

L'Écho des Libéraux

Mars 2024

L'avenir du parcours de soins

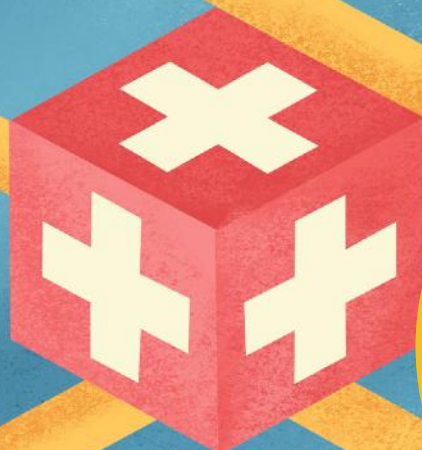
D'un exercice solitaire à un exercice solidaire

La santé du futur

Deux expérimentations innovantes renforçant le lien Ville-Hôpital

De patient à expert

Une nouvelle profession de santé ?



Facilitation et
optimisation du
parcours de soins

**QUELLES
SOLUTIONS ?**



LYREC

Édito



David BOTTIGIOLI

Coordinateur général
LyREC

Le système de soins français est historiquement organisé selon deux logiques distinctes. Le secteur hospitalier central et très structuré, autour des établissements de santé publics principalement, et le secteur des soins de ville essentiellement représenté par l'exercice libéral.

Affectée par un cycle soutenu de réformes, l'organisation du système de santé tend à évoluer depuis une vingtaine d'années au profit d'une plus grande reconnaissance des missions des acteurs des soins ambulatoires dans une logique territoriale inspirée des grands principes des soins primaires.

Face à une population vieillissante, une raréfaction et une désertification de l'offre de soins aggravée par la crise sanitaire, les acteurs des soins primaires

ont adapté leurs organisations et leurs pratiques de façon précoce et diversifiée, rendant l'exercice solitaire de plus en plus exceptionnel. Des réseaux d'échanges et de collaborations importants et très diversifiés en fonction des territoires se sont développés dans un esprit de cohésion et de solidarité des professionnels de soins primaires.

Dans ce contexte, les autorités de santé orientent leur politique autour de 5 axes principaux : donner la priorité à la prévention, lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, garantir la pertinence et la qualité des soins, soutenir la recherche et réaffirmer la place des usagers.

Nous le savons ! Cette force du collectif est indispensable pour transformer notre système de soins en pleine crise. Elle l'est aussi pour atteindre un objectif essentiel : améliorer la santé de chaque Français en lui permettant d'accéder à une équipe pluriprofessionnelle de proximité, structurée, coordonnée, en lien avec les représentants des usagers, les acteurs des soins de 2ème recours ou hospitaliers, du secteur médico-social, du monde associatif ou des élus.

Rassembler les soignants autour de projets de santé adaptés aux besoins des Français dans les territoires permettra à chacun d'être soigné. Forts de plusieurs années d'expérience en travail coordonné, des professionnels de santé témoignent de leurs expériences de travail en équipe et mettent en place des démarches expérimentales. Ils ajoutent leur pierre

à l'édifice pour transformer, faciliter et optimiser l'organisation du système de santé et du parcours de soins proposé au patient. Des partenariats se sont développés pour innover et répondre aux besoins des usagers, des professionnels de santé comme en témoignent certains d'entre vous dans ce numéro.

C'est avec cette volonté affichée de soutenir et de faire émerger des solutions innovantes que je m'adresse à vous au travers de ces quelques lignes. Nous avons à cœur de réfléchir et d'agir comme des maillons intrinsèquement liés avec l'objectif de favoriser le partage d'expertises et les projets collaboratifs. C'est en ce sens que la communauté de professionnels de santé libéraux consolidée jour après jour prend sa place. Nous chérissons la création d'une vaste communauté composée d'acteurs capables d'interagir ensemble pour faire circuler les savoirs, les bonnes pratiques, pour multiplier et mettre à jour les connaissances, pour réduire les inégalités d'accès aux soins et aux essais cliniques...

**RENCONTRER, ÉCHANGER,
STIMULER, PROPULSER,
INNOVER...**

Autant de bonnes raisons qui animent notre démarche. Médecins, pharmaciens, professionnels paramédicaux, acteurs du soin et de la santé, notre ambition de synergies est grande. Nous souhaitons que 2024 soit la bascule pour un exercice libéral innovant, coordonné et renforcé. Bonne lecture !



SOMMAIRE

ON QUESTIONNE - ENJEUX ET PROBLÉMATIQUES.....	4
La réponse aux problématiques du système de santé en France	
ON QUESTIONNE - L'AVENIR DU PARCOURS DE SOINS.....	7
D'un exercice solitaire à un exercice solidaire	
SUR LE TERRAIN - ZOOM SUR.....	10
Infirmière et fondatrice du cabinet de nuit d'Aix-les-Bains	
SUR LE TERRAIN - DE PATIENT À EXPERT.....	12
Une nouvelle profession de santé ?	
PERSONNALISATION DU PARCOURS DE SOINS - L'IMPACT DU DISPOSITIF PARTICIPATIF TERRITORIAL.....	15
Le dispositif IMPACT améliore la santé globale en Quartier Politique de la Ville	
SUR LE TERRAIN - UN PARCOURS DE SOINS DÉSTABILISANT.....	19
Le parcours de soins du patient vertigineux	
PERSONNALISATION DU PARCOURS DE SOINS - LA SANTÉ DU FUTUR.....	21
Deux expérimentations innovantes renforçant le lien Ville-Hôpital	
SUR LE TERRAIN - IDENTIFIER POUR MIEUX INNOVER.....	25
Les besoins associés aux parcours de soins innovants interprofessionnels et souvent complexes	

LA LOGIQUE DU PARCOURS DE SOINS

LA RÉPONSE AUX PROBLÉMATIQUES DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE

L'organisation des soins et du système de santé en France, et plus particulièrement, celle du parcours de soins est une question en perpétuelle évolution. Le temps passant, le système de santé a dû, doit et devra faire face à des problématiques qui l'impacteront de plus en plus : vieillissement de la population, augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques mais aussi désertification médicale sont déjà identifiés mais non palliés ou, pour l'heure, très peu. Alors que faire ? Quelles sont les initiatives face à cette offre de soins insuffisante, offre répartie sur le territoire de manière inégale ? Comment intégrer les problématiques connues dans les réflexions et les (r)évolutions nécessaires à la pérennité, à la fiabilité et à l'efficacité du système de santé pour tous. Nous sommes à l'aube (pour ne pas dire au cœur) d'un incontournable : refaçonner le parcours de soins du futur en intégrant la totalité des constats et enjeux passés, présents et à venir.

À la genèse - La recherche en soins primaires de 1978 à 2024

Traduit de l'anglais « primary care », la notion de **soins primaires** est importante à cerner pour mieux comprendre celle de « parcours de soins ». Elle reste relativement récente en France et fait référence aux soins de premiers recours ou encore soins de proximité principalement curatifs. Ils sont à différencier des soins spécialisés dits secondaires et des soins hyperspécialisés dits tertiaires.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini pour la première fois les termes de soins primaires en 1978 dans la **déclaration d'Alma-Ata**, issue de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Les « soins de santé primaires » ou « primary health care » sont alors

considérés comme le levier pour tous d'accéder à une vie « socialement et économiquement productive » sur fond de justice sociale.

LA CONCEPTION DE LA SANTÉ SELON L'OMS

L'absence de maladie ou d'infirmité n'est pas la définition de la santé portée par l'OMS. La conception de la santé va au-delà, donnée comme « un état de bien-être complet physique, mental et social ». Les actions de prévention et les politiques publiques impactant la santé prennent ainsi tout leur sens.

Pour parvenir à la santé juste et équitable, la participation de tous est nécessaire, celle des citoyens tout comme des professionnels de santé amenés à innover et expérimenter dans le parcours de soins pour mettre en corrélation leur propres actions avec les soins spécialisés tout en intégrant très largement des actions de promotion de la santé pour inclure préventif, curatif, palliatif et réadaptation en fonction des nécessités. Infirmières, médecins généralistes, pharmaciens, kinésithérapeutes... tous les professionnels sont/peuvent être concernés.

LEXIQUE - LES SOINS PRIMAIRES

Le Code de la Santé Publique (CSP) (article L1411-11) définit les soins de premiers recours ou soins primaires comme comprenant :

1. La prévention, le dépistage, le diagnostic et le suivi des patients,
2. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
4. L'éducation pour la santé.

Les professionnels impliqués en soins primaires peuvent se reposer **depuis 2018 sur la loi de financement de la sécurité sociale dont l'article 51 ambitionne la promotion des organisations innovantes**, celles qui participent pleinement à l'amélioration du parcours des patients, à l'efficacité du système de santé, à l'accès aux soins pour tous sans oublier le suivi efficace des prescriptions des produits de santé.

Le parcours de soins prenant de plus en plus de place en santé, les initiatives émergent pour une meilleure prise en charge du patient, opportunité de tester de nouvelles approches en se reposant sur le dispositif.

Les articles qui vont suivre donneront à la lecture quelques exemples révélateurs de professionnels de santé utilisant la loi de 2018 comme tremplin pour leurs initiatives en santé.

Mais avant - Comment s'articule le système de santé en France aujourd'hui ?

Historiquement **centré autour du médecin traitant**, le système de santé français actuel s'appuie sur des structures multiples :

- **Sanitaires** pour la prise en charge hospitalière.
- **Médico-sociales et sociales** pour des publics dits « fragiles », âgés ou en situation de handicap par exemple.
- **Ambulatoires** pour les soins dits de ville...

Le tout dans un contexte marqué de diminution du nombre d'acteurs et de professionnels de santé. De fait et de manière très dommageable, **les ruptures de parcours de prise en charge du patient** constituent une problématique majeure de notre système de santé.

En parallèle, ce même système de santé fait face à des défis sans précédent :

- L'augmentation des maladies chroniques.
- Les chocs pandémiques possiblement amenés à se répéter.
- Le vieillissement de la population.
- La complexification des parcours avec de multiples interlocuteurs.
- Le hiatus dans la prise en charge ville/hôpital.
- Les lourdeurs administratives.
- La désertification médicale...

ZOOM SUR LES DÉTERMINANTS DE PARCOURS

Les déterminants principaux de parcours sont aujourd'hui identifiés :

1. **La progression des maladies chroniques** est le déterminant principal. 15 millions de patients français présentaient une maladie chronique en 2012 dont 9,5 millions en Affections de Longue Durée (ALD) contre 6 millions en 2004.
2. **Le vieillissement de la population.**
3. **L'organisation territoriale inégale** de l'offre de soins en fonction du lieu de vie du patient.



Un accès aux soins problématique

Sans grande surprise, s'impose massivement **le problème de l'accès aux soins**. Ajoutons également la difficulté pour les patients d'obtenir une consultation non programmée sans encombrer inutilement les urgences, plus encore dans les zones dites de déserts médicaux lorsqu'il s'agit de trouver un médecin traitant pour toute la famille. Contrairement aux idées reçues, ces déserts médicaux se trouvent autant dans la périphérie des grandes villes que dans les campagnes reculées.

Constat et logique émergents : la notion de parcours de soins

Constat après constat, problématiques qui s'ancrent, nécessité de repenser le système de santé ont conduit depuis quelques années à l'émergence du parcours de soins. La notion s'est tout simplement imposée progressivement en réponse à l'obligatoire évolution de notre modèle.

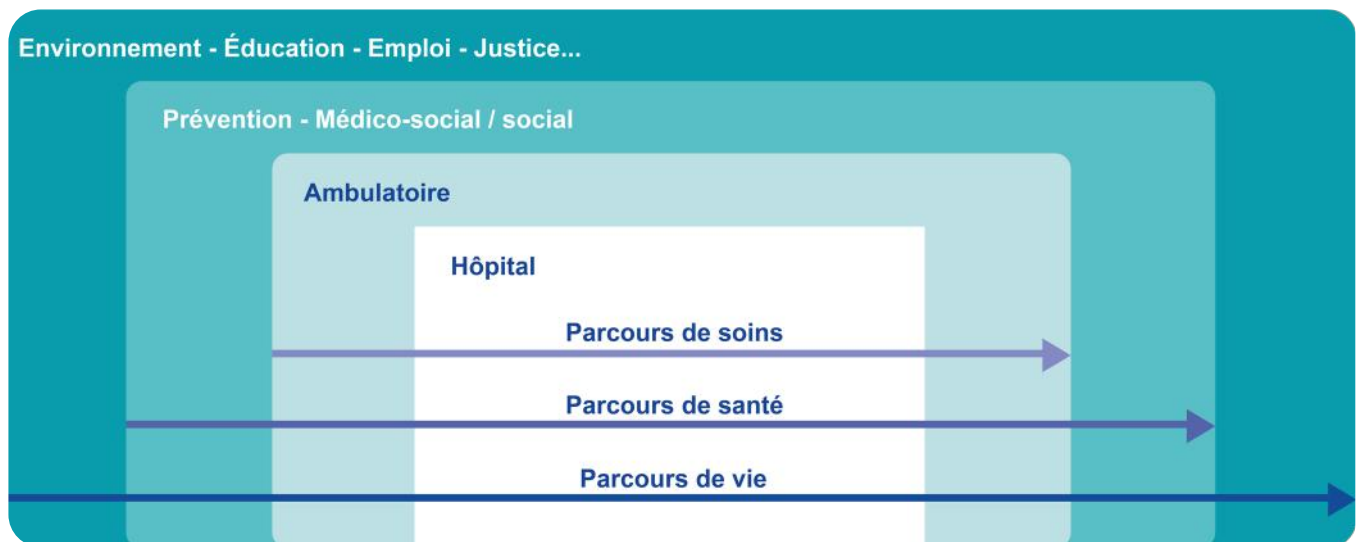
Mais sur quoi s'appuie cette notion ? Pour faire simple, elle se repose sur un ensemble de dispositifs qui peuvent à la fois s'adresser à :

- **Une population spécifique** comme les personnes âgées, les personnes en situation de handicap...
- **Une pathologie particulière** comme la cancérologie, le diabète...
- **Un segment d'un parcours de santé.**

Aujourd'hui, la notion de parcours de soins est très fréquemment utilisée par les acteurs du système de santé, preuve de son intérêt auprès des professionnels mais pas seulement. Elle porte en elle l'un des axes majeurs de **la loi Santé** du 28 janvier 2016 et des références lui sont faites dans toutes les lois de financement de la Sécurité sociale depuis 2012.

Ajoutons également qu'**elle prend sa place dans une multitude de plans de santé publique** tels que ceux portant sur la prise en charge des cancers, de l'obésité morbide ou encore des accidents vasculaires cérébraux. S'il continue à interroger, le parcours de soins est bien intégré dans l'écosystème santé. Il ne questionne plus sur sa légitimité comme à ses débuts mais bel et bien sur la possibilité d'accorder attentes, problématiques et réalités.

Les catégories de parcours



Source : Haut Conseil de la Santé Publique – ADSP n°88

Une évolution parallèle de la place du patient/usager

Avec l'émergence du parcours de soins et la prise en compte massive de la nécessaire évolution du système de santé, **la place même du patient/usager** change, évolue rapidement. Preuve en est, les associations d'usagers sont incontournables dans le parcours de soins, les souhaits d'implication citoyenne se multiplient tout comme les mouvements de participation de patients atteints d'une maladie chronique. La recherche d'une relation partenariale avec les soignants mêle également de plus en plus souvent médical et social. Les barrières tombent pour un décroisement ayant pour finalité plus d'efficacité, d'humanité et d'égalité.

Dans ce contexte et conscients des enjeux, les pouvoirs publics incitent depuis plusieurs années maintenant à la **mise en place d'une médecine de « parcours »**, regroupant santé, soins, vie, à même de renforcer la prise en charge des patients et des résidents sur tout le territoire et de décroiser les secteurs : soins de ville, soins hospitaliers, soins médicaux-sociaux...

Notons cependant que la dynamique des parcours et leurs ruptures éventuelles restent encore insuffisamment appréhendées bien qu'en structuration progressive.

La notion de parcours de soins s'implante, se fait indispensable, partie intégrante et levier pour et dans la modification profonde de notre système de santé. Comment pourrait-il en être autrement face à l'augmentation des maladies chroniques, à l'évolution des besoins des populations spécifiques ou non sans oublier au difficile accès aux soins ?

Prévention, soin, prises en charges médico-sociales et sociales sont ainsi à orchestrer savamment au sein du parcours de soins. Le concept de parcours s'est imposé dans la sphère de la santé, devenu aujourd'hui la référence dominante des professionnels.

Une certitude pour conclure : les parcours de soins et de santé sont une évolution incontournable de notre système de santé. Plus que les organiser, il est d'intérêt de leur donner une logique, une cohérence pour fluidifier et faciliter. Comment ? Pour mieux soigner, pour optimiser les dépenses publiques en santé, réduire voire utopiquement **supprimer les ruptures dans les parcours, un décroisement des pratiques professionnelles** semble le chemin principal à emprunter.

Les communautés de professionnels de santé libéraux (ou non) prennent ainsi leur sens premier : fédérer, faire se rencontrer pour agir à plus ou moins grande échelle sur le système de santé et rendre chaque parcours de soins plus logique, plus cohérent et innovant car empreint d'expertises, de domaines de compétences complémentaires, pluridisciplinaire tout simplement.



LYREC

Élodie PREVELLE

Chargée de communication et de contact communauté
de professionnels de santé LyREC
(Lyon Recherche Clinique)

L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SOINS EN FRANCE

D'UN EXERCICE SOLITAIRE À UN EXERCICE SOLIDAIRE

Le défi est de taille : faire prendre le bon tournant au système de soins français, décroiser les synergies et les passerelles solides entre les acteurs de santé. Et pour cause ! Les offreurs de soins et les producteurs de biens et services en santé sont nombreux en France, allant des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales, aux statuts et aux modes d'exercices divers (libéraux, salariés ou mixtes). Plus encore, le système de santé et médico-social se compose de structures de villes dites ambulatoires, d'établissements hospitaliers et/ou privés, d'établissements médico-sociaux notamment gériatriques, de la chirurgie ambulatoire, de la télémedecine, de l'hospitalisation à domicile (HAD), des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ainsi que de structures spécialisées et d'associations de patients... La liste est longue et parfois complexe à imbriquer alors même que la cohésion et le partage sont incontournables dans et pour l'efficacité du parcours de soins.

D'un exercice individuel à un exercice collectif centré autour du patient

L'objectif essentiel de l'organisation des soins aujourd'hui est de **prévenir, soigner et accompagner de manière globale et continue les patients et les résidents**, au plus près de chez eux, selon les réalités de leur territoire (et des leurs).

Vecteurs de soins, mais aussi de prévention et de promotion de la santé, les soins de santé primaires bien organisés permettent de **réduire la pression sur l'hôpital et de réguler le flux des soins** (soins non programmés, permanence des soins...)

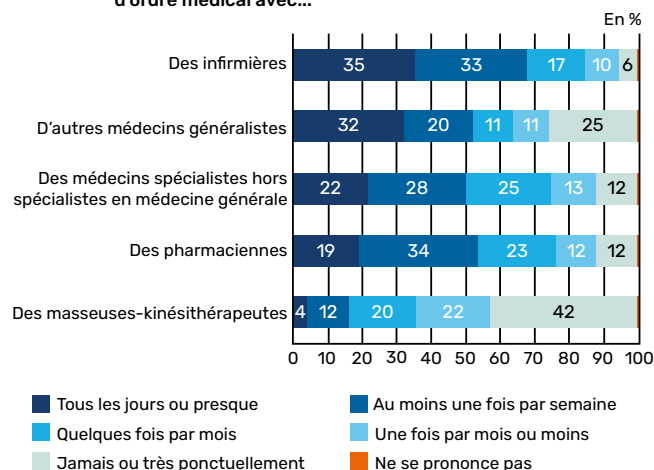
Le parcours de soins coordonnés mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, fixe la prise en charge globale du patient tout au long de son parcours médical. La porte d'entrée de ce parcours est le plus souvent un médecin généraliste ou un spécialiste (en cas

de maladie chronique par exemple) désigné par le patient, qui exerce en ville ou à l'hôpital. Il est ainsi à même de définir les soins adaptés à l'état de santé de son patient ou de l'orienter vers des professionnels qualifiés, du second ou du troisième recours, après diagnostic des symptômes.

La quasi totalité des professionnels de la santé exercent actuellement *a minima* en coordination informelle.

Collaboration des médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé en 2022

Échangez-vous des informations d'ordre médical avec...



Note > En raison des arrondis, la somme peut ne pas être égale à 100.

Lecture > 35 % des médecins généralistes échangent tous les jours ou presque des informations d'ordre médical avec des infirmières.

Champ > Médecins généralistes libéraux, installés au 1er janvier 2018 sans mode d'exercice particulier exclusif, France entière, hors Mayotte.

Sources > DREES, Observatoires régionaux de la santé (ORS) et Unions régionales des professionnels de santé (URPS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, janvier-avril 2022.

> Études et Résultats n°1282@DREES

Il devient ainsi indispensable de **passer d'un exercice solitaire à un exercice solidaire**. Les modalités d'exercice des professions de santé de soins primaires ont considérablement évolué ces dernières années. D'un exercice plutôt individuel, les professionnels de premiers recours ont repensé leur organisation à grande vitesse et cherchent désormais à travailler collectivement.

L'exercice coordonné et pluriprofessionnel est une nouvelle manière de **travailler ensemble pour les acteurs de la santé et du médico-social**, de faire émerger de nouvelles professions à l'instar des coordinateurs et des médiateurs en santé et d'impliquer tout professionnel susceptible de prendre part à un projet de santé partagé, en soins primaires.

Les acteurs décisionnaires

Pour répondre à cet objectif de coordination, les pouvoirs publics agissent à plusieurs niveaux :

- **National** : Ministères chargés de la santé, de la solidarité et des affaires sociales et l'assurance maladie, agences sanitaires telles que la Haute Autorité de la Santé (HAS), la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et ou l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).
- **Régional** : relais des politiques nationales avec les Agences Régionales de Santé (ARS) en particulier ainsi que la sécurité sociale et les services d'assurance maladie.
- **Local** : les structures de proximité, établissements et professionnels permettent la coordination de tous les acteurs afin que chaque patient et chaque résident en bénéficie. Les structures locales tendent vers une prise charge organisée autour des « soins primaires » centrés autour des médecins généralistes mais aussi des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de 3ème recours en établissement ou en structure adaptée, et ce dans un objectif de coordination et de permanence de soins.

ZOOM SUR LES FINANCES DE LA SANTÉ

Chaque année, le parlement vote la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) : elle définit l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), qui intègre les soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux.

Se coordonner peut également nécessiter de l'aide. Des structures associatives, **telles que la FemasAURA** (Fédération des Maisons de Santé et de l'exercice Coordonné en Auvergne Rhône Alpes) sont mises à disposition des professionnels pour les aider à se structurer. La mission principale de ces fédérations est d'accompagner les projets des professionnels de santé souhaitant se constituer en équipe pluriprofessionnelle avec pour objectif **l'amélioration du parcours en santé de leurs patients et de leur façon d'exercer leur métier**. Elles souhaitent également mettre en réseau les acteurs du territoire, promouvoir l'exercice coordonné et soutenir l'innovation.

Les réseaux de soins coordonnés



La notion de coordination des soins est un sujet qui remonte aux années 80 alors que les notions d'ajustements, de découplage et de coordination interprofessionnelles étaient déjà décrites par certains chercheurs économistes.

L'amélioration de la transversalité et de la continuité des parcours de santé s'est traduite au fil des années au travers de nombreux textes de loi et de plans nationaux. Depuis la création des réseaux de soins en 1996, différentes structures ont été mises en place pour faciliter la coordination :

QU'EST-CE QUE L'EXERCICE COORDONNÉ ?

Il est admis que l'exercice coordonné est un « cadre formel, structure ou organisation qui regroupe physiquement ou non des acteurs de la santé pour se coordonner entre eux en vue de répondre aux besoins de santé de tous et prendre en charge les patients nécessitant l'intervention conjointe ou successive de plusieurs acteurs du soin ou du social », et ce dans un contexte défini et réglementé.

- Le parcours Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) prévu par l'article 48 de la LFSS pour 2013.
- Le dispositif « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » (MAIA) prévu par l'article 78-II de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.
- La Plateforme Territoriale d'Appui à la coordination des parcours de santé complexes (PTA) créée par l'article 74 de la loi Santé du 26 janvier 2016...



Ces différents dispositifs ont été unifiés depuis juillet 2022 au sein d'un **dispositif unique créé par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé du 24 juillet 2019** : le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), service dédié à l'appui aux parcours de santé pour les personnes en situation complexe.

L'accent a également été mis sur le développement de l'exercice coordonné des professionnels : la loi Santé du 26 janvier 2016 (art. 64 et 65) crée ainsi des structures coordonnées et pluriprofessionnelles afin d'assurer une meilleure structuration des parcours de santé, dont le développement a été confirmé par le plan « **Ma santé 2022** ».



Aujourd'hui, l'exercice coordonné est une formule ombrelle qui désigne des réalités très contrastées, d'une coordination légère autour d'une Équipe de Soins Primaires (ESP) qui souhaite gagner en structuration et faire valider un projet de santé *a minima* à une échelle locale, au regroupement de centaines de professionnels sur un territoire avec les **Communautés Professionnelles Territoriales de Santé** (CPTS), en passant par la constitution d'équipes de proximité regroupant professionnels médicaux et paramédicaux.

Ces derniers peuvent être totalement ou majoritairement libéraux, **fédérés autour d'un projet de santé** très intégré Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou salariés (centres de santé mono-professionnels ou pluriprofessionnels).

2 250 MSP étaient recensées en mars 2023 avec un objectif affiché des pouvoirs publics de 4 000 structures ces prochaines années.

La coordination des soins, nécessaire rationalisation du système de santé ou utopie libérale ?

Ces multiples structurations sont-elles un frein administratif à l'initiative ou une chance pour réorganiser notre système de soins ? Tout soignant, pour avoir expérimenté les lourdeurs de la bureaucratie française en matière de santé comme autour de la crise covid, sait que le système actuel est loin d'être parfait. Bien que perfectibles, ces systèmes structurés ont permis des avancées notables.

Les médecins ont ainsi une file active de patients plus importante, **les indicateurs de santé publique d'amélioration de suivi des maladies chroniques sont meilleurs** que pour les professionnels isolés, les MSP attirent les jeunes professionnels, le partage des compétences et les délégations y sont facilités et sécurisés, les usagers sont demandeurs de structuration de soins. De nouvelles missions et délégations de tâches se développent constamment.

L'innovation devient centrale que ce soit à l'échelle nationale ou locale. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à



améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé.

Pour rendre effective cette pratique innovante, le ministère publie régulièrement des protocoles de coopération pour encourager des équipes de professionnels de santé à s'en emparer et à les mettre en œuvre sur le terrain. Ces protocoles de coopération permettent une délégation d'activités ou d'actes de prévention, de diagnostic et de soins entre des professionnels de santé délégués et délégués.

À la clé ? L'amélioration de l'organisation et/ou de la prise en charge des soins dans un territoire donné.

EN CONCLUSION

La promotion de la collaboration inter et intraprofessionnelle fait partie des grandes orientations des politiques de soins primaires de ces dernières années et de celles à venir. Davantage de responsabilités aujourd'hui sont dévolues au niveau territorial et plus particulièrement aux régions. À nous, libéraux, de favoriser la coopération pluriprofessionnelle, de créer des lieux et du lien entre les professionnels de santé, la ville et l'hôpital, le médical et le social et de penser des outils innovants et adaptés pour poursuivre un objectif fédérateur : améliorer le suivi et la prise en charge des usagers du territoire.



Claire OKAÏS

Docteur en pharmacie

Épidémiologiste

Ancien interne des hôpitaux

Praticien officinal

Expert en exercice coordonné pluriprofessionnel

VISAGE SUR LE LIBÉRAL - VALÉRIE MATHIEZ

INFIRMIÈRE ET FONDATRICE DU CABINET DE NUIT D'AIX-LES-BAINS

Une initiative, plus que ça, une (r)évolution dans la continuité du parcours de soins. Portrait de Valérie MATHIEZ, infirmière depuis plus de 30 ans et Clinicienne en Situation de Santé Complexe. Elle exerce en libéral au sein d'un cabinet de nuit qu'elle a créé début 2019 à Aix-les-Bains. Postulat, constat et objectifs.



Le cabinet infirmier de nuit : un postulat de départ

De sa précédente expérience hospitalière en poste de nuit au Centre Hospitalier Métropole Savoie, site de Chambéry et principal hôpital du département, Valérie MATHIEZ tire un postulat de départ : les Hospitalisations Potentiellement Évitable (HPE), représentent une part importante des hébergements réalisés dans le service, lorsque des lits restent disponibles.

La typologie patient est souvent la même : un patient dépendant avec des troubles de la communication, des troubles cognitifs, qui est hospitalisé « pour vérifier » que son état ne justifie pas une hospitalisation. Ainsi étiqueté, il est relayé en dernière position des prises en charge, jusqu'à ce que l'heure tardive empêche son retour à domicile, par impossibilité d'accueil ou de reprise des soins avant le lendemain.

Un parcours de soins chaotique et une perte de repères pour tous

Ce parcours, depuis sa prise en charge par les secours jusqu'au retour au domicile, déclenche le plus souvent chez le patient :

- Une perte de repères avec une péjoration des troubles cognitifs.
- Un déséquilibre des habitudes de vie.
- Une majoration des crises d'angoisse et autres troubles thymiques.
- Une majoration des troubles d'élimination.
- Des troubles trophiques...

Pour le service hébergeur, ce même parcours est souvent source de désorganisation, avec un patient qui ne correspond pas à l'activité du service, obligeant parfois à des changements de chambre inopinés : ce patient est en effet plus simple à gérer en chambre seule, au détriment des patients du service.



Le cabinet infirmier de nuit, un levier dans la continuité des soins

La question de la recherche et de l'expérimentation dans le parcours de soins se pose alors : **comment un patient dépendant à domicile peut-il éviter une hospitalisation « par défaut » ?**

Un des leviers est assurément la **continuité des soins nuit et jour**, qui favoriserait la **coordination pluriprofessionnelle autour du patient**, permettant ainsi la sécurisation du maintien à domicile et la réactivité de tous dans l'évolution du parcours de soins : **l'amorce du Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS) ?**

C'est ainsi que le projet du cabinet de nuit a été initialement présenté aux instances telles que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) dans le cadre d'un exercice conventionné, à la délégation départementale de l'ARS, aux cabinets infirmiers et médicaux du secteur d'intervention...

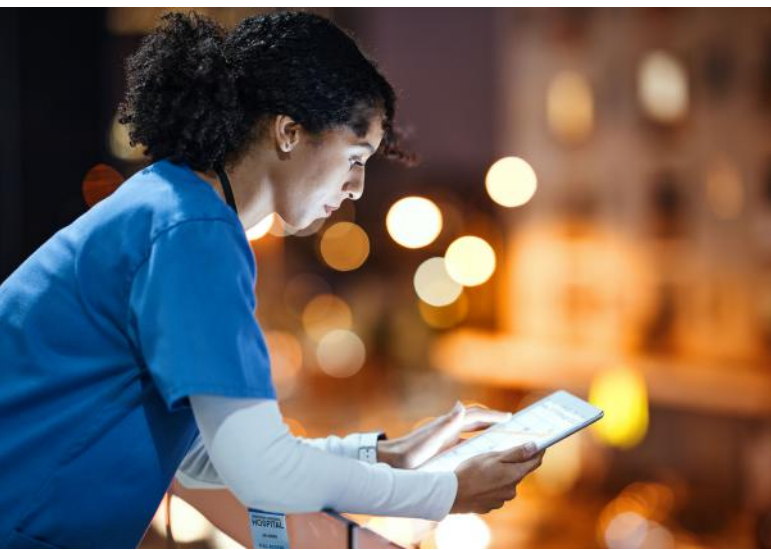


Les médecins traitants gagnent du temps lors des consultations patients, obtiennent les informations manquantes très rapidement, le suivi est même optimisé lorsqu'ils sont remplacés.

Et la coordination Ville-Hôpital se tisse naturellement

Les chiffres ne sont pas accessibles, mais le temps qui s'écoule sans hospitalisation « par défaut » est bien réel. Grâce à cette coordination, les hospitalisations sont motivées, étayées de rapports cliniques de qualité, l'équipe pluriprofessionnelle s'étend à une coordination Ville-Hôpital.

Par positif rebond, les patients sont stables et en cas d'hospitalisation, **le Plan de Soins étant optimisé**, le retour à domicile est ainsi anticipé aisément. Le parcours de soins n'est de fait plus déstabilisant pour le patient ni désorganisant pour le service hébergeur.



Le cabinet de nuit casse les codes

Le projet bouscule : l'activité d'infirmière ne peut être temporisée en exercice libéral. Mais humainement et professionnellement, le choix des cabinets n'est pas toujours de rester disponible 24h/24, même pour leurs patients.

Autre point non négligeable, celui de la rémunération pour les soins liés à la dépendance, qui limite fortement la possibilité d'interventions multiples par 24h. Plus encore si ceux-ci sont chronophages, lourds et complexes. **La complexité de la nomenclature des actes infirmiers**, quand viennent s'ajouter des soins techniques liés aux pathologies diverses et variées dont souffrent les patients dépendants, est aussi à soulever et peut être un frein supplémentaire majeur.

Mais pourtant... En pratique :

Les infirmiers restent avant tout des professionnels empreints d'humanisme, d'empathie, des professionnels qui excellent dans **la prise en charge holistique du patient et dans la mise en œuvre de leur rôle autonome thérapeutique** : les prises en charge communes au cabinet de jour et de nuit légitiment les compétences infirmières, y compris les compétences techniques, valorisent la coordination grâce aux évaluations cliniques infirmières/médicales transmises via la messagerie sécurisée aux professionnels de la coordination (médecin traitant, infirmiers, kinésithérapeute, pharmacien...).

À VENIR

Une ouverture est à suivre sur le département 73 pour limiter les HPE toujours, la mise en place d'un **protocole de coopération pour les Soins Infirmiers Non Programmés** : comment diriger le patient en situation d'urgence de soins infirmiers, vers le bon professionnel, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit et éviter ainsi une hospitalisation tout aussi courte soit-elle ?



Valérie MATHIEZ

Infirmière libérale de nuit

Clinicienne en Situation de Santé Complexe

Praticienne en Consultation

Certifiée en Éducation Thérapeutique du Patient
spécialisée en Immunothérapie sous couvert
du CLB-ONCO AURA

Animatrice de Groupes d'Analyse de la Pratique

« PATIENT-EXPERT »

UNE NOUVELLE PROFESSION DE SANTÉ ?



Problématique connue, le parcours de soins des patients n'est pas un long fleuve tranquille : difficulté de compréhension des termes scientifiques, manque d'information, relation soignant/soigné déséquilibrée, manque d'accès aux soins, etc. La liste est longue. Des difficultés qui peuvent contribuer à l'échec du processus de guérison à l'échelle individuelle et plus globalement au maintien des problèmes de santé publique déjà identifiés.

Au-delà de la notion de participation, la **notion d'engagement des usagers** est recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle a fait l'objet d'une publication en 2020 pour la mise en œuvre dans le secteur de la santé, mais aussi du médico-social et plus largement du social. Cet engagement est défini par « toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou de ceux de leurs pairs, exigeant un partenariat qui implique les patients, les professionnels et les décideurs pour prendre en compte les besoins des personnes malades ».

Cette coopération vise à **optimiser les pratiques de soins, d'enseignement et de la recherche** avec comme finalité d'améliorer l'accompagnement et la qualité des soins.

Le patient n'est donc plus réduit à un objet de vulnérabilité, ni à un consommateur de soins, mais il est encouragé à s'engager à travers son vécu de la maladie et sa contribution active pour lui-même et pour les autres.

POUR ALLER PLUS LOIN

« La HAS publie la recommandation "Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médicosocial ou sanitaire" à l'appui de son axe stratégique "Faire de l'engagement des usagers une priorité." » - Juillet 2020

[Plus d'infos](#)



L'engagement du patient : une nécessité reconnue et recommandée par la HAS

Le constat introductif a conduit à une **réflexion globale, réflexion menée autour d'une nouvelle figure du patient**. L'objectif ? Aboutir à la transformation de la relation de soins non plus « pour » mais « avec » les patients.

Comment ? L'une des façons d'opérer cette transformation est d'**inclure pleinement les patients dans la refonte des processus de soins**, désormais portée comme un élément-clé, en particulier dans le cas des maladies chroniques.

Différentes figures de patients, de l'échelle individuelle à l'échelle collective

Chaque patient est encouragé à **s'engager dans sa propre santé pour son bien-être individuel**. Il peut s'exprimer directement auprès des professionnels ou répondre à des enquêtes pour donner son avis. Il est aujourd'hui plus facile de prendre en compte les réponses verbales retranscrites à l'écrit grâce à des outils de plus en plus utilisés par les structures de soins mais **quasi absents en milieu libéral**. À l'échelle individuelle, il peut donc s'avérer difficile de porter une voix face au système de santé.

À l'échelle collective, l'engagement peut prendre plusieurs formes :



1. Les associations de patients. En plus du rôle de soutien psychologique aux patients et à leur famille, elles apportent aussi des informations sur la maladie et une aide en termes de réponse sociale, juridique voire financière. Elles organisent parfois des séances d'éducation thérapeutique et sont généralement fondées à l'initiative de patients souffrant de troubles spécifiques. En 2017, 72 d'entre elles se sont regroupées sous l'égide de « France Assos Santé » pour représenter les usagers autour de problématiques communes avec pour objectif de donner du poids à leurs voix.

2. Les représentants des usagers au sein de différentes instances (hospitalières, de santé publique, etc) sont désignés par le ministre pour les instances nationales ou le directeur de l'ARS pour les instances régionales sous le conseil d'associations de retraités, personnes âgées et personnes porteuses de handicap. Ils portent la voix des habitants pour **s'exprimer au nom de la démocratie sanitaire, veiller et défendre les droits des usagers mais aussi participer à l'élaboration de projets de santé** en collaboration avec les professionnels.



3. Les patients-experts (ou patients-partenaires) eux-mêmes organisés en associations. Le patient-expert se définit par « celui qui, atteint d'une maladie chronique,

a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état. » Les aidants, notamment les parents si le malade est mineur sont également inclus.

SUR LE TERRAIN

Le Pôle de Santé Interprofessionnel (PSIP) de Saint-Martin d'Hères (38) aux représentants des habitants, de siéger au conseil d'administration pour participer aux décisions. Leur rôle s'est davantage concrétisé par des actions sur le terrain lors de la naissance de la CPTS de Grenoble (38) grâce à l'accès à un local pour l'organisation du « café santé » tous les jeudis après-midi ainsi que d'autres activités complémentaires et en développement à l'horizon 2024.

En tant que **nouveau maillon de la chaîne des acteurs de santé publics ou privés**, le patient-expert est considéré comme **un véritable partenaire dans l'accompagnement des autres patients** sans toutefois se substituer aux professionnels de la santé. Son rôle consiste à contribuer à une meilleure compréhension du langage médical auprès des patients, à encourager l'expression d'autres patients, à partager le vécu de la maladie, à contribuer à des projets en santé...

SUR LE TERRAIN

La Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné en Auvergne-Rhône-Alpes (FemasAURA&Co) intègre des patients dans le parcours de soins. Un rôle de patient-expert largement abordé lors de la journée organisée le 18 novembre 2023, l'occasion de présenter l'exemple de la participation de patients impliqués dans une Maison de Santé en expérimentation appelée Structure d'Exercice Coordonné Participative (SecPa). Cette expérimentation a visé à **améliorer l'accès à la prévention et aux soins d'une population précaire** grâce à des espaces de parole, des actions de médiation en santé et des services d'interprétariat professionnel.



Patient-expert : activité bénévole ou reconnaissance professionnelle ?

L'émergence du statut de patient-expert a été possible *de facto* par la reconnaissance du fait que le patient vit sa maladie de l'intérieur, lui conférant des ressources que les personnes non touchées ne peuvent appréhender. La loi « Hôpital Patient Santé et Territoire » (HSPT) de 2009 prévoyant la mise en place de dispositifs pour développer l'éducation thérapeutique des patients a permis d'officialiser ce nouveau statut.

La HAS souligne la reconnaissance de leurs compétences impliquant la prise en compte de leurs préférences et leur implication dans les décisions les concernant, mais aussi leur valorisation.

Leur valorisation se manifeste notamment par l'obtention d'un diplôme. Plusieurs associations de patients, universités, organismes et hôpitaux ont mis en place des programmes de formation visant à former ces patients-experts mais l'offre de formation est inégale sur le territoire et reste insuffisante.



SUR LES BANCS DE L'UNIVERSITÉ

L'Université des Patients-Sorbonne a été pionnière en dispensant trois Diplômes Universitaires (DU) accessibles à partir d'un Bac+2 : DU « éducation thérapeutique », DU « démocratie en santé » et DU « Mission Patient partenaire et Référent en rétablissement en cancérologie ». À ce jour, elle a délivré des diplômes à plus de 200 patients.

Dans la région AURA, le Département Universitaire des Patients de Grenoble Alpes (DUGPA) délivre des diplômes universitaires et propose des partenariats notamment dans le secteur de la recherche et de l'innovation, pas simplement en tant que participant à une étude mais en tant que contributeur.

De même, les Hospices Civils de Lyon (HCL) ont créé le dispositif « Partenariat et Expérience Patient en Santé » (PEPS). La 4e édition de la « semaine PEPS » qui s'est tenue du 11 au 19 octobre 2023 a compté plus de 600 participants et a récompensé 5 projets collaboratifs menés en 2023.

TRANSFORMER L'EXPÉRIENCE DES MALADES EN EXPERTISE

L'Université des Patient-es-Sorbonne fondée en 2010 par la Professeure Catherine Tourette-Turgis est une innovation universitaire visant à concevoir et animer des parcours diplômants à destination des personnes atteintes d'une maladie qui désirent transformer leur expérience vécue de la maladie en expertise au service de la collectivité.

À ce jour l'Université des Patient-es-Sorbonne a diplômé plus de 200 patients et patientes. Elle travaille à la création de nouveaux cursus diplômants pour répondre à la demande des patient-es, des proches, des associations de patient-es, des usagers et usagers et des institutions de soins.

Les débouchés du rôle de patient-expert consistent donc à s'engager dans divers rôles liés au partenariat de soins, à l'éducation, à la formation et au conseil auprès de divers acteurs en santé. Enfin, il peut jouer un rôle dans la gouvernance d'un hôpital ou d'un service. Ces prestations peuvent être bénévoles, indemnisées, salariées ou facturées en prestation de service (auto-entreprise ou société).



EN CONCLUSION

Tous les projets en santé déployés impliquant des patients, doivent désormais s'inscrire dans une démarche d'évaluation continue du niveau d'engagement, de leurs processus et de leurs résultats. En outre, il est recommandé par la HAS de mener des travaux de recherche pour comprendre les effets et les conditions de réussite de ces pratiques collaboratives.



Saïda EL ABBOUNI

Spécialiste en recherche didactique et en rééducation maxillo-faciale

Chargée de mission pour LyREC
(Lyon Recherche Clinique)



LOCAL, PARTICIPATIF ET INNOVANT

LE DISPOSITIF IMPACT AMÉLIORE LA SANTÉ GLOBALE EN QUARTIER POLITIQUE DE LA VILLE

Le Pôle de Santé de Chambéry en quelques mots

Association locale depuis 2010, le Pôle Santé Chambéry est composé de près de 70 professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues, diététiciens...) travaillant en maison de santé pluri professionnelle, répartie en 5 sites et sur 2 quartiers de Chambéry. Le Pôle Santé regroupe aussi des associations qui œuvrent à l'échelle du quartier, dans le secteur de la santé mais aussi dans le secteur social, et des représentants d'habitants.

En poursuivant un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, l'activité de l'association s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé et s'articule autour de 3 axes : la prévention, les parcours de soins coordonnés avec l'accompagnement des patients en situation médico-sociale complexe et l'innovation en santé. L'un de ses dispositifs, nommé IMPACT (Itinéraire Médico-social, Programme d'Accompagnement sur un Territoire) reflète pleinement l'esprit du Pôle Santé Chambéry.



Pôle Santé Chambéry

La genèse d'un dispositif participatif citoyen

La santé participative est définie par l'OMS comme « le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance

à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités ».

Levier de réduction des inégalités sociales de santé, la **santé participative** s'appuie sur une approche globale de la santé (physique, mentale mais aussi sociale) et vise à intervenir non seulement sur la maladie mais aussi plus largement sur les déterminants de la santé. Elle cherche à favoriser la transformation des comportements individuels mais aussi celle des comportements collectifs et l'accès aux dispositifs, de droits, de soins et de prévention. En impliquant les personnes dans leur parcours de santé, la santé participative permet aux patients de **devenir acteurs de leur santé**. À travers des relations suivies, de confiance, dans lesquelles les patients qui le souhaitent sont réellement contributifs de l'organisation des dispositifs, cette démarche vise à construire des positions plus égalitaires entre professionnels de santé et patients.

En 2013, alors qu'ils sont confrontés dans l'exercice de leurs pratiques à des malades chroniques présentant des situations médico-sociales trop complexes pour être saisies seulement sur la dimension biomédicale, Jean Louis Correia et Julie Cachard imaginent un dispositif qui proposerait une **approche innovante, participative et intersectorielle** intégrée à leur quartier politique de la ville : le dispositif IMPACT.

IMPACT, qu'est-ce que c'est ?

IMPACT est porté par l'équipe de soins de première ligne du Pôle Santé Chambéry qui s'organise à l'échelle de son territoire d'exercice. Participatif, il propose une application concrète d'une approche globale de la santé participative.

IMPACT est constitué d'une partie des professionnels de l'équipe du Pôle Santé qui consacre un temps de travail variable au dispositif. Il est complété par des intervenants en soins non-conventionnés et par des médiateurs et médiatrices santé.

Le lieu d'accueil est très important dans la démarche : il est organisé autour d'un local – **L'Espace Ressources Santé** – qui lui permet d'être bien identifié par les acteurs locaux et les habitants. Cela permet également de favoriser l'accès géographique au dispositif pour des populations parfois très peu mobiles.

L'ancrage territorial et le lien social sont très spécifiques et centraux dans la démarche : il s'agit de faire avec les patients et de tisser des liens d'interconnaissances entre les professionnels de proximité et les ressources et acteurs locaux.

L'accompagnement et une offre de soins individuelle et collective, sans avance de frais est proposée : à partir d'un simple formulaire à remplir par les professionnels (une « saisine »), un patient du Pôle de Santé peut bénéficier du dispositif IMPACT dès que la commission dédiée valide son inclusion. Les deux critères d'inclusion ? Être atteint d'une maladie chronique, dont la définition reste très ouverte, et avoir besoin d'un soutien pour résoudre des difficultés qui viennent altérer globalement sa santé : isolement, douleurs, accès aux droits, problème de logement... Il n'y a pas de critère d'âge.

L'ÉQUIPE IMPACT : UNE POSTURE PROFESSIONNELLE SINGULIÈRE

L'approche globale et participative implique une posture professionnelle spécifique dans laquelle s'engagent les différents membres de l'équipe : professionnels de santé, médicaux ou paramédicaux, médiateurs santé et intervenants en soins non conventionnés. De quoi s'agit-il concrètement ? De renseigner un dossier patient unique, de prendre des temps de coordination avec les autres membres de l'équipe, de se former à une approche non paternaliste, centrée sur le patient. Cela implique également d'accepter que des rendez-vous ne soient pas honorés, que certaines consultations durent plus longtemps ou d'accueillir et intégrer les remarques des patients sur le fonctionnement du dispositif, avec même des espaces de gouvernances paritaires. Ce n'est pas rien !

Les patients sont ensuite accompagnés dans leur parcours IMPACT par un référent, nommé **Intervenant Clinique d'Appui (ICA)**. L'ICA est souvent un paramédical de l'équipe formé à la démarche (infirmier, psychologue, diététicien...). Cet accompagnement dure en moyenne 6 mois et est construit en fonction des besoins et demandes de chacun, tant sur les soins que sur la prévention.

La particularité d'IMPACT réside dans la position d'accompagnement et l'objectif de **renforcement du pouvoir d'agir des patients** concernés. L'équipe de professionnels construit avec les patients des liens de confiance, et s'inscrit symboliquement dans une communauté de pratiques en étant acteurs du quartier et pas seulement intervenants extérieurs. L'organisation du dispositif est maillée d'espaces permettant la participation des publics accueillis, qui peuvent proposer des sujets, voire co-animer des ateliers. Pablo Vieira, co-porteur du projet, est d'ailleurs dédié à ces enjeux de participation.

✓ Une activité intense (chiffres annuels)

✓ **150 et 250 personnes accompagnées** ; la très grande majorité vivant en dessous du seuil de pauvreté.

✓ Entre **20 et 30 réunions** pluri-professionnelles et intersectorielles.

✓ Des **consultations individuelles** et des **séances collectives variées** (diététique, APA, psychologie, aide à l'accès aux droits en santé, groupe de parole, thérapies psycho-corporelles...).

✓ **292 participations** à des cycles d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) pour **39 cycles d'ETP** organisés entre 2013 et 2019.

✓ **3 sites de déploiement** : les Hauts de Chambéry, le Biollay-Bellevue et Saint-Martin d'Hères.



IMPACT : pas seulement une offre de soins adaptée

Au-delà de la coordination d'un parcours de soins cliniques, à l'intérieur et à l'extérieur du dispositif, plusieurs registres d'activité composent IMPACT : la proposition de soins non conventionnés (psychologie, diététique, addictologie...), l'accès à des programmes collectifs d'ETP mais aussi à des ateliers autour de l'activité physique adaptée, la parentalité ou juste autour du lien social. Les médiateurs accompagnent également les patients à des rendez-vous à l'extérieur du lieu : spécialistes, imageries, services sociaux, bailleurs...

Tout cela repose sur un travail partenarial important : communication renouvelée de l'existence d'IMPACT auprès des différents professionnels et associations du quartier, soutiens aux professionnels médico-sociaux du quartier avec la proposition d'espaces de réflexion – formation et organisation d'événements.

Les 8 registres d'activités d'IMPACT

	A	B
	Accompagnements individuels	Démarches collectives / territoriales
1	Coordination des soins	1A
	✓ Accompagnateur-trice santé. ✓ Concertations pluriprofessionnelles et intersectorielles.	1B
		✓ Réseau intersectoriel de partenaires locaux.
2	Soins de supports et thérapies complémentaires	2A
	✓ Consultations de soins non conventionnés.	2B
		✓ Ateliers thématiques autour du lien social. ✓ Groupes de travail. ✓ Séances thérapeutiques.
3	Accès aux droits en santé et recours aux soins	3A
	✓ Médiation santé et aide aux démarches administratives. ✓ Orientation vers les services sociaux. ✓ Suivi et accompagnements aux rendez-vous médicaux.	3B
		✓ Communication autour du dispositif, sur les recours possibles et les actions de prévention.
4	Soutien de proximité aux professionnels médico-sociaux	4A
	✓ Recours simple pour les professionnels de santé – Fiche de Saisine. ✓ Appui pour mettre en place, coordonner et/ou faire connaître des actions de prévention.	4B
		✓ Animation d'un lieu dédié à la santé globale au cœur du quartier. ✓ Formation « culture commune » réunissant soignant-es et travailleur-es du social.

IMPACT EN CHIFFRES

- **296 saisines en 2022, une file active de 251 patients sur les 10 000 patients suivis par le Pôle Santé de Chambéry.**
- Femmes 66% des saisines vs 34% hommes.
- Adultes : 86% des saisines.
- Mineurs : 50% filles/50% garçons.
- Avec plus de 60% des motifs de recours à IMPACT, le premier motif d'adressage est la souffrance psychique associée à des pathologies somatiques (diabète ou bronchite chronique par exemple).

✓ Des conditions pensées pour un accès facilité au dispositif :

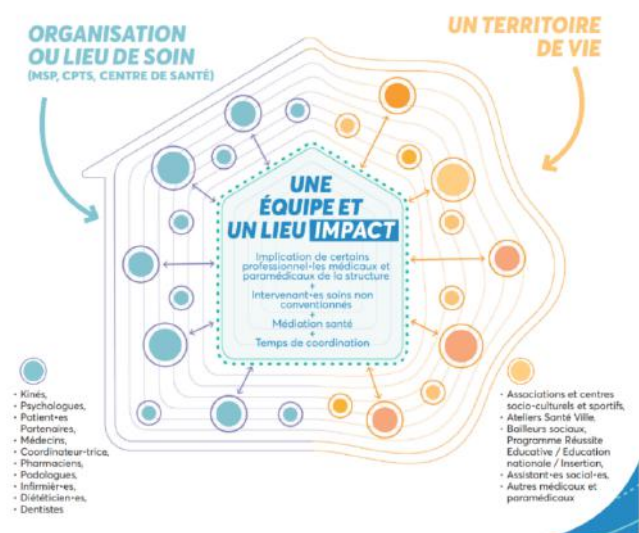


Comment IMPACT s'articule avec les dispositifs existants ?

IMPACT s'organise autour du médecin traitant et de l'équipe multisite du Pôle de Santé de Chambéry, structure d'exercice coordonnée à l'échelle d'une patientèle et d'un quartier. Il propose à ce titre un travail partenarial collaboratif, qui implique échange d'information, articulation des actions, mutualisation des ressources et engagement mutuel (Himmelman A.T., Collaboration for a Change : Definitions, Decision-making Models, Roles, and Collaboration Process Guide, 2002). Cette échelle opérationnelle se distingue d'une démarche de coordination impliquant principalement la mise en réseau et l'articulation des ressources à une échelle départementale.

Il ne s'agit donc pas seulement de proposer de la coordination de parcours mais de porter cette organisation au sein même de la structure d'exercice coordonnée, dans une perspective de prise en charge intégrée, participative qui fait évoluer l'organisation même de la structure. Elle ouvre sur des dynamiques de promotion de la santé articulées avec le contexte du quartier.

La dernière en date porte sur un temps dédié à la parentalité qui s'est ouvert fin 2023. Certaines participantes font également partie d'une association loi 1901, le « Club poussette » dont la vocation est de créer du lien entre les jeunes mères. Suite à leur sollicitation, des projets communs pour favoriser le lien mère-enfant et la socialisation des jeunes mamans pourront émerger de cette collaboration sur le quartier. Ce type de partenariat vise à faire évoluer l'offre sur le quartier, la rendre accessible, et ainsi agir directement sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé de la population.



IMPACT s'inscrit dans d'autres dispositifs locaux comme l'Atelier Santé Ville (ASV). Il est en lien avec le Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS). Sur des pathologies thématiques, il va évidemment s'impliquer dans des collaborations avec des réseaux de santé plus thématiques, comme le Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique 73 (REPOPP) par exemple.

IMPACT s'articule ainsi au niveau des soins, en amont ou aval des parcours. Il pourra être mobilisé après une prise en charge par la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et l'ouverture de droits.

Les pathologies psychiatriques non équilibrées et les maladies neurodégénératives ne sont en revanche pas prises en charge dans le cadre d'IMPACT, mais plutôt orientées vers les services spécialisés.

IMPACT : quels effets ?



L'évaluation réalisée grâce à l'accompagnement de l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes et de l'Observatoire Régional de la santé ARA en 2020 dans le cadre du dispositif Emergence montre des résultats très intéressants, tant sur les données biomédicales que sur une évolution des représentations et des pratiques des différentes dimensions de la santé des patients ayant bénéficié d'IMPACT.

"Je me suis un petit peu astreinte à marcher plus."

Françoise, 70 ans

"C'est un truc tout bête, mais les légumes, à la maison, on savait plus du tout ce que c'était ! [...] Toute la famille a pu en bénéficier...le fait d'avoir repris, pendant cette formation, simplement un rythme, aussi bien là, alimentation, et un rythme de vie, là, j'ai perdu quatorze kilos..."

Patrick, 50 ans

"J'ai eu l'occasion de rencontrer des gens, de jouer à la passe à dix avec des gens à qui j'aurais même pas dit bonjour."

Alain, 60 ans

Sur les 90 questionnaires recueillis, les patients déclarent à 82 % mieux connaître et comprendre leurs problèmes de santé à l'issue de leur suivi.

77 % disent avoir amélioré leur alimentation, et la plupart (90 %) ont maintenu ces changements. 63 % ont fait plus d'activité physique, et une grande majorité (77 %) déclarent avoir pu maintenir ce niveau d'activité, en particulier lorsqu'ils ont participé à des ateliers d'activité physique adaptée pendant leur suivi (87 %).

L'adhésion aux traitements apparaît également meilleure, avec 75 % affirmant avoir amélioré leur rapport aux médicaments et maintenu ces changements (87 %). Enfin, 82 % attribuent un effet positif du suivi sur leur moral.

Les données biomédicales s'améliorent également : à partir des dossiers des patients, on constate que 74 % des patients diabétiques suivis ont diminué ou stabilisé leur masse grasse viscérale. En moyenne, une diminution de 1,11 point de % de leur taux d'hémoglobine glyquée a été observée.

La perspective est de pousser ces analyses sur un plan plus clinique pour asseoir ces résultats de façon plus robuste.

[La méthode et les résultats de l'évaluation sont disponibles en ligne sur le site du Pôle Santé Chambéry.](#)

Vous voulez monter un dispositif IMPACT dans votre équipe ?

Cette expérience de santé participative a été mise en œuvre par une autre structure, avec l'équipe d'un quartier de Saint Martin d'Hères, qui l'a adaptée à son propre contexte. Ces deux façons de décliner IMPACT ont fait l'objet d'une **analyse de transférabilité** (IREPS ARA-Emergence). 47 fonctions-clés ont été repérées, permettant de comprendre comment le fonctionnement de ce dispositif complet. Dans une perspective d'utilisation de cette analyse, un **guide d'implémentation** a été co-construit avec les acteurs concernés pour permettre à d'autres structures d'exercice coordonné implantées dans un quartier défavorisé (par exemple maison ou centre de santé) de se lancer dans l'aventure !

SOUTIENS FINANCIERS ET DISTINCTIONS INSTITUTIONNELLES DU DISPOSITIF IMPACT :

- 2012-2015 : Financement sur FIR-ARS au titre d'une expérimentation locale. Prix de l'innovation organisationnelle décerné par l'ARS-ARA fin 2012.
- 2015-2016 : prolongation du financement ARS dans le cadre du projet Filière de soins de l'ANAP (modélisation du dispositif).
- 2016-2020 : Expérimentation Accompagnement à l'Autonomie, art 92 de la loi de Santé 2016. Systématisation de la démarche participative.
- Depuis 2021 Article 51 de la LFSS, expérimentations des SecPA (Structures d'exercice coordonné participatives).

Ce guide permet d'avoir une vue d'ensemble et de partager l'expérience des premières expérimentations. Il propose également d'identifier si on a d'ores et déjà les dimensions socles pour se lancer.

Chloé Hamant, sociologue impliquée dans la démarche depuis 2019, coordonne l'**accompagnement à la mise en place d'IMPACT en 2024**.

Vous êtes une équipe qui exerce en structure d'exercice coordonnée de proximité ?

Cette démarche de santé participative vous intéresse ?

Vous voulez en savoir plus ...

Contactez-nous !



Julie CACHARD

Diététicienne et docteure en santé publique
co-conceptrice du dispositif



Jean-Louis CORREIA

Médecin généraliste et co-concepteur du dispositif



Pablo VIEIRA

Coordinateur du dispositif et chargé de mission
participation en santé



Chloé HAMANT

Sociologue – chercheuse associée au Laboratoire
TRIANGLE UMR 5206,
accompagnatrice en transférabilité du dispositif

LE PARCOURS DE SOINS EN VIE RÉELLE

LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT VERTIGINEUX



En France, les vertiges et troubles de l'équilibre font partie des dix motifs les plus fréquents de consultations. Selon une étude datant de 2014, cela représente en moyenne cinq consultations par semaine pour un médecin généraliste. Leur prise en charge est bien souvent pluridisciplinaire entre médecins généralistes, spécialistes (otorhinolaryngologue (ORL) ou neurologue) et kinésithérapeutes « vestibulaires ». Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique dans un contexte de population vieillissante : à partir de 65 ans, environ 30% de la population présente des symptômes de désordre vestibulaire.

Une chute au coût vertigineux

Si avec le temps il est plus fréquent d'exprimer des sensations vertigineuses, les chutes en lien avec les vertiges, sont également des événements plus récurrents.

EN CHIFFRES

30% des patients de plus 65 ans subissent une chute dans l'année qui suit un épisode vertigineux.

Ces chutes ont des conséquences multiples : physiques, psychologiques, sociales... Elles réduisent la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées. Chaque année, elles entraînent 130 000 hospitalisations et 10 000 décès, pour un coût annuel de 2 milliards d'euros en France.

Il s'agit là de chiffres qui « persistent depuis plusieurs années et vont s'accroître dans les années qui viennent avec la transition démographique, si rien n'est fait pour enrayer le phénomène » selon le Ministère chargé de l'autonomie dans son **Plan chute 2022**. « Contrairement à d'autres enjeux de santé publique, [...] les leviers d'actions sont [...] reconnus et disponibles ». Ces leviers d'actions sont ainsi multiples, allant du bilan des facteurs de risques de chute au réaménagement du lieu de vie, en passant bien sûr par la prise en charge du patient vertigineux.



La prise en charge du patient vertigineux : un parcours du combattant

Le médecin généraliste est souvent décisionnaire du parcours de soins du patient. En première ligne des consultations, il peut décider d'initier lui-même les explorations à visée diagnostique, de traiter ou d'en référer à un spécialiste.

À ce stade du parcours, se présente un premier facteur d'errance thérapeutique : **l'absence de diagnostic**. L'étude allemande de 2014 menée par Stephan et son équipe, amène quelques éléments d'explication à ce phénomène. Il semblerait que le manque de connaissances et d'expériences sur la pratique des tests diagnostics spécifiques aux vertiges, soit un des facteurs empêchant les médecins généralistes d'établir un diagnostic.

Ces données sont également corroborées par l'équipe Suisse de Mantokoudis dans son article paru en 2023 dans la revue *Frontier of neurology*. L'étude conclut que les médecins de première ligne seraient alors davantage favorables à des formations complémentaires de types « hands-on » et à des recommandations de bonne pratique.

De même, s'il existe une difficulté du côté médical à nommer la maladie, il persiste également une confusion de mots pour exprimer les maux du patient vertigineux. En effet, bien souvent le terme « vertige » est utilisé systématiquement pour décrire **toute illusion perceptive**, même s'il ne s'agit pas de vertiges dits « vrais » pour le professionnel de santé. Cette précision lexicale permet au praticien de définir le vertige dit « rotatoire » ou « giratoire », souvent d'origine vestibulaire, des multiples sensations vertigineuses rapportées par les patients, comme les sensations de « tangage », d'« ébriété », de « flottement »... Faire raconter ses « vertiges » est un challenge déterminant pour le diagnostic puisqu'il est majoritairement clinique (Stanton et al, 2007).

Lorsque le médecin généraliste décide de réorienter un patient vers un spécialiste, un deuxième obstacle vient s'ériger dans le parcours de soins : **le manque de praticiens**. Qu'ils soient médecins ORL, neurologues ou kinésithérapeutes vestibulaires, la liste de ces professionnels en vertiges reste très limitée en France.

EN CHIFFRES

On compte près de 500 kinésithérapeutes dits « spécialisés » (Xavier et coll, 2019) , pour 90 315 kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'ordre en 2020 (source : rapport démographique de l'ordre des kinés). Cette situation est d'autant plus problématique pour les ORL spécialisés dans le traitement des vertiges, pour lesquels il est plus compliqué de recenser la population.

Cette indigence en spécialistes est lourde de conséquences. Elle entraîne **un allongement des délais de prise en charge**, mais aussi une rupture dans la continuité des soins lorsque les professionnels malades ne sont pas remplacés. Enfin, elle conduit bien souvent à **une chronicisation des symptômes vertigineux** dont le caractère anxiogène amène à une expression nouvelle des plaintes. Cette entité autrefois dite fonctionnelle, est aujourd'hui identifiée sous le nom de « Persistent Perceptive Postural Dizziness » et rend la prise en charge du patient vertigineux plus complexe.

Quelles perspectives pour le patient vertigineux ?

Ces problématiques de soins sont au cœur des préoccupations des spécialistes des vertiges, qu'ils soient ORL, neurologues, kinésithérapeutes et même chercheurs. Bien souvent regroupés en sociétés savantes telles que la Société Française ORL, la Société Française de Kinésithérapie Vestibulaire ou encore la Société Internationale de Rééducation Vestibulaire, ces professionnels sont prolifiques en travaux collaboratifs.



Le plus récent exemple étant les recommandations éditées en 2023 sur **la place de la rééducation dans la prise en charge des vertiges d'origine vestibulaire**.

À cette collaboration interprofessionnelle, s'ajoute **une active participation des associations de patients** aux travaux du Groupe de Recherche Vertige (GDRV) coordonnés par le Dr Christian Chabbert, directeur de recherche au CNRS de Marseille. Ce projet visant l'amélioration de la prise en charge des patients vertigineux et instables s'articule autour de trois objectifs :

1. Améliorer la formation des acteurs de première ligne.
2. Optimiser les réseaux de soins de Prise En Charge (PEC).
3. Améliorer l'interface patient /soignant.

Il est à noter que ce travail bénévole et collégial toujours en cours, reste ouvert à toute participation nouvelle .

EN CONCLUSION

La question de la prise en charge du patient vertigineux en France devrait occuper une place centrale dans les politiques de santé actuelles. Elle représente entre 3,5 et 4% des dépenses totales de santé, une somme colossale en comparaison des dépenses liées au diabète qui s'élèveraient à 5%. Face à une population de professionnels spécialisés encore trop restreinte et à une population vieillissante, il est impératif de **soutenir et de valoriser les initiatives émanant des chercheurs et des cliniciens**.



Gabrielle VASSARD-YU

Kinésithérapeute vestibulaire en activité mixte

Membre du groupe de travail PEC du GDR Vertige

Membre de la Société Française de Kinésithérapie Vestibulaire SFKV

UNE NOUVELLE ORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS

DEUX EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES RENFORÇANT LE LIEN VILLE-HÔPITAL

Depuis 2017, le ministère chargé de la santé met en œuvre la réforme de l'organisation et du financement de notre système de santé. Actuellement, plusieurs modalités coexistent : le financement des soins de ville, le financement hospitalier (fondé en partie sur la tarification à l'activité ou T2A) et le financement du secteur médico-social.

Contexte- L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018

À l'heure où les parcours de santé se mettent progressivement en place pour assurer une prise en charge globale des patients qu'importe le professionnel concerné, cette approche segmentée atteint ses limites. C'est pourquoi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit, en son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Il s'agit là d'une véritable opportunité pour tester de nouvelles approches puisque ce dispositif permet de déroger à de nombreuses règles de financement de droit commun, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social.

Les expérimentations éligibles portent notamment sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.



Les expérimentations sélectionnées sont mises en œuvre après autorisation par arrêté interministériel pour les expérimentations nationales ou par décision du directeur général d'ARS pour les expérimentations régionales après avis du comité technique de l'innovation en santé.

Le nombre de projets autorisés a connu une très nette progression depuis cinq ans, passant de 42 en 2019 à 144 en 2023. Les thématiques traitées sont nombreuses et les projets contribuent à mettre l'innovation au service des grandes priorités nationales : prévention, cancer, santé mentale, maladies chroniques, obésité, perte d'autonomie, addictions, santé des enfants, périnatalité, qualité de la prescription, lutte contre les inégalités de santé...



Source : Ministère de la Santé et de la Prévention. Rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé.



LES PRINCIPALES PRISES EN CHARGE

Perte Autonomie 68 268	Reproduction périnatale et santé sexuelle 53 850	Santé bucco- dentaire 32 852	Situations liées au vieillessement 29 836	Maladies cardio- vasculaires 27 928
		Filière visuelle 23 661	Polypathologies 21 537	
Cancer 42 897	Maladies du système lymphatique et hématopoïétique 38 798	Troubles du neuro- développement 23 158	Diabète 20 665	Santé mentale 20 431

Source : Ministère de la Santé et de la Prévention. Rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé.

Certaines expérimentations menées en vertu de l'article 51 ont pour objectif de renforcer le lien entre la Ville et l'Hôpital autour de la prise en charge des patients. Cela peut se traduire par la mise en place de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé, l'amélioration de la coordination des soins, ou encore le développement de structures favorisant une approche plus intégrée entre les soins de ville et les soins hospitaliers.

Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les patients âgés polymédiqués : exemples de deux expérimentations renforçant le lien Ville-Hôpital

En France, plus de 30 000 décès et près de 84 000 hospitalisations sont imputables à une utilisation inappropriée de médicaments chaque année (rapport ENEIS 2004). Le nombre de signalements d'événements indésirables graves (EIG) a augmenté de 27% entre 2021 et 2022 : 2 385 signalements ont été reçus par la HAS en 2022, contre 1 874 pour l'année 2021.

Malheureusement, les erreurs médicamenteuses et les événements iatrogènes représentent les principales causes de ces signalements (11,9%) comme précisé dans le bilan annuel 2022 publié par la HAS.

Le risque iatrogène augmente chez le sujet âgé, notamment chez les personnes consommant plusieurs médicaments. Avec l'âge, l'organisme vieillit et certaines

fonctions importantes du corps se modifient, comme l'élimination de certains médicaments par les reins ou des toxines par le foie. Cela peut avoir des conséquences sur l'efficacité d'un traitement, mais aussi sur la tolérance et la toxicité des médicaments.

POUR ALLER PLUS LOIN

Les personnes âgées sont donc globalement plus sensibles aux modifications des doses de leurs médicaments ou à l'ajout d'un médicament à un traitement médicamenteux en cours. Des parcours de soins structurellement cloisonnés, une multiplicité des prescripteurs, peu de communication entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicamenteuse, sont autant de facteurs de risque iatrogène chez les patients âgés. Pour contrôler ce risque, deux régions sont notamment à l'initiative d'expérimentations innovantes interprofessionnelles.

Article 51 IATROPREV



Le parcours iatroprev est un projet d'expérimentation porté en Hauts-de-France, par le CHU Amiens-Picardie et le CHU de Lille. Il est soutenu par l'ARS Hauts-de-France, la CNAM et les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS) Médecins libéraux et Pharmaciens des Hauts-de-France.

Les objectifs de ce parcours sont l'optimisation médicamenteuse dans la perspective de réduire le risque lié à la prise de médicament chez la personne âgée polymédiquée (prévention du risque iatrogénique). Pour ce faire, le projet cherche à améliorer le lien Ville- Hôpital grâce à un partage d'informations et la mise en place de Réunions de Concertations Pluri-professionnelles (RCP) entre les différents acteurs de soins.

Le parcours se déroule en plusieurs étapes, selon les deux portes d'entrée possibles des patients : hospitalière ou ville.





Repérage des patients à risque

Porte d'entrée hospitalière : lors de l'hospitalisation sur la base de différents critères (hospitalisation suite à un évènement iatrogène, traitement à marge thérapeutique étroite, plus de 3 modifications thérapeutiques).

Porte d'entrée ville : réalisé par les professionnels de santé libéraux, médecin traitant ou pharmacien d'officine, sur la base de 2 critères impératifs (patient âgé de 75 ans et plus et dont l'ordonnance comprend au moins 10 médicaments).



Inclusion dans le dispositif

Deux portes d'entrée :

- Porte d'entrée hospitalière : après accord du médecin traitant et du pharmacien d'officine et après information au patient et/ou à l'aidant.
- Porte d'entrée ville : après information au patient et/ou à l'aidant et programmation d'une consultation à l'hôpital avec un gériatre et un pharmacien.

Principales étapes :

1. Réévaluation thérapeutique, basée sur les référentiels scientifiques, au cours de l'hospitalisation ou de la consultation, au vu des problématiques aiguës du patient ainsi que de son historique médical à disposition.
2. Concertation pluri professionnelle entre les professionnels de ville, médecin traitant et pharmacien d'officine, et l'équipe hospitalière, gériatre et pharmacien, par téléphone ou en visioconférence selon les disponibilités, afin de discuter de la prise en charge du patient et de valider ou non les recommandations

d'optimisation médicamenteuse proposée par l'équipe hospitalière.

3. Élaboration du Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP) reprenant les différents éléments retenus au cours de la RCP.
4. Suivi du patient selon le PPP élaboré collectivement.
5. Clôture et facturation : à l'issue du parcours, il est procédé à une vérification de la signature de la convention et de l'accord participation, et à la récupération de justificatifs aux suivis du patient à 45 et 90 jours. Ces éléments permettent de débloquer un forfait de participation pour l'ensemble des professionnels de santé impliqués.

Expérimentation OPTIMEDOC

optimedoc

Agir de manière coordonnée pour améliorer la qualité de vie des patients âgés

Le projet régional « Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée (Optimedoc) » regroupe 12 établissements de santé de la région Normandie.

Sur le modèle de latroprev, Optimedoc est un parcours interdisciplinaire et pluriprofessionnel, financé par des fonds régionaux (hors article 51), qui s'adresse aux patients polymédiqués et âgés de plus de 75 ans. Le médecin traitant, le pharmacien d'officine ainsi que le dispositif d'appui hospitalier composé d'un pharmacien hospitalier et d'un gériatre collaborent pour réévaluer intégralement les médicaments des patients présentant un risque iatrogène important. Les patients bénéficient d'un plan pharmaceutique personnalisé. Les nouvelles prescriptions du patient sont adaptées en cohérence avec son traitement antérieur et transmises à tous les professionnels de santé de ville.

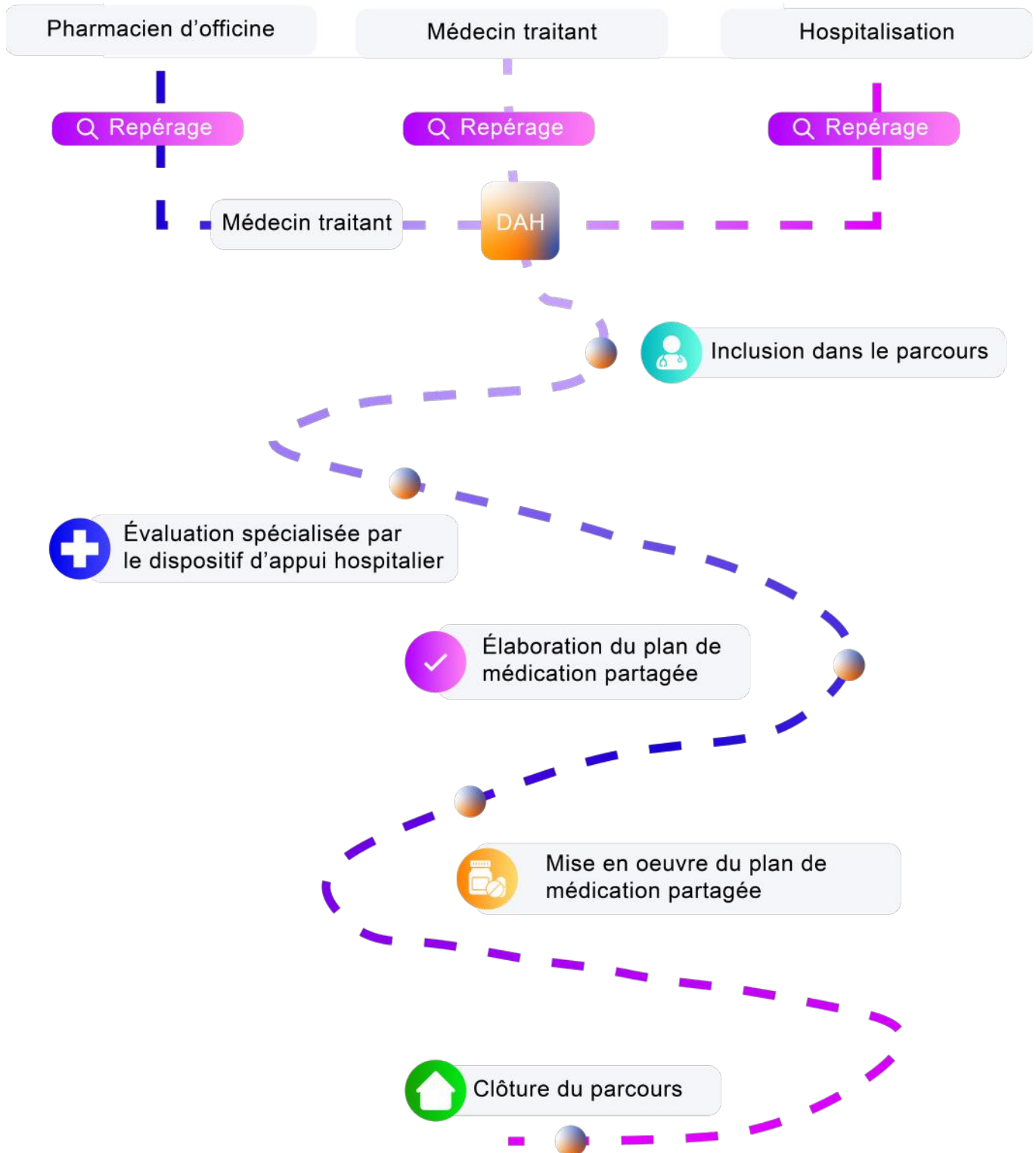
bimedoc
solutions digitales et services spécialisés
pour les soins pharmaceutiques



Matthieu GAUTHIER

Pharmacien - Directeur médical Bimedoc

LES ÉTAPES D'UN PARCOURS OPTIMISANT LA PHARMACOTHÉRAPIE DES PATIENTS ÂGÉS GRÂCE À LA COORDINATION DES ACTEURS VILLE - HÔPITAL - EXPÉRIMENTATION OPTIMEDOC



LA PLACE DU DIGITAL DANS L'OPTIMISATION DU PARCOURS DE SOINS

LES BESOINS ASSOCIÉS AUX PARCOURS DE SOINS INNOVANTS INTERPROFESSIONNELS ET SOUVENT COMPLEXES

La coordination Ville-Hôpital entre tous les acteurs impliqués dans la prise en charge et le suivi des patients intégrant des parcours de soins complexes, est indispensable à l'efficacité et à la sécurité des soins. La mise en place d'outils digitaux assurant notamment les échanges sécurisés entre les professionnels de santé, ainsi que la traçabilité des étapes de la prise en charge des patients, apparaît ainsi nécessaire.

Assistance à l'expertise médicale et pharmaceutique des professionnels de santé : l'exemple de l'analyse pharmaceutique

Le risque iatrogène médicamenteux est notamment contrôlé grâce à l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicales et des médicaments utilisés en automédication par le patient.

L'analyse pharmaceutique est le cœur même des bilans partagés de médication en soin courant, mais également de la prise en charge coordonnée des patients inclus dans les expérimentations de prévention de la iatrogénie médicamenteuse, permettant l'élaboration des Projets Personnalisés (PP) (i.e. Iatoprev et Optimedoc, notamment).

Ainsi, de façon similaire à la mise en place d'outils digitaux partagés de coordination, l'intégration d'un assistant digital d'analyse pharmacologique en support de l'expertise médicale et pharmaceutique est nécessaire au contrôle du risque iatrogène médicamenteux.

Gain de temps médical et pharmaceutique

La digitalisation des parcours réduit les délais d'attente, élimine les tâches administratives redondantes et minimise les erreurs liées à la gestion manuelle des dossiers. Cela permet d'optimiser les processus et d'allouer plus de temps aux professionnels de la santé pour se concentrer sur les prestations de soins.

Les outils de e-santé au chevet de l'accompagnement des patients par les professionnels de santé

La digitalisation des parcours de soins contribue à améliorer l'efficacité, la sécurité, l'accessibilité, et la qualité de la prise en charge coordonnée des patients.

Ainsi, le logiciel de soins pharmaceutiques Bimedoc a été choisi pour venir en appui de la coordination Ville-Hôpital des expérimentations Iatoprev et Optimedoc précédemment présentées.

À PROPOS DE BIMEDOC



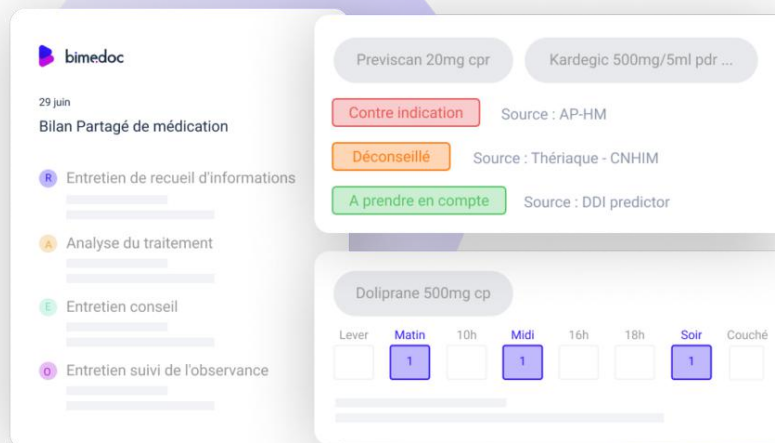
Bimedoc est un éditeur de logiciel spécialisé dans la digitalisation des parcours de soins à destination des établissements de santé, des pharmacies d'officine et des structures d'exercice coordonné.

La mission de Bimedoc est de renforcer le lien Ville-Hôpital en simplifiant la coordination des professionnels de santé, pour une meilleure prise en charge médicamenteuse des patients.

Bimedoc est une plateforme web « Software as a Service » SaaS dotée de fonctionnalités pour la réalisation des processus de soins pharmaceutiques, de parcours de soins dédiés et des protocoles de coopération.

La plateforme Bimedoc centralise et trace le suivi des patients inclus dans ces parcours de soins.

Plusieurs technologies sont mises à disposition des professionnels de santé pour faciliter la prise en charge



Bimedoc, un outil pour réaliser un bilan partagé de médication en toute simplicité

coordonnée des patients et contrôler le risque iatrogénique :

- **La reconnaissance automatique des prescriptions médicales** grâce à l'intelligence artificielle.
- **L'analyse pharmacologique** (module classé dispositif médical), permettant :
 - La détection et la qualification des interactions médicamenteuses.
 - La quantification des interactions médicamenteuses métaboliques et la proposition d'alternatives médicamenteuses associées.
 - L'identification des médicaments inappropriés chez les patients âgés.
 - L'évaluation du risque d'allongement du QT et le calcul de la charge anticholinergique.
 - L'identification de médicaments omis et des recommandations vaccinales spécifiques du patient.
- **La messagerie sécurisée** permettant aux différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicamenteuse du patient de communiquer en toute simplicité.

Lien Ville-Hôpital et parcours de soins digitalisés : quelles perspectives ?

Les parcours sont une véritable révolution, qui placent **les patients au centre de la prise en charge**. Ce ne sont plus à eux de s'adapter au système de santé - organisations ou structures - mais au système de s'organiser pour répondre à leurs besoins.

ZOOM SUR L'ARTICLE 22 DU PLFSS 2024

Cet article vise à permettre la généralisation dans le droit commun d'expérimentations par l'article 51 réussies, en autorisant l'organisation et la prise en charge de parcours coordonnés renforcés, fondés sur le financement collectif et forfaitaire d'une équipe.

Cette actualité va dans le sens de **l'analyse prospective de l'innovation en santé « Santé 2030 »** réalisée par [Les Entreprises du Médicament \(LEEM\)](#) qui

distingue trois niveaux de parcours patients en fonction de leur largeur de prise en charge :

- **Les parcours de soins** : permettent l'accès aux consultations de premier recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins.
- **Les parcours de santé** : qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et médico-sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour au domicile.
- **Les parcours de vie** : qui appréhendent la personne (et non uniquement le patient) dans son environnement.

Selon cette analyse, les innovations techniques et organisationnelles vont permettre d'optimiser le parcours de soins des patients vers des parcours santé et de vie.

EN CONCLUSION

La structuration des professionnels de santé autour des patients, à l'échelle territoriale, est déjà bien établie avec le déploiement massif des structures d'exercice coordonné (CPTS, CDS, MSP) permettant la mise en place de **parcours de soins toujours plus globaux**.

Il est donc à prévoir une augmentation significative de la disponibilité de parcours de soins impliquant l'hôpital et la ville, au bénéfice des patients. Le numérique étant indispensable à la coordination de l'ensemble des acteurs impliqués autour des patients, l'utilisation d'outils digitaux comme Bimedoc est stratégique pour le déploiement des parcours de soins.



Matthieu GAUTHIER

Pharmacien - Directeur médical Bimedoc

INVITATION - SOIRÉE

Les enjeux de la recherche clinique en milieu libéral

09

AVRIL 2024

Château de Montchat
51 rue Charles Richard
Lyon 69003

à partir de 17h30



**DAVID
BOTTIGIOLI**

Directeur
général
Introduction et
Conclusion



**HÉLÈNE
SOL MATTHIEU**

Pédicure - Podologue
La recherche en
libéral : un levier de
progression et de
valorisation



**VALÉRIE
MATHIEZ**

Infirmière libérale
Une collaboration pluri
professionnelle
nécessaire pour une
recherche clinique
libérale optimisée



**MAXIME
DENIS**

Pharmacien
d'officine
La pharmacie, un lieu
d'innovation dans le
parcours de soins



**PIERRE
RENAUDIN**

Pharmacien, PhD,
co-fondateur Bimedoc
Des outils digitaux
facilitateurs de la
recherche clinique en
milieu libéral



**DR STÉPHANE
SANCHEZ**

MD, PhD, Maître
de conférences
La collaboration
Ville-Hôpital en
recherche clinique en
pratique



**DR MIREILLE
RUER**

Dermatologue et
vénérologue
Du cabinet libéral à
la création d'une unité
de recherche clinique



**DR XAVIER
FOURNIE**

Affaires médico-scientifiques
& stratégiques
Modérateur



Réservez votre place

PLUS D'INFOS

communication@lyonrechercheclinique.com

WWW.LYONRECHERCHECLINIQUE.COM

04 78 86 41 25 | 165 Chemin du Grand Revoyet
Pierre-Bénite 69310

LYREC



Rejoindre la communauté



communication@lyonrechercheclinique.com

**REJOIGNEZ LA
COMMUNAUTÉ DE
PROFESSIONNELS
LIBÉRAUX**

PARCOURS DE SOINS - RECHERCHE - FORMATION



Contactez-nous
04 78 86 41 25



Notre Site web
www.lyonrechercheclinique.com



Notre Adresse
165 Chemin du Grand Revoyet
Pierre-Bénite 69310