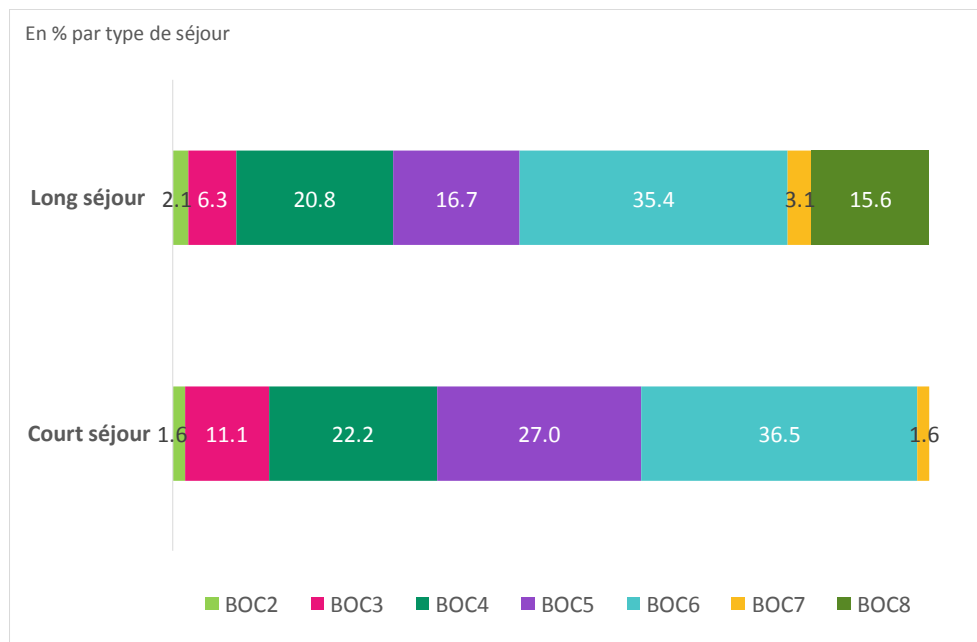
Figure 22 Répartition des demandes par EMS (n=166)



Source : SIPRES 2017

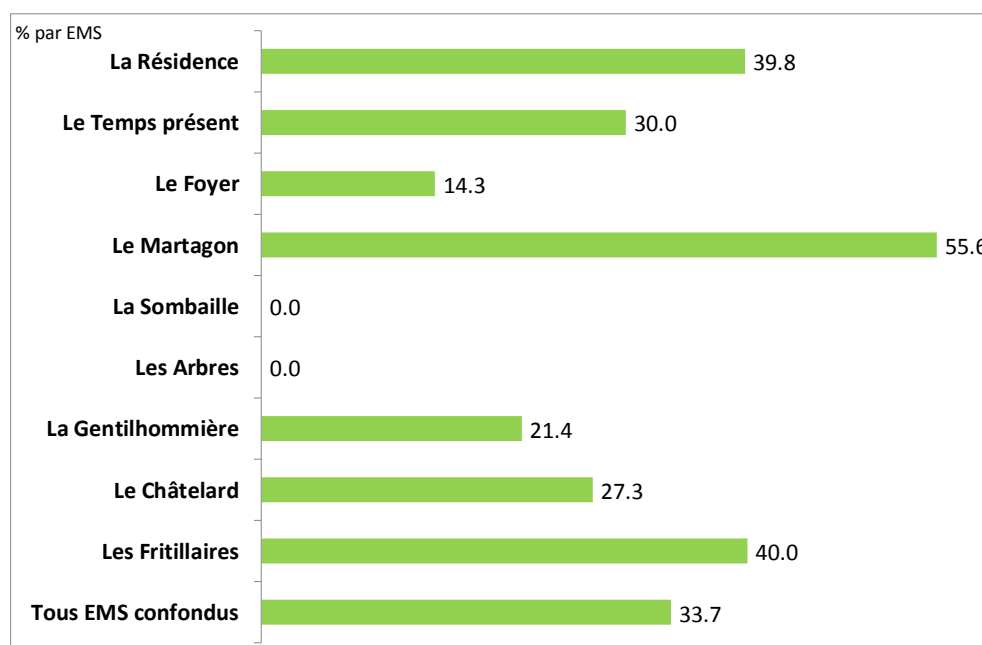
La Figure 23 présente la manière dont les profil BoC se répartissent selon le type de séjour recherché ; le BoC moyen est ainsi plus élevé chez les bénéficiaires demandant un long séjour (moyenne : 5.5 vs 4.9 pour du court séjour).

Figure 23 Profil BOC par type de séjour demandé (n=159)



Parmi les 166 demandes analysées, 56 (33.7%) ont abouti favorablement par une entrée en EMS durant la durée du suivi, 38 demandes pour un long séjour (38.0%) et 18 demandes pour un court séjour (27.3%). Globalement, environ un tiers des demandes soumises à l'EMS Le Temps présent (30.0%) pour des courts séjours ont abouti ; c'est le cas également de 55.6% des demandes soumises à l'EMS Le Martagon, de 40.0% des demandes à l'EMS Les Fritillaires, et de 21.4% des demandes soumises à l'EMS Les Fritillaires (Figure 24). Fortement sollicité, l'EMS La Résidence a donné suite à 33 demandes sur 83 (39.8%).

Les informations disponibles auprès des collaborateurs de l'AROSS permettent d'identifier le statut des demandes n'ayant pas abouti. Ainsi, s'agissant des demandes d'entrée en long séjour, 44 demandeurs sur 72 n'étaient pas entrés en EMS au 30 juin 2017. Dans plus de la moitié des cas (n=25 ; 56.8%), l'entrée s'est réalisée entre le 1^{er} juillet et le 1^{er} décembre 2017. Six personnes (13.6%) sont décédées, les autres (n=13 ; 29.6%) se trouvent encore sur liste d'attente.

Figure 24 Pourcentage de demandes ayant abouti à une entrée, par EMS (n=166)

Source : SIPRES 2017

Le temps d'attente moyen entre la date de la demande et la date d'entrée en EMS, tous types de séjour confondus, est de 31.9 jours (min-max = 0-360 jours). Le temps d'attente entre la date de la demande et la date d'entrée effective varie en fonction des établissements et du type de séjour. Ainsi, le temps d'attente avant une entrée en long séjour est de 41.0 jours (min-max = 0-331 jours), il est de 12.7 jours (min-max = 0.73 jours) pour une entrée en court séjour.

Dans 73 demandes où l'information est disponible (44.5%), la demande a été qualifiée d'urgente par les collaborateurs et collaboratrices de l'AROSS. Il s'agissait de demandes pour du long séjour dans les deux tiers des cas (n=46 ; 63%). Le dossier a abouti par une entrée dans 22 cas (30.1%), dans 15 cas pour du long séjour (32.6%) et dans 7 cas pour du court séjour (25.9%). Le temps d'attente moyen est de 10.7 jours pour du long séjour (min-max : 0-54 jours) et de 6.6 jours pour du court séjour (min-max : 0-16). Les autres situations concernent des cas où le bénéficiaire a été pris en charge par une autre institution (27.5%), où la demande a été annulée par le bénéficiaire (5.9%), où le bénéficiaire est décédé (7.8%) ou pour d'autres raisons.

5.1.3 Financement et coûts du projet de l'AROSS

Les contours du projet, ainsi que la participation de l'Etat à son financement, sont fixés dans le cadre d'un contrat de prestations pluriannuel entre le DFS et l'AROSS.

La subvention de l'Etat est déterminée annuellement. Ont été ainsi versés pour la préparation et la mise sur pied du dispositif d'orientation, ainsi que son exploitation :

- 614'100 CHF pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 dont 361'600 CHF pour le projet pilote et 252'500 CHF pour les solutions métiers (outils VIVATES, SIPRES et DIOr) ;

- 1'142'800 CHF pour l'année 2016, dont 801'300 CHF pour le projet pilote et 339'300 CHF pour les solutions métiers ;
- 1'063'125.00 CHF pour l'année 2017, soit au *pro rata temporis*, 531'562.50 CHF pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin.

La subvention reçue pour le projet de l'AROSS s'élève ainsi à **2'820'025 CHF**. En 2015 et 2016, 1'500'796.35 CHF ont effectivement été dépensés sur les 1'756'900 CHF initialement prévus (solde : 256'103.65 CHF), ce qui confirme l'adéquation des ressources financières prévues qui ont permis de réaliser les activités planifiées.

Les charges salariales représentent plus de la moitié (56.6%) des coûts du projet, les charges d'exploitation et les charges d'investissement correspondant respectivement à 21.3% et 22.1% des coûts (Tableau 6).

Tableau 6 Budget du projet de l'AROSS, par an et par poste de dépense

Postes de dépense	2015	2016	2017	Total
Charges salariales	176'993.75	614'748.45	358'800.00	1'150'542.20
Charges d'investissement	140'590.95	204'694.40	86'750.00	432'032.35
Charges d'exploitation	194'628.85	169'139.95	86'012.50	449'781.30
Total	512'213.55	988'582.80	531'562.50	2'032'358.85

Notes. Pour les années 2015 et 2016, le budget présenté est le budget réalisé. Pour 2017, il s'agit du budget prévisionnel (subvention).

Le ratio entre le coût global du projet pilote et le nombre de prestations effectivement mises en œuvre par l'AROSS entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017 permet d'apprécier le coût de la prestation durant le pilote. Dans un premier temps, nous avons estimé le coût total du projet, en incluant les coûts engendrés par la mise en place du projet pilote (recrutement, formation des personnels, mise en place des solutions métiers, formalisation des procédures collaboratives). Ainsi, en prenant en compte le nombre de demandes traitées par l'AROSS (n= 448), le coût global du projet par demande s'élève à 4'536.50 CHF dont 2'568.20 CHF pour les charges salariales, 964.40 CHF pour les charges d'investissement et 1'004.00 CHF pour les charges d'exploitation. Le coût par bénéficiaire (n=345) s'élève quant à lui à 5'890.90 CHF dont 3'334.90 CHF pour les charges salariales, 1'252.30 CHF de charges d'investissement et 1'303.70 CHF de charges d'exploitation.

Afin de fournir une estimation plus précise du coût réel du projet, nous avons, dans un second temps, isolé les coûts nécessaires au traitement des demandes de ceux plus spécifiquement dédiés à la conduite du projet pilote. Nous avons considéré uniquement, dans les charges salariales, les postes de coordinateurs (hors postes de responsable de projet et de secrétariat et honoraires du président de l'association) et pris en compte les charges d'investissement et d'exploitation entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, soit durant la durée effective du pilote. Le coût ajusté du projet s'élève alors à 1'023'781.60 CHF. **Le coût ajusté du projet par demande s'élève ainsi à 2'285.20 CHF**

dont 1'159 CHF pour les charges salariales, 650.50 CHF pour les charges d'investissement et 475.50 CHF pour les charges d'exploitation. **Le coût ajusté du projet** par bénéficiaire s'élève quant à lui à **2'967.50 CHF** dont 1'505.20 CHF de charges salariales, 844.80 CHF de charges d'investissement et 617.50 CHF de charges d'exploitation.

Les charges salariales représentant la plus grande part du coût du projet, une analyse plus fine par du temps nécessaire à la réalisation des prestations de l'AROSS et des EPT mobilisés pour le projet est intéressante pour évaluer le coût du projet par heure productive et par EPT. Ces estimations permettront de faire des projections quant à la dotation en EPT nécessaire en cas de déploiement du projet.

Le budget prévisionnel était établi ensuite sur la base de 6.4 EPT dont 2.5 EPT infirmier, 1.2 EPT secrétariat pour la permanence téléphonique (cinq jours sur sept), 0.9 EPT responsable de projet, 0.8 EPT d'assistante de direction, 0.5 EPT d'ergothérapeute, 0.5 EPT d'assistante sociale. A cela s'ajoutait 0.1 EPT de médecin gériatre. En réalité, l'AROSS a employé **4.9 EPT en 2016 et 4.6 EPT en 2017**.

Le journal du nombre d'heures réalisées par activité par l'AROSS pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2017 permet d'apprécier ensuite le nombre moyen d'heures consacré par demande, par type d'activité. En couplant ces informations avec la base de données DIOr, il est également possible de distinguer le temps nécessaire pour une première évaluation, pour un profilage sur dossier et pour l'ensemble du processus d'évaluation et d'orientation incluant une réévaluation. Au total, durant la période, 2'418 heures ont été relevées par les quatre collaborateurs et collaboratrices de l'AROSS chargés du processus d'évaluation et d'orientation pour 304 demandes concernant 224 bénéficiaires. Le **temps moyen consacré par les collaborateurs de l'AROSS par bénéficiaire** est de **10.7 heures** (min-max : 0.1-41.2.0h ; médiane : 8.5h), qui correspond globalement au temps initialement planifié sur la base des expériences vaudoises (11h).

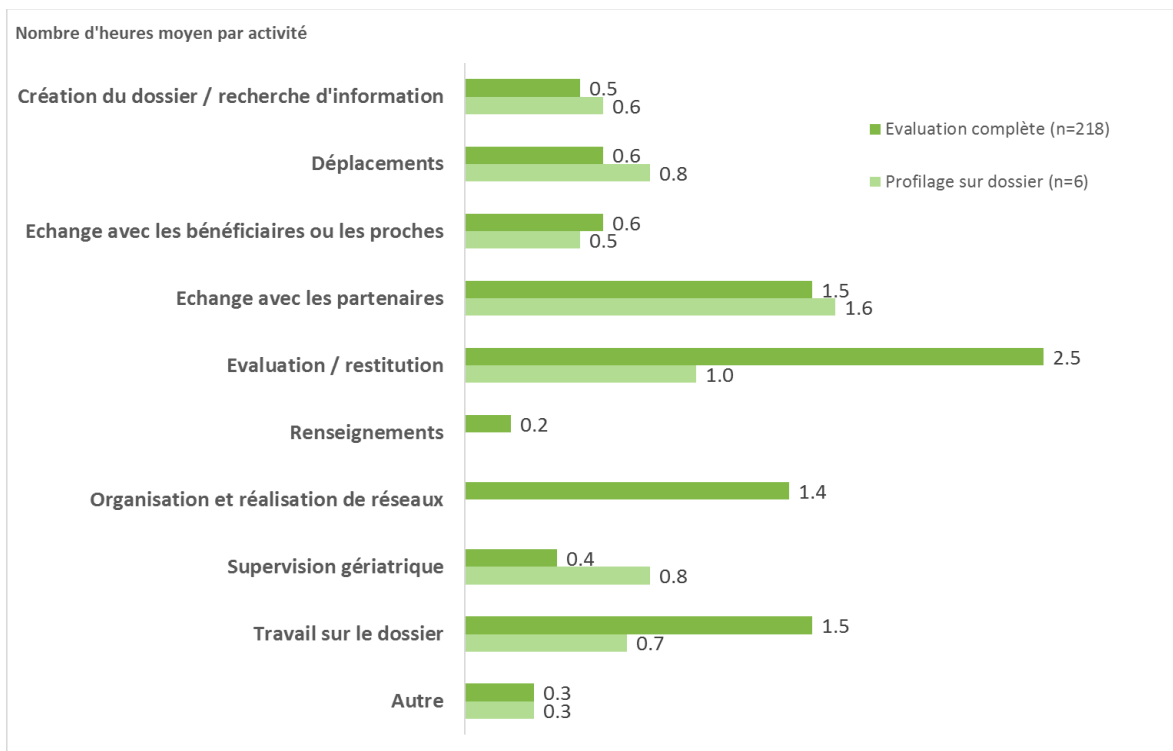
On peut toutefois affiner l'analyse. Ainsi, **le nombre d'heures moyen pour une première évaluation**, calculé en rapportant le temps total au nombre de premières évaluations réalisées, profilages sur dossiers inclus (n = 224), s'élève à **8.3 heures** (min-max : 0.1-26.0h ; médiane : 7.4h), incluant la prise de contact, l'évaluation et la restitution au bénéficiaire et à ses proches, les échanges avec les partenaires, les déplacements, la création du dossier et son remplissage, l'organisation et la réalisation d'un entretien de réseau, la supervision par la médecin gériatre.

On peut distinguer ici deux types d'évaluations initiales, celles réalisées au domicile du bénéficiaire, en présence le plus souvent du proche, au moyen de la grille de profilage BoC (n=218), et les profilages sur dossiers, réalisés à partir des informations déjà disponibles dans les dossiers des bénéficiaires (n=6). Même si le nombre restreint de profilages sur dossier réalisés durant la période considérée limite la portée des résultats, on peut constater que le temps moyen pour réaliser une **évaluation « complète » (8.4h ; min-max : 0.1-26.0h ; médiane : 7.6h)** est très nettement supérieur à celui nécessaire pour **un profilage sur dossier (3.4h ; min-max : 1-6h ; médiane : 3.3h)**. Cela s'explique essentiellement par le temps consacré à l'évaluation, les autres activités nécessitant le même investissement des collaborateurs (Figure 25).

Le temps moyen nécessaire pour le processus complet, calculé sur la base du temps total consacré aux bénéficiaires ayant été réévalué (n = 80) est de **17.2 heures** (min-max = 0.2-41.3 heures ;

médiane : 15.2 heures). Cette durée est nettement plus importante que le temps initialement prévu, et peut s'expliquer notamment par la complexité de certaines situations qui ont nécessité plus d'une réévaluation.

Figure 25 Temps moyen consacré par activité et par type d'évaluation initiale (n=224)



Source : Journal des bénéficiaires – AROSS (2017)

En prenant en compte ces durées moyennes et en les rapportant aux charges salariales des coordinateurs⁹, on peut estimer le **coût par bénéficiaire** (10.5h en moyenne) à **750.80 CHF**. Une **première évaluation « complète »** (8.4h en moyenne) coûte **600.60 CHF** et un **profilage sur dossier** (3.4h en moyenne) **243.10 CHF**. Enfin, le coût d'un **processus complet** incluant une réévaluation (17.2h en moyenne) s'élève à **1'220.90 CHF**.

A ce stade du projet, les données disponibles et la méthode retenue pour l'évaluation ne permettent pas d'analyser la rentabilité ou l'efficacité du projet. On ne dispose en effet pas d'informations sur les principaux indicateurs de résultats attendus, à savoir le taux d'hospitalisation évitées et le maintien à domicile, ni de groupe contrôle qui permettrait de comparer ces résultats avec une population non prise en charge par l'AROSS.

⁹ Hors charges d'investissement et d'exploitation. Le coût horaire a été calculé sur la base des charges salariales pour les coordinateurs durant la durée considérée (501'204.30 CHF) et du nombre d'heures productives disponibles durant la période (7'009.30 heures), soit 71.50 CHF / heure.

5.1.4 Relations de collaboration

Au sein de l'AROSS

Les collaborations entre la Direction et les collaborateurs de l'AROSS se passent bien, de même que celles entre les collaborateurs de l'AROSS eux-mêmes. Il n'est cependant pas toujours aisé pour des professionnels issus de formations différentes de collaborer, et ce d'autant plus lorsque la structure et le travail sont nouveaux. Chaque collaborateur a dû s'approprier ses nouvelles fonctions (avec les plus et les moins que cela comporte par rapport à leurs expériences précédentes), ainsi que se familiariser avec le travail de ses collègues. Cela a nécessité une grande adaptation et engagement de tous les membres de l'équipe. Des transferts de compétences sont souhaités par les membres de l'équipe (du médical vers le social et inversement), et ce d'autant plus au vu du départ imminent de l'assistante sociale au moment du focus groupe. Les évaluations sociales réalisées à ce jour principalement par l'assistante sociale devraient en effet pouvoir être reprises par les autres membres de l'équipe.

Entre l'AROSS, le SCSP et le CIGES

Le SCSP (le chef d'office et la chargée de projet du maintien à domicile et de l'hébergement), l'AROSS (la cheffe de projet et le Président de l'association) et parfois le CIGES (le chef de projet solutions métier) se rencontrent régulièrement, une fois par mois ou une fois tous les deux mois selon les besoins, pour des séances de coordination. La collaboration se passe très bien et les séances, qui portent sur différents aspects, telles que l'évolution du projet, les actions à mettre en place ou la collaboration avec les partenaires, sont constructives. A ce stade, le chef de service de la santé publique est peu impliqué dans le projet de l'AROSS.

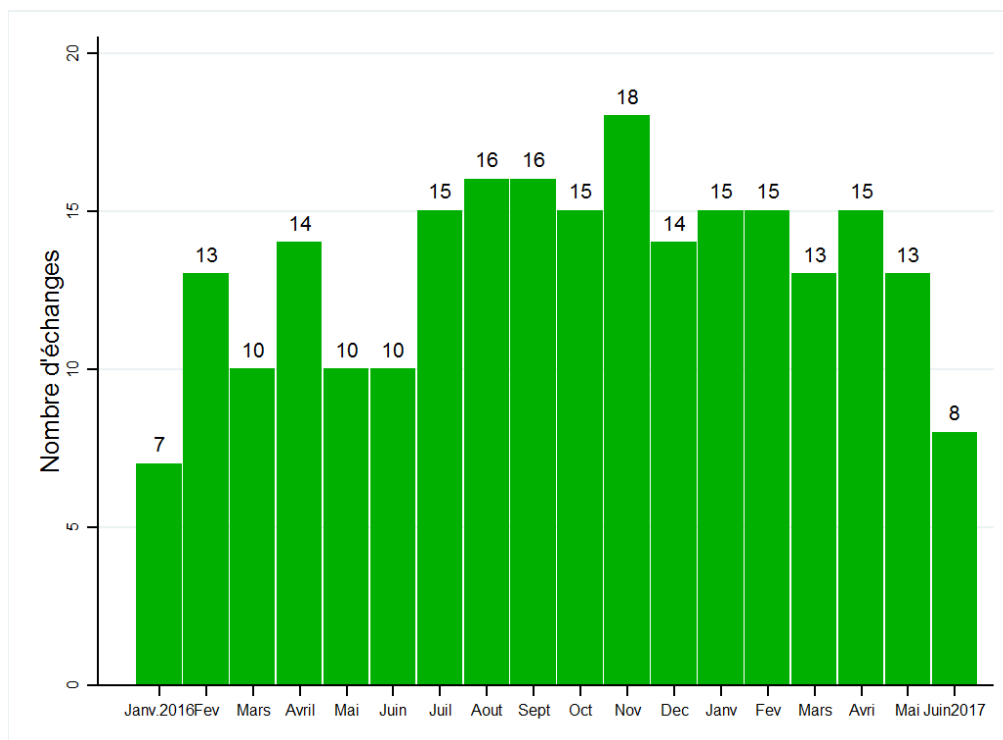
Suite à des interpellations de partenaires adressées directement à la santé publique et se situant à différents niveaux de collaboration avec l'AROSS, il a été décidé, d'un commun accord entre l'AROSS et le SCSP, que les questions opérationnelles se régleraient au niveau de l'AROSS et que le SCSP resterait en appui si nécessaire pour ces questions. Le SCSP intervient en revanche directement pour les questions d'ordre stratégique ou lorsque cela concerne la PMS de manière plus générale.

L'AROSS et le CIGES collaborent pour les questions en lien avec les outils informatiques (DIOR, SIPRES, VIVATES). La collaboration a été très intense au moment de la phase de développement des outils et a un peu diminué à partir du moment où l'AROSS s'est déployé (dès janvier 2016). La collaboration se passe très bien tant sur le plan stratégique (le CIGES est membre du comité) que sur le plan opérationnel (séances avec l'AROSS et le SCSP si besoin). Des groupes de travail, animés par le chef de projet solutions métier du CIGES et constitués des référents métier des différentes institutions qui collaborent avec l'AROSS, ont également été créés. Ceux-ci ont permis la prise en compte des besoins des différentes parties prenantes, ainsi que l'information et la formation sur les outils mis en place.

Échanges entre l'AROSS et ses partenaires (VIVATES)

Au total, 14 organismes, l'AROSS compris, ont utilisé la plateforme VIVATES entre le mois de janvier 2016 et fin juin 2017, ce qui correspond à 87 utilisateurs différents. Durant cette période, 237 échanges d'informations ont été enregistrés, avec une moyenne de 9.8 échanges par mois (min-max : 7-18) (Figure 26).

Figure 26 Nombre d'échanges sur la plateforme VIVATES entre janvier 2016 et juin 2017

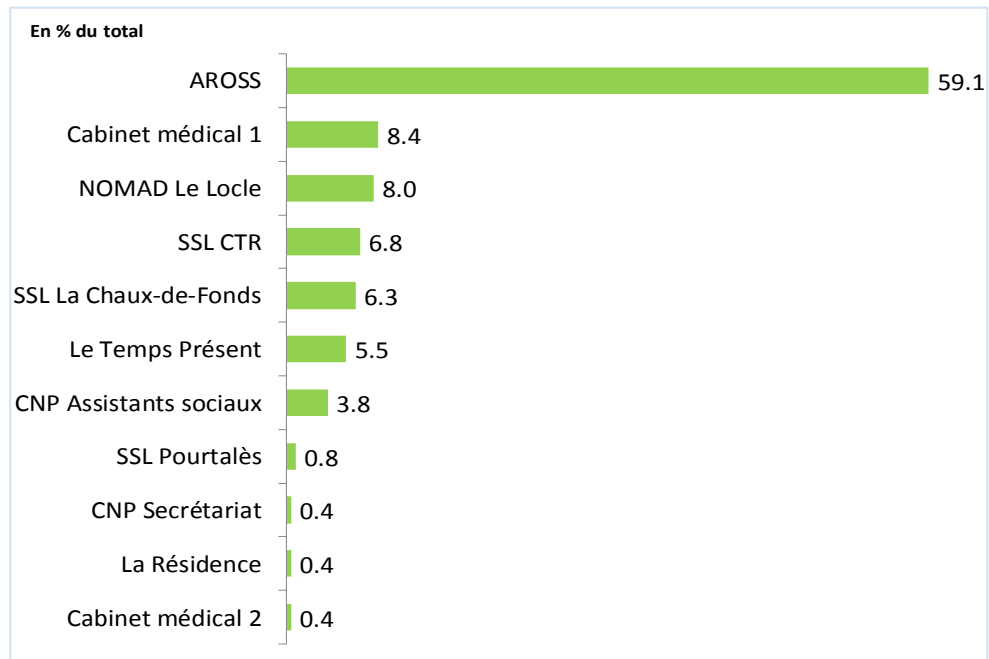


Source : VIVATES 2017

La plateforme VIVATES sert principalement à l'AROSS pour transmettre et recevoir de l'information à ses partenaires. L'AROSS joue un rôle pivot : l'association est en effet le principal émetteur d'informations (Figure 27) et le principal destinataire d'informations (Figure 28).

L'AROSS est ainsi à l'origine de plus de la moitié (59.1%) des messages transmis (Figure 27). La transmission d'informations par l'AROSS concerne tous les partenaires utilisant la plateforme VIVATES, avec des flux un peu plus importants avec NOMAD et le cabinet médical de groupe n°1 (un échange par mois à destination de NOMAD durant la période, et un échange par mois à destination du CMG entre février et juin 2017) ; l'AROSS a transmis moins fréquemment des informations au Service social et de liaison (SSL) de l'hôpital de Pourtalès (un échange durant la période), avec le second cabinet médical inscrit sur VIVATES (quatre échanges) et avec l'EMS Les Fritillaires (quatre échanges).

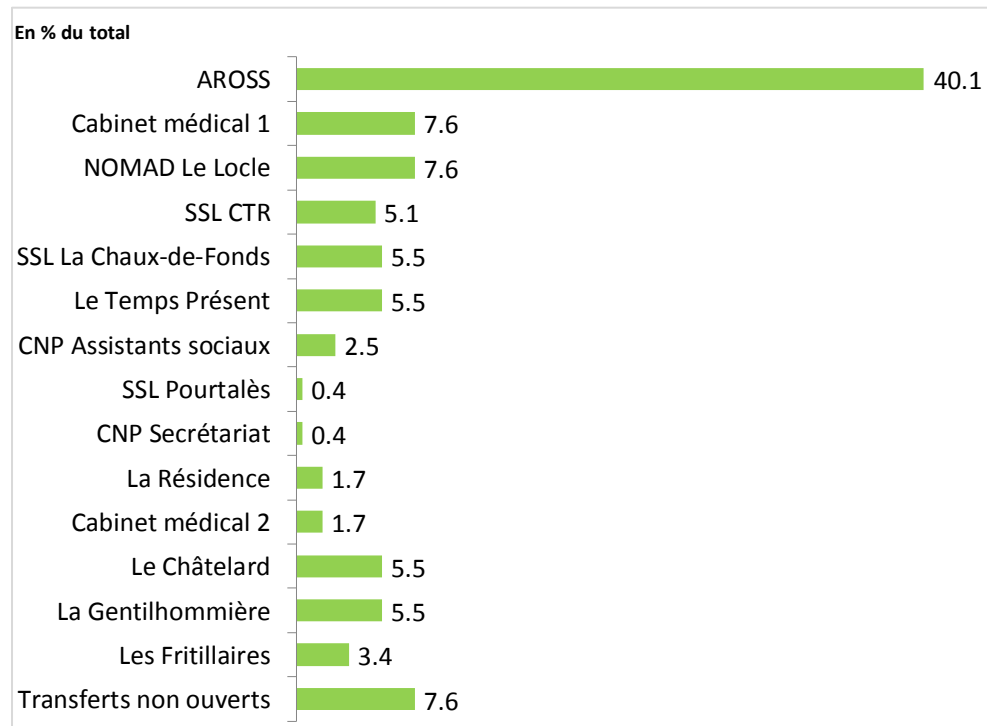
Figure 27 Répartition des échanges sur la plateforme VIVATES en fonction de l'identité des émetteurs



Source : VIVATES 2017

D'autres partenaires, comme le cabinet médical de groupe, NOMAD, les Services sociaux et de liaison du Centre de traitement et de réadaptation (CTR) ou de l'hôpital de la Chaux-de-Fonds, ont également utilisé la plateforme pour transmettre des informations. Dans ces situations, le destinataire est l'AROSS qui a reçu 40.1% de l'ensemble des informations transmises (Figure 28).

Figure 28 Répartition des échanges sur la plateforme VIVATES en fonction de l'identité des destinataires



Source : VIVATES 2017

Quelques partenaires (le Home médicalisé Le Châtelard, l'EMS La Gentilhommière, l'EMS Les Fritillaires) n'ont pas transmis d'informations à l'AROSS, mais en ont reçu par l'intermédiaire de la plateforme.

5.2 Perceptions des parties prenantes

Les perceptions des différentes parties prenantes sont présentées ci-dessous pour chaque élément d'analyse : le contexte lié à la création du projet de l'AROSS, les missions et les activités de l'AROSS, le fonctionnement du comité, les outils mis en place, les apports et les difficultés de l'AROSS, les relations de collaboration, les craintes liées au projet de l'AROSS, les enjeux, ainsi que les propositions d'ajustement.

Pour le rapport intermédiaire, les parties prenantes sont :

- Les **personnes impliquées** dans la construction du projet de l'AROSS, qui regroupent, pour rappel, les personnes responsables du SCSP, de l'AROSS et du CIGES, les membres de l'équipe de l'AROSS ainsi que la médecin gériatre responsable des supervisions ;
- Les **professionnels et partenaires de l'AROSS**. Sont regroupées ici les perceptions des membres du comité et des partenaires qui collaborent sur le terrain avec l'AROSS.

5.2.1 Le contexte lié au projet de l'AROSS

Les enjeux pour les partenaires rejoignent ceux qui étaient posés dans le rapport de la PMS⁵ que ce soit en termes d'orientation, d'information ou de création de réseau. Un groupe de travail s'est mis en place de manière informelle début 2013 et a commencé à travailler sur les aspects d'orientation. C'est seulement quelques mois plus tard que le groupe de travail préalablement constitué a pu être rattaché à la PMS (cf. § 3.1). Des représentants des différentes institutions/organisations (EMS, HNE, NOMAD, Pro Senectute, CNP), interrogés dans le cadre de cette évaluation, ont ainsi participé aux groupes de travail qui ont précédé et accompagné la construction et la mise en œuvre du projet de l'AROSS. La création d'AROSS n'est donc pas uniquement le résultat d'une volonté politique, mais répond à un **réel besoin des partenaires**.

L'ensemble des professionnels interrogés **associent toutefois l'AROSS au SCSP et le perçoivent le plus souvent comme un outil de la PMS**. Celle-ci, de manière plus générale, suscite des craintes chez certains partenaires en raison notamment de la réduction du nombre de lits en EMS qu'elle prévoit et des critères qu'elle pourrait imposer pour les remplir. Différentes personnes interrogées rappellent également que le SCSP a connu, ces dernières années, beaucoup de changements au niveau de sa direction (chef de département et de service). Cette situation expliquerait en partie la durée jugée un peu longue pour la mise en place de la PMS dans son ensemble.

De façon unanime, les personnes interviewées s'interrogent enfin sur **le coût engendré par le projet et sur son efficacité**. Certaines institutions, notamment les EMS privés, craignent que l'objectif final du projet soit la réduction du nombre de lits et une prise de contrôle par le SCSP de leur activité.

5.2.2 Les missions et les activités de l'AROSS

Pertinence des missions

Les personnes interrogées impliquées dans la construction du projet sont aujourd'hui convaincues de la pertinence de l'activité de l'AROSS. Elles voient tout d'abord un réel intérêt pour les bénéficiaires et leurs proches de pouvoir être informés sur le réseau santé social et sur les prestations existantes, ainsi que de se voir proposer si besoin une prise en charge adaptée qui intègre leurs souhaits.

Pour les partenaires, un tel dispositif présente également plusieurs intérêts. Ainsi, les personnes interrogées rapportent quasi unanimement que l'AROSS, grâce à une bonne connaissance des offres existantes, répond à un double besoin, pour la population et pour les professionnels, d'information et de propositions de solutions alternatives à des placements parfois trop rapides en EMS. L'association répond également à un besoin de détection précoce de la fragilité, même si cette activité n'est pas faite de façon systématique. L'AROSS est également perçue comme un partenaire facilitateur pour les demandes de placements, notamment dans des situations complexes. Enfin, il a été relevé que l'AROSS, grâce aux évaluations globales réalisées, fournit aux professionnels et aux partenaires des informations détaillées sur le niveau de santé et de fragilité de la personne âgée. A quelques limites près, que nous détaillerons plus bas, celles-ci sont très appréciées des partenaires.

Pour bon nombre de professionnels interrogés, l'AROSS était perçue, au démarrage du projet pilote, comme une structure permettant de coordonner les différents acteurs du réseau et les différentes offres disponibles destinées aux personnes âgées. Or, ce rôle apparaît insuffisant aux yeux des professionnels et des partenaires qui déplorent que l'AROSS reste très peu connue des professionnels de santé au sein des hôpitaux et des médecins de famille. Des difficultés liées à un périmètre d'action peu clair et un chevauchement de certaines activités (notamment l'évaluation de la personne âgée) semblent également limiter ce rôle de coordination de l'AROSS au sein du réseau socio-sanitaire du district.

Perceptions des différentes activités de l'AROSS

Parmi les activités de l'AROSS, **l'information aux professionnels** est relativement marginale. Peu de professionnels s'adressent en effet spontanément à l'AROSS pour obtenir des informations. En revanche, de nombreuses informations sont transmises et échangées lors d'une situation concrète de collaboration.

L'activité d'orientation est très valorisée par les personnes interrogées, qu'il s'agisse des personnes directement impliquées dans la construction du projet de l'AROSS ou de ses partenaires. Elle représente une activité propre au dispositif AROSS qui n'est pas réalisée par d'autres partenaires. Dans une perspective de renforcement du maintien à domicile, l'AROSS a la possibilité d'offrir aux bénéficiaires des alternatives à l'entrée en EMS et propose d'autres solutions comme le lit d'accueil d'urgence, un court séjour ou des prestations de soins à domicile.

L'activité d'évaluation est, quant à elle, jugée plus délicate et représente le principal point d'achoppement dans les collaborations. Si elle est considérée comme parfaitement justifiée lorsque le bénéficiaire n'est pas suivi par un prestataire de santé, elle est plus questionnée dans d'autres situations, telles que la validation d'une orientation en EMS suite à une évaluation de l'HNE ou du CNP ou lorsqu'un suivi NOMAD est déjà mis en place. Même si les objectifs de l'évaluation RAI (réalisée par NOMAD) et de l'AROSS ne sont pas les mêmes^h, les questions posées sont similaires et induisent un sentiment de doublon tant chez les membres de l'équipe de l'AROSS que chez les partenaires. Il peut en découler, dans certaines situations, un sentiment de malaise, chez les membres de l'équipe de l'AROSS qui ne souhaitent a priori pas empiéter sur le territoire des autres partenaires, comme chez les partenaires qui y voient une remise en question de leurs compétences et de leur activité. La question de l'efficacité se pose également sur ces activités d'évaluation qui sont perçues, par bon nombre de professionnels et partenaires rencontrés, comme partiellement voire, parfois, totalement redondantes. Le financement futur de telles activités interroge par conséquent certains des partenaires de l'AROSS.

Sur la question de l'offre de **prestations spécifiques** (en ergothérapie notamment), la plupart des personnes impliquées dans la construction du projet souhaitent que cette activité reste restreinte. Si elle peut en effet éviter au bénéficiaire d'être confronté à un interlocuteur supplémentaire, elle n'est pas au cœur de la mission de l'AROSS. Les évaluations de la situation sociale des bénéficiaires représentent quant à elles un plus dans l'activité de l'AROSS, du point de vue des personnes

^h L'évaluation AROSS est une évaluation en vue d'une orientation, tandis que l'évaluation RAI analyse les besoins en soins.

impliquées dans la construction du projet comme de la plupart des professionnels et partenaires rencontrés.

Si les missions d'information, d'évaluation et d'orientation sont bien identifiées par les partenaires de l'AROSS, l'apport de l'AROSS en termes **de détection de la fragilité et d'amélioration de la coordination** entre les partenaires ou du renforcement du maintien à domicile n'est peut-être pas encore perçu à ce stade du projet par tous les partenaires. Certains d'entre eux ont ainsi exprimé, lors de séances communes de travail avec l'AROSS, des questionnements ou des difficultés dans la collaboration avec l'association, par exemple concernant la réalisation d'activités menées à bien par plusieurs partenaires ou la prise en compte contraignante d'une procédure différente pour les entrées en EMS selon le lieu d'habitation de la personne (liée au périmètre restreint du projet pilote).

En ce qui concerne les bénéficiaires, et du point de vue de l'équipe de l'AROSS, ceux-ci sont très accueillants vis-à-vis des collaborateurs de l'AROSS et semblent satisfaits des prestations de ce dispositif. Ils se questionnent souvent sur le coût des prestations de l'AROSS et sont d'autant plus preneurs que ces dernières sont gratuites. Si elles devaient ne plus l'être, il est probable, selon les membres de l'équipe de l'AROSS, que les demandes diminuent. Des entretiens et focus groupes avec les partenaires de l'AROSS, il ressort également une possible confusion, chez les bénéficiaires, entre les prestations de NOMAD et celles de l'AROSS, les bénéficiaires retenant peut-être davantage la formation de base du professionnel (assistant social, infirmier, ergothérapeute) que l'institution pour laquelle il travaille (NOMAD ou AROSS).

5.2.3 Le fonctionnement du comité

Les membres du comité entretiennent de **bonnes relations de collaboration** et sont globalement très soutenant vis-à-vis du projet de l'AROSS. Les intérêts économiques en jeu rendent cependant parfois **difficiles pour certains partenaires la conciliation entre le soutien au projet de l'AROSS et la défense des intérêts de l'institution** qu'ils représentent.

Parmi tous les acteurs représentés autour de la table, la majeure partie provient du domaine de la santé. Seul Pro Senectute représente le côté social. Si le travail administratif des acteurs sociaux (préparation de l'hébergement, évaluation financière, etc.) est perçu par les partenaires santé, l'approche psychosociale l'est parfois un peu moins. De manière générale, et selon le représentant de Pro Senectute rencontré, l'articulation entre la santé et le social pourrait se faire davantage.

Le président de l'association est très soutenant dans toutes les décisions à prendre lors et en dehors des séances du comité, et joue un **rôle fédérateur** entre les acteurs autour du projet. En plus des séances du comité, des rencontres bilatérales ont eu lieu entre le Président et les membres du comité afin d'une part de clarifier si nécessaire certains éléments discutés en séance et d'autre part de pouvoir mieux percevoir et prendre en compte les craintes et les problématiques spécifiques de chacun des partenaires.

Un ou deux membres du comité déplorent toutefois que le comité n'ait pas davantage de pouvoir décisionnel. Dans certains cas, ils ont pu avoir l'impression que les décisions importantes avaient été prises dans d'autres sphères, en amont des réunions, et que le comité n'était sollicité que pour les avaliser.

5.2.4 Les outils mis en place

L'**outil DIOr** est globalement très apprécié des collaborateurs de l'AROSS qui le trouvent adapté à leurs besoins en termes de profilage des patients. Certaines améliorations pourraient encore être apportées, notamment en termes de convivialité de l'utilisation (par exemple la présentation du tableau de synthèse). La principale critique formulée à l'égard de cet outil est qu'il est utilisé uniquement par la structure AROSS et qu'il n'existe aucun outil commun entre les partenaires du réseau : chaque partenaire a son outil informatique et ces outils ne sont pas compatibles entre eux. S'il y a eu au départ des réflexions pour reprendre un outil existant, cette solution n'a pas été retenue dans la mesure où les outils existants ne semblaient pas adaptés aux besoins de l'AROSS.

L'**outil SIPRES** n'est, semble-t-il, pas encore optimal (notamment en ce qui concerne la priorisation de la liste d'attente), même s'il s'est déjà beaucoup amélioré. Son utilisation est en revanche très facile du point de vue des collaborateurs de l'AROSS. Cet outil permet par exemple de partager des documents de manière plus aisée que VIVATES. Les avis sont beaucoup plus contrastés du côté des partenaires (directeurs et professionnels des EMS) qui relève un alourdissement important de la charge de travail administratif, une rigidité excessive des modes de communication et des difficultés d'utilisation de l'outil SIPRES (par ex. les soumissions sont bloquées si l'EMS n'a pas le numéro AVS, obligation de scanner les documents pour la transmission). De l'avis de certaines personnes interrogées, principalement quand elles interviennent sur un territoire géographique plus étendu, le périmètre restreint du pilote est une piste d'explication à cet alourdissement perçu. Pour d'autres, habitués à un mode de communication privilégiant les contacts oraux (téléphoniques ou en face-à-face), cette transmission d'information écrite n'est pas familière. Enfin, il convient de noter que cette lourdeur perçue est strictement subjective et n'a pas été quantifiée par les différents professionnels que nous avons rencontrés.

L'autre limite de SIPRES, évoqué par un directeur d'EMS, concerne son manque de transparence et de lisibilité des listes d'attentes. « *On a des listes d'attente qui sont gérées, créées par l'AROSS. (...) On ne sait pas si les gens sont inscrits à plusieurs places et, puis, quand ils viennent, par rapport aux listes d'attente, on ne sait pas ce qu'il s'est passé. Donc il n'y a pas beaucoup de transparence ; enfin, il n'y a en a pas du tout.* »

VIVATES étant une plateforme sécurisée, c'est l'outil pour l'instant retenu pour la transmission de documents concernant les bénéficiaires. Il en résulte cependant pour les professionnels une surcharge de travail, une perte de temps et un outil informatique supplémentaire à gérer : « *On a chacun nos systèmes donc on doit tout re-saisir, imprimer et scanner, ce n'est pas génial, des fois 40 pages à numériser ...* ». Tous les médecins impliqués dans le projet de l'AROSS n'ont par ailleurs pas accès à VIVATES. L'échange d'information avec les cabinets se fait donc de manière différenciée, selon leurs préférences et/ou leurs contraintes informatiques : téléphone, fax, email ou VIVATES.

Tous les représentants des institutions partenaires que nous avons rencontrés souhaitent qu'il existe un dossier partagé du patient. A minima, un outil commun est très demandé pour permettre de gagner en efficacité dans la collaboration.

5.2.5 Les relations de collaboration

La collaboration entre l'AROSS et les partenaires **se met progressivement en place**. Tous les partenaires rencontrés ont eu et continuent d'avoir des échanges réguliers avec l'AROSS pour définir et ajuster les procédures collaboratives. Les transmissions d'informations sur les situations particulières de bénéficiaires se déroulent désormais de manière régulière et, la plupart du temps, sans difficulté. **La rapidité d'action et la richesse des propositions** faites par l'AROSS pour la prise en charge des patients et pour le maintien à domicile sont appréciées des partenaires. Ceux-ci relèvent également l'intérêt de l'AROSS dans les situations complexes où sa vision globale est une plus-value, ainsi que dans ses interventions préventives. Dix-huit mois après la mise en place du projet de l'AROSS, il est cependant encore rare que les professionnels et les institutions interpellent directement l'AROSS pour obtenir des informations sur les prestations existantes.

Une difficulté pour l'AROSS réside **dans le fait de connaître, pour une situation, tous les partenaires concernés**. Ceux-ci ne sont d'ailleurs pas nécessairement tous connus par les partenaires eux-mêmes. Une autre difficulté concerne le suivi des situations et leur poursuite dans le temps. Les partenaires ne pensent en effet pas nécessairement à continuer à informer l'AROSS sur une situation une fois qu'ils ont reçu le rapport de synthèse. La communication entre les partenaires eux-mêmes pourraient également encore se renforcer.

Du point de vue des partenaires, l'arrivée de l'AROSS constitue, pour toutes les personnes rencontrées, une **charge de travail administrative** supplémentaire, liée d'une part au manque d'interopérabilité entre les systèmes d'information utilisés et d'autre part au périmètre restreint du pilote qui oblige d'adopter une procédure différente pour les patients résidant sur le territoire du Locle et pour ceux hors de la zone d'expérimentation.

Les périmètres d'activité de l'AROSS ne semblent pas clairs pour une large majorité des professionnels rencontrés, des chevauchements d'activités et des clivages persistent. C'est en particulier le cas pour certaines évaluations qui sont parfois réalisées à double, voire à triple dans certaines situations, parfois avec des résultats discordants. Ces situations, qui demeurent a priori peu fréquentesⁱ, seraient, de l'avis des professionnels rencontrés, mal vécues par les bénéficiaires^j et engendreraient de la confusion tant pour les patients et leurs proches que pour les partenaires. Il en résulte une attente très forte des partenaires pour que les périmètres d'activité d'AROSS soient redéfinis et les missions clairement établies.

Ces résultats sont détaillés ci-dessous pour chaque organisme et/ou catégorie de professionnels avec lesquels l'AROSS entretient des collaborations en présentant, dans chaque cas, la forme des collaborations, leurs aspects positifs et les difficultés rencontrées.

ⁱ Les données DIOR font ainsi état de 92 demandes où NOMAD intervient déjà auprès du bénéficiaire, chiffre correspondant à l'estimation de 80 bénéficiaires communs fournis par les professionnel-le-s de NOMAD rencontrés. L'AROSS établit par ailleurs une fiche de documentation pour les situations ayant posé problème avec certains partenaires : 24 « fiches incident » ont été établies durant la durée considérée, principalement pour des collaborations avec le CNP, avec un EMS. Une « fiche incident » concerne une situation où la collaboration avec NOMAD a été difficile.

^j Les entretiens réalisés auprès de bénéficiaires et de proches aidants ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse. En effet, la pertinence des évaluations sont questionnées par les bénéficiaires autonomes et/ou recourant à l'AROSS pour une demande très précise ; dans ces situations, elles sont vues comme redondantes avec les démarches réalisées par d'autres intervenants de soins (NOMAD notamment). Pour les autres bénéficiaires, les contacts avec l'AROSS sont appréciés et ils ne perçoivent pas l'évaluation comme pesante (cf. §5.3.2).

Avec l'HNE

L'AROSS ont principalement des contacts **avec les assistants sociaux du SSL**, qui sont en charge des sorties que ce soit pour un retour à domicile ou pour une orientation dans une structure médico-sociale sur mandat des médecins de l'hôpital. L'AROSS collabore également parfois avec les infirmiers dans les services et peut par exemple s'adresser à eux pour avoir davantage d'informations sur le niveau de dépendance du patient ou leur transmettre des informations si nécessaires, notamment quand le patient est connu de l'AROSS. Des contacts ont également lieu avec ce groupe de professionnels en cas d'évaluation menée par l'AROSS dans les services de soins. Si les assistants sociaux de l'HNE connaissent bien l'existence de l'AROSS, ce n'est pas encore toujours le cas des infirmiers avec lesquels la collaboration est moins fréquente.

Les collaborations peuvent concerner **différents types de situations** : échanges d'informations sur l'état de santé et de fragilité du patient, orientations vers un EMS (évaluation menée par l'AROSS sur place) ou, plus rarement, lors d'un retour à domicile concernant une situation de fragilité. Les professionnels de l'HNE rencontrés en focus groupe reconnaissent que les situations de fragilité ne sont peut-être pas encore suffisamment anticipées ou annoncées. Elles le déplorent et s'accordent pour faire le constat que les évaluations de AROSS faites en tant que dépistage de la fragilité en amont d'une hospitalisation sont très utiles : *« Il y a aussi le regard méta de AROSS, elles amènent d'autres éléments à la situation, souvent elles sont allées au domicile, elles ont vu des choses qu'on n'a pas vu et c'est intéressant »*. Ce travail d'AROSS permettrait d'éviter des hospitalisations catastrophiques de patients en lits aigus alors qu'ils devraient être dans une structure d'accueil adaptée au vieillissement et à la perte d'autonomie.

Globalement, **la collaboration avec les différents professionnels de l'HNE se passe bien**. La réactivité d'AROSS est appréciée, même si, dans certaines situations où les décisions de sortie de l'hôpital sont très rapides, il n'est pas toujours possible d'attendre qu'AROSS puisse intervenir : *« On perd du temps, surtout si cela tombe un vendredi, ils [les collaborateurs de l'AROSS] sont réactifs, mais 2 jours, c'est 2 jours »*.

La principale difficulté de la collaboration pour l'HNE concerne la gestion d'une procédure différente selon si le patient se situe dans ou en dehors du **périmètre défini dans le cadre du projet pilote**. Ainsi, lors d'une orientation en EMS, l'HNE doit contacter l'AROSS si le patient est dans le périmètre, mais contacte directement l'EMS si ce n'est pas le cas. Pour les retours à domicile, la situation est similaire, si ce n'est que l'HNE n'est pas contrainte de prendre contact avec l'AROSS lorsque le patient est du périmètre. Ce n'est effectivement que lorsque la situation le requiert (situation de fragilité détectée) que l'HNE interpelle l'AROSS. A noter qu'à l'hôpital, le signalement des personnes potentiellement concernées par l'AROSS ne se fait pas automatiquement par le système informatique. Les signalements sont facilités sur le site de la Chaux-de-Fonds par la présence du médecin gériatre responsable des supervisions qui a davantage connaissance des situations gérées par l'AROSS.

Des questionnements concernant **des chevauchements liés à l'activité d'évaluation** de l'AROSS ont également été exprimés par les professionnels de l'HNE lors de séances communes avec l'équipe de l'association. Ces séances très constructives ont permis de mettre les choses à plat et de renforcer la compréhension mutuelle des activités et responsabilités réciproques. Ce travail

collaboratif vise en particulier à redéfinir les périmètres d'activité selon différents profils de patients, afin d'« être plus crédible auprès des familles qui ne savent plus à qui s'adresser ». Les contacts sont par ailleurs réguliers entre le SSL de l'hôpital et la responsable de l'AROSS pour améliorer et optimiser les collaborations. « Il y a de plus en plus une richesse d'échanges sur la manière dont on peut améliorer les choses de façon plus pertinente et en étant créatif et en optimisant la prise en charge des patients »

Avec NOMAD

Environ un bénéficiaire de l'AROSS sur deux selon l'association (environ 80 patients selon les professionnels de NOMAD) bénéficie également des prestations de NOMAD. **La coordination de leurs activités revêt par conséquent une importance particulière.** Du point de vue des deux parties, la collaboration entre l'AROSS et NOMAD se passe globalement bien même si, pour l'instant, NOMAD interpelle encore peu l'AROSS directement. **C'est davantage l'AROSS qui contacte NOMAD** pour l'obtention d'informations sur un patient. Un certain nombre de bénéficiaires indiquent toutefois avoir eu connaissance de l'AROSS grâce à NOMAD, les infirmiers de NOMAD rencontrés dans les focus groupes conseillant aux bénéficiaires ou à leur entourage de directement prendre contact avec l'AROSS.

L'AROSS collabore sur le terrain principalement avec **les infirmiers en soins**, et dans une moindre mesure avec les infirmiers évaluateurs RAI. Selon les professionnels de l'AROSS, les infirmiers en soins apprécient la vision globale de l'AROSS, son regard neuf sur les situations, ainsi que la rédaction systématique d'un rapport. Ils reconnaissent eux-mêmes la réactivité de l'association. **Les évaluations de la situation sociale** des bénéficiaires sont particulièrement appréciées et témoignent des compétences de l'AROSS sur cet aspect. Les échanges d'informations entre NOMAD et l'AROSS se font également de manière très aisée.

Cependant, des difficultés dans les collaborations émergent durant les échanges entre les participants, liées principalement au **partage des rôles et des responsabilités**. La loi NOMAD²³ a confié à NOMAD, au-delà de son rôle de fournisseur de prestations d'aide et de soins à domicile, un rôle de coordination de l'ensemble du domaine de la prise en charge du domicile. Afin de réaliser ce rôle, de fournir à leurs clients des prestations adaptées à leurs besoins et de pouvoir les orienter vers d'autres partenaires du milieu socio-sanitaire, NOMAD a notamment investi dans l'évaluation. Depuis 2012, une fonction d'évaluateur RAI a ainsi été mise en place au sein de NOMAD ; la méthodologie retenue pour procéder aux évaluations des besoins en soins des clients est le RAI-HC Suisse.

Dans ce contexte, les infirmiers RAI, rencontrés lors du focus groupe, se questionnent sur **l'utilité d'avoir une évaluation réalisée par l'AROSS** en plus de celle qu'ils réalisent eux-mêmes, étant donné que les deux évaluations ont des points de similitude. Ils comprennent mal leur intérêt et les voient comme un doublon, imposé par la santé publique, de leurs propres évaluations. « Nos évaluatrices, elles ont une formation, elles travaillent, c'est quand même assez conséquent et, derrière, les patients, ils ont de nouveau le même questionnaire par AROSS. Parfois, on se demande

à quoi sert tout ce travail, et on a l'impression que les choses vont à double ». Des essais pour réaliser des évaluations conjointes AROSS/NOMAD au domicile du patient n'ont pas fonctionné^k.

Il en résulte un sentiment d'empiètement progressif de l'AROSS sur les activités propres à NOMAD et de **concurrence entre les deux entités**, en particulier lorsque l'AROSS recommande des prestations de soins. « *Des fois je me suis sentie dépossédée de mon travail, je l'ai très très mal vécu* ». Cette tension est palpable pour d'autres acteurs du réseau socio-sanitaire. Parmi les professionnels et partenaires que nous avons rencontrés, plusieurs ont évoqué qu'il n'était pas aisé, pour eux, de savoir à qui référer un patient ou de délimiter clairement les champs d'activités respectifs. C'est notamment le cas des médecins, rencontrés en focus groupes.

Les professionnels de NOMAD sont par ailleurs **assez critiques sur l'évaluation elle-même**, perçue comme trop administrative et ponctuelle de la situation. Il en résulte, parfois, des résultats différents qui nécessitent une discussion entre les deux institutions pour placer les recommandations en concordance. Ces discordances peuvent engendrer une forme de confusion chez les bénéficiaires. Le fait que plusieurs professionnels de l'AROSS puissent réaliser ces évaluations est également questionné. « *Lorsqu'ils vont faire une évaluation, cela peut être une assistante sociale une infirmière ou une ergothérapeute. Et là ça me pose question, car les soins ce n'est pas le domaine de l'assistante sociale et elle va faire des recommandations de soins, là ça ne joue pas* ».

Par conséquent, et sans nullement remettre en cause l'AROSS et ses apports, les professionnels sont en attente **d'une redéfinition des périmètres d'activité** des deux institutions, ainsi que d'une meilleure coordination.

Avec les EMS

Si la PMS peut susciter des incertitudes, voire des craintes liées à la réduction du nombre de lits dans les EMS et à l'autonomie de ces derniers dans le choix de la clientèle, **la collaboration avec l'AROSS sur le terrain se passe plutôt bien** de l'avis des professionnels de l'association comme des responsables et professionnels des EMS que nous avons rencontrés.

A une exception près, **l'évaluation réalisée par l'AROSS et transmise aux EMS est appréciée**, car elle fournit des informations détaillées et très utiles sur le niveau de dépendance et le besoin en soins requis de la personne âgée qui va entrer en EMS. Le travail de l'AROSS peut être alors perçu comme facilitateur pour l'institution : « *Cela nous fait gagner du temps notamment pour l'octroi des prestations complémentaires et on diminue le risque financier. C'est un gain de temps et facilitateur pour l'occupation des lits* ». A noter que les pratiques des EMS concernant les visites pré-admission et les évaluations diffèrent : certains établissements les font systématiquement, d'autres de cas en cas, et d'autres pas du tout. Certains EMS ont même arrêté de faire des évaluations avec la création de l'AROSS.

^k L'évaluation RAI prévoit qu'une partie des informations soient collectées durant les soins, ce qui rend difficile voire impossible la participation d'un tiers. D'entente avec NOMAD, un collaborateur de l'AROSS est venu après un soin rejoindre l'infirmier évaluateur RAI pour réaliser une évaluation commune : cela supposait néanmoins de recueillir, à nouveau, les informations collectées durant les soins, situation insatisfaisante pour toutes les personnes présentes.

Pour l'un des EMS rencontrés, la plus-value de l'AROSS serait toutefois limitée ; l'ajout d'un intermédiaire, « *qui coûte très cher* », entre l'EMS et les acteurs du réseau socio-sanitaire (hôpital notamment) est vécu comme **un facteur ralentissant et alourdissant**, sur le plan administratif notamment, le processus d'admission. « *Non, je ne vois honnêtement pas ce qu'apporte AROSS à nous (...). Moi, depuis 2016, j'ai déjà rôlé plusieurs fois. Comment ça se fait qu'avant on avait tous les renseignements qu'il nous faut et maintenant qu'il y a un intermédiaire, ce n'est pas pareil ?* ». Ce **manque de fluidité, de souplesse dans les procédures collaboratives** et cet **alourdissement de la charge administrative** ont été relevés par d'autres professionnels des EMS rencontrés et semble fortement lié à l'outil adopté, SIPRES. Le fait qu'AROSS ne soit pas encore déployé sur tout le canton complique également les choses, car la proportion de résidents domiciliés sur le périmètre du Locle peut représenter, pour certains EMS, un petit nombre de situations. Cela rend d'autant plus difficile l'appropriation en routine des procédures et ajoute une charge administrative supplémentaire à celle existante.

Une autre difficulté peut par ailleurs se poser si **l'évaluation est réalisée à double**, à savoir par l'EMS et par l'AROSS. Dans la pratique, le plus souvent, l'AROSS ne va pas réaliser une évaluation si celle-ci a déjà été réalisée précédemment par une autre institution. Il y a toutefois un besoin de clarifier, pour la suite, les responsabilités réciproques. Si l'évaluation devait être du ressort de l'EMS, les informations devraient néanmoins être transmises à l'AROSS, surtout lorsqu'il s'agit d'une entrée pour un court séjour, afin que l'AROSS puisse prendre le relais au moment du retour à domicile. Cette transmission d'informations n'est à ce jour pas effective avec tous les EMS. La collaboration avec les établissements qui offrent des courts séjours est en effet particulièrement importante et nécessiterait, à l'avenir, de se renforcer.

Avec le CNP

L'AROSS devrait en principe collaborer avec les assistants sociaux du service social du CNP. A l'heure actuelle, du point de vue des professionnels de l'AROSS, **la collaboration est encore peu fréquente** et le CNP interpelle rarement l'AROSS. Suite à des tensions au début du pilote, les principes de collaboration ont été redéfinis et les deux parties estiment que les relations s'en sont trouvées améliorées. Actuellement, toute demande de placement en EMS doit ainsi passer par une inscription administrative auprès d'AROSS, mais le CNP garde la possibilité de négocier en direct avec les EMS, car la prise en charge de patients psychiatriques est spécifique (risques de fuites ou de comportements violents par exemple).

Dans ce cadre précis, la collaboration avec les professionnels de santé sur le terrain pour des transferts d'information se fait de manière aisée.

Les relations demeurent toutefois assez distantes, marquées par plusieurs points de divergence quant à **l'appréciation des rôles et responsabilités de chacun**.

Le CNP était favorable aux finalités du projet de l'AROSS dès son démarrage et était représenté dans le groupe de travail qui a défini et préparé le projet pilote de l'AROSS. Toutefois, la concrétisation du projet a mis en évidence **une mauvaise perception des objectifs visés** et des activités qui allaient réellement être mises en place. Pour la représentante du CNP dans le comité de l'association, comme pour les professionnels de l'institution que nous avons rencontrés, l'AROSS

devait principalement permettre de réguler le flux des demandes d'hospitalisation au CNP qui ne sont pas toujours justifiées ou adaptées à la psychiatrie. L'AROSS était également attendu pour disposer d'une vision plus « méta » sur les besoins et les disponibilités en structures (par exemple : lits et placements temporaires, structures d'accueil à bas-seuil pour les populations fragiles). Or, non seulement cela ne semble pas être le cas selon les personnes rencontrées, mais surtout les professionnels ont l'impression que l'AROSS empiète sur plusieurs de leurs missions-clé et complexifie la prise en charge des bénéficiaires et de leurs familles.

En matière d'évaluation, le travail des assistant sociaux du CNP est ainsi proche de celui de l'AROSS. Ceux-ci ne voient donc **pas nécessairement toujours la plus-value de l'AROSS**. *« J'ai l'impression de travailler de façon unilatérale pour AROSS et ne voir aucun bénéfice en retour de mon travail : selon la procédure métier, on doit fournir les tests, on est parfois très chargées et on doit trouver du temps pour cela. On en fait déjà, mais cela en rajoute »*. Ils soulignent la spécificité du travail en psychiatrie et la nécessité de pratiquer des **évaluations adaptées**, sur une période de temps assez longue pour permettre d'apprécier l'évolution de la situation des patients. Ils ne souhaitent donc pas particulièrement que l'AROSS reprenne ou soit impliqué dans les évaluations.

Les interventions d'AROSS auprès des familles des patients du CNP posent également problème, que l'AROSS soit déjà dans la situation avant l'hospitalisation ou que la famille sollicite l'AROSS durant l'hospitalisation du patient. Les discours peuvent alors diverger entre les deux institutions, créant de l'incompréhension chez les familles, voire des tensions, et mettant en difficulté les assistants sociaux du CNP. Ainsi, comme le rapporte une assistante sociale, *« le clivage pose problème : le travail qu'on fait ici est pluridisciplinaire, ce n'est pas anodin de mettre son parent en hôpital psy, c'est très stigmatisant. Il y a un effet sur la famille et le patient. Nous, on essaie de contenir tout cela et d'y mettre du sens »*.

Les professionnels du CNP soulignent toutefois que, lorsque ces difficultés ont été rapportées à l'AROSS, des réunions communes ont été organisées, pour que l'AROSS puisse mieux comprendre les spécificités de la psychiatrie et pour définir les périmètres d'activité de chacun. Cette démarche a été appréciée par les équipes du CNP.

Avec les médecins

Le niveau de collaboration entre l'AROSS et les médecins de famille installés **diffère aujourd'hui d'un cabinet à l'autre**. Certains médecins collaborent en effet très bien avec l'AROSS et réfèrent des patients, d'autres répondent volontiers aux sollicitations de l'AROSS sans nécessairement leur adresser des patients, et d'autres enfin sont encore peu ou pas du tout en contact avec l'AROSS.

Diverses raisons expliquent **ce manque de proactivité** de la part des médecins. Certains médecins n'auraient pas nécessairement le réflexe de contacter l'AROSS ou manqueraient de temps pour le faire. Il se pourrait aussi que des médecins ne soient pas très à l'aise de transmettre des informations sur leurs patients en raison du secret médical. D'autres encore n'auraient peut-être pas l'habitude de travailler en multidisciplinarité.

Le recours à l'AROSS se fait principalement dans deux types de situations : les situations d'urgence ou les situations où une intervention préventive semble appropriée. Le premier cas de figure est le

plus fréquent. Les médecins contactent alors directement l'AROSS lorsqu'ils détectent **une situation d'exacerbation de la fragilité**, que leur patient ne peut plus rester à domicile et qu'il est nécessaire d'organiser **un placement en EMS rapidement**. L'association est alors appréciée pour sa rapidité et son efficacité : « *Moi j'ai une expérience très remarquable avec eux, car ils interviennent quelquefois même le lendemain. J'étais étonné et c'est vrai que pour nous, cela nous soulage. C'étaient des situations 'limite'. Je téléphone et des fois ils me disent 'Oui demain on passe'. Le délai est très court, c'est formidable* ». Les demandes de placements sont facilitées et plus rapides, même si l'un des médecins regrette une certaine rigidité de l'association pour le choix de l'établissement par rapport à leurs propres suggestions ou au choix du patient. Il est difficile, pour les médecins rencontrés, de savoir si des hospitalisations ont pu être évitées. En revanche, l'AROSS a pu retarder des placements en EMS en mettant en place des mesures au domicile des patients.

Les recours à l'AROSS concernent également **des situations de prévention**. Les médecins ne contactent alors pas directement l'association, mais recommandent aux patients ou aux proches aidants de le faire. Certains médecins transmettent ainsi à leurs patients un flyer publicitaire de l'AROSS : « *C'est quand même un immense avantage pour les patients de faire une première prise de contact et c'est ce que je leur propose aussi, aller jeter un petit coup d'œil avant qu'ils en aient besoin* ». La possibilité de référer à une structure telle que l'AROSS est perçue comme une amélioration par rapport à la situation antérieure : « *Je n'arrive plus à des situations comme auparavant où je disais au patient 'Que voulez-vous que je fasse ? Je ne peux pas venir habiter chez vous'. Maintenant, il y a AROSS qui entre en matière.* »

Si la collaboration entre les médecins et l'AROSS, quand elle existe, se passe bien, les médecins rencontrés déplorent toutefois un **manque de clarté sur les missions respectives des partenaires du réseau socio-sanitaire**, et en particulier entre **l'AROSS, NOMAD et les SSL des hôpitaux**. Les médecins reçoivent ainsi des rapports d'évaluation comportant des propositions de prestations ciblées pour les patients. Ces documents sont jugés utiles, mais les médecins s'inquiètent des redondances et du chevauchement de ces activités avec celles des autres partenaires. Les médecins rencontrés font le constat que les évaluations et les recommandations sont parfois faites à double et, parfois même, se contredisent. « *C'est un peu le reproche que je ferais à AROSS, ils reprennent tout à zéro, alors qu'il y a un tas de choses qui ont été faites* ». D'après deux médecins et les retours qu'ils ont pu avoir de leurs patients, ces évaluations sont par ailleurs trop longues, fatigantes et certaines questions sont posées à la fois par l'AROSS et par NOMAD.

Le rôle de l'AROSS en termes d'orientation semble également à clarifier. Les recommandations proposées par l'AROSS peuvent ainsi être perçues comme prescriptives par les partenaires du réseau et/ou par le patient ou son proche aidant. Il en résulterait, d'une part, des tensions avec les prestataires de soins, illustrées par ce médecin : « *Il y a un petit conflit entre NOMAD et AROSS. Parfois AROSS propose tellement loin..., des fois ils donnent des ordres entre guillemets à NOMAD. Et ça c'est mal vécu de NOMAD. Le courant passe mal, ils font parfois des propositions alors que c'était déjà fait ou autrement* ». D'autre part, ces propositions engendreraient, chez leurs patients, une certaine confusion, surtout quand elles n'ont pas été discutées au préalable avec les médecins traitants : « *Les propositions qu'ils font, ils le disent au patient et ensuite pour le patient c'est déjà acquis, donc on ne peut plus jouer le rôle de filtre après. Se pose la question de la fonction d'AROSS. On ne sait pas s'ils conseillent, s'ils doivent être actifs, s'ils doivent mandater. On ne connaît pas exactement leur fonction* ».

Avec d'autres professionnels et institutions

L'AROSS travaille également avec d'autres institutions comme Pro Senectute, Centre Vue (Centre pour personnes aveugles et malvoyantes), la Ligue pulmonaire. L'AROSS développe enfin des collaborations les infirmiers indépendants.

Collaboration entre l'AROSS et Pro Senectute

L'assistante sociale de Pro Senectute intervient au domicile des patients dans l'objectif d'accompagner les personnes dans leurs démarches administratives et financières. L'assistante sociale évalue si la personne a d'autres besoins (aide-ménagère, repas, ergothérapie) et, le cas échéant, contacte l'AROSS pour avoir une évaluation globale de la situation. L'AROSS contacte en revanche rarement Pro Senectute. Les collaborations se passent entre l'AROSS et Pro Senectute. L'assistante sociale perçoit **une réelle complémentarité** entre les activités d'évaluation menées par l'AROSS et la prise en charge sur le long terme qu'elle-même entreprend avec les personnes âgées et/ou leurs proches aidants.

Certains aspects mériteraient toutefois d'être améliorés. **Une procédure collaborative** est en cours d'élaboration afin d'éviter certains écueils (par exemple pour réguler les situations où Pro Senectute ou l'AROSS intervient déjà auprès d'un bénéficiaire).

L'assistante sociale de Pro Senectute déplore également **certaines chevauchements dans les activités des acteurs du réseau socio-sanitaire**, ce qui complexifie son travail auprès des bénéficiaires. Dans certains cas, elle se trouve en difficulté pour contacter la bonne structure (AROSS, NOMAD, CNP, d'autres prestataires de soins) lorsqu'il s'agit de mettre en place des mesures ou de réaliser une évaluation globale de la personne. Certains médecins, par méconnaissance, manque d'habitude ou résistance, contactent encore directement l'assistante sociale de Pro Senectute pour des situations très complexes qui relèvent des compétences de l'AROSS.

Collaboration entre l'AROSS et les infirmiers indépendants

Sur la centaine d'infirmiers indépendants que compte le canton de Neuchâtel, seul un petit nombre d'entre eux (moins de cinq) exercent sur le territoire choisi pour le projet pilote. Ceci explique le peu de collaborations actuelles entre l'AROSS et les infirmiers indépendants.

L'Association suisse des infirmiers (ASI) a toutefois, à sa demande, été intégrée au comité de l'association et soutient le projet de l'AROSS. Sa représentante attend avec impatience son déploiement au niveau cantonal, afin de pouvoir concrétiser les collaborations qui demeurent très largement théoriques. Elle perçoit une réelle plus-value de l'AROSS pour ses membres : par sa connaissance du réseau socio-sanitaire et son suivi des structures et prestations disponibles, l'AROSS devrait ainsi faciliter l'orientation des patients.

Sur le terrain, les collaborations se déroulent très bien. Même si les situations en commun ont été rares (cinq situations jusqu'au moment de l'entretien), l'infirmier indépendant que nous avons rencontré a **beaucoup apprécié les échanges avec l'AROSS**. Les évaluations réalisées par l'association sont un apport réel pour lui, car il n'a pas la possibilité de les mener lui-même et elles

lui permettent d'ajuster les prestations de soins à la situation et aux besoins des patients. Il apprécie la disponibilité et la réactivité de l'AROSS.

La principale difficulté perçue par les personnes rencontrées concerne **les évaluations**. En sus du risque de doublon avec celles réalisées par NOMAD ou d'autres partenaires et du souhait que les informations collectées par de précédentes évaluations soient systématiquement reprises par l'AROSS, le profil de la personne qui réalise ces évaluations est également questionné. L'ASI défend ainsi que ces évaluations soient **réalisées par des soignants** et que les spécificités des métiers, au sein de l'équipe de l'AROSS, soient mieux prises en compte.

5.2.6 Les apports de l'AROSS

Globalement, l'AROSS est perçue comme répondant à un **besoin réel des partenaires**, des professionnels, des personnes âgées et de leurs proches aidants. Plusieurs apports ont été spontanément identifiés lors des entretiens et focus groupes que nous avons menés, ainsi que dans l'enquête en ligne, émis tant par les personnes impliquées dans le projet que par les partenaires et professionnels eux-mêmes. Si certaines plus-values sont unanimement admises par les personnes rencontrées, comme **l'amélioration de l'information disponible** sur les prestations ou une **meilleure prise en compte de la personne âgée ou de son entourage**, d'autres suscitent des avis plus partagés. Le rôle de l'AROSS dans le renforcement de la coordination entre les acteurs du réseau socio-sanitaire est ainsi questionné, de même que sa capacité à orienter les personnes âgées et leur entourage.

Le Tableau 7 synthétise les principaux apports identifiés à la suite des entretiens individuels et des focus groupes, qui se retrouvent également dans l'enquête en ligne. Ceux-ci sont décrits brièvement par la suite.

Tableau 7 Synthèse des avis et perceptions des personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, des partenaires et professionnels sur les apports de l'AROSS

	EMS 1	EMS 2	EMS 3	NOMAD	HNE	CNP	Autres partenaires	Médecins de famille	Personnes impliquées dans le projet
Evaluation globale du bénéficiaire	Vert	Orange	Rouge	Orange	Vert	Orange	Orange	Vert	Orange
Détection de la fragilité	Vert	Vert	Blanc	Orange	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert
Information sur les prestations	Vert	Vert	Blanc	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Capacité à orienter les personnes dans le dispositif socio-sanitaire, notamment en cas de situations complexes	Vert	Orange	Rouge	Orange	Vert	Orange	Orange	Vert	Vert
Facilitation des transferts en EMS	Vert	Orange	Blanc	Rouge	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert
Renforcement du maintien à domicile	Blanc	Blanc	Vert	Orange	Vert	Blanc	Blanc	Vert	Vert
Renforcement de la coordination entre partenaires	Vert	Orange	Rouge	Rouge	Orange	Orange	Orange	Vert	Vert
Meilleure prise en compte de la personne âgée et de son entourage	Vert	Vert	Blanc	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Pluridisciplinarité de l'équipe	Blanc	Blanc	Blanc	Orange	Orange	Orange	Orange	Blanc	Vert
Capacité à favoriser la création de nouvelles prestations	Blanc	Blanc	Blanc	Blanc	Vert	Blanc	Blanc	Vert	Vert

Notes : La couleur verte reflète l'accord de la ou des personnes interrogées avec l'affirmation proposée dans le tableau, la couleur orange reflète un accord modéré et la couleur rouge signifie un désaccord avec l'affirmation proposée. Les cases vides du tableau reflètent l'absence d'information pour la ou les personnes interrogées, soit parce qu'elles ne sentaient pas en capacité de répondre, soit parce qu'elles n'étaient pas directement concernées par la thématique.

Évaluation globale du bénéficiaire

L'évaluation réalisée par l'AROSS a l'avantage **d'être globale** : elle prend en compte différents aspects (situation de santé, situation financière, situation familiale, etc.) dans une perspective d'orientation et d'élaboration de propositions adaptées à la situation de la personne âgée. Elle intègre également **les désirs du bénéficiaire et son projet de vie**. L'AROSS offre en effet un espace de parole à la personne âgée et à ses proches qui peuvent exprimer leurs désirs et leurs craintes.

Sauf quand les institutions pratiquent elles-mêmes des évaluations, les partenaires et professionnels interrogés décrivent ainsi les évaluations faites par l'AROSS comme très complètes et donnant une vision globale de la situation des personnes. Elles sont notamment **utiles aux structures d'accueil** au moment de l'admission du bénéficiaire et à l'hôpital lorsque la personne était inconnue de leurs services car elles offrent une vision complète de la situation. Selon un EMS, ces évaluations sont véritablement un **gain de temps** et apportent les informations dont ils ont besoin au moment de l'admission de nouveaux résidents. Elles sont par ailleurs appréciées en **cas de situations complexes**.

Quand les institutions ou les professionnels réalisent eux-mêmes des évaluations, celles-ci sont le plus souvent remises en question. Elles sont également questionnées par certains partenaires. Une partie des évaluations réalisées est en effet commune, portant sur les mêmes dimensions, et pourrait être mutualisée plutôt que d'être répétée.

Repérage de la fragilité

Un des principaux atouts de l'AROSS est sa capacité à détecter les personnes en situation de fragilité. Grâce aux outils mis en place (profilage), l'AROSS peut évaluer le niveau de dépendance d'une personne et recommander une prise en charge adaptée. Elle se positionne ainsi **sur la possibilité de son maintien à domicile**. Elle offre également une meilleure vision de l'ensemble des personnes âgées en situation de fragilité sur le territoire.

La détection de la fragilité chez les personnes qui ne bénéficient d'aucune prise en charge (aide ou soins à domicile par ex.) est une des missions les plus appréciées des professionnels des structures d'accueil, de l'hôpital et des médecins. Les médecins rencontrés indiquent ainsi mentionner l'existence de l'AROSS à leurs patients et les inciter à prendre directement contact avec l'association.

Information sur les prestations

Il n'est pas aisé, tant pour les professionnels de santé que pour les personnes âgées et leurs proches, de connaître les prestations qui existent sur un territoire donné et de savoir où s'adresser en cas de besoin. L'AROSS, de par sa connaissance du réseau, peut fournir cette information. Elle permet ainsi d'éviter aux différentes personnes qui s'adressent à elles de devoir faire plusieurs téléphones pour obtenir des informations et d'être envoyées d'un service à l'autre cas échéant.

De façon quasi unanime, les professionnels rencontrés décrivent la mission d'information de l'AROSS vers les personnes âgées et leurs proches aidants comme essentielle et qui **répond à un**

manque dans le canton. Les documents mis à disposition du public sont qualifiés de « *bien faits* » et de « *complets* », certains médecins les transmettent d'ailleurs à leurs patients. L'information et le conseil pour les prestations sociales et financières proposés par AROSS sont appréciés et attendus, principalement par les professionnels de santé qui maîtrisent moins bien ces thématiques.

Cette vue globale permet d'une part de faciliter le travail d'orientation et d'autre part d'identifier les prestations ou structures à développer pour répondre aux besoins de la population âgée.

Facilitation des transferts en EMS

Une des missions confiées à l'AROSS concerne la gestion des listes d'attentes en EMS, par l'intermédiaire de l'outil SIPRES, les EMS restant maîtres de la décision d'admission. Cette gestion administrative se double d'une évaluation préliminaire pour les résidents du territoire du projet pilote, ce qui permet à l'EMS de disposer d'informations sur la situation du bénéficiaire et sur ses souhaits. Pour plusieurs partenaires et professionnels rencontrés, cette activité de l'AROSS apporte une **réelle plus-value** en accélérant et en facilitant le processus lors des demandes de placements en EMS, sans que cette information puisse être chiffrée dans le cadre de cette évaluation.

Outre le gain de temps que ces activités peuvent représenter, l'AROSS permettrait ainsi de faire une « *économie de douleur* » en anticipant le placement et en l'organisant en amont avec le bénéficiaire et sa famille. Cette mission revêt également, selon l'un des professionnels rencontrés, « *un enjeu humain, de soutien dans le passage de ce moment de vie* ».

Capacité à orienter les personnes âgées dans le dispositif socio-sanitaire

L'AROSS informe non seulement sur les prestations existantes, mais oriente également vers des prestations. Grâce à l'évaluation globale qu'elle réalise et à sa connaissance de l'offre de prestations existantes, l'AROSS est perçue comme pouvant proposer aux personnes âgées une prise en charge adaptée à leur situation et aux désirs qu'ils ont émis.

Son **rôle central**, sur le territoire et dans le réseau socio-sanitaire, est également relevé par les professionnels et partenaires interrogés. « *C'est une plus-value, clairement, pour les personnes, leur famille et les médecins, car c'est un interlocuteur unique qui connaît le réseau* ». Cette plus-value d'AROSS est particulièrement visible en cas de situations complexes, où l'AROSS peut permettre de prioriser les prestations à mettre en place, en fonction des besoins et des préférences des personnes, et d'organiser les trajectoires de santé. Son équipe pluridisciplinaire offre également l'avantage de décharger certains acteurs d'une partie de la gestion administrative ou financière, notamment en cas de placement en EMS.

Toutefois, à ce jour, certaines prestations ou recommandations proposées par AROSS ne seraient **pas toujours suffisamment coordonnées** avec les autres acteurs. Des clivages interviennent parfois entre les recommandations de l'AROSS et celles d'autres partenaires qui se sentent alors court-circuités ou qui ne sont pas toujours en accord avec les propositions émises par l'association.

Renforcement du maintien à domicile

L'entrée en EMS semble souvent inéluctable aux yeux des personnes âgées ou de leurs proches. La connaissance du réseau et des prestations existantes permet à l'AROSS de favoriser le maintien à domicile en offrant des alternatives à l'EMS. Cette prestation est un des atouts majeurs de l'AROSS, **dans la mesure où elle lui est propre**. Les autres partenaires ne peuvent en effet souvent pas mener cette réflexion en amont. Les évaluations permettent également de détecter des situations de fragilité et de mettre en place, lorsque c'est possible, des prestations avant que la situation ne se péjore. En théorie, le travail de l'AROSS permettrait donc de retarder, voire d'éviter des hospitalisations.

La quasi-totalité des personnes rencontrées soulignent toutefois que cette mission ne peut réellement être menée à bien qu'avec le développement en parallèle de structures adaptées. Elles évoquent ainsi le manque de lits d'accueil d'urgence et de courts séjours sur lesquels AROSS pourrait s'appuyer pour éviter des hospitalisations en lits aigus.

Renforcement de la coordination entre les partenaires

Lors des entretiens individuels et de groupe, les personnes impliquées dans la construction du projet rappellent qu'une des missions de l'AROSS est l'amélioration de la coordination entre les partenaires. En organisant le partage d'informations sur les situations individuelles entre les partenaires, l'AROSS contribue à améliorer les connaissances des partenaires sur une situation donnée, fait prendre conscience de l'implication d'autres partenaires sur une situation, et donc favorise potentiellement le contact entre les partenaires.

En cas d'hospitalisation d'une personne âgée connue de l'AROSS par exemple, l'association peut en outre anticiper les besoins pour le retour à domicile en prenant déjà des contacts avec les partenaires alors que la personne est encore à l'hôpital. L'AROSS peut ainsi faire le lien entre l'hôpital et les soins à domicile, ce qui est difficile à réaliser à l'heure actuelle par les acteurs des soins et de l'aide à domicile.

La quasi-totalité des professionnels et partenaires interrogés s'accordent à reconnaître le **besoin de renforcer la coordination** entre les acteurs concernés. Ils soulignent également la plus-value apportée par l'AROSS dans certains cas. Toutefois, le développement de l'AROSS appelle à une clarification des attributions des différents acteurs du réseau socio-sanitaire, en particulier autour de la coordination de l'accompagnement à domicile, NOMAD ayant légalement à assurer cette mission²³, et entre la ville et l'hôpital.

Meilleure prise en compte de la personne âgée et de son entourage

L'existence d'une structure vers laquelle on peut se tourner en cas de besoin ou de questions, ainsi que la disponibilité de l'équipe sont très rassurantes pour les personnes âgées et leurs proches. C'est particulièrement le cas dans les situations où un maintien à domicile n'est plus possible. Dans ces situations, l'AROSS peut intervenir, trouver des solutions et soulager les proches qui ne souhaitent pas nécessairement évoquer eux-mêmes la question d'une entrée en EMS. Par l'évaluation globale réalisée et par la démarche mise en œuvre, l'AROSS permet réellement de

placer le bénéficiaire et son entourage au centre de l'accompagnement. Le soutien, l'écoute et l'information, proposés par AROSS aux personnes âgées et leur entourage sont des forces et constituent une composante forte pour la quasi-totalité des personnes interrogées, en particulier par les médecins.

Pluridisciplinarité de l'équipe

L'équipe de l'AROSS a l'avantage d'être constituée de professionnels venant tant du domaine de la santé que du social (infirmier, ergothérapeute, assistant social). Cette pluridisciplinarité est un atout, car elle permet une vision globale sur les situations. Elle permet par ailleurs, grâce à la présence de l'assistante sociale notamment, d'informer le bénéficiaire et ses proches sur le coût des prestations proposées, ainsi que sur les possibilités de financement (par l'assurance maladie par exemple).

Dans certains cas, toutefois, cette pluridisciplinarité peut être perçue comme une forme de concurrence (par exemple : les mesures mises en œuvre par l'ergothérapeute ou les recommandations de soins infirmiers). Elle peut également susciter des craintes quant à la qualité et à la légitimité de l'évaluation réalisée, quand celle-ci n'est pas menée par un infirmier ou, dans le cas d'évaluations de bénéficiaires présentant des problématiques psychiatriques.

Capacité à favoriser la création de nouvelles prestations

L'AROSS, en réfléchissant aux alternatives de prise en charge autres que l'EMS ou l'hôpital, peut enfin mettre en évidence des carences dans les prestations du système sanitaire et favoriser la création de nouvelles prestations en relayant ces constats au SCSP.

5.2.7 Les difficultés rencontrées ou les critiques formulées à l'égard de l'AROSS

Le Tableau 8 résume les principales difficultés rapportées ou critiques formulées à l'encontre de l'AROSS, dans les entretiens et focus groupes. Ces points ont également été retrouvés dans les résultats de l'enquête en ligne menée auprès des partenaires de l'AROSS. Les personnes interrogées sont unanimes à regretter que le pilote se soit déroulé sur un périmètre restreint, qui a alourdi le travail des partenaires sans permettre d'apprécier pleinement les apports potentiels de l'AROSS. Elles sont également nombreuses à assimiler l'AROSS et la PMS, ce qui se traduit d'abord par une crainte importante que le projet pilote ne soit qu'une couverture pour procéder à une réduction des missions ou de l'autonomie de certaines institutions. Un manque de cohérence entre la PMS et l'AROSS est également souligné, la lenteur de développement de certaines structures mettant à mal l'objectif d'orientation de l'association. La troisième difficulté majeure, déjà évoquée, concerne le périmètre de l'activité de l'AROSS et les chevauchements que certains acteurs y voient avec leurs propres missions et activités. D'autres difficultés sont évoquées également, mais de façon moins uniforme par tous les partenaires.

Tableau 8 Synthèse des avis et perceptions des personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, des partenaires et professionnels sur les difficultés de l'AROSS

	EMS 1	EMS 2	EMS 3	NOMAD	Hôpital	CNP	Autres Partenaires	Médecins de famille	Personnes impliquées dans le projet
Périmètre géographique restreint									
Assimilation de l'AROSS à la PMS									
Périmètre de l'activité et missions d'AROSS (doublons, chevauchements)									
Mobilisation des partenaires autour du projet de l'AROSS									
Lourdeur administrative									
Absence de système d'information partagé									
Connaissance insuffisante de l'AROSS par les professionnels de santé									

Notes : La couleur verte reflète l'accord de la ou des personnes interrogées avec l'affirmation proposée dans le tableau, la couleur orange reflète un accord modéré et la couleur rouge signifie un désaccord avec l'affirmation proposée. Les cases vides du tableau reflètent l'absence d'information pour la ou les personnes interrogées, soit parce qu'elles ne sentaient pas en capacité de répondre, soit parce qu'elles n'étaient pas directement concernées par la thématique.

Périmètre restreint et durée de la phase pilote

La quasi-totalité des personnes interrogées estiment, à ce stade du projet pilote, que le périmètre retenu, même étendu au district du Locle, est trop restreint.

Le périmètre défini pose ainsi des difficultés pour les partenaires qui doivent, pour chaque situation, se demander si elle concerne potentiellement l'AROSS ou non. Lors d'une sortie de l'hôpital vers un EMS par exemple, les professionnels de l'HNE doivent **suivre une procédure différente** selon si la personne âgée réside au Locle ou non.

Le périmètre restreint peut également occasionner **des frustrations** tant pour les partenaires que pour les collaborateurs de l'AROSS dans la mesure où ils ne peuvent adresser ou prendre en charge des situations si elles sont hors périmètre. Ces difficultés devraient se résorber si le dispositif est étendu.

Enfin, compte tenu du périmètre et du nombre de bénéficiaires concernés, **l'analyse objective de la plus-value** du dispositif est compromise.

Il a par ailleurs également été mentionné que la durée de la phase pilote est vraisemblablement un peu longue. Cela peut avoir un effet démotivant sur les partenaires qui peuvent oublier l'existence du dispositif ou s'en désintéresser.

Assimilation de l'AROSS avec la PMS et manque de coordination avec le développement de certaines prestations prévues dans la PMS

Même si l'AROSS est un volet parmi d'autres de la politique médico-sociale (PMS) du canton^{1, 5}, celle-ci, dans son ensemble, soulève des craintes voire des résistances chez certains acteurs de santé liée à l'incertitude qu'elle génère pour les années à venir. L'AROSS est ainsi parfois assimilée à la PMS et est alors considérée comme **un moyen pour l'État** de faire pression en vue notamment de la réduction du nombre de lits en EMS que la PMS impose. Parmi les professionnels des EMS rencontrés, plusieurs ont fait part de cette crainte, considérant l'AROSS « *comme un paravent pour faire des diminutions en ayant l'impression que tout le monde a été consulté* ». Au-delà de la création même de l'AROSS, c'est la politique même du canton qui est remise en question. « *On discute avec les collègues on va droit dans le mur, parce qu'ils ont organisé NOMAD, et en fin de compte ils veulent garder les gens à domicile même si ça coûte plus cher* ».

La PMS prévoit par ailleurs le développement de certaines prestations¹⁶. Le fait que pas toutes les prestations, comme les lits d'accueil d'urgence et les places en court séjour, n'existent pas encore en quantité suffisante ou aisément accessibles durant la phase pilote du projet de l'AROSS rendent **l'orientation évidemment plus difficile** pour les collaborateurs de l'AROSS. Si ce décalage avec la mise en place de nouvelles prestations était attendu par les personnes impliquées dans la construction du projet, il n'est pas toujours compris des partenaires. De fait, certains partenaires, à l'instar de NOMAD ou du CNP, ont parfois l'impression, d'avoir l'obligation de participer à un projet pilote qui alourdit leur charge de travail sans récolter en retour d'aide véritable dans l'orientation des patients ou la coordination des parcours. Comme le résume ce membre du comité de l'AROSS, « *un point fort, c'est que c'est déjà une structure qu'on n'avait pas dans le canton et on*

en a besoin au vue de l'évolution de la population âgée et des structures qui devront se mettre en place. Mais il faut effectivement que les structures suivent. Car si on a besoin, pour orienter une personne âgée, d'un appartement avec encadrement et qu'il n'y en a pas, cela va être difficile de pouvoir placer ces personnes ! Il faudra que l'évolution de l'AROSS soit en cohérence avec l'évolution des structures dans le canton. »

Périmètre de l'activité de l'AROSS

Plusieurs partenaires et professionnels rencontrés ont souligné plusieurs points de chevauchements entre leurs activités, celles menées par d'autres acteurs du réseau socio-sanitaire et par l'AROSS. Les rôles et responsabilités de chacun, dans le réseau, semblent, à ce jour, manquer de clarté. Il en découle non seulement des tensions entre l'AROSS et certains partenaires, mais aussi une difficulté de lisibilité pour certains professionnels, pour les personnes âgées et pour leur entourage. **Le cadre légal ne facilite pas les choses**, la loi NOMAD²³ attribuant ainsi la fonction de coordination à l'association de soins et aide à domicile, mission qui a été également confiée à l'AROSS dans le cadre du projet pilote.

Un des principaux points de clivage dans les entretiens et focus groupes concerne plus spécifiquement **les évaluations**. L'AROSS, pour pouvoir orienter les bénéficiaires vers des prestations et une prise en charge adaptée, réalise notamment des évaluations. Même si l'objectif de ces évaluations n'est pas identique à celles réalisées par les autres partenaires (HNE, CNP, NOMAD, EMS, etc.), certains éléments se recoupent néanmoins. Il en découle un sentiment de doublon ressenti tant par les partenaires et les bénéficiaires que par les collaborateurs de l'AROSS. L'utilisation de différents outils d'évaluation, partiellement compatibles entre eux, est également questionnée par plusieurs professionnels et partenaires, qui appellent à l'adoption d'un outil commun ou comportant des parties communes pouvant être facilement reprises.

Par ailleurs, pour bon nombre de professionnels rencontrés, en raison de leur caractère ponctuel et généraliste, les évaluations menées par l'AROSS ne remplacent pas une appréciation approfondie de la situation du patient, au domicile, à l'hôpital ou en EMS, qui apparaît nécessaire à leur pratique. Or, le rôle de l'AROSS sur cette mission les inquiète quant à la suite. Ils y voient d'abord une remise en question de leurs compétences et attributions, déplorant, parfois, un « *manque de diplomatie, de souplesse, de respect de ce qui est déjà là* ». Certains soulignent le risque, si toutes les évaluations devaient être confiées à l'AROSS, de diminution de la qualité de la prise en charge. Ils appellent ainsi, comme les personnes impliquées dans la construction du projet, à une clarification des responsabilités des uns et des autres concernant les évaluations, surtout dans les situations où plusieurs partenaires de santé sont impliqués.

Certains acteurs (médecins, NOMAD, CNP) s'interrogent **sur les limites de l'activité de l'AROSS** et rapportent que les recommandations faites par l'association sont souvent perçues par les bénéficiaires et parfois les professionnels comme des prescriptions. Ces recommandations font parfois clivage avec celles faites par les professionnels. Ces situations perturbent les bénéficiaires et provoquent chez les professionnels le sentiment d'être court-circuités.

Mobilisation des partenaires autour du projet de l'AROSS

La mise en œuvre du projet de l'AROSS a été très diversement accueillie parmi les personnes interrogées, mais la posture des partenaires était au départ **plutôt craintive** (nouvel acteur, nouvel intermédiaire, outil décentralisé de la PMS, danger pour les EMS, concurrent pour NOMAD). Tous ont été impliqués dans des groupes de travail avant le lancement de la phase pilote, avec des attentes personnelles qui portaient surtout sur une amélioration de l'offre de prestations et une coordination de celles-ci par l'AROSS, ce qui devait faciliter leur travail au quotidien. Depuis janvier 2016, des réunions entre l'AROSS et les partenaires ont permis des échanges constructifs pour définir des procédures de collaborations et résoudre les différents problèmes qui sont apparus. Ce processus est toujours en cours et les différents partenaires du réseau sont impliqués dans une démarche constructive pour que les périmètres de chacun soient clairement définis.

En outre, les institutions partenaires sont pour certaines **en pleine réorganisation**. Ainsi, même si la volonté de collaboration est là, il n'est pas toujours aisé, au vu de ses priorités internes, de s'engager complètement dans la construction d'une collaboration avec une nouvelle structure. Dans ce contexte, identifier l'AROSS comme un nouveau partenaire sur lequel on peut s'appuyer et avec lequel on peut échanger peut prendre du temps. A l'heure actuelle, les partenaires n'ont pas encore toujours le réflexe d'informer l'AROSS sur l'évolution d'une situation dans laquelle l'AROSS est impliquée ou le font assez tardivement. Pour l'AROSS, il est parfois difficile de connaître tous les partenaires impliqués dans une situation.

Lourdeur administrative et absence de systèmes d'information partagés

Chaque partenaire de santé a son système informatique et les différents outils utilisés ne sont, à ce jour, **pas compatibles entre eux**. L'outil DIOr a été développé spécifiquement pour l'AROSS et est utilisé par les collaborateurs de l'AROSS uniquement. S'il répond aux besoins de l'AROSS et satisfait globalement ses utilisateurs, il n'est toutefois pas compatible avec d'autres outils, tels que le RAI utilisé par NOMAD. Cela rend difficile la mise en commun des informations récoltées, ainsi que leurs mises à jour. Pour la suite se pose la question de la **pérennisation de l'outil DIOr**, qui devra, s'il est maintenu, s'adapter aux nouvelles exigences de confidentialité des informations².

L'échange de documents entre l'AROSS et les partenaires se fait par VIVATES. Il n'y a pas à l'heure actuelle **d'inter-opérabilité** entre cette plateforme et les systèmes informatiques utilisés par les partenaires. Tous les cabinets médicaux ne sont par ailleurs pas outillés de la même manière et privilégient, selon leurs préférences ou leurs habitudes, tel ou tel mode de communication (mail, fax, téléphone, VIVATES, etc.). L'AROSS s'adapte pour l'instant au mode de communication souhaité, situation qui ne pourra pas nécessairement être maintenue en cas de déploiement du dispositif sur l'ensemble du canton.

Connaissance insuffisante de l'AROSS par les professionnels de santé et les institutions

A plusieurs reprises lors des entretiens et focus groupes, il a été souligné que l'AROSS reste relativement **peu connu, y compris sur le district du Locle**. Certains professionnels de santé, certains médecins notamment, ne participent pas à la démarche mise en place, ce qui pénalise le

projet et limite ses apports. Des rapprochements sont également souhaités avec d'autres acteurs du secteur associatif ou des structures privées d'aide et de soins à domicile, en prévision du déploiement du projet.

5.2.8 Les craintes liées au projet AROSS

Plusieurs des craintes liées au projet de l'AROSS ont déjà été évoquées précédemment. Ils sont repris ici de façon succincte.

Le Tableau 9 résume les positions des différentes personnes interrogées et permet d'illustrer la prégnance des questions liées au financement futur du projet et des craintes que le projet ne se traduise pas une réduction de leurs cahiers des charges et une diminution de leur autonomie.

Tableau 9 Synthèse des avis et perceptions des personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, des partenaires et professionnels concernant leurs craintes à l'égard du projet de l'AROSS

	EMS 1	EMS 2	EMS 3	NOMAD	Hôpital	CNP	Autres partenaires	Médecins de famille	Personnes impliquées dans le projet
Réduction de missions ou de budget / dotations									
Perte de l'activité d'évaluation									
Perte de compétences, de certaines missions et activités									
Perte d'autonomie dans le choix des patients / résidents									
Perte d'autonomie ou de contrôle de l'activité professionnelle									
Perte d'une neutralité de l'AROSS en cas de transformation en établissement de droit public									

Notes : La couleur verte reflète l'accord de la ou des personnes interrogées avec l'affirmation proposée dans le tableau, la couleur orange reflète un accord modéré et la couleur rouge signifie un désaccord avec l'affirmation proposée. Les cases vides du tableau reflètent l'absence d'information pour la ou les personnes interrogées, soit parce qu'elles ne sentaient pas en capacité de répondre, soit parce qu'elles n'étaient pas directement concernées par la thématique.

Le financement du dispositif en cas de déploiement

Les prestations de l'AROSS sont actuellement financées entièrement par le canton. Pour la suite, et en cas de déploiement du dispositif sur l'ensemble du canton, il est peu probable, du point de vue des partenaires et les professionnels interrogés, que l'Etat puisse continuer à financer complètement le dispositif de l'AROSS. D'autres sources de financement devront vraisemblablement être trouvées. Pour cela, et selon les professionnels rencontrés, il faut évaluer en priorité **les possibilités de financement par les assurances maladie** dans la mesure où la facturation directe des prestations de l'AROSS aux bénéficiaires et/ou partenaires semble difficilement envisageable.

Une autre difficulté concerne la double facturation. Il n'est en effet pas possible de facturer aux assurances maladie une prestation deux fois (par exemple : facturation de l'évaluation de l'AROSS et facturation de l'évaluation NOMAD). De plus, il semblerait que seules les évaluations qui sont suivies d'une prestation de soins puissent être remboursées¹. Les activités de coordination ne le sont pas. Une piste à envisager selon nos interlocuteurs serait **un financement forfaitaire des prestations de l'AROSS**, plutôt qu'un financement à la prestation.

La problématique du financement a toujours été spontanément abordée par les professionnels et les partenaires rencontrés. Les partenaires craignent en effet que le déploiement d'AROSS ne se fasse au détriment d'une part de leur propre activité : soit en réduisant ou modifiant leurs missions, soit par une perte de ressources financières. Cette crainte est présente dans les différentes structures que nous avons rencontrées, mais plus particulièrement au sein des EMS. « *On nous a baissé plusieurs années de suite les subventions, pour le moment on n'a pas de réponse. Ce serait malheureux de terminer ce pilote qui se passe bien et qu'on vienne nous présenter une facture et que nous devons encore diminuer nos dotations. Car on pourrait dire on revient à l'ancien système* ».

Les personnes interrogées s'inquiètent par ailleurs des sommes déjà engagées pour le projet de l'AROSS et estiment que l'activité d'AROSS pourrait être plus efficiente notamment en s'appuyant davantage sur l'existant.

Perte de certaines missions ou activités

La majorité des professionnels et partenaires reconnaissent l'utilité d'AROSS et donc sa place dans le canton, mais son déploiement nécessite une redéfinition de ses missions et de son périmètre d'activité, en concertation avec les acteurs du réseau. **Les attentes à l'égard de l'AROSS sont diverses, mais importantes.** Certains souhaitent ainsi que l'association s'investisse davantage dans la gestion de situations complexes, d'autres qu'elle intervienne en priorité auprès de personnes pour lesquels il n'existe aucun prestataire de soins. Pour certains, elle devrait gérer en priorité les

¹ Les prestations d'évaluation et de coordination sont traitées dans la Section 3 relatives aux soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)²⁴. Font partie du catalogue des prestations selon l'article 2 « 1. *L'évaluation des besoins du patient et de l'environnement de ce dernier ; planification, en collaboration avec le médecin et le patient, des mesures nécessaires. (...) 3. Coordination des mesures et dispositions par des infirmières et infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans des situations de soins complexes et instables.* » Il est précisé à l'article 2bis « *les prestations visées (...) doivent être fournies par une infirmière ou un infirmier pouvant justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux.* »

transferts en EMS, lits d'accueil d'urgence ou accueil temporaire ; pour d'autres, c'est dans sa mission de prévention de la fragilité et d'identification des besoins de santé et d'accompagnement qu'elle serait le plus utile. En tous les cas, selon les professionnels et partenaires rencontrés, la redéfinition devrait intégrer l'existant (ce qui fonctionne, les compétences des différents partenaires en place).

Comme mentionné précédemment, les évaluations réalisées par l'AROSS et par d'autres partenaires sont similaires et occasionnent un sentiment de doublon. Si l'évaluation de l'AROSS est nécessaire pour les situations où aucun autre partenaire n'est impliqué, elle l'est peut-être moins quand une évaluation a précédemment été réalisée par un autre partenaire. Dans ces cas, et selon les professionnels et partenaires rencontrés, l'AROSS pourrait **davantage utiliser les informations récoltées par les partenaires** et orienter si possible le patient sur la base de ces informations.

Perte d'autonomie pour les partenaires

Comme mentionné précédemment, la PMS soulève des craintes dans la mesure où elle implique, pour les EMS par exemple, une nouvelle définition de leurs missions, la potentielle perte d'autonomie dans le choix de leur clientèle et la réduction certaine du nombre de lits disponibles dans le canton. L'AROSS serait un moyen pour l'État d'atteindre ces objectifs. Certains partenaires pourraient craindre que l'État privilégie les orientations dans les grands EMS au détriment des plus petites structures, ainsi que les structures étatiques au détriment des structures privées. De manière similaire, pour les soins à domicile, certains partenaires craignent que l'État privilégie les orientations vers NOMAD plutôt que vers les infirmiers indépendants.

La perte d'autonomie est ainsi l'une des craintes la plus fréquemment citée par les professionnels, quelle que soit leur profession (assistant social, infirmier). Les assistants sociaux d'HNE voient ainsi **leurs missions se réduire** lorsqu'AROSS intervient dans une situation ; ils accompagnent le patient dans la construction de son projet de vie, puis doivent passer la main à l'AROSS si la décision est prise d'une orientation vers une structure d'accueil en EMS. Ces professionnels craignent que le déploiement d'AROSS vienne accentuer cette situation et leur fasse perdre un pan de leur activité. Cette crainte est partagée au sein du CNP, où les assistants sociaux redoutent que le SCSP ait pour objectif de centraliser les services sociaux au sein de l'AROSS. Enfin, les infirmiers de NOMAD ou les infirmiers indépendants redoutent de perdre une partie de leurs activités, notamment en lien avec l'évaluation ; dans la réalisation de ces évaluations par des équipes pluridisciplinaires, ils y voient aussi une forme de remise en question de leurs compétences cliniques et des spécificités de leur métier.

Le statut juridique

Si le modèle associatif a été retenu pour le projet pilote, la perspective pour la suite serait a priori de créer un établissement cantonal de droit public. Celui-ci aurait pour avantage pour l'État d'être plus contraignant qu'une association. Les partenaires pourraient craindre en revanche qu'une telle structure permette à l'État de privilégier les partenaires étatiques au détriment des partenaires privés. La question de la neutralité du dispositif avait d'ailleurs déjà été soulevée au départ, dans la mesure où il avait en effet été question, lors des discussions initiales, que le projet soit porté par

un des partenaires autour de la table, tel que Pro Senectute, NOMAD ou autres. Cette solution n'avait pas été retenue en partie en raison du risque de partialité que cela pouvait générer.

5.2.9 Perceptions des parties prenantes sur la suite du dispositif

Lors des entretiens et focus groupes, ainsi que dans l'enquête en ligne, plusieurs propositions ont été formulées sur la suite du dispositif. Elles sont résumées dans le Tableau 10. La plupart d'entre elles concernent les missions de la structure à venir qui pourraient se situer davantage en complémentarité avec les structures et prestations existantes. Il convient de noter que ces propositions ont été émises par les professionnels et partenaires ; elles sont reprises, en fin de rapport (cf. Chapitre 7), pour élaborer des recommandations.

Tableau 10 Synthèse des propositions des personnes impliquées dans la construction du projet de l'AROSS, des partenaires et professionnels concernant la suite du projet

	EMS 1	EMS 2	EMS 3	NOMAD	Hôpital	CNP	Autres partenaires	Médecins de famille	Personnes impliquées dans le projet
Déploiement de l'AROSS	Orange	Orange	Rouge	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert
Redéfinition des missions et le périmètre de l'AROSS	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Coordination du réseau approche méta des besoins du canton	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Gestion des situations complexes	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Repérage des situations de fragilité	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Optimisation des outils de partage d'information et de collaboration	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Réalisation d'actions de communication	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert
Renforcement de la supervision	Vert	Vert	Vert	Vert	Vert	Orange	Vert	Vert	Vert

Notes : La couleur verte reflète l'accord de la ou des personnes interrogées avec l'affirmation proposée dans le tableau, la couleur orange reflète un accord modéré et la couleur rouge signifie un désaccord avec l'affirmation proposée. Les cases vides du tableau reflètent l'absence d'information pour la ou les personnes interrogées, soit parce qu'elles ne sentaient pas en capacité de répondre, soit parce qu'elles n'étaient pas directement concernées par la thématique.

Déploiement du dispositif AROSS

La zone géographique restreinte de la phase pilote a, dans la plupart des cas, rendu plus compliquée l'activité des professionnels rencontrés en ajoutant de nouvelles procédures à celles déjà existantes et qui ne concernaient qu'une petite partie de leurs patients pris en charge. La plupart des professionnels rencontrés plaident **pour son déploiement au niveau cantonal**, même si les modalités font débat : sur l'ensemble du canton directement ou en plusieurs étapes, d'abord sur le haut du canton avant de l'étendre sur le littoral. La nécessité d'impliquer un hôpital de soins aigus et une plus grande diversité de professionnels de santé et d'acteurs du secteur social est en revanche mentionnée.

La temporalité est également importante. Selon les professionnels et les partenaires rencontrés, le déploiement devrait se faire **en coordination étroite avec la mise en place de nouvelles prestations** prévues dans la PMS⁵, afin d'être réellement efficace et de permettre d'optimiser la prise en charge et l'accompagnement des bénéficiaires.

Redéfinition des missions, du périmètre d'activité et de procédures collaboratives

Dans la suite des difficultés et craintes décrites ci-dessus, la quasi-totalité des professionnels et partenaires rencontrés plaident pour une **redéfinition des missions et du périmètre d'activité** de l'AROSS, avant son déploiement. Cela permettrait, selon eux, d'améliorer les collaborations, de clarifier les rôles et responsabilités de chacun et de renforcer la lisibilité du réseau socio-sanitaire pour l'ensemble des acteurs, y compris les personnes âgées et leur entourage.

Si le rôle de l'AROSS semble clair quand aucun prestataire n'intervient auprès d'un bénéficiaire, il apparaît particulièrement nécessaire **d'organiser les trajectoires de santé** des personnes âgées en situation complexe. Une structure unique peut être, du point de vue des professionnels interrogés, alors un atout majeur pour coordonner les différents intervenants, à condition qu'elle s'appuie sur l'expertise de chacun, n'empiète pas sur les missions des autres partenaires et ne rajoute pas une couche de complexité en répétant certaines prestations ou en créant de la confusion par des recommandations inadéquates. Selon les professionnels et les partenaires rencontrés, les procédures collaboratives devraient mettre l'accent sur ces situations, en s'appuyant sur la compétence de l'AROSS à en proposer une vision holistique, à prendre en compte les préférences des patients et à émettre des recommandations.

Optimisation et développement d'outils facilitant la coordination et la collaboration

Tous les représentants des institutions partenaires que nous avons rencontrés souhaitent qu'il existe un **dossier partagé du patient**. A minima, un outil commun est très demandé pour permettre de gagner en efficacité dans la collaboration.

Face aux difficultés liées à l'évaluation, plusieurs professionnels plaident également pour l'adoption d'un **outil commun d'évaluation** ou, tout du moins, par l'identification d'une partie commune d'items et de dimensions qui pourrait être reprise et partagée entre plusieurs acteurs du réseau socio-sanitaire.

Le choix de l'outil reste ouvert : les professionnels de NOMAD portent la démarche RAI qui a le mérite d'être validée au niveau national et international²⁵, d'être utilisée dans d'autres cantons et d'être implantée dans le canton de Neuchâtel depuis plusieurs années. Les avis concernant le RAI sont toutefois mitigés parmi les professionnels et les partenaires que nous avons rencontrés. Sa concentration sur les soins, au détriment d'autres aspects plus sociaux ou environnementaux, a été une des raisons qui ont poussé les porteurs du projet de l'AROSS à développer un autre outil. Par ailleurs, le RAI permet d'évaluer les besoins et d'établir un plan de soins, mais ne permet pas de proposer d'autres prestations. Plusieurs professionnels, notamment les médecins de famille ou les équipes hospitalières, reconnaissent le caractère très complet et très enrichissant de l'évaluation réalisée par l'AROSS. Certains d'entre eux ont ainsi suggéré de développer une grille d'évaluation BoC réduite, moins chronophage, et qui pourrait être utilisée de façon commune entre l'AROSS et d'autres acteurs (hôpital, NOMAD etc.).

Réalisation d'actions de communication

Des actions de communication ont été réalisées au moment du lancement du projet de l'AROSS. Le projet pilote, qui a débuté dans les communes du Locle et des Brenets, puis étendu au district du Locle, n'est pas encore bien connu de tous les partenaires. Si les assistants sociaux de l'HNE par exemple connaissent bien l'AROSS, ce n'est pas encore toujours le cas des infirmiers dans les services de soins. A plusieurs reprises, lors des entretiens et focus groupes, il a été déploré que les médecins de famille soient encore peu impliqués dans le dispositif.

En vue d'un déploiement du dispositif sur l'ensemble du canton, **des actions de communication** devraient, selon les professionnels et partenaires rencontrés, être à nouveau réalisées afin de faciliter la collaboration entre les partenaires. Ceux-ci pourraient également être incités à relayer des informations sur les prestations de l'AROSS : les pharmaciens pourraient par exemple informer leurs clients âgés de l'existence de l'AROSS et les médecins davantage partager leurs expériences de collaboration avec l'AROSS lors de colloques.

Renforcement de la supervision

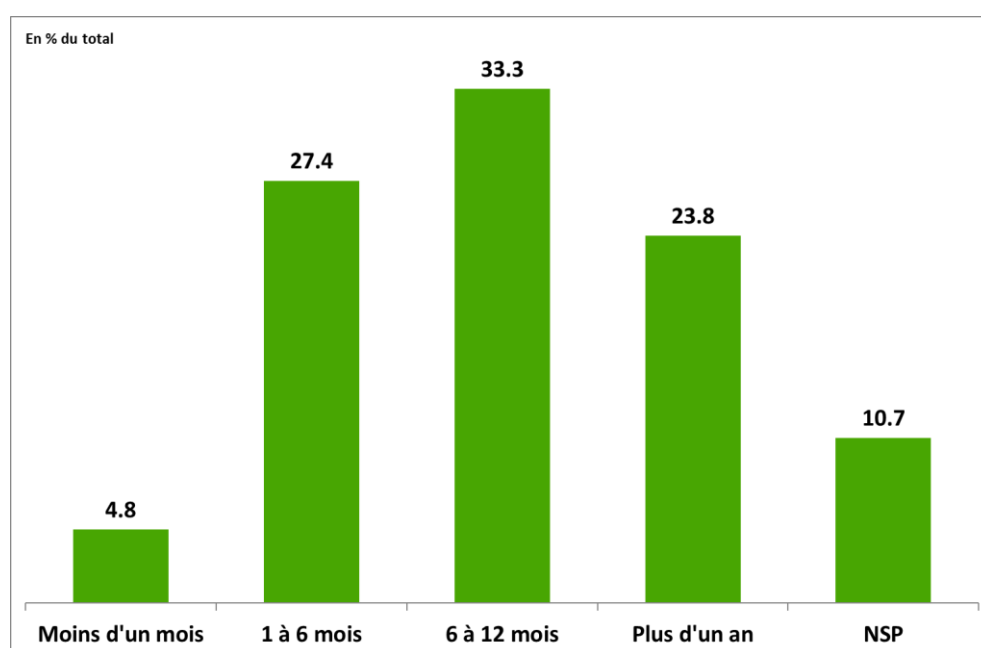
L'état de santé des personnes âgées ne se caractérisent pas uniquement par des troubles somatiques, mais peuvent également être d'ordre psychogériatrique. Une idée serait, lors du déploiement du dispositif, d'étendre la supervision en intégrant **un médecin psychogériatre**. La supervision est en effet actuellement réalisée uniquement par un médecin gériatre. Outre l'apport que cette personne aurait en termes d'analyse des situations, cela permettrait également une meilleure coordination pour les transferts entre EMS gériatriques et psychogériatriques.

5.3 Perceptions des bénéficiaires et des proches aidants

5.3.1 Satisfaction des bénéficiaires et des proches aidants à l'égard des activités de l'AROSS

Au total, 153 personnes, 57 en 2016 et 96 en 2017, ont répondu au questionnaire de satisfaction adressé par l'AROSS à l'ensemble de ses bénéficiaires. En 2017, un cinquième des répondants (21 personnes) se rappellent avoir déjà répondu à un questionnaire similaire l'année précédente ; plus de la moitié d'entre eux (57.1%) déclarent recevoir des prestations de l'AROSS depuis plus de 6 mois, dont 23.8% depuis plus d'un an (Figure 29).

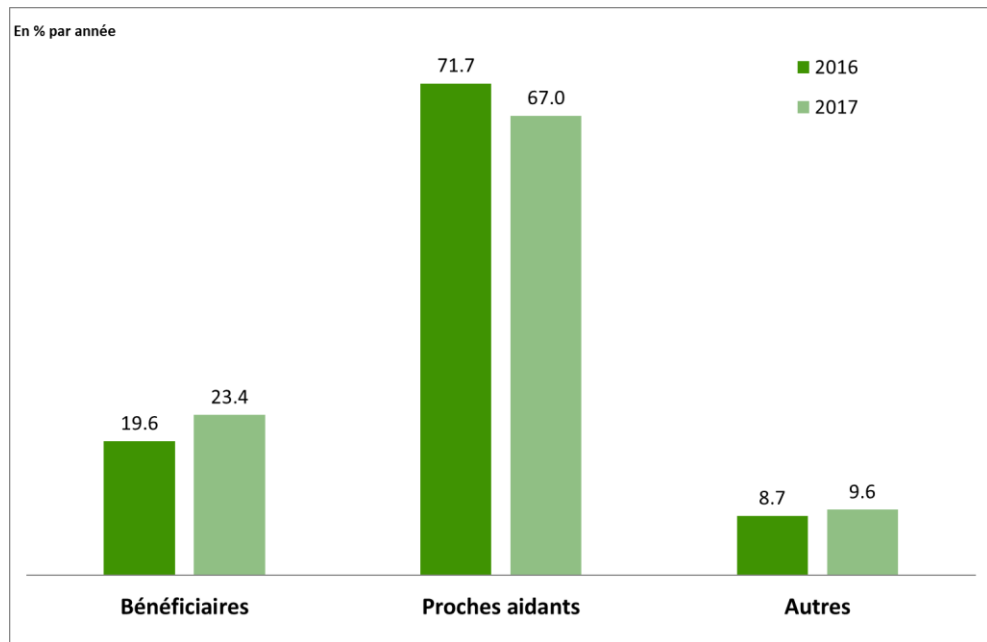
Figure 29 Durée durant laquelle les bénéficiaires ou les proches aidants reçoivent des prestations (n=96)



Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 - AROSS

Malgré un aménagement du questionnaire en 2017, et la distribution de deux questionnaires séparés pour les bénéficiaires et pour les proches aidants, il est difficile de connaître le profil exact des répondants. Dans plusieurs cas, un même questionnaire pouvait être en effet rempli partiellement par le bénéficiaire et par le proche aidant ; dans 8.5% des cas, on ignore par ailleurs totalement l'identité du répondant. Toutefois, les proches aidants semblent les premiers répondants, surtout en 2016 ; le pourcentage de bénéficiaires ayant répondu augmente entre les deux années, passant de 19.6% à 23.4% (Figure 30). Les répondants sont âgés en moyenne de 82.1 ans (+/- 9.9 ans), et les proches aidants de 66.6 ans (+/- 13.1 ans).

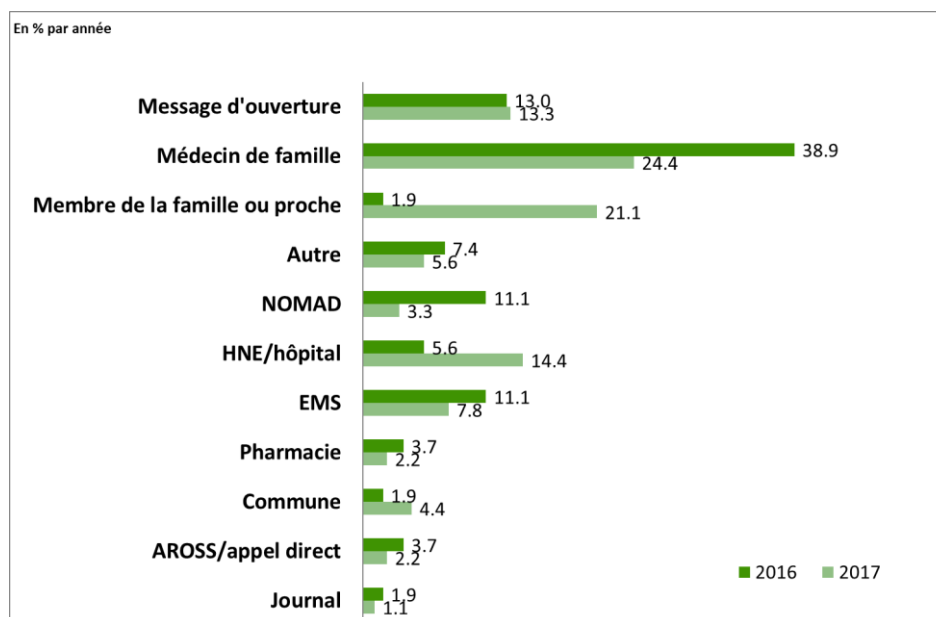
Figure 30 Profil des répondants au questionnaire de satisfaction, en 2016 et 2017 (n=153)



Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 - AROSS

Les répondants ont connu l'AROSS de diverses manières, mais le médecin de famille est la principale source mentionnée, principalement en 2016 (38.9%). Les membres de l'entourage ou de la famille, par exemple, des connaissances ayant déjà été en contact avec l'AROSS, sont une autre voie pour connaître l'AROSS, qui devient plus importante en 2017 (21.1% vs 1.9% en 2016). Les organismes de santé, comme l'HNE, NOMAD ou les EMS, sont une autre source d'information sur l'AROSS (Figure 31).

Figure 31 Moyens par lesquels les bénéficiaires ou leurs proches aidants ont eu connaissance de l'AROSS (n=144)



Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 - AROSS

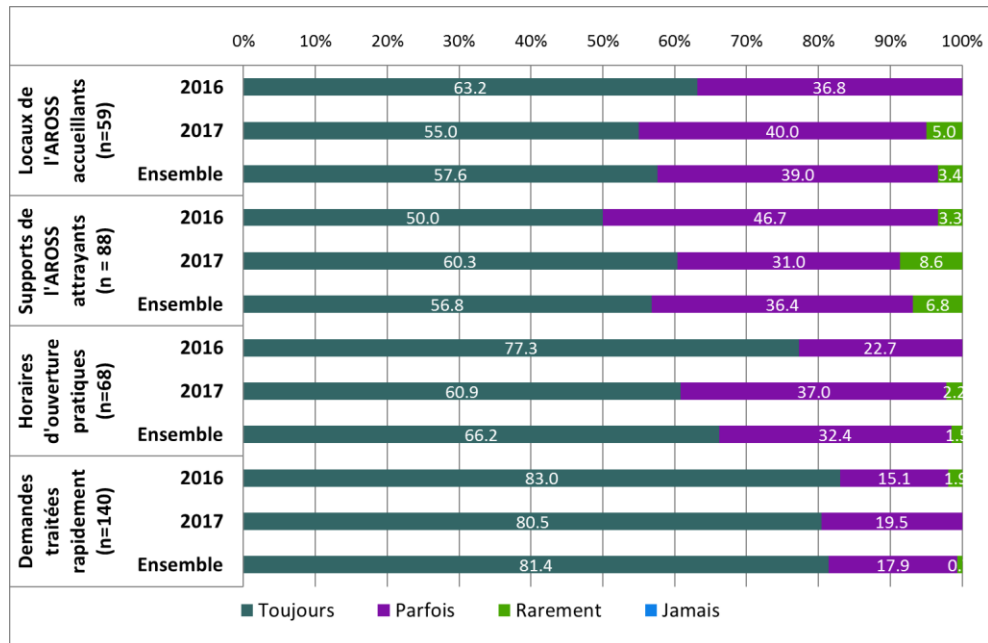
Le niveau de satisfaction à l'égard de l'AROSS est élevé parmi les bénéficiaires et leurs proches aidants ayant répondu au questionnaire. Un nombre important de personnes ne se prononcent pas quant à la qualité des locaux, des supports ou des horaires d'ouverture, principalement parce qu'ils n'ont pas pu apprécier ces aspects. Parmi celles et ceux qui ont répondu à ces questions (valeurs manquantes et non-réponses exclues), 96.6% de l'échantillon s'accordent à dire que les locaux de l'AROSS sont accueillants, 93.2% que les supports sont attrayants, 98.5% que les horaires d'ouverture sont pratiques et 99.3% que leurs demandes ont été traitées rapidement (Figure 32).

L'accord est également quasiment unanime, parmi les répondants, concernant les compétences du personnel de l'AROSS : 98.7% reconnaissent la disponibilité des professionnels de l'AROSS, 96.7% leur amabilité. 98.7% sont d'accord pour dire que l'attitude du personnel de l'AROSS inspire confiance et 96.7% pour dire que le personnel dispose des connaissances nécessaires (Figure 33).

Enfin, et même si l'enthousiasme est moins marqué, une large majorité de répondants trouvent que le déroulement de l'entretien était adapté à la situation (97.2%), que l'information transmise par l'AROSS était utile (97.9%), que les documents remis sont clairs (97.6%). 95.0% des répondants estiment que l'AROSS a amélioré le niveau de connaissance sur la situation et 97.8% sont d'accord, dont 83.2% tout à fait, pour dire que l'AROSS a pris en compte leurs besoins (Figure 34).

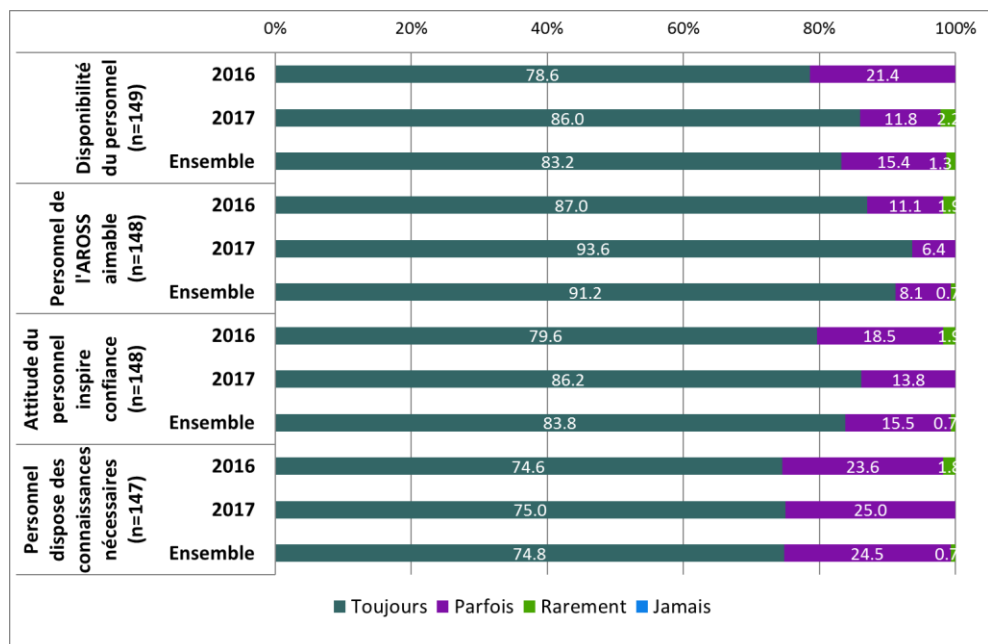
Sur l'ensemble de ces dimensions, on n'observe pas de différence statistiquement significative entre 2016 et 2017, pas plus qu'entre les réponses des bénéficiaires et celles de leurs proches aidants.

Figure 32 Satisfaction des bénéficiaires et des proches aidants quant à l'accueil et au traitement de leurs demandes par l'AROSS



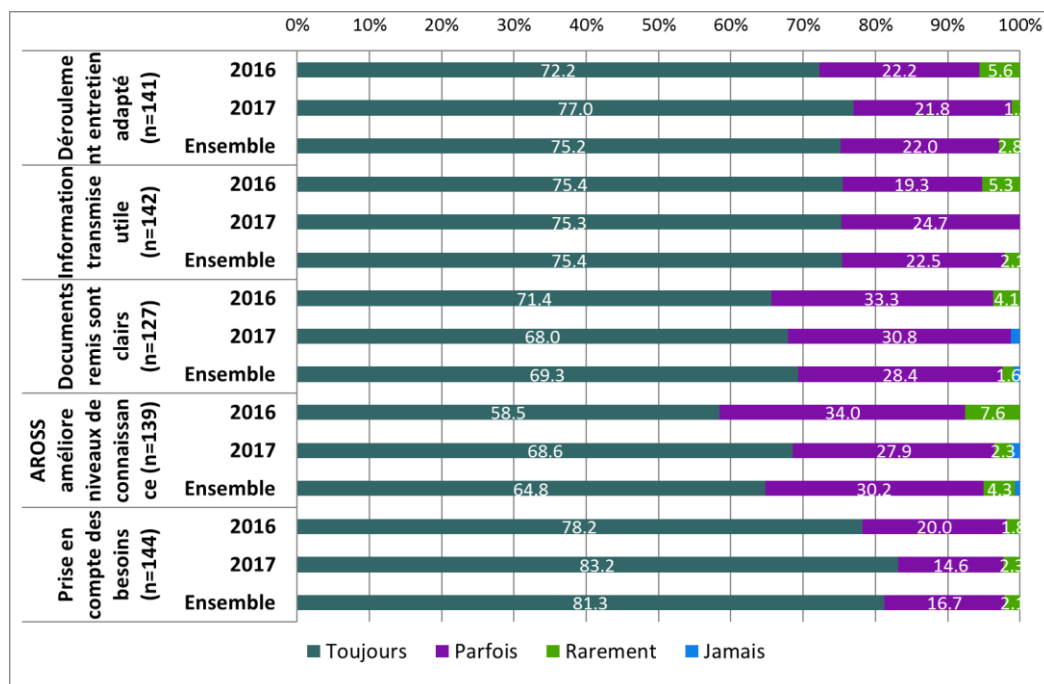
Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 – AROSS

Figure 33 Satisfaction des bénéficiaires et des proches aidants quant aux compétences du personnel de l'AROSS



Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 - AROSS

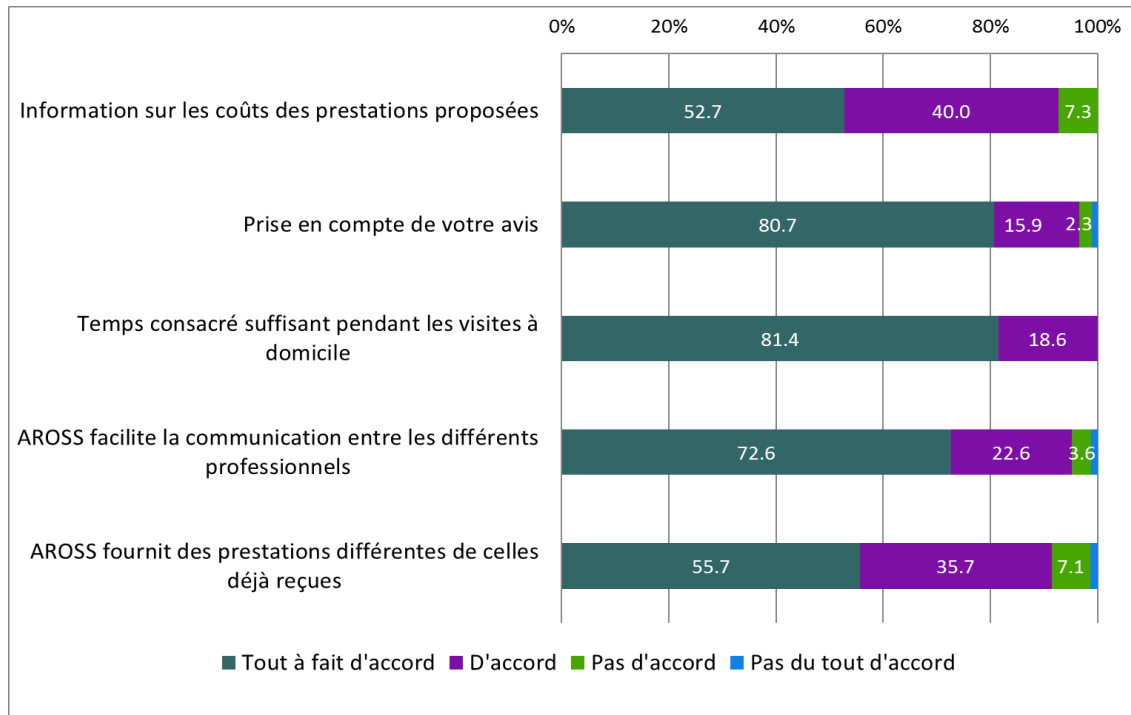
Figure 34 Satisfaction des bénéficiaires et des proches aidants quant aux prestations reçues



Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 - AROSS

En 2017, quelques questions supplémentaires ont été ajoutées pour permettre notamment d'évaluer la plus-value spécifique d'AROSS par rapport à d'autres prestataires de soins et dans son rôle d'information et de coordination. 92.7% des répondants sont ainsi d'accord, 52.7% tout à fait, pour dire qu'ils ont reçu des informations sur les coûts des prestations proposées. Ils sont plus unanimes pour estimer qu'AROSS a pris en compte leurs avis (96.6% dont 80.7% tout à fait d'accord) et que le temps consacré au bénéficiaire pendant les visites à domicile était suffisant (100.0% d'accord, dont 81.4% tout à fait). Si une large majorité estime également que l'AROSS facilite la communication entre les différents professionnels (95.2% dont 72.6% tout à fait), 91.4% sont d'accord, dont 55.7% tout à fait, pour dire que l'AROSS fournit des prestations différentes de celles déjà reçues (Figure 35).

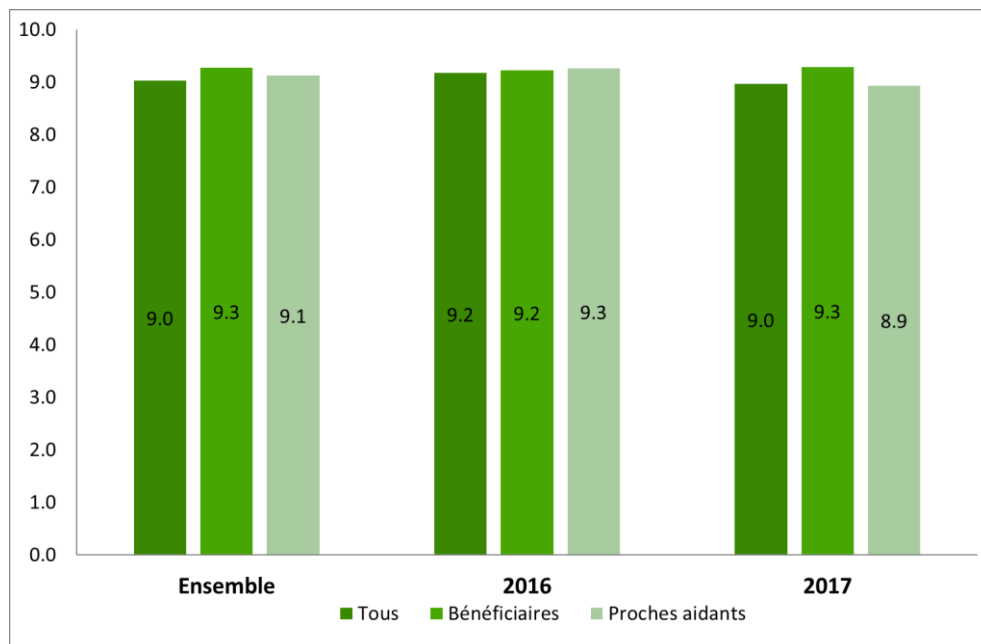
Figure 35 Avis des bénéficiaires et des proches aidants quant à la plus-value de l'AROSS (n=90)



Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 - AROSS

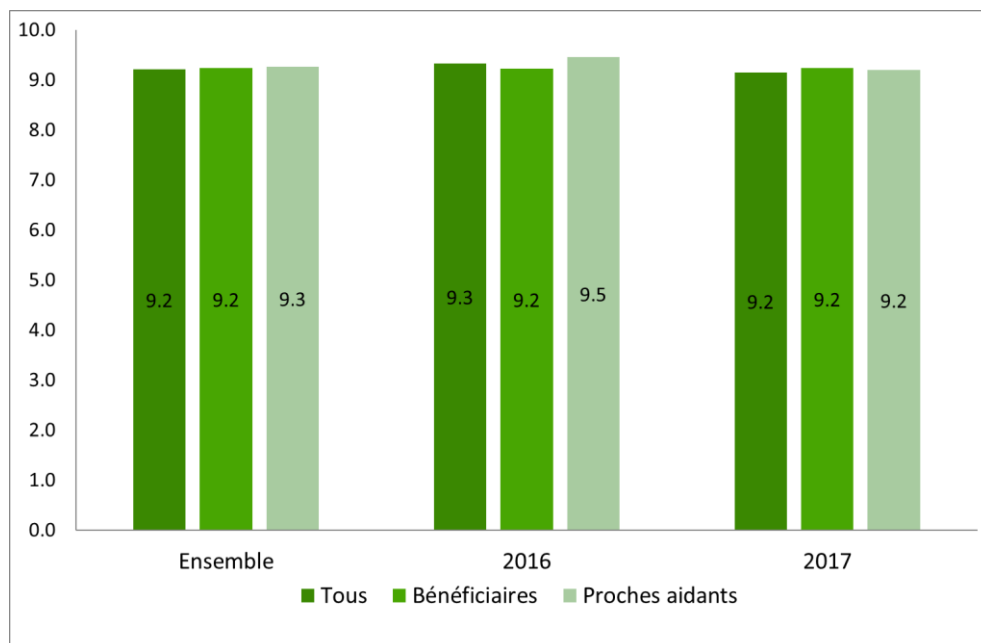
Les répondants devaient se prononcer sur leur satisfaction globale à l'égard de l'AROSS sur une échelle de 0 (= pas du tout satisfait) à 10 (= tout à fait satisfait) et sur leur inclination à recommander l'AROSS sur une échelle similaire. Reflet du haut niveau de satisfaction à l'égard des différentes caractéristiques de l'activité de l'AROSS, le niveau global de satisfaction est également élevé (Figure 36). Si la moyenne semble plus faible en 2017 qu'en 2016, cette différence n'est toutefois pas significative. On ne constate pas non plus de différence entre l'évaluation des bénéficiaires et celle des proches aidants. Les mêmes constats valent pour le score de recommandation, dont la moyenne est également proche du maximum (Figure 37).

Figure 36 Score moyen de satisfaction globale des bénéficiaires et des proches aidants à l'égard de l'AROSS (n=146)



Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 - AROSS

Figure 37 Score moyen de recommandation de l'AROSS par les bénéficiaires et les proches aidants (n=142)



Source : enquêtes de satisfaction 2016 et 2017 – AROSS

Enfin, les questionnaires offraient la possibilité aux répondants de s'exprimer, en commentaires libres, ou de transmettre leurs attentes à l'égard de l'AROSS. Les Tableau 12 et reprennent quelques-uns de ces commentaires, en l'état.

Tableau 11 Attentes à l'égard de l'AROSS formulées par les bénéficiaires et les proches aidants ayant répondu aux questionnaires de satisfaction

- Faire le lien avec les acteurs concernés, avoir une vue d'ensemble
- AROSS devrait avoir un pouvoir décisionnel au sein de la structure de coordination, car toutes les instances renvoient à l'AROSS en entretenant le flou sur qui décide quoi dans le cadre d'un placement en EMS
- En tant que proche aidante, je souhaiterais que l'AROSS puisse prendre plus de temps avec les personnes sans famille, esseulées. Discuter, prendre un café etc. Un jour peut-être aurais-je besoin de vos prestations qui sont nécessaires si l'on a un handicap.
- Une information périodique sur l'évolution des prestations d'aide dans le canton (par e-mail par exemple)
- Tenir plus compte de l'avis de la famille et des professionnels. Une fois les « résultats » communiqués, plus eu de nouvelles de l'AROSS
- Que tous les médecins vous recommandent
- Un court protocole pour les entretiens avec mon père, ma mère ou ensemble serait bénéfique pour les personnes âgées. Refaire le point souvent. Ils ne se souviennent plus ou ne veulent pas se souvenir.
- Il serait plus facile pour moi que l'AROSS fasse également les téléphones et les démarches.
- Pour aller chez l'oculiste, j'aimerais qu'on vienne avec moi et que l'on me ramène chez moi.
- Meilleure coordination entre l'AROSS et les services dépendant directement des hôpitaux (Perreux, Pourtalès)
- Plus de communication entre services
- L'amélioration serait que l'AROSS travaille aussi sur la Chaux-de-Fonds
- Votre association mériterait d'être plus connue, peut-être un manque de publicité et d'information
- Continuer ainsi en gardant un tel service gratuit.
- Les horaires d'ouverture devraient figurer sur la page d'accueil du site internet

Tableau 12 Commentaires libres laissés par les bénéficiaires et les proches aidants ayant répondu aux questionnaires de satisfaction

- J'ai particulièrement apprécié votre service par la gentillesse et l'efficacité de la personne vous représentant. Un grand merci.
- Très content d'avoir connu cette association car elle a des filons dont on ignore la possibilité, et des services qu'ils peuvent nous rendre.
- Je suis convaincue que AROSS comble très bien les lacunes de l'aide aux personnes âgées avec son professionnalisme et sa gentillesse
- Il ne manque rien, elles sont au top toutes vos prestations.
- Les renseignements reçus sont clairs et rapides.
- Surprise que les responsables médicaux de Perreux ignoraient tout de l'AROSS en juin dernier (questionnaire 2016)
- En admiration du personnel
- Juste parfois indiscret
- Chemin déjà tracé en amont -> entrée EMS La Résidence. Pense que l'aide de l'AROSS peut être utile pour résoudre des situations plus délicates. Accueil très sympa et aimable.
- Remercie toute l'équipe pour le travail exemplaire. Bonne continuation.

- Permettre de garder les personnes âgées à domicile est éthiquement, socialement et financièrement positif. Les prestations d'AROSS à coup sûr génératrices d'un gain financier global.
- N'ont pas sollicité l'AROSS, mais ont été sollicités. Du fait du projet pilote a accepté de participer à l'entretien avec son père. L'entretien a été bien mené et le contact a été très agréable. A trouvé que la plupart des points abordés dans l'évaluation chevauchent ceux de l'évaluation de NOMAD.
- Il est regrettable que certains médecins de famille ne veulent pas collaborer.

5.3.2 Résultats des entretiens semi-directifs

Caractéristiques des répondants

Entre le 24 août et le 21 septembre 2017, sept entretiens ont été réalisés concernant la situation de neuf bénéficiaires. Les caractéristiques des bénéficiaires et proches aidants ayant participé à ces entretiens sont présentées dans le Tableau 13.

Tableau 13 Caractéristiques des bénéficiaires et proches aidants ayant été interrogés

Caractéristiques	Répondants (n=9)
Sexe du bénéficiaire	Femme 5
	Homme 4
Age du bénéficiaire	80-89 ans 9
Identité de la personne ayant participé à l'entretien	Bénéficiaire seul 3
	Couple de bénéficiaires 4
	Proche aidant seul 1
	Proche aidant avec bénéficiaire 1
Etat civil du bénéficiaire	Marié/veuf/divorcé
	Divorcé 1
	Veuf 2
Profil de fragilité du bénéficiaire	Marié 6
	Fragile/Robuste
	Fragile 3
Réévaluation	Robuste 6
	Bénéficiaires ayant eu au moins une réévaluation 7
Score BoC du bénéficiaire	Score de 1 à 6 au moment de l'entretien
	Score 2 3
	Score 3 1
	Score 4 1
	Score 5 2
	Score 6 2
Lieu de vie	Domicile 7
	Appartement surveillé 1
	EMS 1
Présence d'autres acteurs	NOMAD/aide à domicile 9

Typologie de vulnérabilités

L'analyse des entretiens révèle une variabilité entre bénéficiaires selon les différences rapportées en termes de vulnérabilité psychique, physique (mobilité), sociale et financière. Trois niveaux de vulnérabilité des bénéficiaires peuvent être distingués (Tableau 14). Cette typologie ne recouvre pas totalement les profils BoC. Au vu du nombre réduit de bénéficiaires ayant été interrogés, cette typologie n'a pas vocation à être généralisée à l'ensemble de la population concernée par l'AROSS, mais elle permet d'analyser la manière dont l'AROSS répond à des besoins différenciés. Ainsi, nous avons constaté dans les entretiens réalisés que, plus les personnes sont en situation de vulnérabilité, plus elles perçoivent l'intérêt des prestations de l'AROSS.

Tableau 14 Typologie des répondants en fonction de leurs vulnérabilités

	Vulnérabilité faible n=3	Vulnérabilité moyenne n=4	Vulnérabilité élevée n=2
Situation psychique	Le bénéficiaire est autonome, se décrit comme une personne joyeuse, perçoit sa vie quotidienne de manière positive.	Le bénéficiaire se sent parfois seul, sa situation de vie est gérable mais pas agréable.	Le bénéficiaire pleure souvent, se décrit comme très seul, ou a vécu une situation de deuil récemment.
Situation physique (mobilité)	Mobilité importante, se déplace facilement.	Se déplace seul mais avec difficulté, ne peut pas monter des marches seul ou aller faire ses courses à pied seul.	Le bénéficiaire ne peut pas se déplacer seul.
Situation sociale	Soutien familial/de proches important. Le bénéficiaire a une bonne entente avec les personnes qui l'entourent	Un soutien est présent mais des tensions existent, par exemple le bénéficiaire refuse parfois de l'aide de ses proches, il reçoit peu de visites ou reçoit de l'aide de ses proches seulement en situation d'urgence.	Le bénéficiaire est très seul, ne reçoit aucun soutien ou n'a aucun contact social en dehors des contacts avec les professionnels de santé.
Situation financière	Le bénéficiaires n'a pas à se soucier de questions financières.	Le bénéficiaire doit faire attention à ses dépenses et doit parfois accepter une aide financière extérieure.	Le bénéficiaire est en situation financière précaire.

*Le n se réfère aux nombre de bénéficiaires et pas au nombre d'entretiens.

Nature et fréquence des contacts

La personne à la source du premier contact était un proche ou un membre de la famille (n=7), le bénéficiaire (n=1), le médecin de famille (n=3). La raison la plus fréquente pour contacter l'AROSS était **la simple volonté de connaître les prestations de l'association** et l'aide que celle-ci était en mesure d'apporter. Parmi les bénéficiaires que nous avons rencontrés, aucun ne se trouvait dans une situation d'urgence. Dans un deuxième temps, toutefois, une fois une relation de confiance établie, le recours à l'AROSS pour des urgences est courant dans le cas des bénéficiaires présentant une vulnérabilité moyenne ou élevée. Même lorsqu'une situation est prise en charge par une autre institution, certains bénéficiaires font ainsi appel à l'AROSS pour être accompagnés dans leurs démarches.

La fréquence de contacts varie également selon le niveau de vulnérabilité du bénéficiaire. **Les bénéficiaires à vulnérabilité faible ont de rares contacts** avec l'AROSS (un ou deux contacts), ne l'estimant pas nécessaire. Ces personnes déclarent solliciter de l'aide directement auprès d'institutions de santé (NOMAD, hôpitaux, médecin de famille, etc.) lorsque la situation nécessite une assistance clairement définie. Etre orienté, recevoir une information ou du soutien pratique ou moral dans leurs démarches n'est souvent pas perçu comme essentiel pour cette catégorie de bénéficiaires qui recourent plutôt à leurs proches (enfants, partenaire etc.). **Ces personnes peinent à identifier l'intérêt de l'association:** « *Moi j'aimerais comprendre le rôle d'AROSS. [...] Si je me casse une jambe ou comme ça et bien, il y a l'ambulance qui vient me chercher et qui m'emmène à l'hôpital et AROSS ne fait rien là.* »

Les bénéficiaires à vulnérabilité moyenne expliquent maintenir **un contact fréquent** avec l'association. Ces bénéficiaires font le plus souvent appel à l'AROSS pour des questions administratives et logistiques mais peuvent également être soutenus par l'AROSS dans des démarches plus conséquentes, telle une entrée en EMS. Les contacts se déroulent généralement en face à face, parfois dans les locaux de l'AROSS. Certains contacts se font par téléphone, lorsque le bénéficiaire a des questions ou des soucis de moindre importance. Pour ces bénéficiaires, la **qualité du contact** avec les collaborateurs et collaboratrices de l'AROSS est importante et est un gage de confiance : « *Mais si j'ai besoin d'un renseignement, oui, oui. Je- oui, je m'informe auprès d'AROSS parce que j'ai un bon contact.* »

Pour les personnes à vulnérabilité élevée, le contact est **moins fréquent** que chez les bénéficiaires à vulnérabilité moyenne. La prise de rendez-vous se fait le plus souvent par téléphone mais pour **des questions plus graves et/ou urgentes**. Les personnes rencontrées rapportent ainsi des problèmes plus conséquents comme une entrée en institution urgente, une hospitalisation, ou encore des modifications importantes à domicile afin de pouvoir y rester plus longtemps. Dans ce type de situation, **la famille est souvent aussi concernée** et bénéficie également des prestations de l'AROSS, par exemple, l'organisation d'un court séjour en EMS afin de permettre aux proches de prendre des vacances. Cette catégorie de bénéficiaires décrit également la manière dont l'AROSS leur apporte parfois une aide pratique telle que l'organisation de la prise de médicaments, un suivi relatif aux soins médicaux post-hospitalisation, etc. Des entretiens formels en face à face sont alors fixés pour faire le point sur la situation.

Déroulement des entretiens d'évaluation et d'orientation

Les personnes à vulnérabilité faible rencontrées dans le cadre de cette étude **ne perçoivent pas l'intérêt de ces entretiens** et se montrent assez perplexes quant à leur plus-value quand une autre institution comme NOMAD, est présente.

Les bénéficiaires à vulnérabilité moyenne ou élevée décrivent au contraire **les entretiens d'évaluation comme appréciables**. Ils interviennent rapidement et débouchent sur des réponses et propositions très concrètes de l'AROSS. L'association est décrite comme rapide et efficace. Elle est perçue comme un facilitateur lors de procédures complexes ou lourdes d'un point de vue administratif. Cette rapidité a notamment été fort appréciée lors de situations d'urgences. Finalement, ces bénéficiaires ou leurs proches aidants se décrivent satisfaits des réponses et

propositions données par l'AROSS, surtout la variété des options proposées et la possibilité de choisir parmi elles.

Apports de l'AROSS

Cette partie concerne principalement les bénéficiaires qui présentent une vulnérabilité moyenne ou élevée (n=6), les bénéficiaires présentant une vulnérabilité faible peinant à distinguer une valeur ajoutée de l'association par rapport à d'autres intervenants.

Tous les bénéficiaires de ces catégories estiment que les professionnels de l'AROSS sont **à l'écoute et respectueux de leurs besoins**. Leurs discours témoignent d'une grande confiance en l'association. C'est un élément qui démarque l'AROSS d'autres institutions de santé car, selon les personnes interrogées, son mode de fonctionnement ne reproduit pas le même schéma d'autres organisations de santé décrites comme peu à l'écoute des perceptions et demandes des patients, voir même « *déshumanisant* ».

Le travail de suivi accompli par l'AROSS est très apprécié des bénéficiaires rencontrés. Ce travail est conséquent et important aux yeux de nos interlocuteurs : aide après une intervention chirurgicale, réponse aux questions sur la prise de médicaments ou sur certains soins prescrits par un professionnel de santé, autant de gestes qui garantissent une continuité des soins.

Les bénéficiaires perçoivent également le rôle de l'AROSS **dans l'amélioration de leur qualité de vie**. L'AROSS apporte un soutien au quotidien et rassure les bénéficiaires qui se décrivaient comme « seuls » face à leur perte de mobilité, à leur dégradation physique, ou leur isolement. Ces situations peuvent être parfois particulièrement décourageantes, poussant certains à faire la démarche d'entrer en EMS même si celle-ci n'est pas souhaitée. L'AROSS leur propose alors des prestations dont ils ignoraient l'existence et qui leur permettent de rester au domicile plus longtemps ou de vivre plus confortablement. Certains déclarent ainsi qu'ils se sentiraient « *démunis sans l'association* ».

En revanche, les bénéficiaires **ne connaissent pas bien les missions de l'AROSS** et ne perçoivent pas ce que recouvre le rôle de coordination de l'association. Le processus d'évaluation lui-même n'est pas toujours perçu en tant que tel par les bénéficiaires qui n'ont pas eu conscience d'avoir été évalués.

Les entretiens révèlent donc une perception très positive de l'association par les bénéficiaires, en particulier par ceux qui présentent une vulnérabilité moyenne ou élevée. L'approche centrée sur les besoins et perception des bénéficiaires de l'AROSS permet d'établir une relation de confiance avec les personnes âgées qui ont plus de facilité à se confier ou à signaler les problèmes (petits et grands) qu'ils peuvent confronter au quotidien. En revanche, les autres bénéficiaires, qui contactent l'association avec une demande précise, perçoivent peu l'intérêt de la démarche entreprise par l'AROSS et sa valeur ajoutée dans le dispositif socio-sanitaire.

5.4 Benchmarking avec des données nationales et internationales

5.4.1 Constats issus de la littérature internationale

La recherche documentaire menée dans la littérature scientifique et la littérature grise internationale a permis d'identifier environ 80 documents qui traitent de différents aspects liés à l'intégration ou à la coordination des soins. En effet, les évolutions démographiques et épidémiologiques, l'augmentation des dépenses de santé et les difficultés des systèmes de santé à répondre aux besoins des publics vulnérables, en particulier des patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques, imposent de repenser fondamentalement les modes d'accompagnement et de prise en charge en matière de santé. Tous les pays industrialisés se sont actuellement engagés dans le soutien aux initiatives visant davantage de coordination ou d'intégration des soins.

Ces initiatives sont toutefois extrêmement hétérogènes et portent sur des modes d'organisation très différents selon les contextes où elles se développent et s'implantent. Il serait peu opportun de vouloir comparer les différentes initiatives entre elles sans prendre en compte le système de santé dans lesquelles elles s'inscrivent. Une initiative menée avec succès dans un pays ou une région pourra par ailleurs rarement être reprise telle quelle et nécessitera une analyse précise des conditions d'implantation, en intégrant les relations de collaborations existantes, la forme et la densité du réseau socio-sanitaire, les besoins de santé spécifiques de la population, les contraintes budgétaires et économiques.

Enfin, la littérature disponible se présente en deux catégories principales : d'une part les articles scientifiques discutant de l'efficacité et de l'efficience des initiatives de soins intégrés et d'autre part un nombre abondant de rapports ou guides visant à faciliter le développement d'initiatives de soins intégrés. On trouve en revanche peu de descriptifs de projets mis en place qui permettraient de procéder à un comparatif des modalités de mise en œuvre entre le projet de l'AROSS et des initiatives menées à l'étranger ou de formuler des recommandations précises sur certains aspects du projet.

Face à ces constats, nous avons orienté notre analyse de la littérature disponible sur quelques thèmes qui nous sont apparus comme pertinents, durant la phase de collecte d'informations sur le projet de l'AROSS, pour mettre en perspective les résultats de la phase pilote et permettre de faire émerger des pistes d'amélioration. Les données de la littérature ont ainsi été synthétisées, de manière à faciliter la comparaison avec le projet de l'AROSS sur les dimensions suivantes :

- Caractéristiques communes aux initiatives de soins intégrés ;
- Niveaux de coordination et d'intégration des soins ;
- Périmètre, file active et taille de l'équipe adéquats ;
- Services et prestations proposés ;
- Portage et financement ;
- Efficacité et performance des initiatives de soins intégrés ;
- Obstacles et leviers pour favoriser la coordination et l'intégration des soins.

Caractéristiques communes aux initiatives de soins intégrés

De manière globale, il existe une multitude de concepts et d'expressions pour désigner la coordination et/ou l'intégration des soins. Dans leur revue de littérature, Armitage et collègues²⁶ identifient ainsi plus de 175 concepts ou définitions différentes de l'intégration qui, tous, insistent toutefois sur la continuité des soins dans le système de santé. Un même terme, comme « réseau de soins », peut renvoyer, selon les contextes, à des définitions et à des réalités différentes, depuis la désignation de l'ensemble des professionnels situés sur un territoire donné jusqu'à une organisation spécifique, définie et régie par des législations. Malgré la diversité des modèles et des types d'organisations coordonnées ou intégrées, un certain nombre de caractéristiques communes ressortent de la documentation examinée²⁶⁻³².

Ces initiatives s'efforcent toutes en effet de :

- Mettre **le focus sur le patient et sur les soins primaires** : la mise en réseau ou la coordination doit faciliter la prise en compte des besoins du patient, fluidifier son parcours de santé tout au long du continuum de soins en incluant la prévention primaire et secondaire et la protection de l'autonomie et devrait limiter les hospitalisations et l'institutionnalisation ;
- Offrir les services appropriés à une population donnée au moment où les patients en ont besoin et en **graduait leur intervention en fonction des besoins** : cela se traduit par une réflexion sur l'accès matériel aux soins et aux services, par la mise en place quasi-systématique d'une évaluation multidimensionnelle des patients et par le développement d'une gamme de services incluant des programmes de *disease management* ou de *case management* ;
- Développer **des partenariats** entre les services de santé et les services sociaux, entre les différents types de professionnels et d'établissements : ces partenariats peuvent être plus ou moins étendus selon les modèles ou les situations ;
- Utiliser des **directives de traitement (guidelines)** structurées et fondées sur les preuves qui constituent un outil collaboratif de prise en charge et d'amélioration de la qualité de l'accompagnement ;
- Mettre en place un **pilotage et des outils de gouvernance** : dans la plupart des cas, ce pilotage est transmis à une équipe dédiée, formée au management de projet ou à la coordination, mais il ne se traduit pas systématiquement par la création d'une nouvelle entité ;
- Utiliser et développer des **technologies de l'information** pour faciliter le partage des informations entre intervenants et évaluer la performance des partenaires ;
- **Partager la responsabilité dans l'atteinte des objectifs et de la performance** entre les intervenants : cette caractéristique, qui est un ingrédient fondateur des *Accountable Care organizations* (ACOs) américaines, se retrouve dans la plupart des organisations collaboratives qui s'efforcent, avec les contraintes réglementaires et législatives en vigueur dans leur contexte, de mettre en place des incitatifs financiers fondés sur la plus-value de la coordination et de l'intégration ;
- Favoriser **la participation du patient et son autogestion**.

Le Tableau 15 observe la manière dont ces caractéristiques se concrétisent dans le projet de l'AROSS et pointe quelques améliorations possibles.

Tableau 15 Comparaison du projet de l'AROSS au regard des caractéristiques communément présentes dans des initiatives de soins intégrés

Caractéristiques communes aux initiatives de soins intégrés	Déclinaison de ces caractéristiques dans le projet de l'AROSS
Focus sur le patient	L'évaluation holistique de la personne âgée intègre la prise en compte de son environnement et de ses préférences.
Fluidifier le parcours de santé en intégrant la prévention primaire et secondaire	Si la prévention de la fragilité est un des objectifs de l'AROSS, l'association intervient davantage à l'heure actuelle sur des situations où l'état de santé est déjà dégradé. L'aspect de prévention primaire est peu développé.
Graduation des interventions en fonction des besoins	Les recommandations sont adaptées au type de demande, au contexte et au niveau de fragilité de la personne. Des outils de repérage de la fragilité existent mais ne sont pas utilisés pour graduer les interventions (évaluations / orientations ou profilage sur dossier).
Développement de partenariats entre les services de santé et les services sociaux, entre différents types de professionnels et d'établissements	Des procédures collaboratives existent avec la plupart des acteurs du réseau socio-sanitaire présents sur le territoire de la phase pilote. Certaines situations (relations avec le CNP, situations où NOMAD intervient avant l'intervention de l'AROSS) posent toutefois des questions de rôles et responsabilités. Des partenariats pourraient être renforcés avec les acteurs privés des soins et de l'aide à domicile, les associations de bénévoles ou d'autres professionnels du secteur social ou sanitaire (ex. : pharmaciens, physiothérapeutes, etc.)
Utilisation de directives de traitement (guidelines) structurées et fondées sur les preuves comme outils collaboratifs	Non.
Existence d'un pilotage centralisé et d'un outil de gouvernance clairement identifié	Le comité de l'AROSS permet une représentation des principaux partenaires du réseau socio-sanitaire.
Utilisation de technologies de l'information	Les outils utilisés pour faciliter l'échange et le partage d'information apparaissent simples d'utilisation pour l'équipe de l'AROSS, mais peu maniables et peu adéquats pour les partenaires.
Partage de la responsabilité dans l'atteinte d'objectifs	Non.
Renforcement de la participation du patient et de son autogestion	Les compétences et ressources de la personne âgée ont mises en avant dans le cadre de l'évaluation, favorisant le maintien à domicile. En fonction des prestations de prévention et d'autogestion disponibles sur le canton, cet aspect pourrait être renforcé par l'AROSS.

Niveaux de coordination et d'intégration des soins

Plusieurs typologies coexistent pour caractériser les initiatives de soins intégrés en fonction du niveau de coordination ou d'intégration qu'elles visent ou parviennent à obtenir. Nous en avons retenu trois qui permettent d'éclairer différentes dimensions-clé du projet de l'AROSS.

Typologie en fonction de la portée ou de l'étendue de la population couverte

Le processus de coordination ou d'intégration peut tout d'abord s'analyser en fonction de sa portée ou de l'étendue de la population couverte^{33, 34}. Trois niveaux sont alors différenciés.

- **Au niveau micro**, les professionnels de santé et du social, seuls ou avec les commanditaires, s'organisent pour délivrer des soins intégrés à certains de leurs patients et à leurs proches aidants à travers la coordination des soins, la planification des soins, l'utilisation de nouvelles technologies et d'autres approches. Les interventions peuvent être variées et diverses, en fonction des besoins identifiés des patients et de leurs aidants et de l'étendue des partenariats mis en place. Ce type d'organisation nécessite une bonne transmission de l'information, un travail de proximité entre les organisations et les professionnels et une bonne connaissance des besoins de la patientèle. Les réseaux de soins locaux, soutenus ou non par une loi, comme dans le canton de Vaud, se situent dans cette catégorie, de même que les maisons de santé pluridisciplinaires qui se déploient notamment sur le territoire français.
- **Au niveau méso**, l'objectif est de délivrer des soins intégrés à un groupe ou à une population particulière (personnes âgées, diabétiques par exemple) grâce à des parcours de santé ou d'autres approches similaires. Ce mode d'organisation suppose le regroupement de patients présentant des besoins ou des risques similaires (par exemple des personnes âgées ou des enfants, des personnes présentant plusieurs maladies chroniques) et le développement de services ajustés. Les programmes de *disease management* ou les *Health Management Organization (HMO)* sont des exemples de coordination et d'intégration des soins au niveau méso. **En centrant son activité sur une population et un territoire parfaitement définis, l'AROSS intervient également au niveau méso.**
- **Au niveau macro**, les soins intégrés sont délivrés à l'ensemble d'une population donnée à travers une gamme complète de services, incluant des interventions spécifiques pour les groupes de personnes vulnérables. Ce mode d'organisation, illustrée par la Kaiser Permanente aux Etats-Unis³¹, nécessite de disposer de données populationnelles précises pour identifier les besoins et suivre l'impact, de budgets par populations (et non à l'acte) ; il suppose également d'impliquer les communautés locales et un vaste éventail de partenaires en dehors du secteur sanitaire pour promouvoir la santé dans ses multiples dimensions.

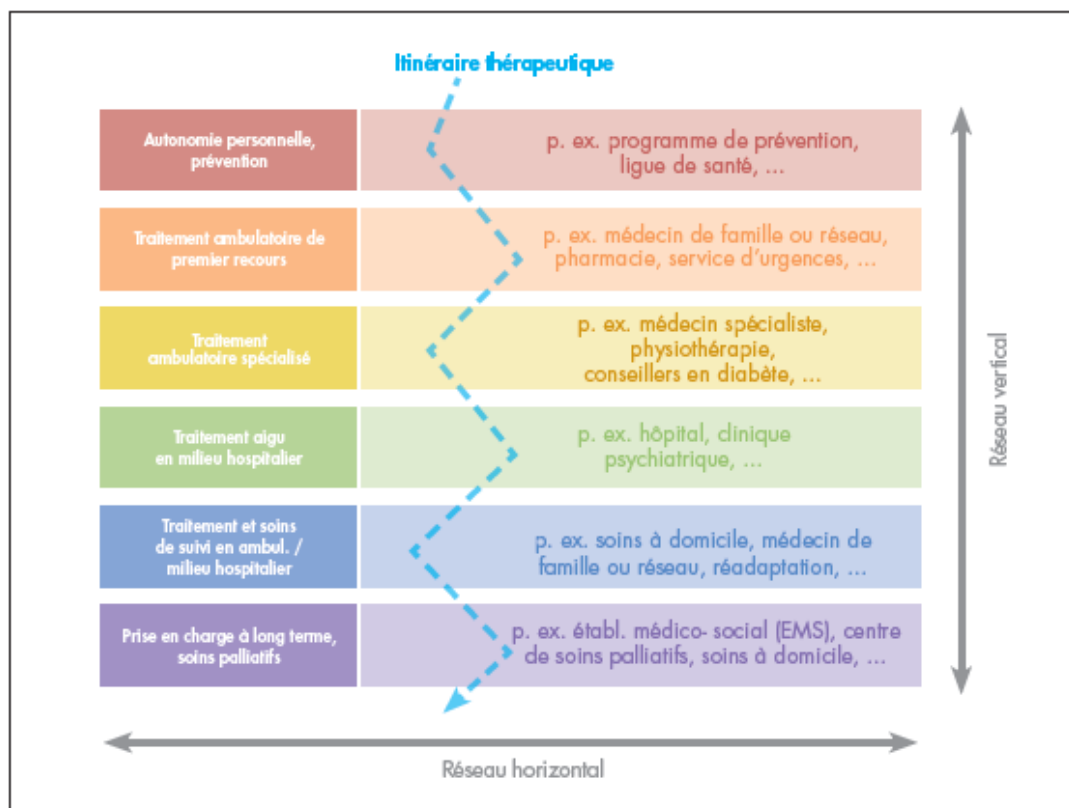
Typologie selon les partenaires mobilisés dans la coordination

La coordination ou l'intégration peut se faire de manière **verticale** ou **horizontale**^{35, 36}. L'intégration horizontale relie des services ou des professionnels qui se trouvent au même niveau dans le

processus de prise en charge, par exemple un cabinet de médecine générale et des soins à domicile ou plusieurs établissements médico-sociaux entre eux. L'intégration verticale, quant à elle, favorise les relations et la coordination entre des organisations qui se trouvent à des niveaux différents, soit hiérarchiquement soit en termes de parcours, par exemple des médecins de famille et des spécialistes, des hôpitaux et des soins de ville (Figure 38).

L'AROSS vise une intégration horizontale et verticale. Elle s'efforce en effet de favoriser la collaboration entre l'ensemble des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées (médecins de famille, NOMAD, infirmiers indépendants, associations bénévoles, structures d'accueil temporaires). Sur ce plan, son rôle se retrouve en collusion avec la mission de coordination confiée par la loi à NOMAD²³. Par ailleurs, l'AROSS intervient en amont et en aval des hospitalisations et des placements en long séjour, favorisant ainsi une intégration verticale des services. Il en résulte un chevauchement possible de missions avec les services sociaux et de liaison des hôpitaux. Sa position d'intermédiaire entre les structures hospitalières et les EMS est globalement bien perçue, mais pourrait être renforcée par des outils informatiques collaboratifs plus performants. Cette double finalité est donc possible et accessible à terme, moyennant une définition claire du rôle et des missions de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire et un renforcement des outils collaboratifs.

Figure 38 Intégration horizontale et verticale



Source : Forum Managed Care (2014)

Une typologie selon le degré de coopération et d'intégration

L'intégration peut enfin être envisagée comme un ensemble d'états ou d'étapes allant de la totale fragmentation à la pleine intégration du système de santé^{26, 37}. Boon et collègues³⁷ distinguent par exemple sept états ou étapes allant de pratiques parallèles, où les professionnels et organisations ne collaborent pas voire s'ignorent mutuellement, à des pratiques pleinement intégrées. Le *Center for Integrated Health Solutions*³⁸ propose quant à lui cinq degrés de collaboration (Figure 39) :

- La collaboration minimale où les systèmes et les lieux sont séparés et où la communication entre professionnels est limitée ;
- La collaboration basique à distance, avec une transmission périodique d'informations écrites ;
- La collaboration basique sur site, où les professionnels partagent les mêmes locaux et/ou se rencontrent régulièrement ;
- La collaboration proche partiellement intégrée caractérisée par des protocoles partagés et des échanges plus formalisés ;
- Et enfin une pleine intégration des pratiques.

Comme les entretiens et focus groupes l'ont montré, le projet de l'AROSS permet une amélioration de la collaboration, en particulier leur permettant aux différents partenaires d'avoir une vue globale sur les situations individuelles de leurs patients. Cette collaboration demeure cependant le plus souvent bi-directionnelle, ainsi que l'a mise en évidence l'analyse des échanges sur la plateforme VIVATES. Elle est teintée de méfiance ou de craintes de certains professionnels quant à une possible perte d'autonomie ou d'activités liée au développement de l'AROSS. Actuellement, le projet de l'AROSS se situe donc à un niveau intermédiaire de collaboration, définie comme « collaboration basique ». Le développement d'outils collaboratifs, tant sur le plan informatique qu'en termes de procédures et de plans de traitement, devrait permettre au projet de franchir un palier supplémentaire et d'aller vers une collaboration rapprochée.

Figure 39 Description des cinq degrés de collaboration

MINIMAL COLLABORATION	BASIC COLLABORATION FROM A DISTANCE	BASIC COLLABORATION ONSITE	CLOSE COLLABORATION/ PARTLY INTEGRATED	FULLY INTEGRATED
<ul style="list-style-type: none"> » Separate systems » Separate facilities » Communication is rare » Little appreciation of each other's culture <p><i>"Nobody knows my name. Who are you?"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> » Separate systems » Separate facilities » Periodic focused communication; most written » View each other as outside resources » Little understanding of each other's culture or sharing of influence <p><i>"I help your consumers."</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> » Separate systems » Same facilities » Regular communication, occasionally face-to-face » Some appreciation of each other's role and general sense of large picture » Mental health usually has more influence <p><i>"I am your consultant."</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> » Some shared systems » Same facilities » Face-to-Face consultation; coordinated treatment plans » Basic appreciation of each other's role and cultures » Collaborative routines difficult; time and operation barriers » Influence sharing <p><i>"We are a team in the care of consumers"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> » Shared systems and facilities in seamless bio-psychosocial web » Consumers and providers have same expectations of system(s) » In-depth appreciation of roles and culture » Collaborative routines are regular and smooth » Conscious influence sharing based on situation and expertise <p><i>"Together, we teach others how to be a team in care of consumers and design a care system."</i></p>

Source : Center for Integrated Health Solutions (2013)³⁸

Périmètre, file active et taille de l'équipe adéquats

Périmètre

Les soins coordonnés sont majoritairement ancrés **au niveau local** ou, tout du moins, **infra-régional**. L'organisation au niveau régional est en effet considérée comme la clé d'une nouvelle répartition de l'offre de soins permettant à la fois de contenir les dépenses, de réduire les inégalités sur le territoire et de permettre une véritable coordination des intervenants en santé. Cette régionalisation s'accompagne d'un pilotage particulier des réseaux de santé de manière générale et présente des spécificités selon les thématiques abordées³⁹.

En France, l'accréditation et le financement des réseaux de santé se font au niveau régional, par les Agences régionales de santé (ARS) qui contractualisent avec les prestataires de soins pour assurer la fonction d'appui à la coordination³⁰. En Grande-Bretagne, le système de santé est historiquement géré localement. Des initiatives récentes ont encore renforcé le développement d'approches locales pour le financement et l'offre de services publics, avec un accent sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé et la création de larges alliances dépassant le secteur sanitaire ou médico-social : les commissions municipales de Londres et de Liverpool ont par

exemple des plans ambitieux pour coordonner les services publics de la ville et au sein des différents quartiers³⁴.

Des évolutions similaires se dessinent en Australie, au Canada, ainsi qu'en Italie. En Suisse, et comme nous le verrons plus bas (cf. § 5.4.2), les exemples de réseaux de santé en activité sont infra-régionaux, à l'instar des réseaux vaudois, voire locaux, comme le réseau de médecins PizolCare dans le canton d'Argovie (Source : <http://www.pizolcare.ch/>).

Le déploiement du projet de l'AROSS sur l'ensemble du canton de Neuchâtel ne pourra ainsi faire l'économie d'une structuration régionale, afin de s'adapter aux contextes géographiques et locaux. Si un seul établissement est *in fine* créé, des antennes dans les différents districts pourraient permettre un ancrage local. Ces antennes devraient se mettre en place, idéalement, dans les locaux d'acteurs déjà existants (par exemple : NOMAD ou hôpitaux), afin de faciliter les synergies entre les professionnels.

File active

De manière générale, il est admis que la fonction de coordination ou d'intégration est difficilement envisageable à grande échelle en raison du coût et de l'impact : elle ne serait en effet pas utile dans la majorité des cas dans lesquels les acteurs de l'offre de soins assurent eux-mêmes la coordination des soins³⁰. Le ciblage d'une population âgée, sur un territoire donné, comme c'est le cas dans le projet pilote de l'AROSS, apparaît ainsi comme une stratégie pertinente pour renforcer la coordination des soins.

L'évaluation des réseaux de santé français fait état d'une **grande variabilité du nombre de patients inclus**, généralement assez faible au regard des missions étendues qui sont dévolues à ces structures³⁰. En 2014, 185'160 patients ont ainsi été suivis par les réseaux de santé sur l'ensemble du territoire avec une moyenne de 528 patients suivis par réseau de santé. La file active varie selon la spécialité du réseau de santé : en moyenne 613 par réseau dans les réseaux de gérontologie, 1'000 par réseau handicap, 634 par réseau polyvalent et 218 par réseau de soins palliatifs⁴⁰.

La gestion de cas est, quant à elle, **limitée aux situations les plus complexes, sans critère d'âge**. Il n'existe pas de consensus quant au nombre de patients à suivre pour une gestion de cas. Pour les personnes âgées de 60 ans et plus, et à titre indicatif, on peut estimer que 5% environ relèvent d'une gestion de cas. La proportion des personnes âgées dont la prise en charge nécessite une coordination active est estimée à 30% selon les critères retenus dans l'étude Prisma²⁹. Le guide britannique sur le *case management* évoque entre 50 à 80 personnes suivies dans une gestion de cas, une situation qui se retrouve également dans les expérimentations des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (MAIA), en France²⁹.

L'AROSS avait ciblé **sur une file active de 270 à 300 bénéficiaires âgés par an** ; ces prévisions se sont avérées globalement justes. Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, soit en dix-huit mois d'activité, l'AROSS a été en contact avec 364 bénéficiaires (288 en 2016 et 160 sur les 6 premiers mois de 2017) et a réalisée 330 évaluations ou profilage sur dossier, soit une file active de 100 bénéficiaires par an. Toutefois, le périmètre restreint de l'AROSS, produisant une double prise en charge pour certains établissements, et le manque de collaboration des médecins de famille, peuvent avoir limité l'accès à l'AROSS d'une partie de la population cible. L'estimation du départ

nous semble pouvoir être conservée dans la phase de déploiement. Elle pourrait sans doute être revue à la hausse quand le projet aura atteint sa maturité.

Équipe dédiée

On trouve peu d'indications, dans la littérature, sur la taille adéquate de l'équipe chargée de la coordination ou de l'intégration des soins. Les données disponibles proviennent de la France. Le rapport de la FREGIF⁴¹ de 2011 fait ainsi le bilan de la composition des équipes des réseaux gérontologiques en Ile-de-France. Ils sont constitués de 6 ETP en moyenne par réseau, répartis en trois pôles : un pôle « santé » (3 ETP/ réseau) regroupant un gériatre et/ou un infirmier coordinateur, un psychologue ou neuropsychologue et/ou un ergothérapeute ; un pôle social (0.5 ETP/ réseau) représenté par un assistant social et/ou un conseiller en économie sociale et familiale (0.5 ETP/réseau) ; et d'un pôle administratif (2 ETP / réseau) avec un directeur et d'un assistant de coordination.

Le rapport du Fond d'intervention régional (FIR), qui est le principal financeur des réseaux de santé en France, rapportait le nombre moyen d'ETP par réseau. En 2014, les réseaux de santé s'appuyaient sur 4 ETP en moyenne, un nombre variable selon la spécialité du réseau : les réseaux de gérontologie comptaient par exemple 4.7 ETP en moyenne, les réseaux handicap 5.7 ETP et les réseaux polyvalents 5.1 ETP⁴⁰.

Le rapport préparatoire à la création d'un réseau de santé dans le canton de Neuchâtel¹ proposait un estimatif des ETP nécessaires à partir d'une part des besoins identifiés et du nombre d'heures estimé et d'autre part de la comparaison avec les ressources affectées pour les réseaux de santé vaudois^m. Sur cette base, et pour une file active estimée d'environ 2'500 personnes âgées de 75 ans et plus, la dotation en effectif devait se situer entre 26 et 34 ETP.

Par ailleurs, il semble délicat, à ce stade du projet, de réaliser des projections en termes de ressources humaines et financières pour le déploiement du projet. Plusieurs composantes du projet, qui influenceront de façon marquante les ressources nécessaires, nécessitent en effet d'être redéfinies (cf. Chapitre 7). Le nombre d'EPT nécessaire dépendra notamment du nombre d'entretiens d'évaluation qui seront réalisés, de leur durée et de la périodicité de la réévaluation proposée.

Services et prestations

Les services et prestations fournies par les initiatives de soins intégrés découlent des objectifs et missions qui leur sont confiées. Globalement, les initiatives de soins intégrés proposent :

- **De l'information et des conseils en termes d'orientation** pour les patients, leurs familles et pour les professionnels : cette prestation peut prendre la forme d'un service spécifique au sein du réseau, à l'instar des Bureau régionaux d'information et d'orientation (BRIO) dans les réseaux de soins vaudois, ou être assurée par un membre du réseau de santé, par

^m « 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 ETP pour 1000 habitants de plus de 75 ans et de 1.7 ETP pour 1000 habitants de plus de 75 ans pour les réseaux ARC, RNB et PSHL. (...) Appliquée au canton de Neuchâtel dont la population âgée de plus de 75 ans est de 15 703, la dotation représente 31.4 ETP ou 26.70 ETP selon le modèle de calcul retenu. »¹

exemple par les Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) en France. Elle n'implique pas forcément d'évaluation des besoins ;

- **Le repérage de patients en situation complexe**, au moyen d'une évaluation multidimensionnelle et pluridisciplinaire, en collaboration avec les professionnels et autres acteurs du territoire ;
- **L'élaboration du parcours de santé** ou du plan personnalisé et sa réévaluation régulière ;
- **L'organisation de la concertation pluridisciplinaire** des acteurs concernés et de l'accès aux services adaptés ;
- L'organisation des **transitions entre la ville et l'hôpital**, entre les établissements de santé et entre les différents services.

Ces différentes prestations sont fournies par l'AROSS, à l'exception du plan personnalisé ou du parcours de santé qui mériterait, ainsi que nous l'avons dit précédemment, d'être adopté comme outil collaboratif, en particulier, pour les situations complexes.

Les initiatives de soins intégrés ont également pour mission **d'apporter un appui aux différents intervenants** auprès du patient. Cette fonction d'appui à la coordination peut prendre des formes variées :

- **Aides à la pratique** : mise à disposition des professionnels de soins primaires des protocoles et des référentiels de bonnes pratiques ; actualisation et mise à disposition d'un répertoire des ressources utiles à l'orientation des patients et à l'organisation des parcours ;
- **Accompagnement à la démarche qualité** : intervention de facilitateurs ou de coaches ; mise en place de groupes qualité ;
- **Aides à la réalisation de procédures cliniques**, notamment par la réalisation d'évaluation multidimensionnelle ;
- **Programmes d'éducation thérapeutique** du patient ou de *disease management*, à l'instar de l'implantation du programme cantonal Diabète dans le canton de Vaud ;
- **Formation continue** à la collaboration interprofessionnelle et à l'amélioration des pratiques.

Sur ce plan, l'AROSS pourrait certainement renforcer son action auprès des professionnels et des partenaires, notamment pour sensibiliser et/ou former au repérage de la fragilité ou pour faciliter la mise en œuvre de groupes interprofessionnels.

Enfin, le réseau de santé peut favoriser **la bonne articulation entre la ville et l'hôpital** et avec les intervenants du secteur sanitaire, médico-social et social. Les services proposés peuvent être de :

- Créer des **espaces d'échanges et de débat** ;
- Contribuer à **la réponse aux situations d'urgence ou très spécifiques** en appui du médecin traitant ;
- **Repérer les besoins sanitaires et médico-sociaux non couverts** sur le territoire.

Cette dimension a été plébiscitée par bon nombre de professionnels et de partenaires que nous avons rencontrés. L'AROSS est perçue comme une structure pouvant en effet faciliter ces échanges

entre professionnels. Elle est également très attendue dans un rôle d'interface entre les besoins des personnes âgées et de leur entourage, des professionnels et des partenaires, et les pouvoirs politiques. Cet aspect devrait être renforcé dans le cadre du déploiement du projet.

Dans certains cas, les réseaux de santé ou les autres formes d'organisation des soins coordonnés peuvent également proposer **des prestations de soins**. C'est le cas de certains réseaux de santé français, malgré une volonté forte de limiter ce type de prestations et de recentrer les réseaux sur une fonction d'appui à la coordination³⁰. Ce point apparaît nettement plus problématique dans le cadre du projet de l'AROSS et constitue le principal point d'achoppement entre l'AROSS et certains de ses partenaires.

Portage et financement

Formes de gouvernance et portage

Les aspects organisationnels des réseaux ou des modes d'organisations coordonnées et intégrées sont rarement abordés par la littérature^{42, 43}, à l'exception des documents traitant des ACOs qui insistent sur les aspects financiers et de responsabilité partagée.

Sur la base d'une revue de littérature portant sur les réseaux publics, Provan et collaborateurs⁴² ont établi une **typologie des formes de gouvernance** basée sur deux dimensions. La gouvernance peut tout d'abord être réalisée par un ou des partenaires du réseau ou externalisée à une structure créée par les membres du réseau à cette fin ou mandatée par le réseau pour assurer la gouvernance. Ensuite, dans le cas où la gouvernance est gérée par un ou des partenaires du réseau, elle peut être partagée ou centralisée : les réseaux peuvent être gouvernés par un seul des membres du réseau, la gouvernance peut être partagée entre une organisation qui prendra la responsabilité de fonctions-clé et les autres partenaires, ou les différentes responsabilités peuvent être totalement partagées entre les membres du réseau sans qu'une organisation ne se démarque. On ne dispose pas d'information quant au rôle spécifique ou aux modalités d'intervention des autorités publiques dans les différentes configurations.

Sur la base de ces dimensions et des réseaux existants dans les pays anglo-saxons, ils distinguent ainsi trois types de réseaux⁴² :

- **Des réseaux gouvernés par les participants de manière partagée** (*participant-governed networks*) : certaines ACOs, et principalement celles regroupant majoritairement des professionnels de santé libéraux, se retrouvent dans ce modèle où chacun des partenaires doit assurer des fonctions de gestion, d'administration et d'animation ;
- **Des réseaux gouvernés par une organisation membre du réseau et désignée comme gestionnaire** (*lead organization-governed networks*) : c'est le cas de réseaux qui prennent appui sur une structure existante, un CLIC ou une maison de santé pluridisciplinaire par exemple. Celle-ci assure alors la gestion, l'administration et l'animation du réseau, si besoin en recourant à un coordinateur d'appui. En France, ce modèle est recommandé par la DGOS qui souhaite limiter la création de services ou de structures supplémentaires.
- **Des réseaux gouvernés par une organisation administrative créée par le réseau ou mandatée par lui** (*network administrative organization*) : la création d'une association

dédiée spécifiquement à la coordination des partenaires est une forme courante que l'on retrouve en France, en Australie, en Italie, mais également en Suisse.

C'est cette dernière forme qui a été adoptée, après une analyse comparative des différentes alternatives¹, par le canton de Neuchâtel pour le projet de l'AROSS. A l'époque, plusieurs raisons avaient été avancées, qui restent valables à l'heure actuelle et au vu des entretiens et focus groupes que nous avons menés :

- « *La nature de l'activité est différente entre un système de soins et un système en réseau (...)* ;
- « *Les métiers au sein de ces systèmes sont également différents (...)* ;
- « *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 (...)*.
- « *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.* »¹

Modalités de financement

A de rares exceptions près, les initiatives de soins intégrés sont financées, au moins en partie, par l'Etat. C'est également le cas en Suisse comme nous le verrons ci-dessous. **Les modalités de financement public** des initiatives de soins intégrés sont régies par des lois, ordonnances ou circulaires dans tous les pays où elles sont mises en place. Le plus souvent, l'autorité de tutelle contractualise avec le réseau de santé, ce contrat fixant les modalités de financement et les objectifs à atteindre.

C'est en particulier le cas en France, qui dispose depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPTS), d'un outil spécifique de contractualisation entre les ARS et les gestionnaires de réseaux de soins : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Le décret du 4 octobre 2010 prévoit les modalités de mise en œuvre de ce CPOM pour les réseaux. Ainsi, celui-ci détermine pour le réseau de santé³⁰ :

- « *Les principales orientations de son projet de santé en tenant compte des objectifs issus du Projet Régional de Santé* » ;
- « *Les conditions d'organisation et de fonctionnement du réseau et ses engagements en termes de coordination en vue d'améliorer le parcours de soins des patients* » ;
- « *Ses engagements en termes d'accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient* » ;
- « *Ses engagements en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins* » ;

- « *Ses engagements en vue de renforcer l'efficacité de son organisation et de disposer d'outils de suivi et d'évaluation de la performance attendue* » ;
- « *Ses engagements en termes de développement des systèmes d'information et de transmission des données informatisées* ».

Le CPOM prévoit également les contreparties financières associées aux engagements contractuels, les engagements avec d'autres partenaires (développement des partenariats financiers avec les collectivités locales, les établissements publics) ainsi que les conditions d'évaluation et les inexécutions des engagements prévus au contrat.

Au-delà de ces aspects contractuels entre l'Etat et les porteurs de projet se pose la question du **financement des initiatives de soins intégrés**. Sheiman⁴⁴ propose, sur la base d'une revue de littérature, une typologie et des recommandations d'implantation de différentes méthodes de paiement de soins intégrés. Il opère une première distinction importante entre :

- Des **incitatifs financiers** servant à financer certaines activités de coordination ou d'intégration (gestionnaires de cas ou coordinateurs dans les programmes de *disease management*), en dehors d'une organisation formalisée ;
- Des **modèles de paiement** pour des organisations de soins coordonnés ou intégrés.

Outre le paiement à l'acte, dont Sheiman ne traite pas spécifiquement, il identifie trois méthodes ou modèles de paiement principaux :

- **Le paiement à la performance** (*pay-for-performance* ou P4P) : il ne s'agit pas d'une méthode utilisée isolément, mais elle est la plupart du temps couplée avec un autre mode de paiement (à l'acte, par capitation ou par épisode de soins). Le budget est ajusté en fonction de certains objectifs prédéfinis afin de promouvoir le travail collaboratif, l'utilisation de nouvelles technologies ou l'amélioration du système d'information, le développement de programmes de *disease management* ou de *case management*. Des bonus ou des incitatifs financiers servent à encourager les investissements structurels ou les processus de coordination.
- **Le paiement à l'épisode de soins ou au parcours de soins** (*bundled payment*) : pour un épisode de soins (par exemple : une hospitalisation + 90 jours) ou une période donnée (souvent une année), une rémunération forfaitaire globale est versée pour tous les différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge d'une pathologie ou d'un acte donné. Cette méthode de paiement vise à limiter les actes et les services inutiles et à renforcer la coordination entre les professionnels. Elle favorise le recours à des protocoles ou des référentiels cliniques fondés sur les preuves. Dans ce cadre, les indicateurs de qualité servent au monitoring de la qualité. La valeur du forfait est déterminée par appel d'offre (*Medcare Acute Episode Demonstration*) ou calculée en référence à la prise en charge standard, éventuellement ajustée sur le risque. En pratique, les expériences de paiement à l'épisode de soins concernent un nombre limité de pathologies, visent principalement la réduction des hospitalisations (USA) ou se limitent à la prise en charge ambulatoire (Pays-Bas)⁴⁵.

- **Le paiement global ou par capitation** (*global payment*) : une rémunération forfaitaire globale, le plus souvent ajustée sur le risque, est versée pour une période donnée et un nombre de patients donnés pour l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la prise en charge. Le système des ACOs est fondé sur un modèle de paiement par capitation « virtuelle » : le paiement à l'acte peut être maintenu, mais on calcule une valeur moyenne prédictive *per capita* par pathologie, ajustée sur le risque et on compare l'année suivante la croissance de la dépense réelle *per capita* à celle de la dépense théorique. Par contrat avec Medicare, si la dépense réelle est inférieure à la dépense théorique, les partenaires et Medicare se partagent les économies réalisées ; si au contraire elle est supérieure, les partenaires et Medicare se partagent les pertes.

Selon les revues de littérature existantes explorant l'impact de ces différentes méthodes de paiement sur la qualité et sur les coûts des organisations de soins coordonnés ou intégrés, **il n'existe pas de modèle significativement et isolément plus performant qu'un autre**. Dans les faits, la plupart des pays ont maintenant des systèmes de paiement mixtes, avec toutefois des proportions variables des différentes composantes : en France, en Australie, aux USA, au Canada, la rémunération reste majoritairement fondée sur le paiement à l'acte, tandis qu'en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni le paiement par capitation ou forfaitaire est plus important⁴⁵.

Les différents modes de financement des initiatives de soins intégrés évoqués ci-dessus (paiement à l'acte, par capitation, à la performance etc.) se retrouvent dans les modes de rémunération des professionnels et des organisations partenaires. Si le paiement à l'acte demeure ainsi largement usité, par exemple aux USA ou en France³, les organisations de soins coordonnés les plus intégrées recourent souvent à des modes de rémunération privilégiant le partage des responsabilités entre les différents partenaires ou l'atteinte de résultats prédéfinis.

Efficacité et efficacies des initiatives menées à l'étranger

Impacts des initiatives de soins intégrés

De manière globale, **les résultats obtenus par les initiatives de soins intégrés ne sont pas homogènes** dans la littérature. Dans certains cas, les performances financières, mesurées par le coût moyen par patient, sont meilleures dans les organisations de soins coordonnés ou intégrés qu'avec une prise en charge classique ; mais dans d'autres cas, aucune amélioration de la performance n'est relevée²⁶. Cependant, la plupart des expériences mettent en évidence une satisfaction professionnelle plus importante, une transformation des cultures professionnelles et des collaborations pluri professionnelles plus nombreuses²⁶.

Plusieurs facteurs contextuels peuvent influencer l'efficacité du réseau, et en particulier la diversité de la population bénéficiaire, les politiques publiques existantes, les caractéristiques géographiques, les cultures professionnelles et les mécanismes de financement^{26, 44}.

Selon la HAS²⁸ qui recense plusieurs évaluations ou méta-évaluations sur l'efficacité de la gestion de cas, les résultats sont mitigés. On ne constate ainsi pas d'impact sur la réduction du nombre d'hospitalisations en urgence ni sur la durée des séjours des programmes prenant appui sur des

community matron (cf. supra), même si des améliorations de la qualité de vie des bénéficiaires sont relevés.

La gestion de cas semble quant à elle efficace pour une dizaine de pathologies ou de publics spécifiques^{28, 29, 46} (Tableau 16).

Pour la phase pilote du projet de l'AROSS, compte tenu de sa durée limitée et du territoire retenu, la mesure des premiers effets portait uniquement et à juste titre sur la satisfaction. Il serait judicieux, dans le cadre du déploiement, de préciser les objectifs visés et d'identifier une série d'indicateurs à monitorer intégrant notamment des indicateurs de qualité de soins, d'autonomie, d'hospitalisations et de survie. Dans le cas d'un déploiement par phase du projet, une comparaison de plusieurs territoires sur la base de certains de ces indicateurs permettrait d'avoir une estimation de l'impact du projet et de réaliser également une analyse médico-économique.

Tableau 16 Synthèse des impacts des initiatives de soins coordonnés ou intégrés

Type d'organisations de soins coordonnés ou intégrés	Évidence d'impacts positifs sur					
	Qualité des soins	Qualité de Vie	Autonomie	Survie	Hosp	Coût
Programmes de soins intégrés (ex. GRACE, IMPACT, PACE)	X	X	X	X	X	M
Soins primaires coordonnés avec case management	X	X			M	
Disease management		X			X	
Visites préventives à domicile			X	X	X	
Evaluation et gestion de cas gériatrique	X	X	X		M	
Soins de transition hôpital - ville		X			X	X
Soins coordonnés à l'hôpital		X	X	X		

Notes: GRACE = Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders; IMPACT = Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment; PACE = Program of All-Inclusive Care of the Elders. Hosp. = nombre d'hospitalisations; M = résultats mitigés. Sources : McCarthy et al.⁴⁶

Caractéristiques des initiatives de soins intégrés efficaces

Plusieurs auteurs^{28, 29, 34, 46, 47} identifient, sur la base de revues systématiques de la littérature examinant l'efficacité ou l'efficacité des organisations de soins coordonnés ou intégrés, les caractéristiques des réseaux de santé les plus performants qui peuvent être résumées en douze points. Ces dimensions se rapprochent fortement des caractéristiques essentielles des réseaux de santé évoquées plus haut.

- **Leadership visible**, fort et consistant au niveau local permettant de créer, de soutenir et de rendre opérationnel une vision commune autour d'objectifs concrets et partagés ;
- Une **gestion populationnelle** qui prend appui sur un ensemble de données populationnelles permettant d'identifier les besoins des patients, d'ajuster les services proposés et d'évaluer la performance ;
- Une **segmentation de la population** en fonction de leurs besoins et risques, de manière à ajuster les services et à personnaliser la prise en charge ;
- Un **système d'information** facilitant la transmission et le partage d'informations de bonne qualité entre les différents acteurs ;
- Des **soins pluridisciplinaires et multiprofessionnels** délivrés par une équipe respectant l'expertise et l'apport de chacun des membres à la prise en charge globale des patients et pouvant s'appuyer sur des protocoles et référentiels cliniques partagés ;
- Des **soins intégrés** entre les services sanitaires, médico-sociaux et sociaux, entre l'hôpital et les soins de ville ;
- Des **soins fournis de manière continue**, par une équipe dédiée identifiée par le patient, sans rupture dans la prise en charge, ce qui suppose un accès aux soins fluide et facilité ;
- Une **file active adaptée** à la typologie des patients dont il s'agit de coordonner les parcours, régulièrement révisée ;
- Une **porte d'entrée unique** dans le réseau ou l'organisation de soins coordonnés ou intégrés (guichet intégré) ;
- Des **politiques publiques cohérentes** et non obstructives à la coordination et à l'intégration des soins au niveau local ;
- Des **autorités publiques engagées durablement** pour soutenir les soins coordonnés et intégrés ;
- Des **méthodes de financement** ajustées aux objectifs et aux missions des réseaux de santé, favorisant la coordination et l'intégration des soins, l'amélioration continue de la qualité de soins et la performance.

Parmi ces dimensions, certaines sont déjà présentes dans le projet de l'AROSS, qui joue un rôle de « guichet intégré » pour les bénéficiaires âgés de 65 ans et plus, les proches aidants et les professionnels dans le réseau socio-sanitaires. Elles devraient être maintenues et préservées dans le cadre du déploiement (leadership, gestion populationnelle, segmentation de la population). D'autres apparaissent, à l'issue de cette évaluation, à renforcer, et en particulier la mise en cohérence avec la PMS et la clarification des trajectoires de soins des bénéficiaires. Si des modalités de financement mixtes sont certainement à tester, le financement de l'Etat est toutefois un facteur de succès pour la poursuite du projet.

Obstacles et leviers pour favoriser la coordination et l'intégration

Les obstacles à la coordination et à l'intégration sont :

- **La multiplication des dispositifs** censés fournir une coordination d'appui, avec des dimensionnements la plupart du temps très différents en termes de prérogatives, de pilotages, de compétences, de déploiements géographiques, de modes opératoires, d'expériences, souvent sans aucune concertation avec les soins primaires supposés être les principaux bénéficiaires de ceux-ci. Dans certains territoires, coexistent ainsi de nombreuses structures qui affichent la même motivation, celle de la coordination d'appui, en particulier des cas complexes : ceci ne favorise pas l'intégration mais au contraire la compétition, voire la confrontation ou même l'opposition, en particulier quand des financements sont en jeu^{28, 29}.

Dans le cas du canton de Neuchâtel, les missions doivent être clairement définies entre les différents acteurs du réseau, ce qui passe, selon nous, par une phase de concertation et d'adaptation de la réglementation et du cadre légal.

- **Des injonctions parfois contradictoires** en termes de performance : par exemple, alors que les réseaux se voient inciter par les CPOM à répondre rapidement à toute demande d'un professionnel de santé ou d'un patient et à augmenter leur file active, les recommandations en termes de gestion de cas insistent sur un suivi réduit de 50 à 80 personnes^{28, 29}.

Il conviendra d'être vigilant lors de la redéfinition des missions de l'AROSS à ce que celles-ci ne viennent pas chevaucher des missions confiées à d'autres acteurs du réseau socio-sanitaire.

- La construction d'une intégration peut être pensée ou conçue comme une **organisation structurée par le haut**, qui peuvent rester cantonnées au monde institutionnel, sans aucun lien ni participation avec les représentants des soins primaires^{28, 29}.

Le projet de l'AROSS n'est pas seulement né d'une injonction étatique, mais de besoins identifiés par plusieurs acteurs du réseau socio-sanitaire qui ont contribué, dès le démarrage du projet, à son élaboration et à sa mise en œuvre. Cette co-construction est un des facteurs de succès de l'AROSS et doit être préservée pour la suite dans un mode de gouvernance qui permet une représentation équilibrée des différents partenaires.

- Des barrières, réelles ou perçues, peuvent exister entre les organisations et les professionnels en ce qui concerne la **transmission d'information**³⁴.

Dans le cas de l'AROSS, les systèmes d'information mis en place ne sont pas facilitateurs, à ce stade, de l'échange et de la transmission des informations.

- Une **taille critique minimale**, en termes de nombres de partenaires et de file active, est nécessaire pour créer un réseau de santé performant (ou une ACO)³².

L'ancrage régional semble important à préserver, ce qui peut se concrétiser au travers d'antennes de l'AROSS ou de la nouvelle structure.

- Les acteurs du réseau peuvent être **démunis quant aux interventions efficaces ou efficientes**, fondées sur les preuves, à mettre en place pour améliorer la qualité des soins et augmenter leur performance³².

L'AROSS peut et devrait, selon nous, jouer un rôle d'appui aux professionnels sur la diffusion de bonnes pratiques, d'organisation de séances d'échanges, de formations continues.

- Les modalités d’attribution des **financements sont parfois inadaptées** à une organisation de soins coordonnés et intégrés³⁰.
- **L’équilibre entre performance et qualité des soins** n’est pas toujours évident à trouver et à maintenir³².
- **Les contraintes réglementaires et législatives** entravent parfois le développement de soins coordonnés ou intégrés, par exemple en empêchant certaines méthodes de paiement ou certaines formes de collaboration³².

Les leviers pour implanter et pérenniser une organisation de soins coordonnés ou intégrés sont :

- Le développement **d’un modèle adapté au contexte local et à la population desservie**, ce qui nécessite un diagnostic préalable, partagé par les différents acteurs ;
- L’application **d’une stratégie de gestion du changement** pour accompagner les professionnels et les services dans l’évolution de leurs pratiques ;
- La forme de gouvernance mise en place et **la capacité de la structure porteuse de mobiliser et d’engager** des professionnels et des organisations de secteur et de culture différentes ;
- **Le développement d’une culture commune**, fondée sur la connaissance des rôles, de l’expertise et des responsabilités de chacun et au service d’objectifs clairs et partagés : la création d’ateliers de consolidation d’équipe, des réunions hebdomadaires, des formations hebdomadaires sont de bons outils pour permettre cette acculturation des équipes ;
- **Le contexte politique et la congruence entre les objectifs poursuivis aux différents niveaux du système de santé** (national, régional, local) ;
- **Des financements durables et garantis sur du long terme** ;
- **Un système d’information performant et la possibilité d’utiliser des données administratives populationnelle** ;
- **Une durée d’implantation et de maturation suffisante** : la sous-estimation du temps et des ressources nécessaires à la mise en place de soins coordonnés ou intégrés est préjudiciable à son efficacité.

5.4.2 Positionnement de l’AROSS par rapport aux initiatives de soins intégrés helvétiques

La première enquête sur les soins intégrés, menée en 2015/2016 par le Forum Managed Care, l’IUMSP et l’Obsan, a permis d’identifier 172 initiatives répondant aux quatre critères établis par les chercheurs, à savoir :

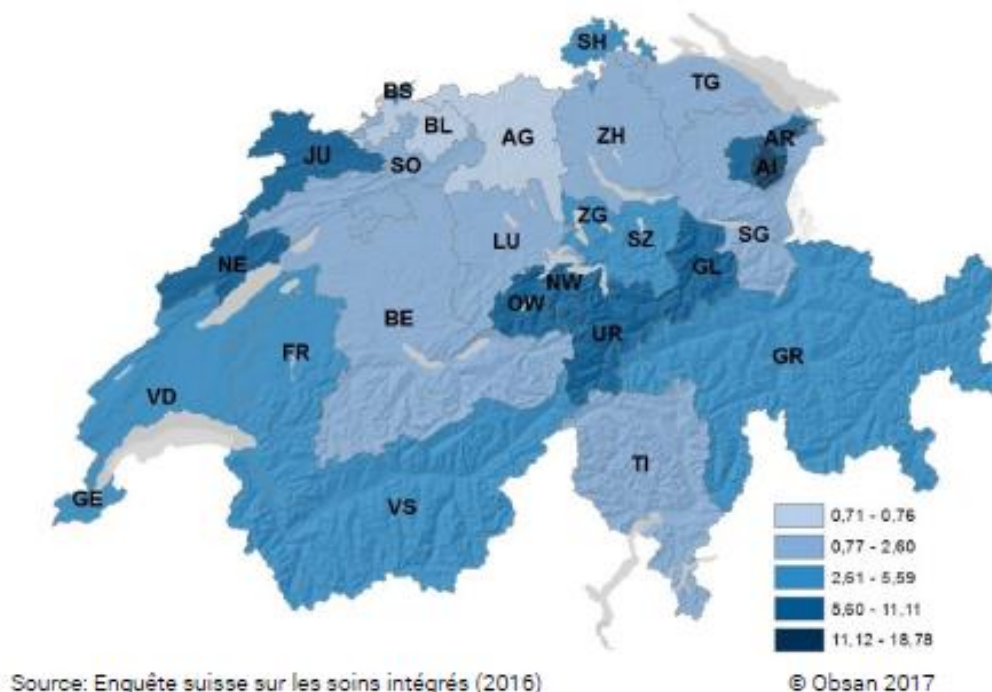
- Formalisation des principes d’intégration ;
- Intégration/coordination d’au moins deux niveaux de services de santé ;
- Participation d’au moins deux groupes de professionnels de santé différents ;
- Initiative en activité au moment de l’enquête.

Des informations ont pu être collectées sur 162 initiatives, correspondant à 155 initiatives spécifiques et 7 initiatives représentant des sous-projets du programme cantonal vaudois sur le diabète. Nous ne reprenons pas ici les résultats pour l'ensemble des initiatives recensées qui sont présentés dans le rapport de l'Observatoire suisse sur la santé (Obsan)¹⁵. L'AROSS figurant au nombre des 155 initiatives étudiées, ses caractéristiques peuvent ainsi être comparées à celles d'initiatives similaires en termes d'objectifs (transition et coordination ; n=25) ou de publics cibles (personnes âgées fragiles ; n=27). Les résultats présentés ci-dessous ont été préparés, spécifiquement pour la présente évaluation, par Mme Séverine Schusselé Fillettaz et mis en forme par l'IUMSP.

Répartition géographique

De façon générale, les 155 initiatives spécifiques recensées dans l'enquête sur les soins intégrés se limitent le plus souvent aux frontières cantonales. Le canton de Neuchâtel figure parmi les cantons rapportant un nombre absolu d'initiatives relativement faible, en comparaison des cantons de Vaud (n= 40), Zurich (n = 31), Genève (n = 20) ou Berne (n=18). Toutefois, quand on tient compte de la population respective de chaque canton, le canton de Neuchâtel, à l'instar des cantons de Suisse centrale, rapporte un nombre plus élevé d'initiatives que les cantons plus densément peuplés (Figure 40).

Figure 40 Nombre relatif d'initiatives de soins intégrés par canton, par 100'000 habitants (n = 155)



Structures ou professions à l'origine des initiatives de soins intégrés

En moyenne, pour l'ensemble des initiatives de soins intégrés recensés, deux à trois structures ou professions sont à l'origine d'une initiative. Dans le cas des initiatives de soins intégrés ciblant les personnes âgées fragiles, comme pour celles visant la transition et la transition, ce sont les services d'aide et de soins à domicile qui sont le plus souvent à l'origine des initiatives (Figure 41). Cette situation diffère de la situation globale où les médecins ou les hôpitaux de soins aigus sont le plus souvent cités comme initiateurs.

L'AROSS se caractérise par un nombre important de structures ou professionnels ayant porté le projet dès l'origine.

Figure 41 Structures ou professions à l'origine des initiatives de soins intégrés (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)

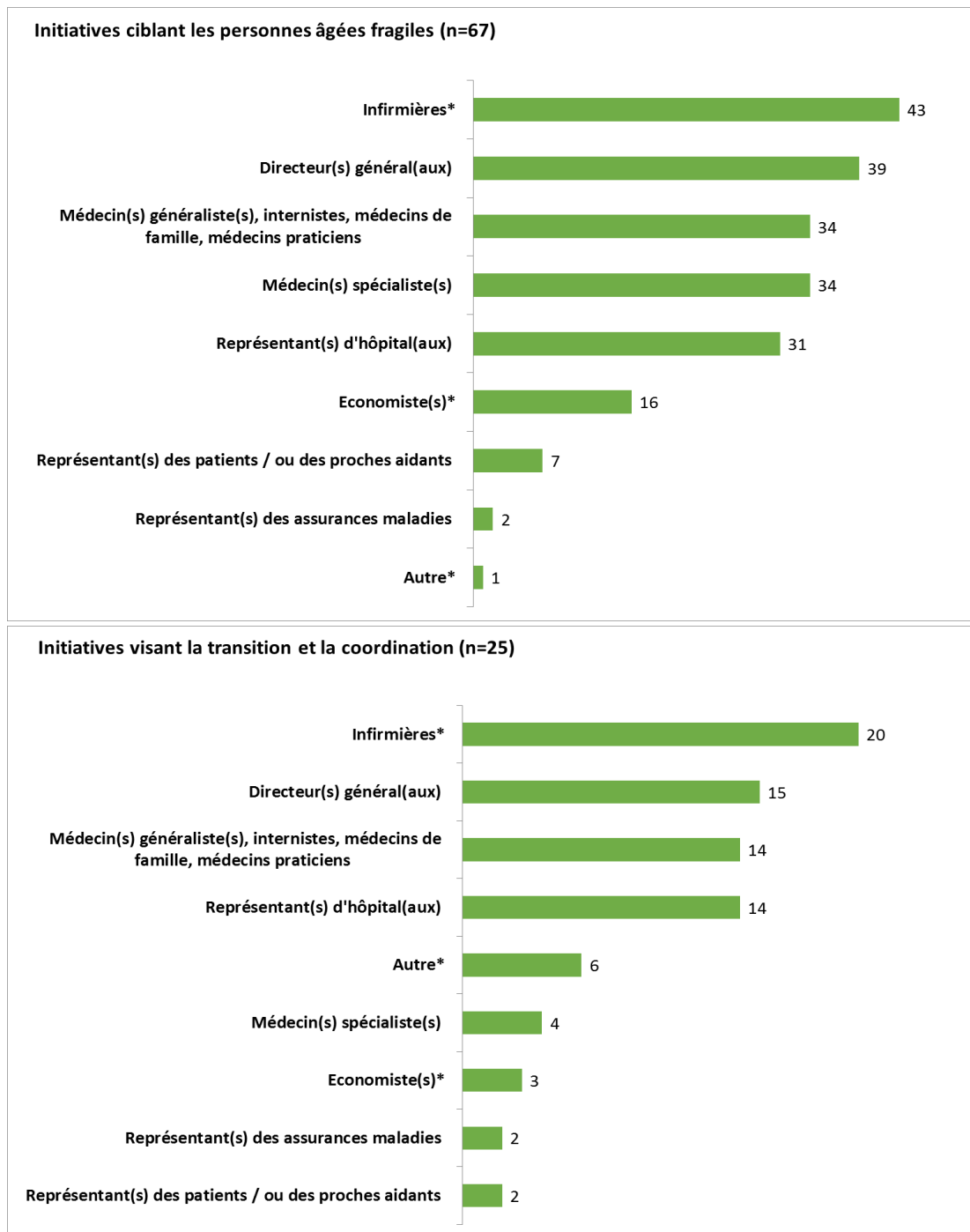


Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque. Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Gouvernance des initiatives

A la tête des initiatives, on retrouve principalement des infirmiers ou des médecins (Figure 42). C'est également le cas pour le projet de l'AROSS.

Figure 42 Parties impliquées dans la gouvernance (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)

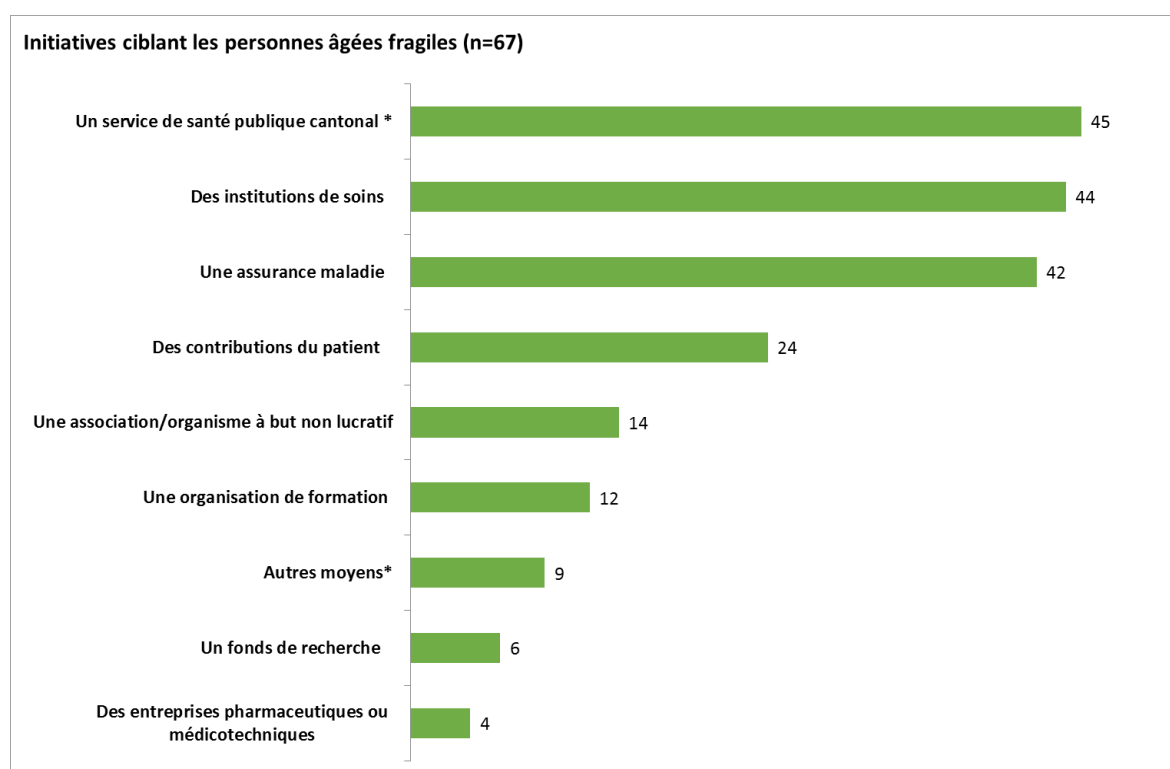


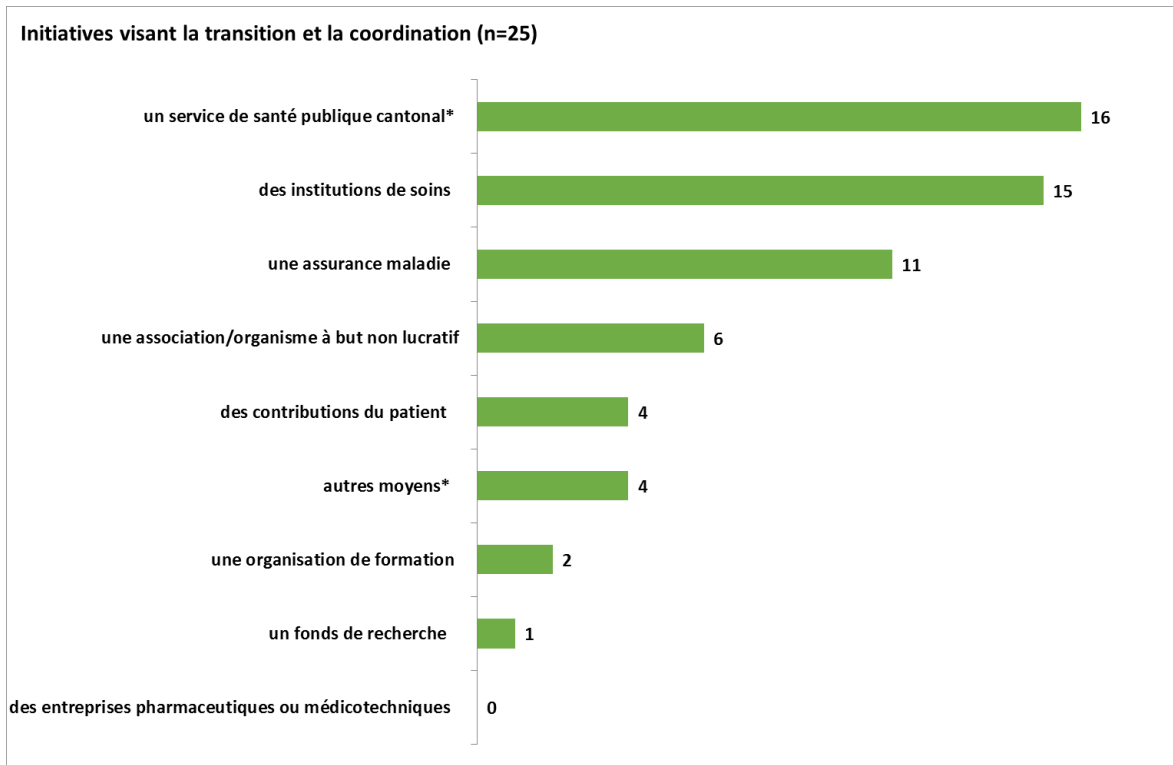
Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque. Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Financement des soins intégrés

Si, quand on considère l'ensemble des initiatives de soins intégrés, les assurances figurent parmi les sources de financement dans près de deux tiers des cas, la situation est plus contrastée quand on observe les initiatives de soins intégrés ciblant les personnes âgées fragiles ou visant la transition et la coordination (Figure 43). Les services de santé publique cantonaux et les institutions de soins sont le plus souvent mis à contribution, dans plus des deux tiers des situations. L'AROSS est, pour l'instant, majoritairement financé par l'Etat dans le cadre de sa phase pilote, mais devrait très certainement multiplier ses sources de financement sur le même modèle que les initiatives similaires.

Figure 43 Sources de financement des initiatives (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)



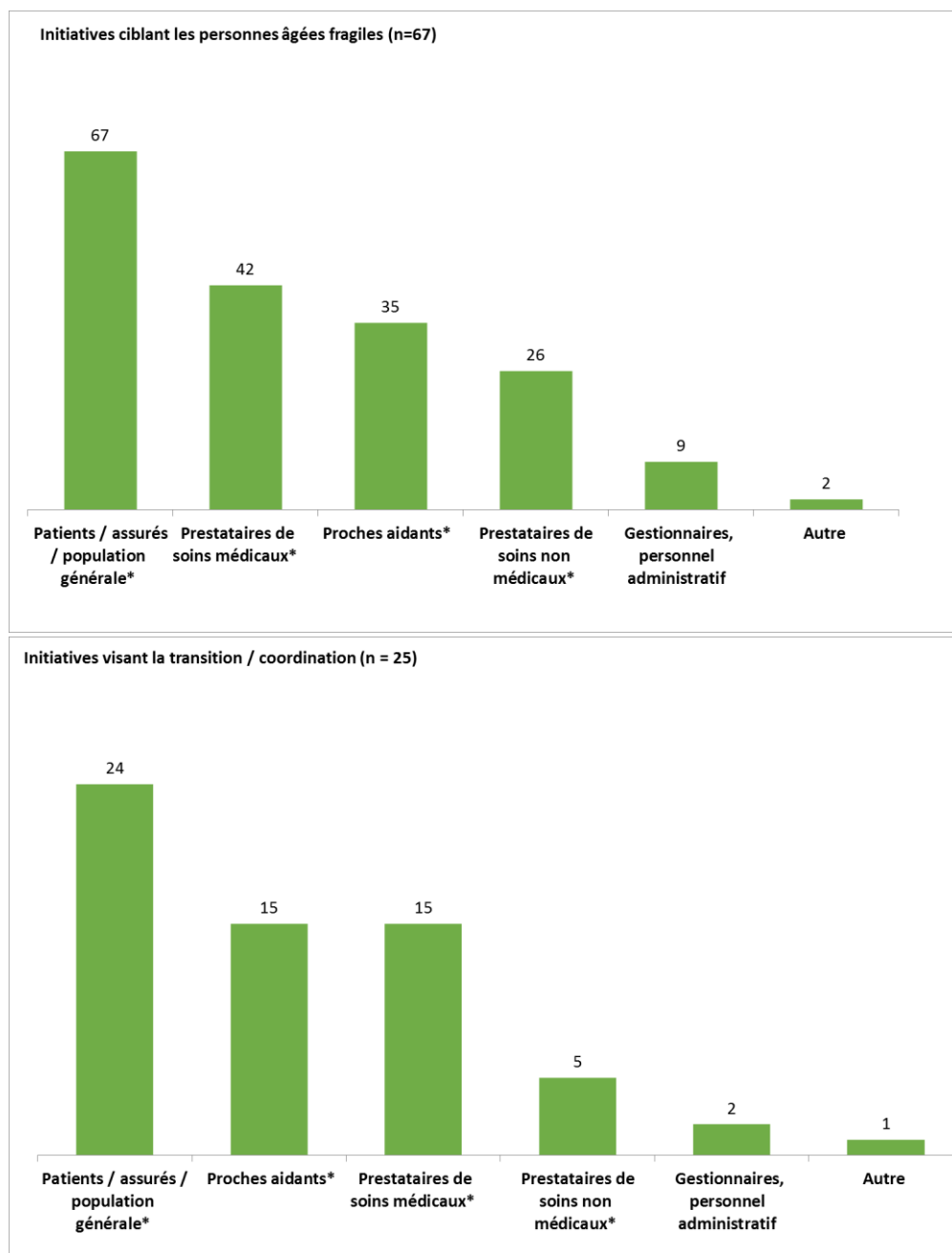


Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque. Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Cibles des initiatives

Les initiatives, dans leur ensemble, ciblent, en moyenne, deux à trois groupes cibles différents. Toutes les initiatives analysées ici s'adressent au moins au groupe des bénéficiaires de soins (patients/assurés/population générale), mais plus de la moitié des initiatives visant la transition et la coordination et environ un quart des initiatives ciblant les personnes âgées fragiles sont également orientés vers les prestataires de soins médicaux (Figure 44). L'AROSS partage ces groupes cible et porte également une attention sur les proches aidants, comme c'est le cas dans un tiers environ des initiatives ciblant les personnes âgées fragiles.

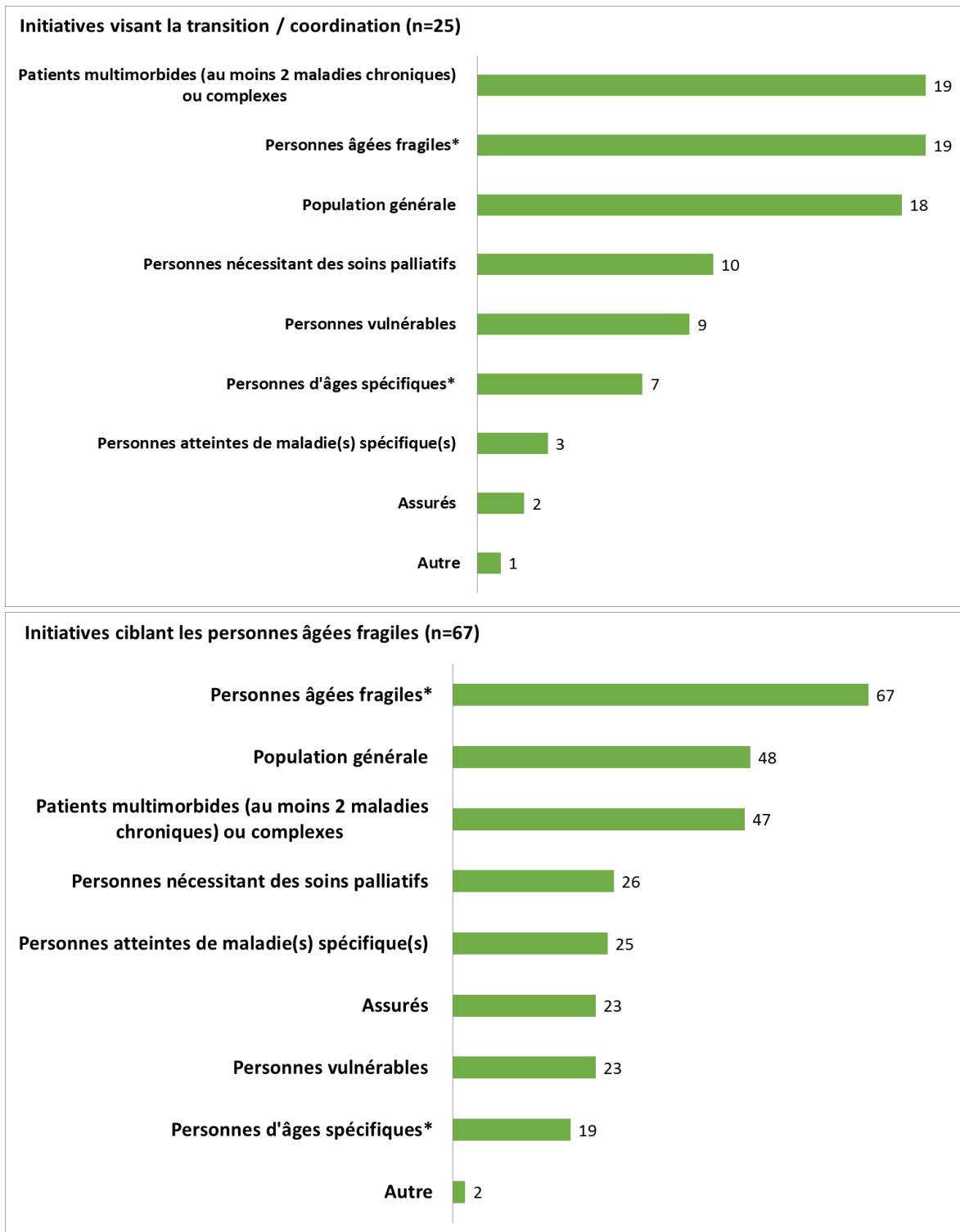
Figure 44 Groupes cibles des initiatives (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)



Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque. Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Les bénéficiaires les plus souvent ciblés sont les patients multimorbides, complexes ou fragiles, puis la population générale (Figure 45). L'AROSS axe son activité principalement sur les personnes âgées de 65 ans fragiles.

Figure 45 Groupes de patients ciblés (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)



Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque. Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Prestations offertes aux patients

Les initiatives recensées proposent différentes prestations aux bénéficiaires, mais le plus souvent, dans le cas des initiatives ciblant les personnes âgées fragiles comme dans celles visant la transition et la coordination (Tableau 17) :

- Des prestations de coordination dans plus de la moitié des initiatives ;
- Des soins à domicile ;
- Des soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin ;
- De la gestion des traitements médicamenteux ;
- Du *care/case management*, particulièrement dans les initiatives favorisant la transition et la coordination des soins.

L'AROSS a mis en avant, lors de sa participation au questionnaire, ses prestations de promotion de la santé et la mise à disposition de services communautaires et sociaux. En revanche, elle ne propose pas de prestations de soins.

Tableau 17 Prestations proposées aux patients (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)

Prestations	Initiatives ciblant les personnes âgées fragiles (n=67)	Initiatives visant la transition et la coordination des soins (n=25)
Coordination des soins par un professionnel spécifiquement désigné*	42	16
Soins à domicile	41	12
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un non médecin	39	7
Gestion des traitements médicamenteux	35	9
Promotion de la santé*	35	10
Soins ambulatoires spécialisés dispensés par un médecin	32	4
Enseignement thérapeutique et/ou soutien à l'autogestion*	31	11
Prévention des maladies	30	8
Care/Case management*	28	12
Médecine de premier recours dispensée par un médecin	28	8
Soins de longue durée, EMS	28	8
Pharmacie	26	4
Soins palliatifs	25	8
Soins 24X24, 7jX7	24	8
Soins d'urgence	24	5
Soins stationnaires aigus somatiques - Hôpital non-universitaire	19	5
Services communautaires et sociaux*	16	5
Réadaptation/réhabilitation - Hôpital non-universitaire	15	4
Disease management	13	4
Médecine de premier recours dispensée par un non médecin	13	1
Hotline pour les patients*	8	1
Prestation de médecine complémentaire	8	0
Soins psychiatriques - Hôpital non-universitaire	8	1
Centre de télémédecine	6	0
Réadaptation/réhabilitation - Hôpital universitaire	6	1
Soins psychiatriques - Hôpital universitaire	4	2
Soins stationnaires aigus somatiques - Hôpital universitaire	3	1
Ne sait pas / sans réponse	1	1

Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque.

Implication des patients

La Figure 46 présente les différents types de mesures mises en place pour favoriser une plus grande implication des patients dans leurs soins. La grande majorité des initiatives, quelle que soit leur public cible ou leur objectif prioritaire, mettent des documents d'information à disposition de leur patients et promeuvent la participation active des patients dans la prise de décision. C'est le cas également d'AROSS qui, en revanche, ne fournit pas d'enseignement structuré aux patients ou d'outils d'autogestion.

Figure 46 Mesures visant à impliquer les patients (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)

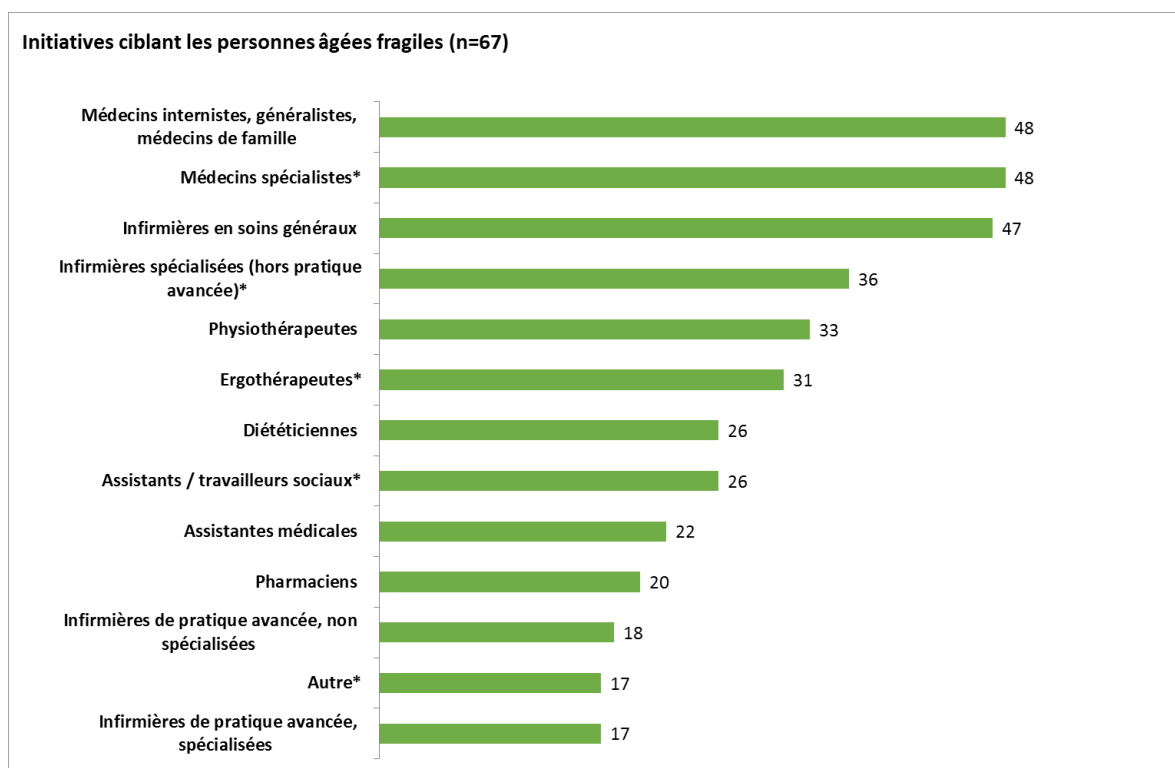


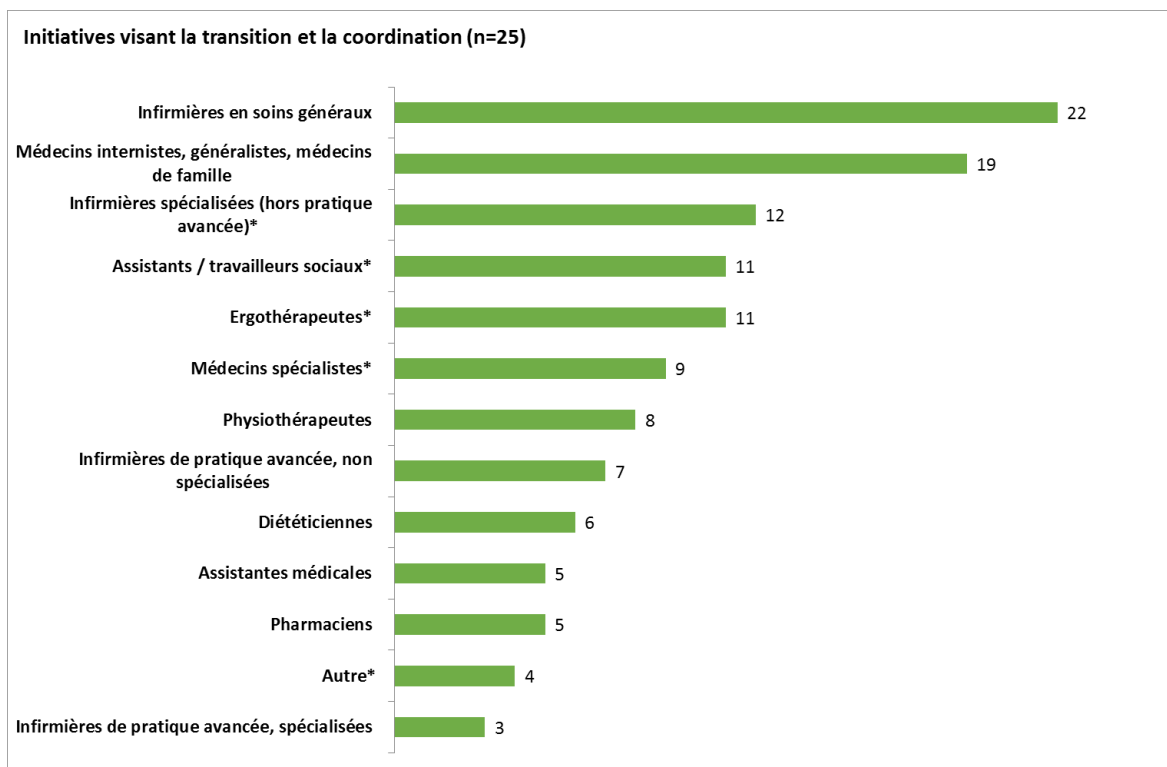
Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque. Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Professionnels impliqués

Pour fournir cet éventail de prestations, plusieurs groupes de professionnels sont mobilisés dans les initiatives de soins intégrés. Quand celles-ci ciblent les personnes âgées fragiles ou quand elles visent la transition et la coordination des soins, les médecins de famille ou spécialistes et les infirmiers en soins généraux ou spécialisés sont les professionnels qui sont le plus souvent impliqués (Figure 47). L'AROSS a mis en avant la pluridisciplinarité de son équipe, en citant les ergothérapeutes, travailleurs sociaux et autres professionnels qui la composent.

Figure 47 Groupes de professionnels impliqués (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)





Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque. Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Soutien aux professionnels

Les initiatives ont presque toutes recours à au moins une intervention particulière visant à soutenir les professionnels de santé, à promouvoir le travail d'équipe ou la coopération entre différents groupes de professionnels. La grande majorité, l'AROSS y compris, misent sur des réunions régulières des professionnels de santé, des formations multi ou pluriprofessionnelles ou s'efforcent de développer des définitions claires des rôles des professionnels de santé (Figure 48).

Figure 48 Interventions visant à soutenir les professionnels (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)



Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque. Le « gatekeeping » décrit la mission confiée à un professionnel de santé, souvent le médecin de famille, de servir de porte d'accès unique au système de santé. Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Systèmes d'information

On distingue trois grandes catégories de systèmes d'information utilisés dans le cadre de ces initiatives (Tableau 18) :

- Le dossier électronique du patient ;
- Les systèmes de communication entre prestataires de soins ;
- Les outils d'échanges entre les patients et les prestataires.

Tableau 18 Systèmes d'information électroniques (en nombre absolu, plusieurs réponses possibles)

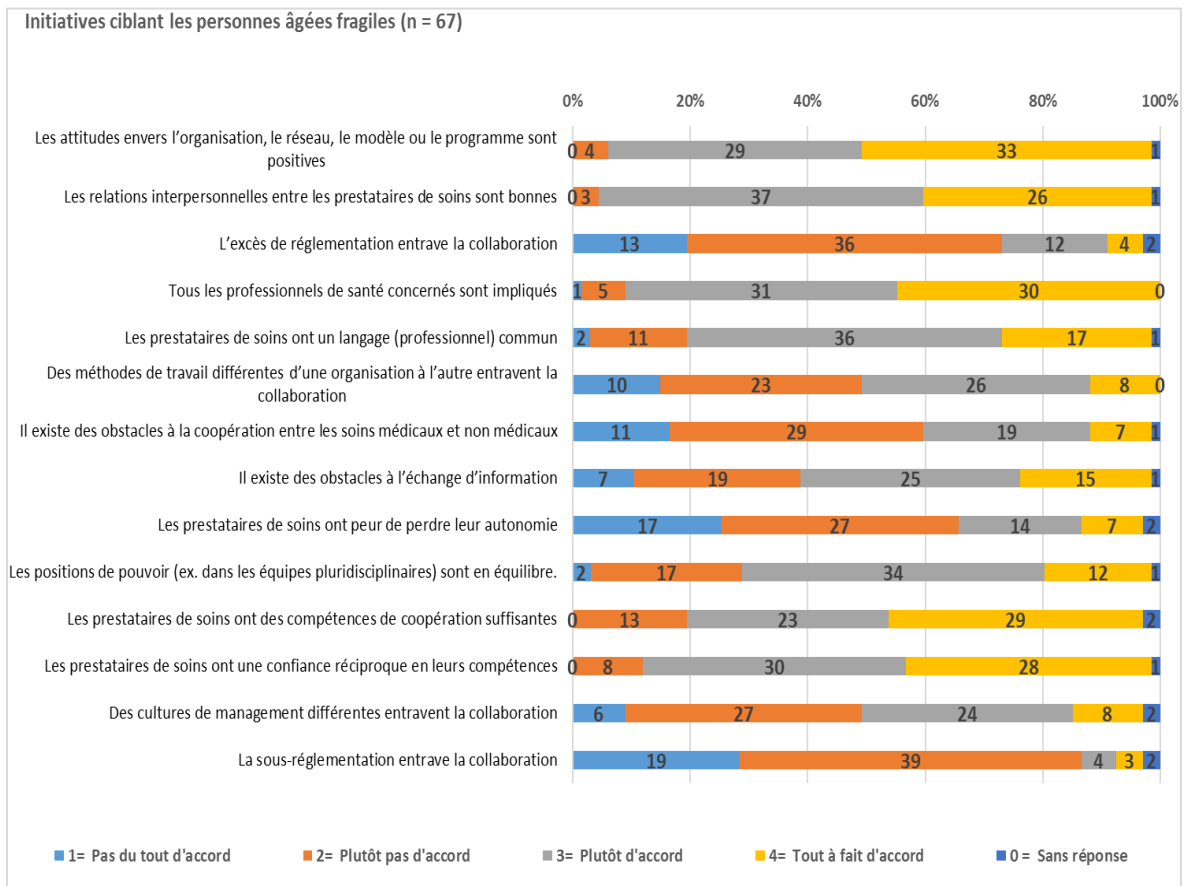
Prestations	Initiatives ciblant les personnes âgées fragiles (n=67)	Initiatives visant la transition et la coordination des soins (n=25)
Dossier médical / patient électronique	52	19
Echange d'information/transmission électronique, entre prestataires de soins, de documents/informations concernant leurs patients *	39	15
Système de facturation électronique	35	12
Contacts électroniques des prestataires de soins (pour le patiente)*	29	7
Prescriptions électroniques	21	9
Liste / registre de patients*	20	7
Surveillance électronique de paramètres de santé (ex. tension artérielle, température corporelle, poids, glycémies)	17	7
Outils informatisés d'aide à la décision*	16	6
Plan de soins électronique partagé	16	5
Echange d'information/transmission électronique, entre les patients et les prestataires de soins, de documents/informations sur le traitement et les soins*	15	3
Système de rappels pour les prestataires de soins	13	2
Suivi des performances des prestataires de soins	13	3
Système électronique pour référer le patient à un autre prestataire de soins	13	3
Système de consultation en ligne pour les patients	10	1
Prise de rendez-vous en ligne	9	2
Aucun système d'information électronique n'est utilisé.	7	2
Système de rappels pour les patients (ex. rendez-vous, autocontrôles)	5	0
Registre des maladies	6	2
Je ne sais pas / sans réponse	1	0
Autre : gestion électronique des listes d'attentes en EMS*	0	3
Outils informatisés d'aide à la décision*	1	1

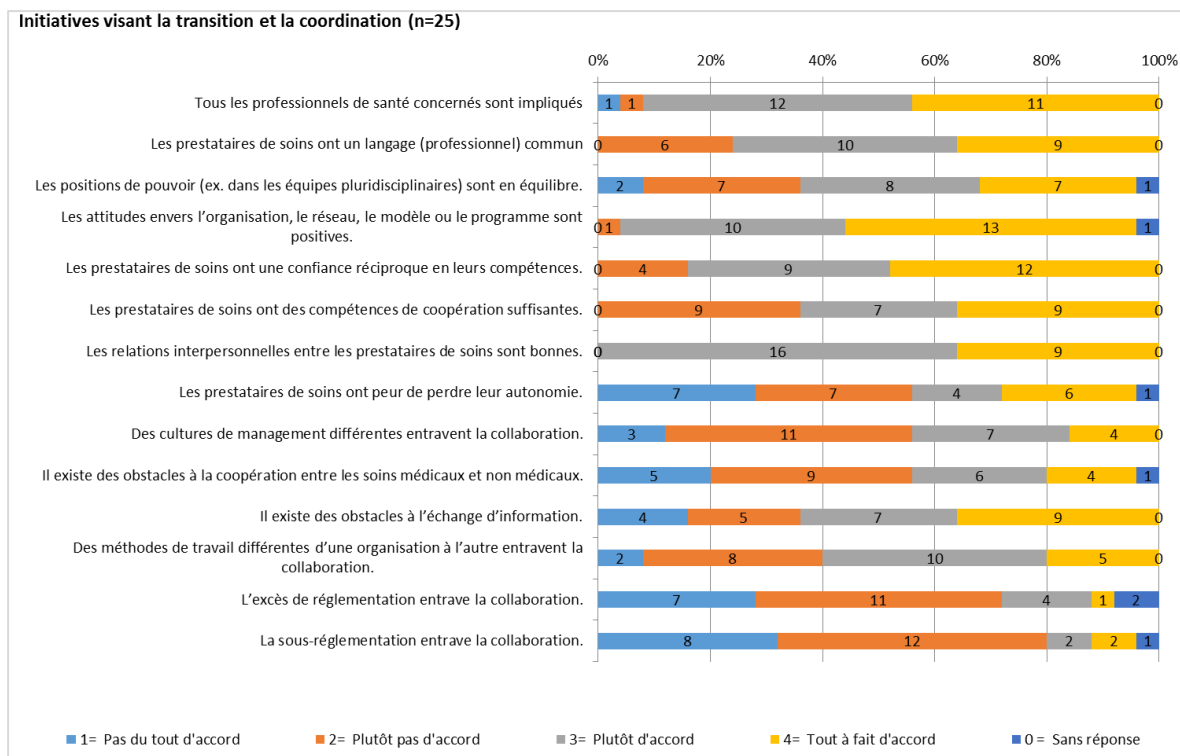
Note : les réponses des porteurs de projet de l'AROSS sont indiquées par un astérisque.

Perceptions des répondants sur les éléments influençant la collaboration entre les prestataires

La majorité des répondants, et c'est le cas de l'AROSS également, estiment que les prestataires de soins se sentent impliqués dans les initiatives mises en place, ont une attitude positive et une confiance réciproque concernant les compétences des autres acteurs impliqués (Figure 49). Les avis sont toutefois plus mitigés concernant les obstacles à l'échange d'information et la présence d'entraves à la collaboration liées à des méthodes différentes d'une organisation à l'autre. L'AROSS, comme bon nombre de répondants, estime également que tant la sur-réglementation que la sous-réglementation, pénalise les processus de collaboration.

Figure 49 Perceptions concernant la collaboration entre prestataires de soins (en nombre absolu)



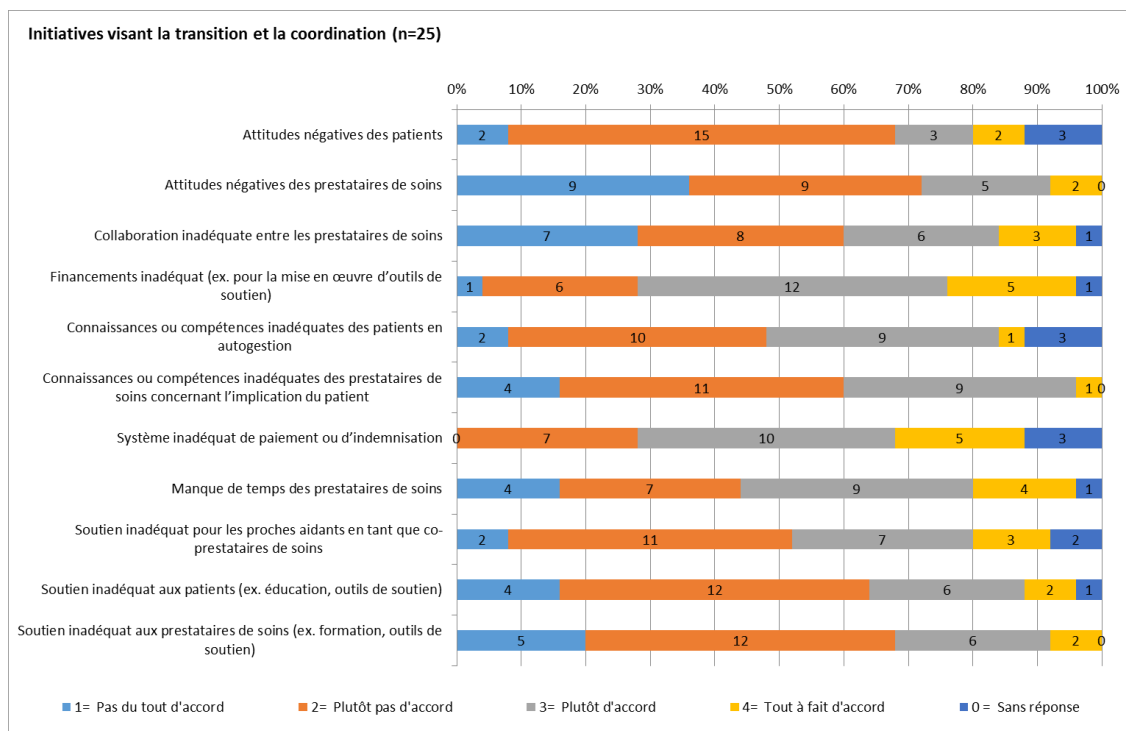
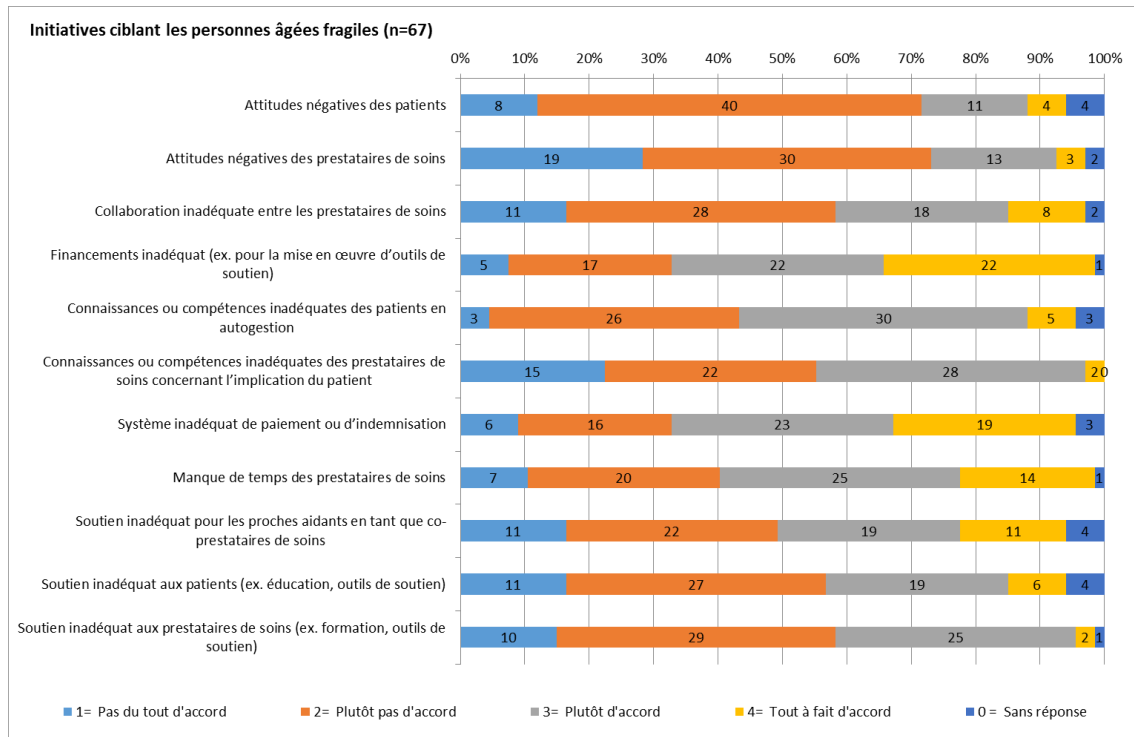


Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Perceptions des répondants concernant les obstacles à l'implication des patients

La majorité des répondants, et les porteurs de l'AROSS se positionnent dans le même sens, estiment que le financement et le système d'indemnisation ne favorisent pas l'implication des patients. Ils relèvent également un manque de connaissances ou de compétences des patients et des prestataires de soins en matière d'autogestion (Figure 50).

Figure 50 Perceptions concernant les obstacles à l'implication des patients (en nombre absolu)

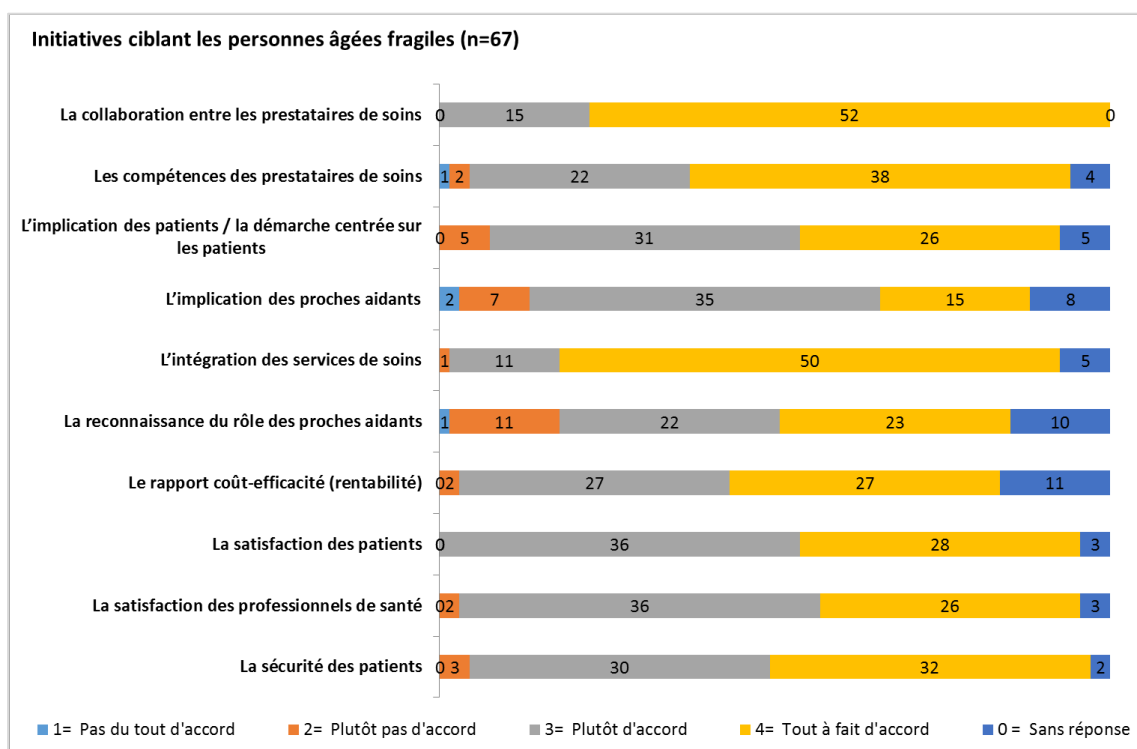


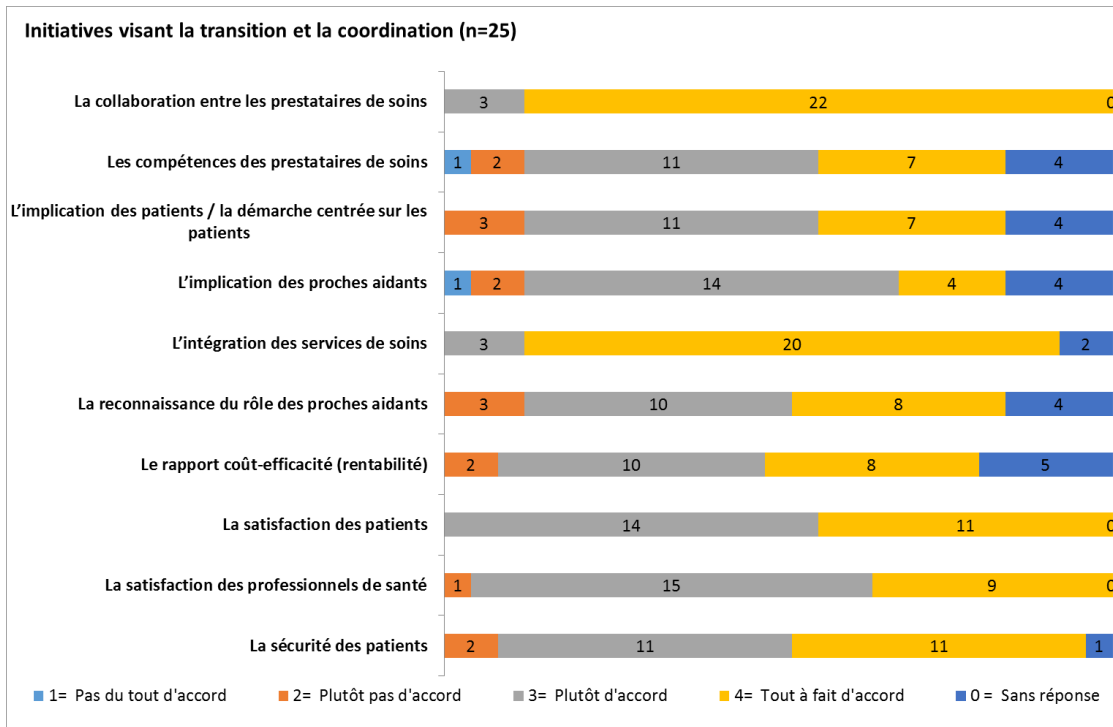
Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Perceptions des améliorations obtenues

Les répondants pensent, de façon unanime, que leurs initiatives ont permis d'améliorer la collaboration entre les prestataires de soins. Une grande majorité pense qu'elles ont amélioré les compétences des prestataires de soins, la satisfaction des patients et des professionnels de santé (Figure 51).

Figure 51 Perceptions des améliorations obtenues (en nombre absolu)





Source : Enquête suisse sur les soins intégrés (2016)

Synthèse

Cette analyse comparée de l'AROSS avec des initiatives de soins intégrés similaires menées en Suisse, soit ciblant les personnes âgées fragiles, soit visant la transition et la coordination, permet d'apprécier la qualité du projet de l'AROSS. En effet, l'AROSS présente plusieurs caractéristiques intéressantes, gages de succès de la démarche engagée : elle implique différents niveaux de soins et différents types de professionnels, dès son élaboration et dans les prestations qu'elle offre ; elle propose une large variété de prestations aux bénéficiaires et aux professionnels. Elle prévoit des systèmes d'information pour faciliter l'échange et le partage d'informations entre les professionnels.

Les perceptions des responsables de projet de l'AROSS concernant les collaborations avec les professionnels rejoignent par ailleurs celles des partenaires et professionnels que nous avons rencontrés lors des entretiens et focus groupes. Si la vision et la finalité du projet semblent partagés, les responsables du projet notaient, lors de l'enquête, des difficultés organisationnelles à la collaboration et relevaient des craintes, pour les professionnels, de perdre une partie de l'autonomie.

Ces résultats permettent ainsi de valider l'approche adoptée par l'AROSS. On ne constate pas de lacune majeure par rapport à d'autres initiatives menées en Suisse ni point de blocage particulier. Un rapprochement avec les responsables d'initiatives similaires pourrait être intéressant afin de partager les expériences et les outils développés

6

Limites de l'évaluation

6 Limites de l'évaluation

Notre évaluation s'est fondée sur de multiples sources de données, à la fois qualitatives et quantitatives, dont l'analyse croisée permet d'augmenter la validité interne et externe de nos résultats. Nous devons toutefois souligner plusieurs limites à notre travail.

Tout d'abord, l'évaluation ne permet pas de mesurer l'efficacité du projet en termes de réduction des hospitalisations évitables et de maintien à domicile. En effet, ces indicateurs ne sont pas spécifiquement suivis par l'AROSS dans le cadre du projet. De plus, l'évaluation du projet de l'AROSS porte sur une période de temps courte (18 mois) qui reste limitée pour réellement percevoir les impacts du projet pour les professionnels et surtout pour les bénéficiaires. Le design de l'étude mis en œuvre s'appuie par ailleurs pour une grande part sur des données auto-rapportées, qu'il s'agisse des réponses aux questionnaires de satisfaction ou des perceptions des acteurs recueillis au moyen de méthodes qualitatives. Nous ne disposons pas ainsi de données objectives quant à l'état de santé des bénéficiaires ni de population de comparaison pour estimer si les effets identifiés chez les bénéficiaires sont dus spécifiquement au projet.

Par conséquent, nous nous sommes ainsi intéressés à identifier, de manière qualitative, les premiers effets du projet sur certains indicateurs proximaux, tels que la satisfaction des différentes parties prenantes ou la qualité des collaborations. Le benchmarking avec des données nationales et internationales a permis également de valider le potentiel du projet de l'AROSS d'atteindre les résultats escomptés, au regard de ses objectifs, de ses composantes et de sa logique d'intervention.

Le design évaluatif choisi ne permet pas non plus de réaliser une analyse de la rentabilité ou de l'efficacité du projet de l'AROSS. Nous nous sommes intéressés principalement à l'analyse de l'activité et des coûts du projet de l'AROSS, ce qui a permis d'identifier le coût du projet par demande, par bénéficiaire et par prestation et d'estimer, toutes choses égales par ailleurs, le coût prévisionnel en cas de déploiement du projet à plus grande échelle. En revanche, nous n'avons pas recueilli d'informations sur l'activité des institutions partenaires dans le cadre de la collaboration (par exemple sur les EPT et le temps dédiés par les institutions) : ces informations permettraient de quantifier la charge de travail générée ou limitée par le travail de l'AROSS, de la suivre dans le temps et de pouvoir identifier de potentiels transferts de charge entre les institutions partenaires et l'AROSS. En l'absence d'indicateurs de résultats et de population de comparaison, nous n'avons pu non plus mettre en regard les coûts du projet avec les bénéfices identifiés. Cette étape est importante pour mettre en évidence l'économicité du modèle proposé, mais suppose un autre design évaluatif et l'accès notamment à des données médicales fiables.

L'AROSS a développé et mis en place plusieurs solutions métiers qui sont autant de ressources pour le monitoring du projet. Les bases de données issues de DIOr ou de SIPRES sont riches et permettent de disposer d'informations précieuses sur la population suivie. Toutefois, elles demeurent insatisfaisantes pour un usage à des fins de monitoring. Le couplage des bases DIOr et SIPRES devrait ainsi être facilité de manière à ce qu'il soit plus aisé d'obtenir, par demande et non par soumission, des informations sur le profil du demandeur, les orientations recommandées et le suivi de sa demande. Concernant DIOr, le recours à des instruments d'évaluation standardisés et

validés sur le plan scientifique et clinique permettrait une comparaison avec d'autres études réalisées en Suisse ou à l'étranger.

Un des objectifs de l'évaluation externe était de proposer des pistes d'optimisation et de pérennisation de la démarche engagée, notamment en vue de son déploiement à l'échelle du canton. Nous nous sommes intéressés à identifier, sur la base des données collectées durant le projet et d'une revue de la littérature, les facteurs pouvant faciliter ou entraver la démarche sur le projet. Nous n'avons identifié peu d'informations pertinentes, dans la revue de littérature notamment, quant à la forme juridique la plus appropriée pour le portage du projet, aux modalités de financement ou aux modes d'implication et de participation des différentes institutions partenaires. Les données de la littérature montrent, sur ces questions, une grande hétérogénéité dans les modalités concrètes de mise en œuvre, qui sont fortement dépendantes du contexte d'implémentation, de son histoire et des choix politiques.

Enfin, nous avons réalisé une série d'entretiens et de focus groupes entre les mois de décembre 2016 et de mai 2017. Durant cette période, le projet a suivi son cours, le territoire a été élargi dès le 1^{er} janvier 2017 à l'ensemble du district du Locle, de nouveaux collaborateurs ou collaboratrices ont été engagés, en particulier au sein de l'AROSS, des échanges ont eu lieu entre les partenaires et l'AROSS pour ajuster les procédures collaboratives ou discuter concrètement de situations spécifiques. Les perceptions des professionnels interrogés fin 2016 ont pu évoluer durant cette période et, sur certains points, les résultats que nous avons relevés, notamment sur l'état des collaborations avec l'AROSS, peuvent ne pas correspondre à la situation actuelle. Nous nous sommes efforcés, dans nos analyses, d'identifier les tendances générales des éléments spécifiques et de distinguer les thèmes communément partagés de perceptions plus isolées, mais ne pouvons exclure que certains aspects abordés dans ce rapport ne soient plus d'actualité au moment de sa parution.

7

Principaux constats et recommandations

7 Principaux constats et recommandations

L'évaluation globale du projet-pilote de l'AROSS doit principalement servir à nourrir et étayer le déploiement du dispositif d'orientation à l'échelle cantonale qui suppose entre autres l'élaboration d'une législation spécifique. Quatre objectifs étaient fixés à l'évaluation :

- Evaluer la valeur ajoutée apportée par une nouvelle structure ;
- Evaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les partenaires ;
- Evaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les bénéficiaires ;
- Evaluer la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle.

A l'issue de cette étude, un certain nombre de constats émergent et plusieurs recommandations peuvent être formulées concernant :

- L'ajustement du contenu du projet ;
- Son déploiement à l'échelle cantonale ;
- L'évaluation et le monitoring du projet.

Ces constats et recommandations sont détaillés et précisés dans les paragraphes suivants, avec des liens vers les différentes parties du rapport qui les étayent et des tableaux récapitulatifs. En complément, les tableaux en Annexe 9.1 synthétisent, pour chaque objectif évaluatif, les principaux résultats mis en avant par l'évaluation et les recommandations associées.

7.1 Ajustement du contenu du projet

Un certain nombre de recommandations générales, et de propositions peuvent tout d'abord être formulées concernant le contenu du projet, ses objectifs, ses missions, ses outils et les stratégies de communication utilisées (Tableau 19).

Si les partenaires et professionnels rencontrés lors de l'évaluation partagent la vision et les finalités à long terme du projet de l'AROSS, plusieurs d'entre eux ont souligné que **le périmètre de l'intervention de l'AROSS nécessitait d'être précisé** (cf. § 5.2.7). Il s'agit d'une part de clarifier sa place dans le réseau socio-sanitaire et d'autre part éviter d'éventuels chevauchements avec les missions des autres acteurs de santé. Cette clarification est **prioritaire pour faciliter les collaborations avec NOMAD et le CNP, et dans une moindre mesure avec l'HNE** (cf. § 5.2.5) ; un **pilotage par le SCSP** semble important durant cette phase, afin de mettre en cohérence les politiques institutionnelles, le cadre réglementaire et législatif.

Ce travail de concertation devrait permettre également **de préciser les missions confiées à l'AROSSⁿ** sur lesquelles une plus-value a été clairement établie par les professionnels et par les bénéficiaires et leurs familles. **Certaines composantes du projet de l'AROSS nous semblent devoir être gardées en l'état**, à l'instar d'une permanence téléphonique les jours ouvrables et d'un local pour accueillir les personnes âgées, notamment les plus isolées d'entre elles (§ 5.3.2). De même, la décision de l'AROSS de ne pas proposer de prestations de soins rejoint les avis des partenaires et les tendances des dispositifs de soins intégrés mis en place en Suisse et à l'étranger (§ Équipe dédiée p 138). Les entretiens d'évaluation et d'orientation, tels que prévus dans la loi⁸, apparaissent également comme pertinents, même si les processus de réalisation nécessitent d'être revus en concertation avec les acteurs concernés par l'évaluation.

Certaines missions nécessitent, selon nous, d'être renforcées. Ainsi, la capacité de l'AROSS à détecter et à orienter les personnes fragiles dans le réseau socio-sanitaire mériterait d'être valorisée, et le processus de détection et de prise en charge davantage formalisé (§ 5.2.6). Cela suppose tout d'abord d'engager, en concertation étroite avec les principaux acteurs concernés, une réflexion sur les outils d'évaluation à privilégier, leur validité scientifique et clinique et leur capacité à faciliter le partage d'informations et la continuité des parcours de santé (§ File active p 137).

Cette réflexion indispensable devrait aboutir, à termes, **à mieux ajuster les prestations proposées par l'AROSS en fonction du niveau de risque et de besoin des personnes.** A ce jour, deux tiers des demandes conduisent à la réalisation d'un entretien d'évaluation et d'orientation, aboutissant à un rapport très complet de la situation de la personne et de son contexte de vie et à des propositions adaptées à son profil. Ces rapports et les recommandations de l'AROSS sont globalement appréciées des partenaires et des bénéficiaires, mais, dans un certain nombre de cas^o, leur pertinence est questionnée au regard de la demande initiale et/ou du rôle d'autres acteurs déjà présents (cf. § 5.2.7). **Un possible gain d'efficience** a été mis en évidence par plusieurs partenaires. Il s'agirait, en suivant les recommandations émanant de la littérature et les propositions émises dans le rapport ayant servi de support au projet pilote¹, de mieux délimiter les situations où une évaluation complète est nécessaire ou souhaitable des situations où le processus peut être allégé, partagé avec ou délégué à d'autres acteurs du réseau (§ File active p 137). La présente étude ne permet pas à ce stade de fixer des critères ou une méthodologie pour ce faire, mais la littérature permet de donner des indications quant à la file active pertinente pour des activités de coordination et de gestion de cas^{30, 41}.

La mission d'appui aux professionnels de santé pourrait également être renforcée, pour répondre aux besoins exprimés lors de cette évaluation et pour s'inscrire en complémentarité avec les prestations proposées par les acteurs du réseau socio-sanitaire. Cette mission, centrale dans les dispositifs de soins intégrés que nous avons recensés à l'étranger (§ Équipe dédiée p 138), peut se décliner sous différentes formes, mais devrait a minima favoriser le développement de plans de soins personnalisés qui semblent faire défaut dans le processus d'évaluation et d'orientation mis en place.

ⁿ L'AROSS ou la nouvelle structure créée en vue du déploiement. Cette note s'applique à toutes nos recommandations.

^o Pouvant être apprécié par le nombre de situations où NOMAD intervient déjà (n=80 à 90)

Le développement et le renforcement des collaborations avec les acteurs du réseau socio-sanitaire restent un enjeu majeur pour le projet, comme pour tous les projets de soins intégrés⁴⁸⁻⁵⁰. Les médecins libéraux semblent, à ce jour, peu impliqués dans le projet, par manque de connaissance sur le projet, mais aussi par manque de motivation (cf. § 5.2.5 et 5.3). Des stratégies pour encourager ou faciliter leur participation pourraient être testées dans la suite du projet⁵¹. Les collaborations pourraient également être renforcées avec les communes et avec les acteurs associatifs, par exemple pour proposer des offres de prévention et de promotion de la santé. Par ailleurs, au-delà des échanges bilatéraux entre l'AROSS et chaque acteur du réseau socio-sanitaire, qui sont appréciés et sont à conserver, l'AROSS pourrait organiser des échanges pluri-professionnels, soit pour assurer le suivi et la continuité d'une prise en charge dans le cas de situations complexes (par l'intermédiaire de plans de soins personnalisés), soit pour développer une culture commune de collaboration et de coopération et permettre ainsi une intégration des soins verticale et horizontale (cf. Une typologie selon le degré de coopération et d'intégration p 135).

Un des freins majeurs à la collaboration, selon les différents partenaires rencontrés, réside dans **l'insuffisance des outils informatisés collaboratifs**, principalement en raison de leur manque d'inter-opérabilité avec les systèmes d'information utilisés par les différents acteurs, mais aussi pour leur ergonomie et leur maniabilité peu satisfaisantes (cf. § 5.2.4). Des améliorations devraient donc être apportées aux outils VIVATES et SIPRES.

Enfin, de l'avis des professionnels comme des bénéficiaires et leurs proches aidants, la **communication sur le projet pourrait être accrue** (cf. § 5.2.9 et 5.3.1). Les stratégies utilisées par l'AROSS pour informer les professionnels et les bénéficiaires des prestations proposées sont à renouveler régulièrement ; les professionnels de premier recours, les communes et les services de proximité sont des relais d'information à privilégier pour communiquer auprès des bénéficiaires et de leurs proches aidants. D'autres moyens d'information (par exemple newsletters, organisation de colloques ou de formations) pourraient être testés pour atteindre un plus grand nombre de professionnels (cf. Une typologie selon le degré de coopération et d'intégration p 135).

Tableau 19 **Recommandations générales et propositions pour l'ajustement du contenu du projet de l'AROSS**

Recommandation générale	Propositions
<p>Formaliser le rôle de coordination de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sous le pilotage du SCSP, clarifier les rôles/ responsabilités de l'AROSS, NOMAD, HNE et CNP ; 2. Sous le pilotage de l'AROSS, réviser les procédures collaboratives entre AROSS et HNE, AROSS et NOMAD, AROSS et CNP ; 3. Poursuivre les échanges bilatéraux entre l'AROSS et les différents partenaires visant à formaliser et ajuster les procédures collaboratives.
<p>Clarifier les objectifs et missions de l'AROSS</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Conserver en l'état certaines missions ou orientations de l'AROSS <ul style="list-style-type: none"> • Continuer à ne pas délivrer de prestations de soins; • Maintenir un lieu d'accueil et une permanence téléphonique (jours ouvrables) pour les personnes en situations de vulnérabilité sociale ; • Maintenir les entretiens d'évaluation/orientation lors des demandes d'entrée en EMS et les situations urgentes. 5. Renforcer le rôle préventif de l'AROSS (détection de la fragilité) <ul style="list-style-type: none"> • Valider un outil de repérage de la fragilité et l'utiliser de manière systématique pour tout nouveau bénéficiaire ; • Utiliser ce repérage pour ajuster les processus d'évaluation : proposer une évaluation complète dès un certain seuil détecté (seuil à valider) ou chez les personnes ne bénéficiant d'aucune prise en charge, une évaluation allégée chez les personnes en-dessous d'un certain seuil ; • Proposer des interventions de prévention pour les bénéficiaires robustes ou pré-fragiles (prévention primaire), en partenariat avec les acteurs du réseau et en s'appuyant sur les bonnes pratiques disponibles⁵²⁻⁵⁴. 6. Renforcer le rôle d'appui aux professionnels (information, formation), par exemple en développant les prestations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Tenir à jour une cartographie et annuaire des prestations et prestataires existants (sur le site internet) ;

Recommandation générale	Propositions
<p>Développer et renforcer les collaborations avec les institutions et les professionnels concernés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition des professionnels de protocoles de soins ou de référentiels de bonnes pratiques ; • Mettre en place des groupes qualité, des groupes interprofessionnels ; • Proposer une offre de formation continue à la collaboration interprofessionnelle et à l'amélioration des pratiques (sensibilisation /formation au dépistage de la fragilité) ; • Développer et suivre des plans de soins personnalisés / parcours de santé des patients. <p>7. Avec les médecins de famille et les médecins spécialistes, s'inspirer des stratégies de mobilisation des professionnels de premier recours ayant fait leurs preuves dans d'autres contextes⁴⁸⁻⁵¹.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'appuyer sur les médecins de famille collaborant actuellement avec l'AROSS pour mobiliser d'autres médecins ; • Informer les médecins de famille / médecins spécialistes de l'existence de l'AROSS et des prestations ; • Clarifier les procédures collaboratives avec l'AROSS, notamment en termes de restitution au bénéficiaire/proche aidant et de suivi des situations; • Améliorer l'inter-opérabilité entre les systèmes d'information utilisés par les médecins de famille et les outils informatisés utilisés dans le projet ; • Etudier la possibilité de mettre en place des incitatifs financiers pour favoriser la collaboration et la coopération ; • Proposer des opportunités d'échanges interprofessionnels, de formation continue sur la collaboration interprofessionnelle ou sur des thématiques ciblées. <p>8. Avec d'autres acteurs (infirmier indépendants, physiothérapeutes, pharmaciens, communes, secteur associatif, structures privées d'aide et de soins à domicile).</p> <p>9. Développer les échanges multiprofessionnels pour développer le degré de la collaboration et favoriser une intégration des soins verticale et horizontale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiser davantage de réseaux interprofessionnels/ concertation pluridisciplinaire sur les situations ;

Recommandation générale	Propositions
<p>Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle commun d'items évalués par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire concernés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser des échanges d'analyses de pratiques, de formations multiprofessionnelles ; • Initier / favoriser le développement de plans de soins personnalisés ; • Etendre la supervision en intégrant un médecin psychogériatre ou une équipe mobile partielle ou complète selon les situations. <p>10. Conserver l'approche holistique dans les évaluations/orientations réalisées par l'AROSS.</p> <p>11. Valider un outil de repérage de la fragilité et la grille de profilage BoC.</p> <p>12. En concertation avec les partenaires, identifier un socle d'items communs, des modalités d'évaluations des bénéficiaires et de partage de l'information en fonction de différents cas de figure. Le socle commun d'items pourrait utiliser les outils de la suite interRAI qui sont à l'étude au niveau fédéral pour leur implémentation dans certains lieux de soins (soins à domicile, long séjour notamment).</p> <p>13. Prévoir l'implémentation de l'outil DIOr dans d'autres lieux de soins (par exemple HNE, EMS, NOMAD) ou du moins l'interfaçage de DIOr avec les outils utilisés.</p> <p>14. Suivre et partager l'expérience du canton de Vaud (implémentation du programme coRAI dans les soins à domicile et les EMS) et les expériences menées au niveau suisse.</p>
<p>Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau de risque et graduer les prestations proposées</p>	<p>15. Valider un outil de repérage de la fragilité et une grille de profilage (DIOr) et élaborer un outil d'évaluation allégé, pouvant être complété d'informations collectées de manière standardisée (par exemple au moyen de interRAI).</p> <p>16. Elaborer et valider un processus de prise en charge adapté aux différentes situations (présence ou non d'un prestataire de soin dans la situation, existence ou non d'une évaluation antérieure, niveaux de fragilité).</p> <p>17. Limiter les évaluations/orientations complètes et la gestion de cas aux personnes âgées préalablement identifiées (par exemple 30% de la population pour la coordination et 5% pour la gestion de cas, sur la base des données de la littérature).</p> <p>18. Limiter la file active, par district, à une population comprise entre 300 (projet actuel) et 600 (moyenne des réseaux gérontologique français).</p>

Recommandation générale	Propositions
<p>Améliorer les outils informatisés collaboratifs de partage d'information, en cohérence avec la LDEP2 et de la stratégie cybersanté du canton</p>	<p>19. Evaluer la pertinence du ciblage au moyen de données issues du système d'information (cf. ci-dessous) et réviser régulièrement la file active.</p> <p>20. Développer un dossier informatisé du patient et faciliter le partage d'informations au niveau cantonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à l'interopérabilité avec les SI existants (dans le cadre de la LDEP) ; • Suivre les développements de la LDEP dans les différents cantons et mutualiser les pratiques. <p>21. Faciliter le recours aux outils informatisés collaboratifs VIVATES / SIPRES (prévoir la possibilité d'échanges entre partenaires) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la convivialité, l'ergonomie et la facilité d'utilisation des outils VIVATES et SIPRES ; • Informer et former les utilisateurs potentiels à leur utilisation ; • Mettre en place un support (hotline).
<p>Renforcer la communication sur le projet</p>	<p>22. Informer les professionnels, les bénéficiaires et les proches aidants, avec des supports et des modes variés (flyers, site internet, colloques, journées portes ouvertes), sur les prestations proposées.</p> <p>23. Recourir à des relais pour la diffusion du matériel de communication (communes, NOMAD, HNE, médecins de famille, médecins spécialistes, physiothérapeutes, infirmiers indépendants, etc.).</p> <p>24. Développer de nouveaux supports et contenus d'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenir à jour une cartographie et un annuaire des prestations/prestataires existants (sur le site internet) ; • Pour les bénéficiaires, mieux informer sur le coût des prestations proposées ; • Créer une newsletter pour informer les professionnels des prestations d'aide proposées sur le canton, sujets d'actualité en lien avec la thématique.

7.2 Déploiement du projet

Les résultats de cette évaluation confirment tout d'abord l'acceptabilité et la faisabilité du projet de l'AROSS. Moyennant une clarification de ses missions et de son périmètre d'intervention, les différents acteurs du réseau socio-sanitaire que nous avons rencontrés plaident **pour la poursuite du projet et son déploiement à plus grande échelle** (cf. § 5.2.9). Le périmètre retenu pour le pilote et sa durée, trop longue, sont en effet apparus comme des facteurs limitant l'implication des partenaires, notamment en raison de la double procédure qu'il imposait selon que les personnes résidaient ou non sur le territoire. Les modalités de déploiement font toutefois débat au sein des partenaires.

Au regard de l'état de maturité du projet, des informations nécessaires à son extension sur l'ensemble du canton et des expériences réalisées à l'étranger, nous recommandons **de poursuivre le projet et de prévoir son implémentation par étapes et par districts**, afin de permettre son ajustement et sa pérennisation (cf. Périmètre, file active et taille de l'équipe adéquats p 136) (Tableau 20).

Un certain nombre de conditions, préalables à l'implémentation à l'ensemble du canton, apparaissent en effet comme nécessaires (cf. Caractéristiques des initiatives de soins intégrés efficaces p 144). Comme nous l'avons précédemment souligné, une phase de concertation avec les acteurs du réseau socio-sanitaire est indispensable. Le cadre légal et réglementaire doit par ailleurs être en phase avec le projet.

Les expériences de soins intégrés menées dans d'autres contextes, en Suisse ou à l'étranger, pointent également l'importance de disposer d'un leadership fort et visible : **l'engagement des autorités publiques, tant d'un point de vue stratégique que financier**, est un facteur clé de réussite de l'ajustement et de l'implémentation du projet (cf. Formes de gouvernance et portage p 140 et Caractéristiques des initiatives de soins intégrés efficaces p 144). Le SCSP devrait conduire cette étape afin de soutenir et de rendre opérationnelle une vision commune autour d'objectifs concrets et partagés. L'Etat a également un rôle important de communication autour de ce projet et de son articulation avec la PMS (cf. § 5.2.7 et 5.2.8). Plusieurs actions peuvent être entreprises pour améliorer la lisibilité de la politique cantonale et ses connexions avec les initiatives en cours au niveau fédéral (LDEP², stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles^P) ou dans d'autres cantons (développement du plan de médication partagé et implémentation du projet coRAI dans le canton de Vaud⁵⁵, développement du dossier médical du patient dans le canton de Genève⁵⁶ par exemple). L'organisation de colloques réguliers sur l'avancement de la PMS, la poursuite des newsletters sur la PMS¹⁷⁻²⁰, la diffusion d'un bilan d'étape sur le projet de l'AROSS et son évaluation, l'élaboration et la diffusion d'une plaquette d'information sur le projet de l'AROSS sont des exemples de stratégies de communication pour impliquer les professionnels de santé. A un niveau stratégique, la poursuite de réunions régulières d'un comité de pilotage réunissant les représentants des principaux acteurs du réseau socio-sanitaires est nécessaire. Enfin, nous préconisons un rapprochement et des échanges réguliers avec des représentants d'autres cantons engagés dans des projets similaires.

Une autre condition d'implémentation du projet concerne **son articulation avec la PMS** (cf. § 5.2.7 et 5.2.8). Plusieurs professionnels et partenaires ont souligné que la coordination et l'orientation

^P Cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>

des personnes âgées ne peuvent efficacement s'effectuer que si les prestations recommandées sont effectivement disponibles. Nous avons également mis en évidence une certaine confusion entre le projet de l'AROSS et certaines mesures de la PMS visant plus spécifiquement les EMS. Ces éléments soulignent la nécessité d'une information régulière sur la PMS et sur le projet de l'AROSS.

Enfin, et comme nous l'avons dit, **plusieurs questions demeurent en suspens quant aux modalités concrètes de l'intervention de l'AROSS et du financement du projet**. Si le projet présente plusieurs ingrédients caractéristiques des initiatives de soins intégrés ayant fait leurs preuves dans d'autres contextes, nous ne disposons pas à ce jour d'informations sur l'efficacité, la rentabilité et l'efficience du projet (cf. § 5.4.1 et 5.4.2). Nous n'avons pas non plus d'indications sur les possibles transferts de responsabilités et de ressources entre institutions pour la réalisation de certaines missions du projet. Enfin, des solutions de financement innovantes, incitant à la collaboration et à la coordination, pourraient être testées dans la suite du projet avant son extension à l'ensemble du canton (cf. Modalités de financement p 141). Un déploiement par phases permettrait de poursuivre le processus d'évaluation et de collecter, au moyen d'un design adéquat, des informations sur le potentiel d'économicité du modèle. L'ancrage territorial (par district) est une dimension importante à conserver qui ressort de la littérature internationale et des expériences menées en Suisse.

Les résultats de l'évaluation ne nous permettent pas de nous prononcer de manière définitive sur la forme juridique la plus adaptée pour le portage du projet (association ou établissement de droit public) (cf. § 5.2.9 et Formes de gouvernance et portage p 140). Compte tenu de l'engagement nécessaire des autorités publiques dans la définition des missions, des stratégies et dans le financement du projet, l'établissement cantonal de droit public semble, a priori, la voie à privilégier. Toutefois, il conviendra **de conserver un mode de gouvernance, au niveau stratégique, qui permette une représentation équilibrée des principaux acteurs du réseau socio-sanitaire** et une co-responsabilité aux décisions prises (représentation au sein du conseil d'administration). Une convention d'objectifs et de moyen entre l'établissement et les autorités publiques permettront de fixer un certain nombre d'objectifs opérationnels, d'indicateurs de résultats et de financer les prestations attendues (cf. Modalités de financement p 141).

Concernant le financement, un engagement important des autorités publiques est à prévoir, au regard des initiatives menées à l'étranger et en Suisse (cf. § Modalités de financement p 141 et 5.4.2). Les missions de coordination et d'appui aux professionnels nécessitent en effet un encouragement étatique. Cela n'exclut pas de possibles transferts de charges entre certaines institutions du réseau socio-sanitaire et l'AROSS, qui devront être étudiés dans la suite du projet, en particulier lors de la phase de clarification des missions. **Des incitatifs financiers à la collaboration** (par exemple financement par capitation ou par parcours de santé) devraient être testés dans la suite du projet et en vue de son extension sur l'ensemble du canton. Enfin, les possibilités de prise en charge de certaines prestations par les assurances maladies nécessitent également d'être explorées plus avant : une évaluation des effets et du potentiel d'économicité du projet permettrait d'apporter des arguments en faveur d'une participation des assurances. Pour ces aspects, nous recommandons au SCSP et à l'AROSS de s'inscrire dans la stratégie fédérale de prévention dans le domaine des soins, qui, dès 2018, permettra le développement et l'évaluation

de projets innovants visant le développement de la collaboration interprofessionnelle⁹. Un soutien financier fédéral permettrait, dans cette seconde phase du projet, de l'ajuster et de poursuivre son déploiement avec une phase évaluative centrée sur l'efficacité et l'efficience.

Les ressources engagées pour le pilote, tant financières qu'humaines, étaient adaptées aux missions et aux objectifs fixés (cf. § 5.1.3). Nous avons cependant formulé des recommandations sur le processus d'évaluation et d'orientation et la nécessité, selon nous, d'ajuster les prestations au niveau de risque de la population, ce qui peut réduire le volume d'heures nécessaires pour la réalisation de ces missions. Dans le même temps, nous avons également formulé des pistes de développement de nouvelles missions, notamment d'appui aux professionnels, qui n'ont pas été chiffrées dans le cadre de cette évaluation.

Le pilote a permis de confirmer l'intérêt **de mettre en place une équipe de coordinateurs interdisciplinaires** (cf. § 5.2.6). Cette interdisciplinarité est une plus-value du projet, relevée par les professionnels et partenaires. L'apport notamment d'une évaluation de la situation sociale des bénéficiaires a été souligné. Même si cette fonction interdisciplinaire est vue avec une certaine prudence par les infirmiers que nous avons rencontrés, elle est également mise en avant comme facteur de succès dans les initiatives de soins intégrés menées à l'étranger (cf. Équipe dédiée p 138), et nous recommandons son maintien dans la suite du projet. Au niveau opérationnel, une mutualisation de ressources avec certains partenaires devra être étudiée sur certaines missions spécifiques (évaluations / orientation, évaluations sociales par exemples) ou en appui aux équipes pour la supervision ou la prise en charge de situations spécifiques (par exemple supervision d'un médecin psychogériatre, collaborations avec les équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs) (cf. § 5.2.9).

Tableau 20 **Recommandations générales et propositions pour le déploiement du projet**

Recommandation générale	Propositions
<p>Prévoir un déploiement par étapes et par district, permettant d'organiser les collaborations au niveau régional et d'ajuster le projet aux caractéristiques locales</p>	
<p>S'assurer que les conditions de succès pour l'implémentation du projet soient garanties</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prévoir une phase de concertation avec les principaux acteurs et d'adaptation du cadre légal et réglementaire. 2. Disposer d'un engagement visible, fort et consistant des autorités publiques au niveau cantonal permettant de créer, soutenir et rendre opérationnel une vision commune autour d'objectifs concrets et partagés :

⁹ Cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>

Recommandation générale	Propositions
<p>Quelle que soit la forme juridique choisie, veiller à l'ancrage territorial du projet et à une gouvernance permettant la co-responsabilité des principaux acteurs du réseau socio-sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter les résultats de l'évaluation réalisée et les décisions prises pour la suite du projet ; • Améliorer la lisibilité de la politique cantonale (PMS) et son articulation avec les initiatives fédérales (LDEP, prévention intégrée dans les soins, prévention/promotion de la santé) ; • Une fois les rôles/responsabilités clarifiées avec les principaux acteurs, élaborer et diffuser une plaquette informative destinée aux professionnels sur les activités de la structure d'orientation, ses missions, son articulation avec les autres acteurs, ses limites d'intervention ; • Mettre en place un comité de pilotage stratégique et un comité de pilotage opérationnel pour l'implémentation du projet ; • Poursuivre les collaborations et partages intercantonaux, notamment avec Genève et Vaud (LDEP, plan de médication partagé, plans de soins intégrés, coRAI etc.). <ol style="list-style-type: none"> 3. Veiller à ce que le déploiement du projet se fasse en cohérence avec le développement des prestations prévues dans la PMS (notamment pour les lits d'accueil d'urgence et les courts séjours). 4. Convaincre de la plus-value apportée par l'AROSS, en termes financier et en termes sanitaires en réalisant une évaluation de l'efficacité et de l'efficience du projet. 5. Opter pour une forme juridique permettant une réelle implication et engagement des autorités publiques (établissement de droit public). 6. Développer le projet au moyen d'une structuration régionale, afin de s'adapter aux contextes géographiques et locaux : si un seul établissement est créé, des antennes devraient se mettre en place, idéalement dans les locaux de partenaires existants (NOMAD, Pro Senectute, cabinet de médecins) afin de faciliter les synergies entre les professionnels. 7. Conserver une gouvernance de projet permettant la représentation équilibrée des principaux acteurs concernés (comité d'administration), permettant une co-construction et un co-partage de responsabilités entre les acteurs du réseau socio-sanitaire. 8. S'appuyer sur l'expertise/expérience du Président actuel du comité et de la responsable du projet.

Recommandation générale	Propositions
<p>Disposer d'une équipe interdisciplinaire de collaborateurs et collaboratrices dont une majorité ayant un poste de coordinateurs</p>	<p>9. Taille de l'équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec un processus identique (même population et mêmes critères de réalisation des entretiens d'évaluation et d'orientation), le nombre d'EPT est adéquat. L'estimation du nombre d'EPT nécessaire pour un déploiement cantonal doit être revu après la clarification des missions et des processus d'évaluation. • Prévoir un temps pour la collaboration interprofessionnelle dans la planification de la taille de l'équipe ; • Etudier, en concertation avec les partenaires, la possibilité de mutualiser certaines ressources humaines avec des institutions partenaires (HNE, CNP, NOMAD), par exemple infirmiers évaluateurs, gestionnaires de flux, assistants sociaux. <p>10. Composition de l'équipe / profils :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir l'interdisciplinarité au sein de l'équipe et la fonction de coordinateur ou gestionnaire de cas qui est plébiscitée dans d'autres initiatives de soins intégrés ; • Maintenir au moins un assistant social, y compris en étudiant la possibilité de mutualiser des ressources d'autres institutions (Pro Senectute, CNP, HNE).
<p>Pérenniser le financement du projet</p>	<p>11. Quelle que soit la forme juridique retenue, prévoir une convention d'objectifs et de moyens entre l'Etat et la structure, intégrant des incitatifs financiers pour financement des activités de coordination/intégration et modèles de paiement mixtes (paiement au parcours de soins, paiement par capitation).</p> <p>12. Etudier les possibilités de financement par les assurances-maladies de certaines prestations (forfait évaluation/orientation, profilage).</p>

7.3 Monitorage et évaluation du projet

La présente évaluation visait à étudier la plus-value apportée par la nouvelle structure, son acceptabilité et ses premiers effets perçus par les partenaires et par les bénéficiaires, ainsi que la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle. La durée du pilote (18 mois) et le design évaluatif retenu ne permettent pas d'évaluer de manière rigoureuse l'efficacité et l'efficacité du projet (cf. § 6). Les premiers résultats sont toutefois encourageants. Les bénéficiaires et leurs

proches aidants saluent l'initiative et y voient une plus-value par rapport à la situation antérieure (cf. § 5.3.2). L'AROSS est perçue comme une ressource pour s'informer sur les prestations existantes. Elle est également perçue comme une ressource pour permettre de rester à son domicile quand des fragilités surviennent, en ouvrant le champ des aides et prestations disponibles, et pour faciliter l'installation en EMS quand cette décision est prise. Pour les professionnels et partenaires, et à quelques exceptions près, l'AROSS comble un manque dans le réseau socio-sanitaire. Sa plus-value est relevée pour les situations complexes et les demandes urgentes, où sa réactivité et l'adéquation de ses réponses sont saluées, ainsi que pour permettre une détection précoce de la fragilité et organiser le maintien à domicile (cf. § 5.2.6).

A l'issue de cette étude, nous pouvons également formuler des recommandations et propositions concernant le monitoring et l'évaluation de la suite du projet (Tableau 21).

Les solutions métiers mises en place par l'AROSS permettent de disposer d'informations sur les demandes, le niveau de fragilité et le profil des bénéficiaires, les recommandations émises par l'AROSS et leur suivi dans le temps (**outil DIOr**). **Ces données sont précieuses en termes de monitoring de l'activité** (cf. § 5.1.2). Leur principale limite tient à l'outil utilisé, qui a été spécifiquement conçu pour le projet et **n'a pas été validé d'un point de vue clinique**. Si certaines parties de l'évaluation utilisent des instruments ou des items validés, les résultats ne sont pas comparables avec d'autres informations collectées auprès des bénéficiaires (par l'évaluation RAI-HC par exemple). A terme, un couplage des données DIOr avec d'autres informations collectées dans le dossier patient permettrait d'affiner les profils des bénéficiaires, d'ajuster les stratégies d'intervention au niveau de risque et de suivre l'évolution de l'état de santé (cf. § 5.4.1). Les autres sources de données issues de SIPRES sont, à ce jour, plus difficiles à utiliser comme indicateurs de monitoring (cf. § 5.1.2). **L'outil SIPRES mériterait d'être amélioré**, non seulement pour les utilisateurs, mais également à des fins statistiques. L'AROSS a également adressé, en juin 2016 et en avril 2017, des questionnaires de satisfaction aux bénéficiaires et aux proches aidants (cf. § 5.3.1). Ceux-ci avaient été révisés par l'IUMSP, et nécessitent, au regard des réponses apportées, quelques aménagements mineurs. Nous recommandons de renouveler ces enquêtes annuellement afin de suivre l'effet du dispositif sur des indicateurs subjectives. A la demande du groupe d'accompagnement, l'IUMSP a adapté également les questionnaires de satisfaction destinés aux professionnels collaborant avec l'AROSS (cf. Annexe 9.2). Nous recommandons qu'ils soient adressés annuellement, par voie électronique et/ou postale, à l'ensemble des professionnels libéraux du territoire (à un échantillon d'entre eux quand le projet sera étendu à l'ensemble du pilote) ainsi qu'aux professionnels des institutions partenaires.

Un autre volet intéressant à suivre, dans la suite du projet, porte sur **son effet sur les collaborations interprofessionnelles** (cf. § 0 et 5.4.2). Les résultats de l'étude montrent que le projet a formalisé un certain nombre de relations entre l'AROSS et ses différents partenaires ; les analyses fondées sur VIVATES ont permis de quantifier la fréquence de ces relations quand il s'agit de transmission d'informations confidentielles sur un patient (cf. § 5.1.45.1.2). Les partenaires ont également relevé apprécié les échanges organisés à l'initiative de l'AROSS pour élaborer ou ajuster les procédures collaboratives (cf. § 5.2.5). Les échanges sont toutefois, du point de vue de certains professionnels, bilatéraux et l'AROSS ne semble pas avoir intensifié les échanges entre les professionnels sur le territoire, ce qui mériterait toutefois d'être objectivé. Une analyse de la fréquence, de la nature et de la qualité des interactions actuelles entre les différents acteurs du réseau, et entre ceux-ci et

l'AROSS permettrait de cartographier les réseaux d'échanges et, renouvelée après un ou deux ans, de suivre l'évolution de ces échanges.

En sus de cette activité de monitoring, nous préconisons **la réalisation d'une étude coût-bénéfices du projet de l'AROSS** qui devrait permettre de collecter les informations manquantes à ce jour sur l'efficacité du projet et son potentiel d'économicité (cf. § 6). Cela nécessite de disposer de données sur les principaux indicateurs de résultats attendus (satisfaction, hospitalisations évitables, délai d'entrée en EMS, coûts médicaux et non médicaux, éventuellement mortalité), d'une population de comparaison et d'informations sur les coûts du projet, y compris les coûts liés au projet pour les institutions partenaires. Un tel design d'études pourrait être proposé dans le cas d'une soumission à l'appel à projets sur la prévention des soins intégrés qui sera lancée en début 2018 ; les soumissionnaires peuvent être des acteurs associatifs ou des autorités publiques, mais peuvent s'adjoindre les compétences d'universitaires.

Tableau 21 **Recommandations générales et propositions pour le monitoring et l'évaluation du projet**

Recommandation générale	Propositions
<p>Poursuivre et renforcer le monitoring du projet</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer un concept de monitoring du projet s'appuyant sur les données collectées avec les solutions métiers (DIOr, SIPRES et VIVATES). 2. Prévoir un S.I. au niveau cantonal permettant de coupler, de manière sécurisée, les bases de données DIOr avec d'autres sources d'informations sur l'état de santé des patients. 3. S'appuyer sur ces données pour segmenter les populations-cibles et ajuster les prestations fournies par l'AROSS. 4. S'appuyer sur ces données pour planifier les besoins et évaluer le projet.
<p>Suivre l'évolution des collaborations interprofessionnelles au sein du réseau socio-sanitaire</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Evaluer et suivre la fréquence, la nature et la qualité des échanges entre l'AROSS et les différents acteurs du réseau socio-sanitaire, ainsi qu'entre les différents acteurs au moyen d'une enquête ad hoc et d'une analyse de réseaux.
<p>Evaluer l'efficacité et l'efficience du projet :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Disposer d'informations sur : <ul style="list-style-type: none"> • Un groupe de population plus important et un recul suffisamment important (1 à 2 ans de suivi minimum) ; • Les prestations de soins reçues (données d'assurance-maladie, données hospitalières) ;

Recommandation générale	Propositions
	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens/ressources apportées par les partenaires : nombre, profils et temps dédié à la collaboration par type de partenaires ; temps de prise en charge avec / sans AROSS par profil. <ol style="list-style-type: none"> 7. Disposer d'un groupe contrôle (population similaire sur un autre territoire). 8. Evaluer différentes options de prise en charge (évaluations complètes vs évaluations allégées, suivi à 12 mois vs à 24 mois) et leurs impacts en termes de santé, de coûts, de satisfaction. 9. Evaluer les transferts de charges possibles (mutualisation ou transfert de missions, d'EPT) entre certaines institutions de soins et la structure chargée de l'orientation) ; 10. Proposer, en collaboration avec un institut universitaire, un design évaluatif approprié dans le cadre de l'appel à projets relatif à la Stratégie fédérale sur la prévention dans le domaine des soins. Cette stratégie soutiendra des projets visant à promouvoir, des projets les interfaces entre le domaine des soins et la collectivité, la collaboration / interprofessionnalité / multiprofessionnalité, l'autogestion des maladies chroniques.

8

Références

8 Références

- 1 Direction de la santé publique. 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 du CoPil : Prise en charge coordonnée des personnes âgées. Neuchâtel: Direction de la santé publique, 2014
- 2 Loi fédérale sur le dossier électronique du patient (LDEP), RS 816.1 (2015).
- 3 Bourgueil Y, Brémond M, Develay A, Grignon M, Midy F, Naiditch M, et al. L'évaluation des réseaux de soins: enjeux et recommandations. Paris: CREDES, 2001
- 4 Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Transferability of interventions in health education: a review. BMC public health. 2012;12(1):497.
- 5 Conseil d'Etat du Canton de Neuchâtel. 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). Neuchâtel: Conseil d'Etat, 2012
- 6 Barbey V, Lambelet C, Duc N, Siggen M, Varesio A-C. Planification médico-sociale pour les personnes âgées dans le canton de Neuchâtel. Rapport final de synthèse. Sierre/Neuchâtel: HES-SO Valais & Haute Ecole Arc Santé, 2009
- 7 Santos-Eggimann B. Modèle d'évaluation des politiques cantonales de prise en charge médico-sociale des personnes âgées chroniquement dépendantes, et place du maintien à domicile. Rapport final à l'intention du Fonds national suisse de la recherche scientifique. Lausanne: IUMSP, 1998
- 8 Loi de santé (LS), 800.1 (1995).
- 9 Guével M-R, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique: enjeux et illustration. Santé publique. 2012;24(1):23-38.
- 10 Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ: British Medical Journal. 2000;321(7262):694-6.
- 11 Frattini M-O, Naiditch M. Coordination d'appui au médecin traitant pour faciliter les parcours de ses patients. Santé Publique. 2015;1(HS):87-94.
- 12 Magnard H, Azzouz E, Bordry B, Narang C, Villechenoux N. Conditions pour l'amélioration des parcours des personnes âgées en perte d'autonomie et outils d'évaluation des besoins. Paris: Ecole nationale de la protection sociale, 2014
- 13 Ettlin R, Widmer P, Dvorak A, Gachet C. Evaluation intermédiaire du projet-pilote OSRIC (Organisation sanitaire intégrée et coordonnée). Lausanne: Socialdesign, 2014
- 14 Groupe romand d'Evaluation (GREVAL). Guide pour la mise en place d'un groupe d'accompagnement dans le cadre d'une évaluation. Lausanne: GREVAL, 2016
- 15 Schusselé Filliettaz S, Kohler D, Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I. Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015-2016). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan), 2017. (Obsan Dossier 57).
- 16 Conseil d'Etat du Canton de Neuchâtel. Rapport d'information du Conseil d'Etat au Grand Conseil concernant la réalisation et les perspectives de la planification médico-sociale. Neuchâtel: Conseil d'Etat, 2015

- 17 Département des finances et de la santé, Service de la santé publique, Office du maintien à domicile et de l'hébergement. Planification Médico-sociale PMS -un besoin de réseau ! n°1. Neuchâtel: Département des finances et de la santé; 2014.
- 18 Département des finances et de la santé, Service de la santé publique, Office du maintien à domicile et de l'hébergement. Planification Médico-Sociale PMS - un besoin de réseau ! n°2. Neuchâtel: Département des finances et de la santé; 2014.
- 19 Département des finances et de la santé, Service de la santé publique, Office du maintien à domicile et de l'hébergement. Planification médico-sociale PMS - un besoin de réseau ! n°3. Neuchâtel: Département des finances et de la santé; 2015.
- 20 Département des finances et de la santé, Service de la santé publique, Office du maintien à domicile et de l'hébergement. Planification Médico-Sociale PMS - un besoin de réseau ! n°4. Neuchâtel: Département des finances et de la santé; 2016.
- 21 Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. Proceedings of the nutrition society. 2004;63(4):655-60.
- 22 Pin S. Tour d'horizon des réseaux de santé. Résultats d'une recherche documentaire. Rapport pour le compte du Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) du canton de Genève. Genève: Stéphanie Pin - consultante en santé publique, 2016
- 23 Loi portant constitution d'un établissement de droit public pour le maintien à domicile (NOMAD - Neuchâtel organise le maintien à domicile), 800.101 (2006).
- 24 Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS), 832.112.31 (1995).
- 25 Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Meylan L, Monod S, Junod A, Büla C, et al. Le Resident Assessment Instrument (RAI) et autres instruments d'évaluation, d'orientation et de communication relatifs aux personnes âgées dans le réseau de soins. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2012. (Raisons de santé 191).
- 26 Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. International Journal of Integrated Care. 2009;9(2).
- 27 Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours. Berne: CDS/OFSP, 2012
- 28 Haute Autorité de Santé (HAS). Note méthodologique et de synthèse documentaire. Coordination des parcours: comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? St-Denis (France): HAS, 2014a
- 29 Haute Autorité de Santé (HAS). Note méthodologique et de synthèse documentaire. Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux ? St-Denis (France): HAS, 2014b
- 30 Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé ? Paris: DGOS, 2012
- 31 Shortell SM, Gillies R, Wu F. United States innovations in healthcare delivery. Public Health Reviews. 2010;32(1):190-212.
- 32 Huynh TM, Baker GR, Bierman A, Klein D, Rudoler D, Sharpe G, et al. Exploring Accountable Care in Canada : integrating financial and quality incentives for physicians and hospitals. Toronto: Canadian Foundation for Healthcare Improvement, 2014 Available from: <http://www.cfhi-fcass.ca/>

- 33 Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improve outcomes. . London: The Kings Fund, 2010
- 34 Alderwick H, Ham C, Buck D. Population health systems : going beyond integrated care. London: The King's Fund, 2015
- 35 Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health affairs*. 1994;13(5):46-64.
- 36 Simoens S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. Aberdeen: University of Aberdeen, Health Economics Research Unit, 1999
- 37 Boon HS, Mior SA, Barnsley J, Ashbury FD, Haig R. The difference between integration and collaboration in patient care: results from key informant interviews working in multiprofessional health care teams. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2009;32(9):715-22.
- 38 Center for Integrated Health Solutions. A standard framework for levels of integrated healthcare. Washington: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions, 2013
- 39 Vannier E. Pilotage et contractualisation des réseaux de santé: l'exemple du réseau "Bien Naître en Ille-et-Vilaine". Rennes: EHESP & Sciences Po Rennes; 2011.
- 40 Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Fonds d'intervention régional. Rapport d'activité 2014. Paris: Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, 2015
- 41 Fédération des Réseaux de santé gérontologiques d'Ile-de-France (FREGIF). Les réseaux de santé gérontologiques d'Ile-de-France. Etat des lieux et perspectives. Paris: FREGIF, 2011
- 42 Provan KG, Kenis P. Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of public administration research and theory*. 2008;18(2):229-52.
- 43 Cristofoli D, Markovic J, Meneguzzo M. Governance, management and performance in public networks: How to be successful in shared-governance networks. *Journal of Management & Governance*. 2014;18(1):77-93.
- 44 Sheiman I. Integrated health care payment methods: typology, evidence and pre-conditions of implementation. Moscow: National Research University Higher School of Economics, 2014. (Public Administration WP BRP 18/PA/2014).
- 45 Polton D, Bousquet F. Les modèles de rémunération : un regard international. Les modes incitatifs de rémunérations des soins; 12 décembre 2011; Paris2011.
- 46 McCarthy D, Ryan J, Klein S. Models of care for high-need, high-cost patients: an evidence synthesis. *The Commonwealth Fund pub*. 2015;31(1843).
- 47 Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high-performing primary care. *The Annals of Family Medicine*. 2014;12(2):166-71.
- 48 O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PloS one*. 2017;12(5):e0177026.
- 49 Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*. 2015;37(4):716-27.
- 50 Bélanger E, Rodríguez C. More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams. *Journal of interprofessional care*. 2008;22(6):587-97.

- 51 Zoller M, Badertscher N, Rossi P. Participation de médecins de famille. Projet "Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées". Résumé et recommandations. Berne: Promotion santé suisse et Bureau de prévention des accidents, 2011
- 52 Pin S, Bodard J, editors. Interventions efficaces de prévention de la fragilité : état des lieux et conditions de mise en oeuvre. La prévention de la perte d'autonomie La fragilité en questions Apports, limites et perspectives; 2016; Paris: IRDES.
- 53 Weber D. Santé et qualité de vie des personnes âgées. Base pour les programmes d'action cantonaux. Berne: Promotion santé suisse, 2016. (Rapport 5).
- 54 Richard L, Barthélémy L, Tremblay M, Pin S, Gauvin L. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois. Saint-Denis: Inpes; 2013.
- 55 Conseil d'Etat du canton de Vaud. Exposé des motifs et projet de décret sur le développement d'outils et de processus favorisant la continuité et la coordination des soins. Lausanne: Conseil d'Etat du canton de Vaud, 2016
- 56 Conseil d'Etat de Genève. Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le projet pilote étoile (2009-2012). Genève: Conseil d'Etat, 2013. (Rapport RD 1023).

9

Annexes

9.1 Principaux constats et des recommandations par objectif d'évaluation

Tableau 22 Synthèse des résultats concernant la valeur ajoutée apportée par l'AROSS

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
Complémentarité et spécificité de l'AROSS par rapport aux autres acteurs du réseau			
Quelles sont les synergies entre l'AROSS et les autres acteurs ?	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaissance du rôle de l'AROSS en termes d'orientation des personnes âgées dans le réseau socio-sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs chevauchements avec les activités de NOMAD, HNE, CNP, EMS, notamment pour l'évaluation des bénéficiaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Formaliser le rôle de coordination de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire ; Clarifier les objectifs et les missions de l'AROSS (prévention de la fragilité, évaluation/orientation lors des demandes d'entrée en EMS et les situations urgentes, appui aux professionnels) ; Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle commun d'items évalués par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire concernés ; Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau risque et ajuster les prestations proposées.
Quel est l'apport essentiel de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire du territoire ?	<ul style="list-style-type: none"> Connaissance « méta » des besoins des personnes âgées fragiles et des prestations disponibles. 		<ul style="list-style-type: none"> Formaliser le rôle de coordination de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire ; Poursuivre et renforcer le monitoring du projet et s'appuyer sur les données collectées pour planifier les besoins médico-sociaux du Canton.
Modes de collaboration et de coopération entre l'AROSS et ses partenaires			
Comment les partenaires ont-ils contribué à la conception et à la mise en œuvre du projet ?	<p>Participation des principaux acteurs au groupe de travail ayant élaboré le projet de l'AROSS ;</p> <p>Représentation des principaux acteurs au comité de l'association ;</p> <p>Participation des professionnels (médecins de famille, équipes de terrain dans les institutions) à plusieurs réunions de travail bilatérales avec l'AROSS pour préparer et ajuster des procédures collaboratives ;</p> <p>Echanges réguliers entre la responsable du projet et les responsables /cadres des principales institutions (HNE, CNP notamment).</p>	<p>Méfiance et tensions persistantes avec certains partenaires (NOMAD, CNP) ;</p> <p>Collaborations limitées des médecins de famille ;</p> <p>Collaborations avec les infirmiers indépendant s à tester sur un territoire plus étendu ;</p> <p>Collaborations limitées des communes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sous pilotage du SCSP, élaborer ou réviser les procédures de collaboration avec NOMAD, la HNE et le CNP ; Conserver une gouvernance du projet, au niveau stratégique, permettant la représentation équilibrée des principaux acteurs concernés (comité d'association ou comité d'administration) ; Développer et renforcer les collaborations avec les médecins de famille ; Poursuivre le travail d'ajustement des collaborations avec les autres partenaires ;

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
<p>Quels moyens et ressources ont-ils été apportés par l'AROSS et par ses partenaires ?</p>	<p><u>Pour les partenaires :</u> Participation des équipes / professionnels aux réunions d'équipe ; Transmission d'information par les plateformes VIVATES et SIPRES.</p> <p><u>Pour l'AROSS :</u> Moyens et ressources fixés dans le cadre du contrat de prestations ; Montant de la subvention pour la période considérée : 2'820'025 CHF entre 2015 et mi-2017 ; Budget réalisé sur la période considérée : 2'032'358.85 CHF entre 2015 et mi-2017, soit un solde positif de 256'103.65 CHF ; Nombre d'EPT mobilisés : 4.9 EPT en 2016 et 4.6 EPT en 2017 ; Au regard des résultats atteints (nombre de demandes, nombre d'heures réalisées), adéquation entre les moyens/ressources et les objectifs visés.</p>	<p>Moyens et ressources apportés par les partenaires non chiffrés à ce jour, en particulier par d'information sur le nombre et profil d'EPT concernés, le temps nécessaire pour la collaboration, charges / gains de temps pour la prise en charge et le suivi de patients ; Transfert potentiel de ressources d'autres institutions (coordination, évaluation) non évaluable à ce jour.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer et formaliser des partenariats avec d'autres partenaires (OSAD, physiothérapeutes, communes) ; ➤ Développer les échanges multiprofessionnels ; ➤ Améliorer les outils informatisés collaboratifs. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Disposer d'informations sur les moyens et ressources apportées par les partenaires : nombre, profils et temps dédié à la collaboration par type de partenaires, temps de prise en charge avec / sans l'AROSS ; ➤ Sur la base des résultats obtenus, évaluer le transfert potentiel de ressources d'autres institutions vers l'AROSS pour les fonctions de coordination, d'évaluation et d'orientation.
<p>Quels modes de travail ont-ils été mis en place ?</p>	<p>Réunions de travail bilatérales entre l'AROSS et les partenaires ; Elaboration de procédures collaboratives, ajustées en cours de pilote ; Plateforme VIVATES pour la transmission sécurisée d'information sur les situations individuelles ; Outil SIPRES pour les listes d'attentes en EMS ; Rapports de synthèse transmis par l'AROSS aux partenaires impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement d'un bénéficiaire évalué par l'AROSS ; Réseaux pluridisciplinaires pour discuter des situations individuelles.</p>	<p>Modes de communication non uniformes pour les médecins de famille ; Peu d'échanges multiprofessionnels cités ; Regret, de la part de l'AROSS, de ne pas être informé des suites concernant les bénéficiaires évalués.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer les outils informatisés collaboratifs et garantir leur inter-opérabilité avec les S.I : utilisés par les différents acteurs du réseau socio-sanitaire ; ➤ Développer les échanges multiprofessionnels ; ➤ Renforcer le rôle d'appui aux professionnels de l'AROSS.

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
Cohérence interne et externe du projet			
L'organisation mise en place répond-elle aux objectifs de la PMS et aux orientations du rapport « Réseau et entretiens d'orientation » ?	<p>Oui, sur les missions d'évaluation, sur la gestion des demandes de séjour en EMS ;</p> <p>Partiellement concernant l'orientation en raison de la non-disponibilité de certaines prestations qui seraient les plus adaptées à la situation des bénéficiaires ;</p> <p>Partiellement concernant le repérage et la prévention de la fragilité en raison d'une orientation limitée de bénéficiaires potentiels vers l'AROSS par les partenaires (médecins de famille, HNE) et d'une visibilité insuffisante de l'AROSS.</p>	Non concernant la coordination du réseau socio-sanitaire, en raison d'une répartition de missions mal définies entre plusieurs acteurs (HNE, CNP, NOMAD).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formaliser le rôle de coordination de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire ; ➤ Clarifier les objectifs et missions de l'AROSS, et en particulier les rôles de prévention de la fragilité et d'appui aux professionnels ; ➤ Veiller à ce que le déploiement du projet se fasse en cohérence avec le développement des prestations prévues dans la PMS (notamment pour les lits d'accueil d'urgence et les courts-séjours).
L'organisation mise en place permet-elle de répondre aux objectifs fixés ?	Résultats atteints en termes de nombre de demandes, de prestations mises en place (développement et implémentation des solutions métiers, procédures collaboratives, communication sur le projet), avec un nombre d'EPT moins élevé que planifié.	Le périmètre trop restreint ne permet pas d'apprécier le fonctionnement de l'organisation avec une file active plus importante.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévoir un déploiement du projet par étapes et par districts, permettant d'organiser les collaborations au niveau régional et d'ajuster le projet aux caractéristiques locales ; ➤ S'assurer que les conditions de succès pour l'implémentation du projet soient garanties (concertation préalable avec les acteurs, engagement des autorités publiques, cohérence avec la PMS, évaluation de l'efficacité et de l'efficience) ; ➤ Prévoir un temps pour la collaboration interprofessionnelle dans la planification de la taille de l'équipe.
Est-elle cohérente avec la nature des problèmes à traiter ?	Oui au regard des expériences étrangères et suisses, en termes de périmètre, de population ciblée, de taille d'équipe et d'organisation.	<p>Certains aspects mériteraient d'être développés afin d'être complémentaire avec les prestations existantes : détection et prévention de la fragilité, coordination, appui aux professionnels ;</p> <p>Les prestations proposées (évaluations/ orientation, profilage) devraient s'appuyer sur un système d'information intégré.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Clarifier les objectifs et missions de l'AROSS, et en particulier les rôles de prévention de la fragilité et d'appui aux professionnels ; ➤ Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle commun d'items évalués par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire concernés ; ➤ Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau risque et ajuster les prestations proposées ; ➤ Améliorer les outils informatisés collaboratifs et garantir leur inter-opérabilité avec les S.I. utilisés par les différents acteurs du réseau socio-sanitaire.

Tableau 23 Synthèse des résultats concernant l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les partenaires

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
Coordination et collaboration entre les différents acteurs du réseau socio-sanitaire			
A quel degré et sous quelle forme les différents acteurs du réseau socio-sanitaire, et en particulier les équipes de soins de premier recours, ont-ils participé au projet ?	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein de l'HNE, participation importante des services sociaux et de liaison des différents sites, participation limitée des équipes soignantes. Echanges réguliers d'information sur les situations ; • Au sein de NOMAD, participation importante des infirmiers référents, participation limitée des infirmiers évaluateurs RAI. Echanges réguliers d'information sur les situations ; • Participation importante des EMS. Echanges réguliers pour des placements en court et long séjours. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de donnée chiffrée, une enquête sur la collaboration permettrait de suivre l'effet du déploiement sur cette dimension ; • Participation limitée des médecins de famille, hétérogène selon les cas allant d'échanges réguliers à une absence totale de contacts ; • Au sein du CNP, participation moyenne des assistants sociaux, participation limitée des équipes de soin. Echanges ponctuels et limités d'information en cas de transfert en EMS. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer les outils informatisés collaboratifs et garantir leur inter-opérabilité avec les S.I : utilisés par les différents acteurs du réseau socio-sanitaire ; ➤ Sous pilotage du SCSP, élaborer ou réviser les procédures de collaboration avec NOMAD, la HNE et le CNP ; ➤ Développer et renforcer les collaborations avec les médecins de famille ; ➤ Poursuivre le travail d'ajustement des collaborations avec les autres partenaires ; ➤ Développer et formaliser des partenariats avec d'autres partenaires (OSAD, physiothérapeutes, communes) ; ➤ Suivre l'évolution des collaborations interprofessionnelles au sein du réseau socio-sanitaire.
L'AROSS a-t-elle contribué à mettre en œuvre des procédures satisfaisantes ? Lesquelles et comment ont-elles été mises en place ?	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de procédures collaboratives adaptées au cas par cas pour les différents acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction variable à l'égard des modes de collaboration mis en place : processus en cours d'ajustement et nécessitant des adaptations pour NOMAD et CNP ; • Pas de procédures collaboratives intersectorielles/ parcours de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sous pilotage du SCSP, élaborer ou réviser les procédures de collaboration avec NOMAD, la HNE et le CNP ; ➤ Développer et renforcer les collaborations avec les médecins de famille ; ➤ Poursuivre le travail d'ajustement des collaborations avec les autres partenaires ; ➤ Développer et formaliser des partenariats avec d'autres partenaires (OSAD, physiothérapeutes, communes notamment) ; ➤ Développer les échanges interprofessionnels pour développer le degré de collaboration et favoriser une intégration verticale et horizontale.
Les solutions métiers développés sont-elles utilisées ? Dans quelle mesure répondent-elles aux besoins des partenaires ?	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction de l'équipe de l'AROSS à l'égard de DIOr et bon retour de la plupart des professionnels sur la qualité des résultats produits ; • Intérêt de l'évaluation sociale et financière pour la plupart des partenaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Outil DIOr utilisé uniquement par l'AROSS, non validé et partiellement redondant avec les évaluations réalisées par d'autres acteurs (NOMAD, HNE, CNP, certains EMS) • Utilisation obligatoire de SIPRES, mais insatisfaction globale des partenaires à l'égard 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle commun d'items évalués par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire concernés; ➤ Développer un dossier informatisé du patient et faciliter le partage d'informations entre les

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
		<p>de l'outil (lourdeur, manque de transparence et d'interopérabilité avec les systèmes d'information, manque de convivialité) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation recommandée de VIVATES, mais peu d'enthousiasme (lourdeur, pas de plus-value), échanges uniquement bilatéraux, et co-existence de pratiques hétérogènes de transmission d'information avec les médecins de famille ; Rentabilité des outils questionnée par les partenaires. 	<p>acteurs au niveau cantonal, en cohérence avec la LDEP et la stratégie cybersanté du Canton ;</p> <ul style="list-style-type: none"> Veiller à l'inter-opérabilité entre les outils développés dans le cadre du projet et les S.I. utilisés par les différents acteurs du réseau socio-sanitaire ; Faciliter le recours aux outils informatisés collaboratifs VIVATES et SIPRES, en particulier en améliorant leur convivialité, leur ergonomie et leur facilité d'utilisation ; Partager les expériences d'autres cantons sur ces questions (Genève, Vaud, Bâle notamment)
<p>L'AROSS a-t-elle contribué à une augmentation de la fréquence et de la qualité des échanges entre les acteurs du réseau socio-sanitaire ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs partenaires (médecins de famille, Pro Senectute, infirmiers indépendants) ont noté que les rapports d'évaluation de l'AROSS leur permettaient de prendre connaissance des prestataires déjà en place. 	<ul style="list-style-type: none"> S'il existe des échanges bilatéraux entre l'AROSS et les acteurs, on ne dispose pas d'évidence que le projet ait facilité les échanges entre les acteurs du réseau socio-sanitaire (par exemple : entre les médecins de famille et NOMAD, entre les EMS et l'HNE) Indices, provenant des perceptions des représentants des EMS, allant plutôt dans le sens d'une limitation des contacts entre les EMS et les institutions de soins, en raison de l'obligation de passer par l'AROSS. 	<ul style="list-style-type: none"> Développer les échanges multiprofessionnels pour développer le degré de collaboration et favoriser une intégration des soins verticale et horizontale ; Evaluer et suivre la fréquence, la nature et la qualité des échanges entre l'AROSS et les différents acteurs du réseau socio-sanitaire, ainsi qu'entre les différents acteurs au moyen d'une enquête ad hoc et d'une analyse de réseaux.
Orientation des bénéficiaires vers les prestations socio-sanitaires existantes			
<p>Quels sont les modes de recours à l'AROSS ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Contacts téléphoniques principalement ; Les demandeurs les plus nombreux, en nombre et en pourcentage, sont les membres de la famille, les bénéficiaires, avant les médecins de famille ou les prestataires de soins ; La possibilité de venir dans les locaux de l'AROSS est appréciée des personnes âgées les plus isolées. 	<ul style="list-style-type: none"> Peu de contacts des professionnels pour eux-mêmes (demande d'information ou d'appui). 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir un lieu d'accueil et une permanence téléphonique (jours ouvrables) ; Renforcer le rôle d'appui aux professionnels (information et formation).
<p>Les connaissances des partenaires quant aux ressources existantes se sont-elles améliorées ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs professionnels indiquent apprécier la richesse des rapports de synthèse, notamment concernant les prestations proposées. 	<ul style="list-style-type: none"> Forte attente des partenaires à l'égard de l'AROSS sur cette dimension. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le rôle d'appui aux professionnels (information et formation), notamment en tenant à jour une cartographie et un annuaire des prestations et prestataires existants et en diversifiant les supports d'information (par exemple : newsletter, colloques, séances d'échanges de pratique, groupes qualité).

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
De quelle manière l'AROSS a-t-elle assuré un appui aux partenaires et aux professionnels de premier recours ? Cet appui est-il perçu comme satisfaisant et suffisant par les différents acteurs ?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rapports de synthèse permettant aux professionnels d'avoir une vision globale de la personne âgée et de son entourage, de ses préférences, et des prestations disponibles. Satisfaction globale élevée des partenaires à l'égard de cette prestation. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peu de contacts des professionnels pour eux-mêmes (demande d'information ou appui) ; ➤ Forte attente à l'égard de l'AROSS pour disposer d'une vision « méta » des prestations disponibles et pour faire apparaître les besoins des personnes âgées et les lacunes du réseau socio-sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Idem ci-dessus.
Quelles sont les situations où l'AROSS s'est révélée le plus / le moins utile aux partenaires ?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Appréciation non consensuelle ; ➤ Pour médecins de famille / HNE / Pro Senectute/certains EMS : utilité de l'AROSS en cas de situations complexes, afin de coordonner les trajectoires des personnes âgées, offrir des alternatives au long séjour, limiter les hospitalisations et faciliter le transfert en EMS quand la situation le nécessite ; ➤ Pour NOMAD / CNP : utilité de l'AROSS pour les personnes âgées sans prestataire ; ➤ Pour NOMAD / médecins de famille : utilité de l'AROSS pour détecter et prévenir la fragilité. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour NOMAD : pas d'utilité de l'évaluation quand elle est déjà réalisée par eux ; ➤ Pour CNP : pas d'utilité de l'intervention de l'AROSS quand le patient est suivi par le CNP ; ➤ Pour certains EMS : peu d'utilité d'un intermédiaire dans la gestion des listes d'attentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Clarifier les objectifs et les missions de l'AROSS, en particulier les rôles de prévention de la fragilité et d'appui aux professionnels ; ➤ Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle commun d'items évalués par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire concernés ; ➤ Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau de risque et graduer les prestations proposées.
Qualité et réactivité des réponses apportées aux bénéficiaires			
Le fonctionnement de l'AROSS a-t-il favorisé un meilleur traitement des problèmes ? Dans des délais plus rapides ? Quelles sont les situations où l'AROSS s'est montrée le plus / le moins performante ?	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réactivité de l'AROSS relevée par plusieurs partenaires/professionnels, ainsi que par les bénéficiaires et leurs proches aidants ; ➤ Pour certains partenaires/professionnels (médecins de famille / HNE), l'AROSS a pu, dans certaines situations, éviter certaines hospitalisations « en catastrophe », faciliter le maintien à domicile et retarder le placement en EMS ; ➤ Pour certains partenaires/professionnels (médecins de famille / HNE / Infirmiers indépendants / EMS), l'AROSS représente un soutien supplémentaire pour les bénéficiaires et les familles, permettant une « économie de douleur ». 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas de données chiffrées disponibles ; ➤ Pour certains EMS, lourdeur administrative engendrée par SIPRES sans plus-value apparent, mais non objectivée à ce jour ; ➤ Pour CNP, lourdeur administrative engendrée par l'obligation de transmettre les évaluations et les informations à l'AROSS et par l'obligation de passer par l'AROSS pour les placements en long séjour sans plus-value apparente, mais non objectivée à ce jour ; ➤ Pour HNE, double procédure engendrée par le périmètre restreint du pilote. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévoir un déploiement par étapes et par districts ; ➤ Améliorer les outils informatisés collaboratifs ; ➤ Evaluer l'efficacité et l'efficience du projet de l'AROSS, au moyen d'informations sur les prestations de soins reçues par les personnes âgées bénéficiant ou non de l'AROSS, sur les moyens et ressources mobilisés par les partenaires pour le projet de l'AROSS.
Développement d'une culture commune, chez les partenaires, sur la détection et l'accompagnement de la fragilité chez la personne âgée			
Les partenaires ont-ils développé une culture commune à l'issue du pilote ?	<ul style="list-style-type: none"> • Consensus sur les finalités du projet et, globalement, sur les modalités (structure indépendante, orientation/coordination). 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'indice à ce stade d'une culture commune sur la fragilité. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer et renforcer les collaborations, notamment en organisant davantage d'échanges multiprofessionnels.

Tableau 24 Synthèse des principaux résultats concernant l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les bénéficiaires

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
Couverture de l'AROSS en termes de taux et de profil de bénéficiaires			
Quel est le degré d'atteinte des objectifs fixés par l'AROSS en termes de couverture et de détection de la fragilité ?	<p><i>Rappel de la cible : 270 à 300 dossiers actifs par an (Fiche Projet AROSS du 20 mai 2015)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, 345 bénéficiaires ont contacté l'AROSS (288 en 2016 et 160 sur les 6 premiers mois de 2017), soit 11.88% de la population âgée de 65 ans et plus sur Le Locle. Parmi ces bénéficiaires, 233 (67.53%) ont eu une évaluation ou un profilage sur dossier de la part de l'AROSS, soit 8.02% de la population âgée de 65 ans et plus. <p><i>Rappel de la cible : 22% de fragilité chez les 65 ans et plus (Rapport « Réseaux et entretien d'orientation » de décembre 2014)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Parmi les bénéficiaires ayant été évalués par l'AROSS, le % de personnes fragiles est estimée entre 46.22% (grille SEGA-A) à 50.67% (grille de screening). 	<ul style="list-style-type: none"> Objectif globalement atteint, avec une part importante de personnes âgées fragiles parmi les bénéficiaires ; En l'absence d'information sur le niveau de fragilité de la population du périmètre, il est difficile d'estimer la pertinence du ciblage réalisé par l'AROSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer le rôle préventif de l'AROSS (détection de la fragilité), en validant un outil de repérage de la fragilité utilisé de manière systématique pour tous les nouveaux bénéficiaires, en proposant des interventions de prévention pour les bénéficiaires robustes ou pré-fragiles ; ➤ Renforcer la communication sur le projet ; ➤ Disposer d'informations sur le niveau de fragilité au niveau de la population âgée du Canton.
Quels sont les profils des bénéficiaires en termes de fragilité, de situation de vie et de besoins ?	<ul style="list-style-type: none"> L'âge moyen des bénéficiaires est de 83.44 ans (min-max : 62-100 ans). 46.22% à 50.67% des bénéficiaires évalués ou profilés sont fragiles. 53.78% d'entre eux vivent seuls ; 84.44% vivent à leur domicile. 78.66% des bénéficiaires présentent un profil BoC entre 3 et 6. Dans 21.33% des situations, le proche aidant est épuisé. 		

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
Types de demandes et modalités de traitement des demandes			
<p>Quelles sont les types de demandes reçues par l'AROSS ? D'où proviennent-elles ? Correspondent-elles aux demandes attendues lors de la mise en place de l'AROSS ?</p>	<p>Les trois motifs les plus fréquents de recours à l'AROSS sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation /profilage (42.38% des demandes) ; • Renseignement (22.65%) ; • Long séjour (18.61%). <p>Elles proviennent principalement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membre de la famille ou de l'entourage (33.56%) ; • HNE (14.86%) ; • Bénéficiaire lui-même (14.41%) ; • Médecin de famille (12.39%) ; • NOMAD (4.73%). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités d'information pour les professionnels sont moins fréquentes qu'attendues. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Renforcer le rôle d'appui aux professionnels (information et formation) ; ➤ Développer et renforcer les collaborations avec les acteurs du réseau socio-sanitaire ; ➤ Renforcer la communication sur le projet et les prestations proposées, notamment par l'intermédiaire des communes et des partenaires.
<p>De quelle manière ces demandes ont-elles été traitées ? Avec quels résultats à court et moyen terme ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 330 demandes sur 448 ont donné lieu à une évaluation (219), un profilage sur dossier (31) ou une réévaluation (80). • A l'issue de 208 évaluations sur 225 (92.4%), des recommandations concernant le lieu de vie ont été émises. Celles-ci correspondent globalement aux souhaits émis par les bénéficiaires. • Dans 88 situations, l'AROSS a recommandé le domicile, la pension ou l'AE comme lieu de vie : à six ou douze mois, 77.4% des bénéficiaires résident dans le lieu de résidence recommandé, le quart restant résident en EMS gériatrique. • Dans 25 situations, le bénéficiaire indique souhaiter vivre en EMS : à six ou douze mois, 23 bénéficiaires résident en EMS (92.0%). • A l'issue des évaluations, 1'470 nouvelles prestations ont été proposées par l'AROSS. 298 (20.3%) ont été refusées par les bénéficiaires et, chez les personnes réévaluées, 101 (21.9%) ont été mises en place. • 166 demandes d'entrées en EMS ont été traitées par l'AROSS sur le territoire du pilote, concernant 110 bénéficiaires différents. 56.0% des demandes concernent un long séjour en EMS gériatrique. • 56 demandes (33.7%) ont abouti favorablement, durant la période considérée, par une entrée en court (27.3%) ou en long séjour (38.0%). 	<ul style="list-style-type: none"> • Outil de profilage BoC non validé ; • Pas d'information, lors de l'évaluation et de la réévaluation, sur le nombre, la durée et le motif d'hospitalisation durant les 12 derniers mois ; • Pas d'information objective sur le nombre d'hospitalisation évitée ; • Design évaluatif ne permettant pas d'examiner l'efficacité de l'AROSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintenir la mission d'évaluation / orientation de l'AROSS lors des demandes d'entrées en EMS ou de situations urgentes ; ➤ Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle commun d'items évalués par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire ; ➤ Monitorer les hospitalisations lors des évaluations et des réévaluations ; ➤ Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau de risque et graduer les prestations proposées ; ➤ Elaborer un concept de monitoring du projet en s'appuyant sur les données collectées avec les solutions métiers (DIOR, SIPRES, VIVATES) ; ➤ Améliorer la convivialité, l'ergonomie et l'utilisation de SIPRES, y compris à des fins statistiques ; ➤ Réaliser une évaluation de l'efficacité et de l'efficience de l'AROSS.

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
Qualité de l'accueil mis en place (accueil personnalisé, liens avec les collaborateurs et les collaboratrices, professionnalisation de cet accueil, etc.)			
Quelle a été la fréquence des contacts entre les bénéficiaires et l'AROSS ?	<ul style="list-style-type: none"> • 1.57 demandes en moyenne par bénéficiaires selon l'outil DIOr. ; • 1.8 demandes d'entrée en EMS en moyenne par bénéficiaire selon l'outil SIPRES. 		
Quel est le degré de satisfaction des bénéficiaires à l'égard de l'accueil mis en place ?	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction élevée des bénéficiaires et des proches aidants ayant répondu aux questionnaires pour tous les aspects de l'accueil proposé par l'AROSS (locaux, horaires, supports d'information, compétences du personnel). 	<ul style="list-style-type: none"> • Potentiel d'amélioration quant à l'information transmise sur les coûts des prestations et aux missions de l'AROSS ; • Risque de redondance avec l'évaluation menée par d'autres prestataires et d'une confusion entre les rôles des différents intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau de risque et graduer les prestations proposées ; ➢ Renforcer la communication sur le projet, notamment par l'intermédiaire des partenaires et des communes ; ➢ Poursuivre et renforcer le monitoring d projet (questionnaires de satisfaction).
Adéquation et rapidité des réponses apportées suite à une demande			
Quel est le délai moyen de réponse à une demande ?	<ul style="list-style-type: none"> • Délai moyen entre la demande et l'évaluation = 7.3 jours [min-max : 0-108 jours] (source : outil DIOr) ; • Délai moyen entre la demande et l'évaluation en cas de demande urgente = 3.4 jours [min-max : 0.8-6 jours] (source : outil DIOr) ; • Délai d'attente moyen entre une demande d'entrée en EMS et l'entrée (long séjour) = 41.0 jours [min-max : 0-331 jours] (source : outil SIPRES) ; • Délai d'attente moyen entre une demande d'entrée en EMS et l'entrée (court séjour) = 12.7 jours [min-max : 0-73 jours] (source : outil SIPRES) ; • Délai d'attente moyen entre une demande d'entrée en EMS et l'entrée (demande urgente) = 10.7 jour pour du long séjour [min-max : 0-54 jours] et de 6.6 jours pour du court séjour [min-max : 0-16 jours] (sources : outils SIPRES et DIOr). 	<ul style="list-style-type: none"> • En dehors des demandes urgentes, le délai d'intervention de l'AROSS dépend des disponibilités et préférences des bénéficiaires et/ou de leurs proches. • Pour les placements en EMS, les délais sont conditionnés au nombre de places disponibles par type de séjour recherché et au degré d'urgence de la situation. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle communs d'items évalués par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire concernés ; ➢ Améliorer la convivialité, l'ergonomie et l'utilisation de l'outil SIPRES, y compris à des fins statistiques ; ➢ Veiller à ce que le déploiement du projet se fasse en cohérence avec le développement des prestations prévues dans la PMS (notamment pour les lits d'accueil d'urgence et les courts séjours).
Quel est le degré de satisfaction des bénéficiaires à l'égard de la réponse apportée ?	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction élevée des bénéficiaires et des proches aidants ayant répondu aux questionnaires sur la qualité de la réponse apportée, sur le temps consacré par l'AROSS pendant les visites à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour certains professionnels, les évaluations menées par l'AROSS pourraient être redondantes avec celles menées par NOMAD et pourraient agacer ou perturber les bénéficiaires et/ou leurs familles. 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Conserver l'approche holistique lors des évaluations/orientations réalisées par l'AROSS ; ➢ Elaborer, valider et implanter un outil commun d'évaluation ou un socle communs d'items évalués par tous les acteurs du réseau socio-sanitaire concernés ;

Dimension à évaluer	Apports	Limites	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction élevée des bénéficiaires et des proches aidants ayant participé à un entretien semi-directif à l'égard de l'intervention de l'AROSS, notamment en cas de vulnérabilité physique et sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluations perçues comme peu adaptées par les bénéficiaires et les proches aidants ayant un besoin ou une demande précise 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau de risque et ajuster les prestations proposées.
<p>La réponse proposée est-elle adaptée aux besoins perçus par les bénéficiaires ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction élevée des bénéficiaires et des proches aidants ayant répondu aux questionnaires sur l'adéquation de la réponse aux besoins et la prise en compte des avis et préférences. • Réponses adaptées aux besoins pour les bénéficiaires et les proches aidants ayant participé à un entretien semi-directif et présentant des vulnérabilités physiques ou sociales 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluations perçues comme peu adaptées par les bénéficiaires et les proches aidants ayant un besoin ou une demande précise 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Idem ci-dessus
<p>Perception des bénéficiaires à l'égard de la plus-value de l'AROSS</p>			
<p>Quelle est la perception globale des bénéficiaires sur la plus-value de l'AROSS ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 91.4% des bénéficiaires et proches aidants ayant répondu aux questionnaires de satisfaction sont d'accord pour dire que l'AROSS fournit des prestations différentes de celles qui existent déjà. • 95.2% estiment que l'AROSS facilite la communication entre les différents professionnels. • Pour les bénéficiaires et proches aidants ayant participé aux entretiens semi-directifs, l'AROSS présente une plus-value en termes d'orientation (propositions de prestations non connues des bénéficiaires/proches aidants), de maintien à domicile et de soutien social 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour certains professionnels, les intervenants de l'AROSS ne seraient pas forcément identifiés par certains bénéficiaires, en particulier quand ils sont en contact avec d'autres prestataires. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formaliser le rôle de coordination de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire ; ➤ Conserver en l'état certaines missions ou orientations de l'AROSS (évaluation/orientation lors des demandes d'entrées en EMS ou lors de situations urgentes ; non délivrance de prestations de soins) ; ➤ Renforcer certaines missions de l'AROSS, notamment son rôle de repérage et prévention de la fragilité ; ➤ Renforcer la communication sur le projet, notamment par l'intermédiaire des partenaires et des communes.

Tableau 25 Synthèse des principaux résultats et recommandations concernant la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle

Dimension à évaluer	Synthèse des principaux résultats	Recommandations
Efficiences de la démarche		
<p>Quelles sont les ressources humaines et financières du projet ?</p>	<p><i>Coûts :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Subventions reçues (au 30 juin 2017) : 2'820'025 CHF ; • Budget réalisé (au 30 juin 2017) : 2'032'358.85 CHF • Répartition : 56.6% charges salariales, 21.3% charges d'investissement (dont développement et support aux solutions métiers), 22.1% charges d'exploitation <p><i>Nombre d'EPT planifié :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'EPT en 2016 : 4.9 EPT • Nombre d'EPT en 2017 : 4.6 EPT 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les ressources humaines et financières semblent adaptées à l'activité actuelle de l'AROSS. Des gains d'efficacité peuvent toutefois être réalisés (évaluations réalisées à double). ➤ Disposer d'informations sur les moyens et ressources mobilisés par les partenaires et les professionnels pour la collaboration avec l'AROSS : nombre et profils d'EPT, temps dédié à la collaboration, temps de prise en charge avec et sans l'AROSS. ➤ Evaluer différentes options de prise en charge (évaluations complètes vs évaluations allégées, suivi à 12 mois vs à 24 mois), et leurs impacts en termes de santé, de coûts et de satisfaction. ➤ Evaluer les transferts de charges possibles (mutualisation ou transferts de missions, d'EPT) entre certaines institutions et l'AROSS..
<p>Quel est le rapport entre les ressources mobilisées et les résultats obtenus (coût par bénéficiaire, coût par type de réponse) ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coût réalisé par demande (Coûts totaux ajustés / nombre de demandes): 2'285.20 CHF • Coût réalisé par bénéficiaire (Coûts totaux ajustés / nombre de bénéficiaires) : 2'967.50 CHF • Coût estimé pour une première évaluation (coût horaire x 8.4h) : 600.60 CHF • Coût estimé pour un profilage sur dossier (coût horaire X 3.4h) : 243.10 CHF • Coût estimé pour un processus complet incluant une réévaluation (coût horaire x 17.2h) : 1'229.90 CHF 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau de risque et ajuster les prestations ; ➤ Elaborer et valider un processus de prise en charge adapté aux différentes situations (présence ou non d'un prestataire de soins dans la situation, existence ou non d'une évaluation antérieure, niveaux de fragilité) ; ➤ Limiter les évaluations/orientations complètes et la gestion de cas aux personnes préalablement identifiées ; ➤ Limiter la file active, par district, à une population comprise entre 300 (projet actuel) et 600 (moyenne des réseaux gérontologiques français) ➤ Evaluer l'efficacité et l'efficacité du projet, sur la base de données d'assurance-maladie ou de données hospitalières.
Adéquation de l'organisation actuelle aux objectifs visés		
<p>L'organisation actuelle est-elle adaptée aux objectifs visés, en particulier en ce qui concerne les ressources (humaines et financières), les compétences et les méthodes mises en place ? De quelle manière doit-elle évoluer ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atteintes des objectifs fixés en termes de nombre de demandes traitées et de réévaluations avec un nombre d'EPT moins important (4.9 EPT/4.6 EPT au lieu des 6.4 EPT planifiés) ; • Temps nécessaire par bénéficiaire (10.5h) correspondant au temps planifié (11h), mais processus complet plus long qu'attendu (17.2h); • Adéquation des profils en place par rapport aux données de la littérature (interdisciplinarité, poste de coordinateur ou gestionnaire de cas) ; • Apport de l'interdisciplinarité relevé par la plupart des partenaires ; une certaine crainte a été notée toutefois par les infirmiers rencontrés, quelle que 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer le projet au moyen d'une structuration régionale, afin de s'adapter aux contextes géographiques et locaux ; ➤ Segmenter la population-cible en fonction de leur niveau de risque et graduer les prestations proposées, afin de limiter les évaluations/orientations et de s'appuyer sur les prestations proposées par d'autres acteurs du réseau socio-sanitaire ; ➤ Améliorer les outils informatisés collaboratifs pour le partage d'information, la segmentation de la population et le monitoring du projet ; ➤ Disposer d'une équipe pluridisciplinaire de collaborateurs et collaboratrices dont une majorité ayant un poste de coordinateur ;

Dimension à évaluer	Synthèse des principaux résultats	Recommandations
	<p>soit leur lieu d'exercice (NOMAD, HNE, infirmier indépendant) à l'égard d'une évaluation réalisée par des non professionnels de santé ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apport de l'approche holistique promue par l'AROSS, relevée tant par les professionnels que par les bénéficiaires et leurs proches aidants ; • Perte d'efficacité possible liée à la conduite de certaines évaluations dans les situations où un prestataire de soins est déjà présent et où une autre évaluation a été réalisée. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluer l'efficacité et l'efficacité du projet et étudier la possibilité de transferts de charges/missions/EPT de certaines institutions vers l'AROSS.
<p>Quelles sont les modes d'expertises et les compétences à développer ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'une supervision psychogériatrique ou de collaborations avec les équipes mobiles pour certaines situations ; • Appui aux professionnels peu développé (formations interprofessionnelles, séances d'échanges de pratiques, annuaire ou cartographie des prestations). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Développer les échanges multiprofessionnels ; ➤ Etudier, en concertation avec les partenaires (NOMAD, HNE, CNP), la possibilité de mutualiser certaines ressources humaines (par exemple infirmiers évaluateurs, gestionnaire de flux, assistants sociaux) ; ➤ Prévoir le recours à des expertises spécifiques, pour de la supervision ou une prise en charge conjointe (par exemple supervision par un médecin psychogériatre, recours à des équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs).
Acceptabilité et pérennisation de la démarche		
<p>Comment préserver et entretenir la dynamique mise en place ? Comment poursuivre la mobilisation et la collaboration des acteurs du réseau socio-sanitaire ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fonctionnement du comité globalement apprécié ; ➤ Echanges bilatéraux appréciés ; ➤ Attentes importantes des partenaires en termes de clarification du périmètre d'activité de l'AROSS de manière globale et sur l'activité d'évaluation en particulier ; ➤ Attentes importantes des EMS de clarification entre le projet de l'AROSS et la PMS ; ➤ Attentes importantes pour le déploiement. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sous pilotage de l'Etat, formaliser le rôle de l'AROSS de coordination dans le réseau socio-sanitaire ; ➤ Sous pilotage de l'Etat, s'assurer que les conditions de succès pour l'implémentation du projet soient garanties, notamment en améliorant la lisibilité, la cohérence et la communication sur la politique cantonale et mettant en place un comité de pilotage stratégique et opérationnel pour le projet ; ➤ Opter pour une forme juridique permettant une réelle implication et un engagement des autorités publiques (établissement de droit public) ; ➤ Conserver une gouvernance de projet permettant la représentation équilibrée des principaux acteurs concernés (comité d'administration). ➤ Sous pilotage de l'AROSS, renforcer et développer les collaborations avec les différents acteurs du réseau, au moyen de procédures collaboratives bilatérales et d'échanges multiprofessionnels.
<p>Quelles sont les conditions de pérennisation de la démarche engagée par l'AROSS ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Concertation avec les partenaires ; ➤ Clarification du périmètre de l'AROSS et des missions respectives des principaux partenaires ; ➤ Engagement visible, fort et consistant des autorités publiques ; ➤ Mise en cohérence avec la PMS (développement de structures) ; ➤ Indications claires du financement et des contributions attendues des institutions. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévoir un déploiement du projet par étapes et par districts afin de s'assurer que les conditions de succès soient garanties ; ➤ Présenter les résultats de l'évaluation du projet pilote et les décisions prises pour la suite du projet ; ➤ Mettre en place un comité de pilotage stratégique et un comité de pilotage opérationnel ; ➤ Communiquer régulièrement, aux partenaires et à la population, sur l'avancée du projet ; ➤ Pérenniser le financement du projet.

Dimension à évaluer	Synthèse des principaux résultats	Recommandations
Transférabilité de la démarche dans les autres régions du canton		
A quelles conditions la démarche est-elle transférable dans d'autres régions ?	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement attendu par les acteurs et partenaires ; • Impact du projet à mesurer. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cf. ci-dessus ; ➤ Evaluer l'efficacité et l'efficience du projet.
Quels sont les ingrédients essentiels du projet qui garantissent le maintien des objectifs visés ?	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe interdisciplinaire ; • Leadership fort ; • Comité / représentation équilibrée des principaux partenaires et acteurs ; • Ajustement des procédures collaboratives ; • Vision holistique ; • Part importante de financement public. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuivre l'activité en s'appuyant sur l'AROSS et sur l'équipe déjà constituée afin de bénéficier de l'expertise et des compétences en place ; ➤ Conserver l'approche holistique dans les évaluations/orientations ; ➤ Renforcer et développer les collaborations interprofessionnelles ; ➤ Quelle que soit la forme juridique retenue, conserver une gouvernance de projet permettant la représentation équilibrée des principaux acteurs concernés (comité d'administration) ; ➤ Prévoir une convention d'objectifs et de moyens entre l'Etat et la structure pour garantir l'engagement de l'Etat.
Quels sont les facteurs individuels / interpersonnels pouvant faciliter ou entraver le déploiement du dispositif à l'échelle du canton ?	<ul style="list-style-type: none"> • Portage du projet / leadership du président et de la responsable de l'AROSS relevé à de nombreuses reprises ; • Peur d'une perte d'autonomie de certains professionnels ; • Tensions sous-jacentes avec certains partenaires (EMS, NOMAD, CNP) ; • Inquiétudes de l'équipe à l'égard de leur situation professionnelle et personnelle ; • Profil des collaborateurs de l'AROSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Maintenir le leadership du président et de la responsable de projet ; ➤ Quelle que soit la forme juridique retenue, maintenir l'équipe en place afin de bénéficier de leur expertise / expérience ; ➤ Selon le déploiement envisagé, recruter de nouveaux collaborateurs et collaboratrices à la fonction de coordinateur/ gestionnaire de cas en diversifiant les formations de base pour conserver l'interdisciplinarité de l'équipe ; ➤ Etudier, en concertation avec les partenaires, la possibilité de mutualiser certaines ressources humaines avec des institutions partenaires (HNE, CNP, NOMAD), par exemple infirmiers évaluateurs, gestionnaires de flux, assistants sociaux ; ➤ Organiser la formation continue des collaborateurs et collaboratrices de l'équipe. ➤ Cf. ci-dessus pour la clarification du projet
Quels sont les facteurs organisationnels pouvant faciliter ou entraver le déploiement du dispositif à l'échelle du canton ?	<ul style="list-style-type: none"> • Ancrage régional ou infra-régional ; • Engagement des autorités publiques ; • Systèmes d'information performants ; • Espaces d'échanges et occasions de rencontre avec les partenaires et acteurs du réseau ; • Incitatifs financiers à la coopération/ collaboration ; • Communication. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévoir un déploiement par étapes et par districts ; ➤ Veiller à l'ancrage territorial du projet ; ➤ Améliorer les outils informatisés collaboratifs ; ➤ Pérenniser le financement du projet, notamment en étudiant les possibilités de financement par les assurances-maladies de certaines prestations et en testant des incitatifs financiers à la collaboration ; ➤ Evaluer l'efficacité et l'efficience du projet, par exemple en proposant un projet dans le cadre de la stratégie fédérale de prévention dans le domaine des soins ; ➤ Renforcer la communication sur le projet par l'Etat et par l'AROSS.

Dimension à évaluer	Synthèse des principaux résultats	Recommandations
<p>Quels sont les facteurs contextuels pouvant faciliter ou entraver le déploiement du dispositif à l'échelle du canton ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PMS ; • Loi sur le dossier électronique du patient (LDEP) ; • Expérimentations en cours dans d'autres cantons et/ou d'autres pays. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Améliorer la lisibilité et la cohérence de la politique cantonale et son articulation avec les initiatives fédérales (LDEP ; stratégie maladies non transmissibles) ; ➤ S'appuyer sur la stratégie fédérale sur la prévention dans le domaine des soins, visant à promouvoir, par appel à projet, des projets visant à renforcer les interfaces entre le domaine des soins et la collectivité, la collaboration / interprofessionnalité / multiprofessionnalité, l'autogestion des maladies chroniques ; ➤ Suivre les projets similaires en cours d'implantation dans d'autres cantons (plan de médication partagé, dossier électronique du patient, programme coRAI etc.).
<p>Quelles sont les étapes à prévoir pour le déploiement du dispositif à l'échelle du canton ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de consensus quant aux étapes à prévoir, mais unanimité pour une extension rapide du périmètre ; • Evaluation d'impact attendue. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévoir un déploiement par étapes et par district, permettant d'organiser les collaborations au niveau régional et d'ajuster le projet aux caractéristiques locales ; ➤ S'assurer que les conditions de succès pour l'implémentation du projet soient garanties ; ➤ Veiller à l'ancrage territorial du projet ; ➤ Evaluer l'efficacité et l'efficience du projet, afin de l'ajuster et de l'optimiser ; ➤ Assurer la pérennisation du financement.

9.2 Proposition de questionnaire de satisfaction pour les professionnels et partenaires de l'AROSS



Questionnaire de satisfaction destiné aux professionnel-le-s collaborant avec l'AROSS

Nous vous remercions de bien vouloir nous confier vos opinions pour chacun des aspects indiqués ci-dessous. Votre avis nous permettra d'améliorer nos prestations et nos collaborations.

A. Fréquence de collaboration avec l'AROSS

- Avez-vous collaboré avec l'AROSS durant les 12 derniers mois ?
 - ₁ Oui
 - ₂ Non
 - ₉₉₉ Je ne sais pas
- A combien estimez-vous le nombre de patients pour lesquels vous avez collaboré avec l'AROSS au cours des 12 derniers mois ?

Veillez écrire votre réponse ici :

- Pour quelles raisons avez-vous collaboré avec l'AROSS ? (plusieurs réponses possibles)
 - ₁ Souhait du patient /client
 - ₂ Admission en EMS long séjour
 - ₃ Admission en EMS court séjour
 - ₄ Sortie d'hospitalisation – préparation du retour au domicile
 - ₅ Evaluation de la situation du patient/client et orientation
 - ₆ Evaluation sociale
 - ₇ Bilan ergonomique
 - ₈ Détection de la fragilité
 - ₉ Autre raison, préciser :

B. Satisfaction à l'égard de l'AROSS

Concernant vos relations avec l'AROSS, veuillez indiquer votre degré d'accord avec chacune des propositions suivantes :	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sais pas/pas concerné-e
4. Le délai de réponse moyen de l'AROSS est raisonnable.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Les documents (rapports et synthèses) transmis par l'AROSS sont compréhensibles / lisibles.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Les documents (rapports et synthèses) transmis par l'AROSS sont pertinentes.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. La documentation envoyée par l'AROSS correspond à ce qui est décrit dans la procédure collaborative.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Les documents (rapports et synthèses) transmis par l'AROSS vous sont utiles	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅



9. L'AROSS vous transmet les documents (rapports et synthèses) dans un délai raisonnable. 1 2 3 4 5
10. Les collaborateurs de l'AROSS traitent les dossiers avec professionnalisme (compétence, sérieux, habilité, etc.). 1 2 3 4 5
11. Les échanges avec les collaborateurs de l'AROSS, lors de la réception, du traitement ou du suivi des situations sont de qualité (écoute, amabilité, politesse, etc.). 1 2 3 4 5
12. Les collaborateurs de l'AROSS prennent en compte votre avis pour proposer une solution adaptée. 1 2 3 4 5
13. Vous rencontrez très souvent des difficultés dans les collaborations avec l'AROSS. 1 2 3 4 5
14. Vous vous êtes senti respecté dans vos compétences professionnelles lors de vos échanges avec les collaborateurs de l'AROSS 1 2 3 4 5
15. L'AROSS fournit des prestations différentes des vôtres. 1 2 3 4 5

☺☺ Tout à fait d'accord ☺ D'accord ☹ Pas d'accord ☹☹ Pas du tout d'accord

16. Utilisez-vous VIVATES pour transmettre ou recevoir de la documentation sur vos patients/clients avec l'AROSS

- 1 Oui pour transmettre
- 2 Oui pour recevoir
- 3 Non car je ne connais pas cette prestation
- 4 Non car je ne suis pas intéressé
- 5 Autre, préciser :

17. Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard de VIVATES ?

Pas du tout satisfait	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalement satisfait
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

18. Concernant la collaboration avec l'AROSS, sur une échelle de 0 à 10, êtes-vous globalement ?

Pas du tout satisfait	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalement satisfait
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

19. Sur une échelle de 0 à 10, recommanderiez-vous les services de l'AROSS à un de vos patients ou clients ou à ses proches ?

Pas du tout	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalement
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	

2



C. Demandes d'admission en EMS

20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous collaboré avec l'AROSS pour une admission en EMS ?

- ₁ Oui
₂ Non
₉₉₉ Je ne sais pas

21. Pour combien de patients avez-vous collaboré avec l'AROSS au cours des 12 derniers mois pour une admission en EMS ?

Veillez écrire votre réponse ici :

22. Utilisez-vous SIPRES pour transmettre ou recevoir de la documentation sur vos patients/clients avec l'AROSS

- ₁ Oui pour transmettre
₂ Oui pour recevoir
₃ Non car je ne connais pas cette prestation
₄ Non car je ne suis pas intéressé
₅ Autre, préciser :

23. Quel est votre niveau de satisfaction à l'égard de SIPRES ?

Dans le cas des demandes d'admission en EMS, veuillez indiquer votre niveau d'accord avec chacune des propositions suivantes :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sais pas/pas concerné-e
24. Les orientations proposées par l'AROSS sont appropriées au regard de la mission de l'EMS.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
25. Les bénéficiaires ou leurs proches sont informés sur le coût et le financement de l'EMS.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26. L'AROSS est réactif pour traiter la demande d'admission.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
27. Les orientations proposées par l'AROSS sont appropriées au regard de la situation du patient /client.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

D. Votre profil

28. Dans quelle institution travaillez-vous ?

- ₁ NOMAD
₂ HNE
₃ CNP
₄ EMS



- ₅ Pro Senectute
- ₆ Je suis indépendant(e)
- ₇ Autre institution, préciser :

29. Votre âge

Veuillez écrire votre réponse ici :

30. Votre sexe

- ₁ Homme
- ₂ Femme

31. Votre dernier diplôme obtenu – A ajuster

32. Année d'obtention de votre diplôme

Veuillez écrire votre réponse ici :

33. Votre profession – A ajuster

34. Le district où vous exercez principalement :

- ₁ Le Locle
- ₂ Val de Travers
- ₃ Boudry
- ₄ La Chaux-de-Fonds
- ₅ Val-de-Ruz
- ₆ Neuchâtel
- ₇ Autre canton, préciser :

Vos commentaires et suggestions d'amélioration

