

ECHOSANTÉ : **Réseau territorial de santé**

- RAPPORT D'ÉVALUATION À TROIS ANS D'ACTIVITÉ -

Mars 2009



Observatoire
Régional de la Santé
de Midi-Pyrénées

Sommaire

Introduction	1
Présentation du réseau EchoSanté en 2009	2
L'organisation et le fonctionnement du réseau	5
Le réseau dans son environnement.....	17
L'intégration des professionnels libéraux.....	22
L'activité du réseau et la prise en charge des patients	26
Synthèse.....	36
Annexes.....	40

L'objectif de cette évaluation après trois ans d'activité est d'apprécier les caractéristiques de ce « réseau territorial de santé » en termes :

- d'organisation et de fonctionnement,
- d'inscription du réseau dans son environnement,
- de participation et d'intégration des acteurs,
- de prise en charge des patients et d'impact sur les pratiques professionnelles.

Une attention particulière est portée à la dynamique et à l'impact de ce réseau sur le dispositif territorial d'offre de soins et de services du Couserans.

La dimension médico-économique n'est pas abordée dans le cadre de ce rapport.

Cette évaluation est réalisée à partir :

- Des données produites par le réseau :
 - Analyse des rapports d'activité, comptes-rendus de réunions, conventions, protocoles.
 - Analyse statistique du fichier des malades inclus dans le réseau.
- Des entretiens et observations in situ :
 - responsables du réseau (Président et Directeur)
 - équipes du réseau : cadre de santé, infirmières coordonnatrice, secrétaire, travailleur social
 - infirmiers HAD
 - équipe du CLIC et du SSIAD
 - Directeur du centre hospitalier
- Des entretiens téléphoniques :
 - Président de la CME du CHAC
 - Chef de service SSR et médecine
 - Cadres de santé, médecine SSR
 - Cadre administratif du centre hospitalier
 - Assistantes sociales du centre hospitalier
 - Médecin EchoSanté, coordonnateur EHPAD
 - Médecin HAD
 - Médecin du centre hospitalier, responsable du pôle gériatrique
 - Cadre administratif du Conseil Général
 - Coordonnateur administratif Accords 09
- D'une enquête auprès des cabinets infirmiers

■ PRÉSENTATION DU RÉSEAU ECHOSANTÉ EN 2009

La démarche « Echosanté » s'inscrit dans l'histoire locale du développement d'un dispositif ville-hôpital.

Une première évaluation¹ a été réalisée en décembre 2005 qui montrait les apports, les limites, les spécificités de cette approche dans la coordination et l'accompagnement à domicile des personnes dépendantes.

Certaines évolutions paraissaient particulièrement importantes pour pouvoir « pérenniser » un réseau ville-hôpital « réseau territorial de santé » pour la prise en charge et l'accompagnement médico-social des situations les plus fragiles dans le Couserans. Il s'agissait notamment d'assurer plus largement la couverture du territoire, de formaliser le dispositif, de le structurer et d'assurer une régulation croisée entre référents hospitaliers, soignants libéraux et acteurs sociaux.

Dès 2006, Echosanté, réseau territorial de santé, a décliné son intervention autour de deux principales missions :

- la coordination et prise en charge de la dépendance,
- la mise en place de l'hospitalisation à domicile (HAD).

L'articulation avec le réseau Douleur Soins Palliatifs Départemental avec son antenne locale venant compléter le dispositif couserannais.

L'ouverture de l'HAD s'est réalisée en janvier 2007.

Nous ne développerons pas dans ce rapport l'activité spécifique liée à l'HAD.

Nous centrons notre évaluation sur le versant coordination et prise en charge de la dépendance.

Mais il paraît essentiel de tenir compte de l'HAD dans le cadre de la dynamique Echosanté, réseau territorial de santé, et d'analyser son impact et son articulation avec le versant Dépendance EchoSanté et le reste du dispositif.

¹ Prise en charge de la dépendance en médecine générale : Comment améliorer les pratiques. Rapport d'évaluation du projet Echosanté en Couserans. ORSMIP. Année 2005

FICHE D'IDENTITÉ

Siège social :	Résidence André Saint Paul - boulevard Noël Peyrevidal 09200 SAINT GIRONS
Statut :	Association loi 1901
Nature du réseau :	Réseau territorial de santé
Aire géographique d'intervention :	Territoire du Couserans en Ariège (09)
Historique :	<ul style="list-style-type: none">• <i>1996</i> : Création du Centre de réflexion et d'Action des Professionnels de Santé (CRAPS) sur initiative de certains médecins du Couserans en vue d'améliorer la pratique médicale sur le territoire• <i>2001</i> : Sur la base d'un partenariat étroit entre la MSA, l'association des médecins du Couserans et l'antériorité du centre de gérontologie (structure hospitalière démantelée lors d'une restructuration départementale de l'offre de soins en gériatrie) Le CRAPS définit le projet « Prise en charge de la dépendance en médecine générale : comment améliorer les pratiques »• <i>2003</i> : Naissance du réseau EchoSanté suite au projet du CRAPS• <i>Décembre 2005</i> : 1^{er} rapport d'évaluation du réseau réalisé par l'ORSMIP• <i>Janvier 2007</i> : Démarrage de l'activité HAD mise en place par le réseau (20 places autorisées)
Financement :	FAQSV → Mai 2003 à Mai 2006 DRDR → Juin 2006 à Mai 2009 FIQCS → A partir de Juin 2009

RAPPEL DES OBJECTIFS DÉFINIS PAR RESEAU

Objectif principal : Optimiser la prise en charge à domicile des patients présentant une perte d'autonomie temporaire ou définitive en y intégrant selon les cas les soins palliatifs et le recours à l'HAD.

Décliné en objectifs opérationnels, le réseau doit :

- Favoriser la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité entre les professionnels de santé médicaux, para médicaux et sociaux concernés auprès des patients.
- Favoriser les relations ville-hôpital.
- Optimiser la qualité de la prise en charge quel que soit le lieu de vie.
- Piloter et sécuriser le parcours de soins du patient.
- Favoriser la mise en place d'un guichet d'accueil unique pour tous les prestataires.
- Animer le réseau au bénéfice de tous les professionnels de santé du Couserans.
- Créer et faire vivre un centre de ressources.
- Mettre en œuvre un « projet de territoire » pour répondre aux besoins de la population du Couserans.

■ L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU

Les professionnels du réseau

1. Les instances décisionnelles

	Bureau	Comité de pilotage	Conseil d'administration
Composition	<p><u>Président</u> <i>Dr Jean Louis Vicq</i></p> <p><u>Vice Président</u> <i>Dr Pierre Yves Gilet</i></p> <p><u>Secrétaire</u> <i>Marie Claire Mirouse</i></p> <p><u>Secrétaire adjoint</u> <i>Jean Marie Airaud</i></p> <p><u>Trésorière</u> <i>Geneviève Chartier</i></p> <p><u>Trésorier adjoint</u> <i>Eric Larroque</i></p>	<p><i>Dr Jean Louis Vicq</i> (président réseau)</p> <p><i>Dr Jacques Jacquet</i> (médecin coordonnateur HAD)</p> <p><i>Dr Bernard Juteau</i> (médecin coordonnateur HAD)</p> <p><i>Dr Pierre Yves Gilet</i> (vice président)</p> <p><i>Cathy Vicq</i> (directrice réseau)</p> <p><i>Eric Larroque</i> (infirmier libéral)</p> <p><i>Geneviève Chartier</i> (infirmière libérale)</p> <p><i>Marie Claire Mirouse</i> (infirmière libérale)</p> <p><i>Jean Marie Airaud</i> (kinésithérapeute libéral)</p>	<p>5 membres du CRAPS dont le président du réseau</p> <p>3 membres d'association d'infirmiers libéraux</p> <p>2 membres d'association des kinésithérapeutes</p> <p>2 membres du CHAC</p> <p>4 membres de SSIAD</p> <p>2 membres de l'association ACMAD</p> <p>→ Membres ayant une voix consultative à l'assemblée générale :</p> <p>1 membre de la CPAM, de la MSA, du CMR, de l'association Ariège assistance, du CLIC, de l'association des représentants des usagers, de PHARMASOINS et 2 membres des EHPAD du Couserans.</p> <p>2 à 3 rencontres/an</p>
Missions	Direction et gestion du réseau	Animation et coordination	Réflexions et propositions Concertation sur le fonctionnement du réseau
Implication et rôle	Prise décisions (propositions du CA) Tâches formelles	Gestion de projets	Rapport financier /activité Ressources humaines et matérielles Conventions Perspectives

Le réseau EchoSanté présente trois organes de direction et de pilotage se réunissant chacun 2 à 3 fois par an en moyenne :

- le bureau chargé des tâches formelles et courantes de gestion,
- le comité de pilotage chargé de l'animation du réseau,
- le conseil d'administration chargé de l'encadrement du réseau.

Les décisions collectives prises au cours de ces réunions font l'objet d'un compte-rendu archivé au sein du réseau. Elles concernent les divers aspects du fonctionnement et de l'organisation générale du réseau : ressources humaines, matérielles et/ou financières, rapport d'activité, mise en œuvre de projet, développement de partenariats....

L'équilibre dans la représentation des différents partenaires est assuré au sein du conseil administratif. La répartition des membres du bureau et du comité de pilotage respecte également ce principe de représentativité, à l'échelle des principales catégories de professionnels de santé : libéral, hospitalier, infirmière, médecin et kinésithérapeute.

2. Instances opérationnelles

L'équipe « réseau » est composée, à la fin de l'année 2008, de :

- **Deux infirmières** dites « référentes » (soit 2 ETP) : elles sont au cœur de la prise en charge du patient et leur activité est exclusivement centrée sur l'organisation et la coordination des différents intervenants du parcours du patient inclus ou en cours d'inclusion.
- **Un cadre de santé** (soit 0,5 ETP) qui travaille à mi-temps pour le réseau et à mi-temps pour l'HAD : il endosse le rôle de « coordonnateur interne » au niveau de l'équipe réseau d'une part, et de l'équipe HAD d'autre part. L'articulation des deux prestations proposées par EchoSanté est alors permise grâce à la position centrale qu'occupe ce cadre de Santé. En plus de structurer et d'organiser la coordination de l'équipe, il apporte de la dynamique au réseau et se trouve être à l'origine de nombreux projets.
- **Une conseillère en économie sociale et familiale (CESF)** qui partage son mi-temps entre l'HAD et EchoSanté (soit 0,25 ETP) : son travail réunit à la fois la mobilisation des ressources et des prestations sociales et l'approche plus quotidienne d'un éducateur spécialisé. Elle s'occupe du volet social de la prise en charge du patient en allant au-delà des demandes d'aides (placements en EHPAD, aménagement de l'habitat, demandes CMU...).
- **Une secrétaire** (1 ETP) qui s'occupe du secrétariat du réseau et de l'HAD, gère la permanence téléphonique et l'accueil physique des personnes et règle la logistique liée à l'organisation des formations du réseau et de l'ensemble des rencontres.

Deux types de réunion permettent d'ajuster le mode de fonctionnement du réseau à l'échelle des instances opérationnelles :

- **les réunions de fonctionnement trimestrielles :**

Ces réunions, auxquelles peuvent être conviés les partenaires, réunissent les membres du bureau, de l'équipe réseau et HAD et de la direction. Dans ces réunions, les participants font le point sur le réseau (ce qui marche/ce qui ne marche pas) au niveau de son activité globale, au niveau des RH (postes à créer, à redéfinir, etc.) et définit également les axes de développement du réseau. L'équipe et la direction du réseau sont toujours présentes au complet (participation active des membres du réseau).

- **les réunions de coordination :**

Elles ont commencé au mois d'octobre 2008. Depuis il y en a eu 9 (environ 2 par mois). Ces réunions rassemblent les membres de l'équipe réseau et/ou ceux de l'équipe HAD suivant le thème abordé. Elles sont centrées sur les modalités de prise en charge du patient (inclusion-plan de soins-suivi-sortie). Les rôles de chacun des membres du réseau y sont également définis et les problèmes d'ordre logistique y sont abordés.

Dans les deux cas, un compte-rendu rédigé par la secrétaire est archivé dans la base documentaire du réseau.

Le « parcours des patients »

1. Le signalement

Une demande d'intervention est formulée à la permanence téléphonique du réseau. Cette demande fait alors l'objet d'un signalement consigné sur **la fiche de signalement**. Cette dernière s'apparente à une fiche « d'alerte » qui permet le recueil de plusieurs données : identité de la personne concernée, origine du signalement, motif du signalement et les actions envisagées par l'infirmière du réseau. Cette alerte peut alors schématiquement prendre deux directions possibles :

- soit elle est assimilée à une « pré-inclusion » ; elle sera alors suivie d'une démarche d'inclusion
- soit elle ne nécessite pas d'inclusion et dans ce cas là, elle reste à l'état d'alerte recensée par le réseau

Ainsi lorsque le réseau reçoit un signalement, il est analysé par l'infirmière du réseau qui cherche à savoir si l'inclusion est justifiée. Dans le cas où elle s'avère nécessaire, l'infirmière du réseau ne peut initier l'inclusion qu'après avoir recueilli l'accord du patient et/ou de sa famille et de son médecin traitant (lorsque la demande d'inclusion n'émane pas de ce dernier).

2. L'inclusion

Lorsqu'un patient fait l'objet d'une inclusion, son médecin traitant doit remplir **une fiche d'inclusion**. Cette fiche permet une première évaluation « rapide » du niveau de dépendance du patient et de son environnement. Elle est transmise au réseau et intégrée **au dossier patient**, dossier créé pour chaque patient nouvellement inclus.

Lors de l'inclusion du patient, **une visite à domicile (VAD)** est systématiquement réalisée, depuis 2008, par l'infirmière référente (avec accord du patient). A cette occasion, **l'accord d'inclusion** est signé par le patient ou son représentant légal, et l'infirmière lui remet **la carte d'identité** du réseau, qui contient les coordonnées du réseau, le nom de l'IDE référente et des données sur le patient, ainsi que **la charte et le livret de présentation** du réseau.

Pour certains cas, une évaluation plus complète est nécessaire et un binôme social/sanitaire est alors mobilisé : la visite à domicile est soit réalisée en un seul temps par l'infirmière accompagnée de la CESF, soit en deux temps avec visite de l'infirmière puis de la CESF pour éviter d' « effrayer le patient ».

Le volet social peut également être assuré par une animatrice sociale du CLIC. La VAD sera alors réalisée par l'infirmière réseau et un membre du CLIC. C'est l'infirmière référente qui prend la décision d'être accompagnée de la CESF ou d'un membre du CLIC.

L'inclusion du patient est finalisée par la mise en place **d'un plan d'aide et de soins** qui définit quels sont les intervenants et leurs rôles dans la prise en charge du patient ainsi que les aides mise en place et le planning des heures de chaque intervention. Deux options sont alors possibles pour l'élaborer :

- Soit il est élaboré au cours d'une réunion de synthèse sur demande du médecin traitant qui, en plus d'en avoir l'initiative, choisit quelles seront les personnes pouvant ou devant y assister. Dans ce cas là, le plan doit être proposé et validé par le patient et/ou sa famille.
- Soit il est élaboré uniquement par l'infirmière référente en accord avec le patient et/ou sa famille au domicile ou au siège du réseau. Dans ce cas là, le plan doit être proposé et validé par le médecin traitant.

Dans tous les cas, la trace écrite du plan est ajouté au dossier patient qui reste au siège du réseau. Chaque intervenant est ensuite contacté afin que l'infirmière réseau lui transmette la partie du plan d'aide et de soins le concernant. Ainsi le plan d'aide et de soins n'est pas transmis dans sa totalité à chacun des intervenants. La transmission des informations se fait par téléphone ou au cours d'une discussion informelle, la proximité des bureaux des différents partenaires favorisant ce genre d'échanges.

3. Le suivi

Chaque nouvelle inclusion entraîne systématiquement 2 suivis (au moins téléphoniques) au cours de l'année. Dès lors, ces 2 suivis minimum par an sont réalisés tout le temps de la prise en charge du patient par le réseau afin de faire un état des lieux régulier avec le patient et sa famille. Parfois une visite est nécessaire ou réclamée par le patient. La fréquence et le mode de suivi peuvent être adaptés aux besoins.

Un tableau de suivi permet de visualiser où en est le suivi, planifier les visites à domicile ou les appels téléphoniques et de connaître les actions menées.

Les infirmières du réseau sont présentes pour conseiller et orienter mais leur rôle ne consiste pas à réaliser les actions à la place du patient ou de la famille (sauf demande explicite).

4. Le lien ville-hôpital

Il y a un croisement des listings d'admission de l'hôpital et du réseau. Lorsqu'un patient inclus dans le réseau est hospitalisé (il apparaît donc sur le listing de l'hôpital et sur celui du réseau) l'infirmière du réseau remplit **une fiche de repérage** (données importantes concernant le patient) destinée à l'hôpital. Cette fiche est envoyée par mail au cadre et/ou à l'assistante sociale de l'hôpital. **L'infirmière prévient ensuite par téléphone le médecin traitant, l'infirmier(ère) libéral(e) et le kinésithérapeute de l'hospitalisation de leur patient.** Si le patient bénéficie de l'APA, le CLIC est également prévenu. Le réseau suit alors les patients hospitalisés via des appels téléphoniques passés par les infirmières du réseau à l'hôpital :

- service de médecine : l'infirmière appelle tous les jours
- service de chirurgie : l'infirmière appelle au moins 2/3 fois par semaine

Pour les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et le Centre de Réadaptation Neurologique (CRN) **une fiche de liaison hebdomadaire** des patients réseau a été créée. Elle est remplie par le SSR ou le CRN lors de leur réunion hebdomadaire du lundi après-midi et le personnel du service y note les observations faites pour chaque patient réseau. Elle est ensuite renvoyée au réseau par mail ou fax. Ainsi si un patient est par exemple sur le point de sortir d'hospitalisation le service l'indique sur la fiche de liaison et le réseau peut anticiper et préparer son retour au domicile.

Le réseau s'assure de la réelle mise en œuvre et adaptation du plan d'aide prévu au regard de l'évolution de la situation du malade.

5. L'articulation avec l'HAD

Le service HAD est le second versant de l'intervention possible du réseau.

L'admission en HAD est complètement indépendante de l'inclusion au réseau. Le réseau peut être une porte d'entrée pour l'HAD (et vice versa) sans pour autant qu'une « non-inclusion EchoSanté » soit discriminante pour obtenir une place en HAD.

Les deux services s'articulent néanmoins de manière complémentaire l'un à l'autre. Ainsi lorsqu'un patient réseau passe en HAD, c'est à l'équipe HAD de prendre le relais. Un transfert de dossier a lieu et le réseau ne reprend la main qu'à la sortie d'HAD du patient. Inversement, lorsqu'un patient non inclus, qui s'apprête à sortir d'HAD ou qui n'a pas pu obtenir de place en HAD, présente une « situation à risque ou fragilisée » il peut être orienté par l'équipe HAD vers le réseau.

La CESF et le cadre de santé qui travaillent à mi-temps avec le réseau et l'HAD, peuvent alors servir de pivot entre les deux services.

L'articulation du réseau avec l'HAD est également opérationnelle grâce à la mise en place de deux types de réunions :

- **Les réunions de synthèse** : Ce sont des réunions hebdomadaires organisées par l'équipe HAD qui intègrent la participation des membres de l'équipe réseau en vue d'assurer le lien HAD - réseau et donc de coordonner le parcours d'un patient du réseau vers l'HAD ou de l'HAD vers le réseau (étude de dossiers actifs).
- **Les réunions de fonctionnement EchoSanté/HAD** : Elles permettent de définir les procédures d'intervention du service HAD et du réseau (articulation des deux services, passage de l'un à l'autre).

Bilan sur les procédures et outils pour assurer la coordination, la continuité des soins et la prise en charge

Dans une logique de continuité avec la première évaluation du réseau EchoSanté, nous tenterons de montrer ici dans quelle mesure s'est réalisée, sur les trois dernières années, une évolution des modes et outils de fonctionnement proposés par le réseau, ce qu'il reste encore à améliorer et quelles sont les perspectives envisagées.

► Les nouveaux outils de coordination de la prise en charge

L'ensemble des outils et procédures ont progressivement été mis en place au sein du réseau. La montée en charge du nombre de patients inclus et l'augmentation de la charge de travail pour l'équipe réseau ont nécessité de mieux les structurer. Cette meilleure organisation a aussi été favorisée par le renfort de l'équipe de terrain.

En plus **d'améliorer la prise en charge globale** du patient par le réseau et ses partenaires, ces outils et procédures de coordination favorisent **la traçabilité** des échanges effectués et apportent de **la transparence** à l'activité du réseau.

C'est le cas de la **visite à domicile d'inclusion** mise en place **depuis mars 2008** et rendue systématique après chaque nouvelle inclusion. L'infirmière devient alors « référente » pour le patient et prend le temps de venir se présenter à lui. Avant ces VAD d'inclusion, un patient pouvait ne jamais avoir rencontré un membre du réseau et y être quand même inclus.

Les VAD ont ainsi permis aux familles et aux patients de mieux identifier le réseau et d'y faire appel directement en cas de besoin.

De même, les fiches de signalement qui filtrent les demandes d'inclusion et ne sont pas systématiquement suivies d'une inclusion permettent de témoigner de l'activité accueil, information et orientation des patients au-delà des inclusions.

Une évaluation plus régulière de la fonctionnalité de ces outils et procédures s'est progressivement mise en place afin d'adapter et d'augmenter leur utilité. En effet, si certains outils se sont montrés indispensables, d'autres en revanche se sont révélés inutiles ou inadaptés. **C'est le cas notamment de la fiche de liaison**, qui par manque d'utilisation des partenaires du réseau, a dû être abandonnée.

Cette question des outils de circulation de l'information n'est pas réglée et fait l'objet d'une réflexion intra et inter équipes. De même, l'élaboration d'une nouvelle « **fiche d'inclusion** » que doit remplir le médecin traitant doit être simplifiée et rendue plus pertinente, ce qui est prévu pour cette année 2009.

Certaines procédures nécessiteraient aussi d'être plus formalisées. C'est par exemple le cas de la retranscription du plan d'aide et de soins qui bien que consigné sur un document papier et archivé au sein du réseau ne fait pas l'objet d'un compte rendu écrit et transmis à l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient. En effet,

ce plan constitue une étape clé dans la prise en charge du patient par le réseau. Ce plan d'aide et de soins matérialise la coordination des différents intervenants autour du patient. Il devrait donc être valorisé à travers des éléments concrets pouvant rendre compte, tant au niveau de son élaboration qu'au niveau de sa mise en œuvre, de sa réalité et donc de l'importance de son existence et de son utilisation. Cette formalisation contribuerait à renforcer la « plus value du réseau » en terme de coordination de la prise en charge globale du patient.

	A QUEL MOMENT ?	LIEU	INTERVENANTS/ACTEURS	CONTENU
INCLUSION				
Fiche signalement	Pour une demande d'inclusion ou une alerte au réseau (++ appel téléphonique au réseau)	Centre d'appel du réseau	Elle est remplie par l'IDEC qui reçoit l'appel	<ul style="list-style-type: none"> - Identité personne concernée et son MT - Motif de l'alerte - Les décisions prises par l'IDEC réseau
Fiche inclusion	Elle est remplie lors de l'inclusion du patient au réseau	?	Elle est remplie par le MT du patient lorsqu'il a donné son accord → transmise au réseau qui s'en sert pour élaborer le plan d'aide et de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Calcul du GIR - Évaluation de la situation du patient (environnement, conditions de vie, niveau de sa dépendance) - Note sur échelle analogique évaluant niveau dépendance. « <i>En cours de révision</i> »
Accord patient	Signé lors de la VAD d'inclusion (patient ou son représentant)	Domicile du patient	IDEC référente du patient qui réalise la VAD	Consentement éclairé du patient à être inclus au réseau après accord du MT
Carte identité réseau	Donnée au patient lors de la VAD	Domicile du patient	IDEC référente du patient qui réalise la VAD	<ul style="list-style-type: none"> - Identification patient - Coordonnées du réseau - Nom IDE référente
Plaquette information	Donnée au patient, aux MG du territoire et distribuée par le CHAC	Domicile, cabinets MG	Cette plaquette est distribuée à différents acteurs par le réseau	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation générale de l'action du réseau et de l'HAD - Coordonnées et localisation du siège
Charte	Donnée au patient lors de la VAD d'inclusion Présente dans le dossier patient	Domicile	IDEC référente du patient qui réalise la VAD	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement du réseau à respecter des valeurs et le choix du patient et sa famille - Rôle des acteurs - Relations avec son environnement

A QUEL MOMENT ?		LIEU	INTERVENANTS/ACTEURS	CONTENU
SUIVI				
Dossier patient	Créé après l'inclusion du patient et stocké dans archives réseau (classement dossiers facilitant leur utilisation à tout moment)	Réseau	Données contenues dans le dossier sont recueillies par l'IDEC et/ou la CESF réseau auprès des divers professionnels de santé et social, auprès du patient et de sa famille	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche signalement - Fiche d'identification du patient - Fiche d'inclusion - Accord du patient - Charte - Plan d'aide et de soins - Suivi en cas d'hospitalisation
Fiche identification	Remplie après validation de l'inclusion du patient	Réseau	Données recueillies par l'IDE référente du patient	<ul style="list-style-type: none"> - État civil patient et sa situation familiale et de vie - Personnes à contacter - Intervenants dans la pec du patient - Suivi hospitalisation - Date de décès
Plan d'aides et de soins	Élaboré lors de la réunion 4 services et/ou réunion de synthèse Révisable à tout moment en cas d'évolution de la situation du patient	Réseau	Les différents intervenants concernés par la pec du patient : MT, IDE, Kiné, ACMAD, CLIC, Ariège Assistance, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - Aides mises en place (social, ACMAD, AA, garde privée, IDE, kiné, ergo, matériel technique, EHPAD et autres) - Planning des heures en place
Fiche de transmissions	Destinée à assurer le suivi du patient via transmission écrite d'information → au quotidien		Remplie par les différents partenaires (vers le réseau) ou par l'IDEC réseau (vers les partenaires)	<ul style="list-style-type: none"> - Identification patient - Date - Observation suivi « <i>En cours de révision</i> »
Tableau de suivi	Rempli et consulté quotidiennement par les IDEC réseau	Réseau	IDEC réseau qui assure le suivi de leurs patients	<ul style="list-style-type: none"> - Planification des VAD et appels téléphoniques - Situation patient - Actions à mener
HOSPITALISATION				
Fiche de repérage	Remplie et envoyée quotidiennement (mail) par le réseau au cadre et à l'AS du CHAC	Réseau ↓ Hôpital	IDEC croise le listing des patients inclus à celui des patients hospitalisés du CHAC Elle informe ainsi l'hôpital qu'un patient du réseau est hospitalisé et elle lui transmet les infos relatives à ce patient	<ul style="list-style-type: none"> - Données importantes concernant le patient (sanitaires et sociales)
Fiche de liaison hebdomadaire des patients réseau et du SSR/CRN	Remplie lors de la réunion hebdo du SSR et du CRN puis transmise au réseau (mail/fax)	SSR/CRN ↓ Réseau	Les services de SSR et de CRN renseignent le réseau sur l'évolution de la situation du patient (++) sortie)	<ul style="list-style-type: none"> - Date de la réunion - Identification patient réseau - Observations du service SSR/CRN
Fiche de liaison de l'AS du CHAC	Pour des cas très problématiques	CHAC ↓ Réseau	Remplie par l'AS de l'hôpital et transmise à la CESF réseau	<ul style="list-style-type: none"> - Données sociales du patient - Problématiques/obs.

► La coordination organisationnelle

Le rôle du cadre de santé

Engagé depuis le 1^{er} janvier 2008, le cadre de santé occupe une position clé dans l'organigramme du réseau. Véritable **manager** d'équipe, il est chargé d'assurer la coordination interne entre les membres du réseau. Ainsi il gère à la fois l'équipe réseau et l'équipe HAD. Cette position de **coordonnateur interne** favorise l'articulation des deux services entre eux et le positionnement de l'un par rapport à l'autre. Son travail est donc essentiellement centré sur l'organisation et permet **une meilleure répartition des tâches au sein du réseau** : le management et l'animation du réseau pour le cadre de santé, l'expertise sanitaire et sociale et la mise en œuvre de la prise en charge pour les infirmières et la CESF. Il peut ainsi structurer le fonctionnement du réseau, et cette structuration qui passe par la création de procédures et outils organisationnels tend à faciliter le travail des infirmières du réseau.

Le cadre de santé peut être assimilé à un **leadership** au sein de l'équipe du réseau. Il initie de nombreux projets qui reçoivent l'adhésion de l'ensemble de l'équipe et le soutien de la direction du réseau. Ceci favorise le développement d'une véritable dynamique collective au sein du réseau.

► L'adaptation du système d'information

Le réseau utilise un support papier (différentes fiches, dossier patient) et un support informatique (plusieurs fichiers de suivi du parcours patient). Outre l'utilisation des outils classiques de bureautique comme Word ou Excel, ils utilisent un logiciel spécifique qui permet de traiter l'ensemble des données pour chacun des patients du réseau.

Il n'y a pas de partage des dossiers avec les autres partenaires.

La mise en place de fichiers informatiques thématiques (inclusion, hospitalisation...) au sein du réseau a permis aux infirmières d'assurer **un meilleur suivi des patients**. Elles peuvent dès lors planifier, anticiper, mesurer et évaluer leurs actions. Le réseau peut de son côté analyser de manière plus précise son activité.

Néanmoins le système d'information a longtemps été « négligé » par le réseau de telle sorte que même si de nets progrès sont à noter aujourd'hui, le système d'information est loin d'être achevé. Le réseau doit rattraper le retard accumulé avant de pouvoir bénéficier d'un système d'information « installé » et opérationnel.

Un travail de réflexion sur le dossier médical partagé, en collaboration avec le CHAC, est prévu d'ici 2011. La volonté d'améliorer l'efficacité et l'utilité du système d'information est soulignée par le réseau qui souhaite centraliser et partager des données sécurisées en vue d'une meilleure prise en charge du patient par le réseau. Dans un premier temps le réseau souhaite fusionner les logiciels EchoSanté et HAD afin de ne plus travailler que sur la base d'un logiciel unique. Le transfert de

l'information d'un service à l'autre en serait simplifié. Dans un second temps, un travail de réflexion sur le dossier médical personnalisé, en collaboration avec le CHAC est prévu d'ici 2011.

► La nécessité de s'inscrire dans une « démarche d'autoévaluation » et d'adapter les outils de recueil d'information

Le réseau s'est pour l'instant peu engagé dans une démarche d'auto-évaluation interne continue. Au-delà du temps consacré à la mise en place de l'HAD, le manque d'intervention du réseau à ce niveau là peut être relié à la mise en place récente d'un système d'information opérationnel. Jusqu'à présent les données recueillies étaient peu exploitables et la plupart des actions du réseau peu visibles. On peut ainsi considérer que ce manque de moyens et d'outils a limité la mise en œuvre d'une éventuelle auto-évaluation.

Dès lors, au vue du développement constaté aujourd'hui au niveau du système d'information et des divers outils acquis par le réseau, il devient indispensable qu'EchoSanté s'engage dans une démarche d'auto-évaluation qui lui permettrait de se questionner sur la qualité de son fonctionnement, de préciser les besoins émergents et d'évaluer son impact sur l'environnement.

Le réseau commence à peine à s'inscrire dans cette démarche d'évaluation interne : une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des médecins libéraux du Couserans. L'analyse des résultats de cette enquête a permis au réseau de prendre du recul par rapport à son activité et son mode de fonctionnement. L'équipe réseau a su en tirer des enseignements et cette enquête est à l'origine de nombreuses pistes d'amélioration dans lesquelles le réseau s'est engagé (c'est le cas de l'élaboration d'une nouvelle fiche d'inclusion prévue en 2009). Néanmoins, le réseau doit pleinement s'appropriier et déployer cette démarche d'auto-évaluation en ne la limitant pas à des enquêtes de satisfaction.

La mise en place, désormais possible, d'un tableau de bord et l'utilisation d'indicateurs en routine sont à recommander au réseau pour analyser et adapter son action. Un recueil plus détaillé concernant les demandes d'inclusion (origine et motif de la demande notamment), les motifs de recours au réseau (permanence téléphonique), les prestations mobilisées par le réseau ou les sorties de file active permettrait de mieux suivre les interventions du réseau.

A RETENIR

- Une participation réelle des différents membres et partenaires dans les instances de pilotage qui reflètent la diversité des professionnels et des structures du territoire.
- Une équipe compétente et opérationnelle pour coordonner le maintien à domicile.
- Le renforcement des outils et procédures pour assurer la coordination des interventions.
- Mais la nécessité de faire évoluer encore certains outils pour assurer la circulation de l'information et s'inscrire dans une démarche d'autoévaluation afin de favoriser le pilotage et l'analyse continue des dysfonctionnements.

■ LE RESEAU DANS SON ENVIRONNEMENT

Partenariats développés, inscription et articulation avec les dispositifs existants

Dès la mise en place de l'expérimentation « EchoSanté », les porteurs de projet ont conçu leur action autour d'un objectif : la mise en place de « liens fonctionnels », entre les différents acteurs du soutien à domicile, les travailleurs sociaux et le centre hospitalier, adaptés aux caractéristiques de l'organisation locale.

Les trois ans de fonctionnement en tant que « réseau territorial de santé » ont été l'occasion de « **renforcer et structurer** » ces partenariats.

► Des conventions ont été formalisées avec les différentes institutions présentes sur le Couserans

Partenaires du projet	Nature du partenariat	Modalité du partenariat	Formalisation du partenariat
CHAC (27 mars 2008)	Collaborations	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition des locaux, de personnel, installation matériel informatique et téléphonique, fourniture des consommables. • Actions concertées de formation et de communication. • Participation au CLIN, CLUD et Bureau Qualité et Accréditation. 	Convention de partenariat
ACCORDS 09 (27 mars 2008)	Service réciproque	Complémentarité : conditions d'intervention de chacun et définition du rôle de chacun pour la prise en charge des patients en fin de vie	Convention partenariale
Ariège Assistance (27 mai 2003) ACMAD (27 mai 2003) CLIC (2 juillet 2003)	Service réciproque	Engagement des 2 partenaires à élaborer des outils communs, à planifier des réunions et des temps de concertation. Administrateur d'Ariège Assistance/ACMAD/CLIC : membre du CA (voie consultative) – présence requise aux CA	Convention de coopération

► Des procédures d'intervention et d'articulation entre les différents partenaires ont été définies et réajustées au cours de réunions de concertation

L'articulation CLIC/EchoSanté

La mise en place de l'HAD et d'une conseillère sociale à EchoSanté a été l'occasion de redéfinir et préciser les modalités de coordination entre le CLIC et EchoSanté dans sa fonction HAD et dans sa fonction Réseau Dépendance.

Pour l'HAD, une fiche de liaison sociale commune réalisée par l'animateur du CLIC et ASS du réseau permet de traiter en urgence si besoin les demandes d'APA.

Pour le réseau EchoSanté, des visites à domicile peuvent être organisées si besoin conjointement IDE-EchoSanté/CLIC.

Dans tous les cas, la proximité géographique, les relations établies entre les professionnels des deux services permettent une bonne circulation de l'information et une réactivité des deux services.

La réunion mensuelle des 4 services (Réseau, CLIC, ACMAD, Ariège Assistance), initiée depuis la création d'EchoSanté, reste un des outils les plus opérationnels et constitue **une des composantes majeures de « l'action coordonnée par EchoSanté sur le site de Saint-Girons »**.

Tous les dossiers « actifs y sont traités », situations qui posent problème ou qui ne sont pas encore réglées.

Il y a relance et activation du suivi si la situation s'est déstabilisée. Les dossiers « hors réseau » sur la demande des partenaires peuvent être examinés pour envisager ou non d'être intégrés dans le réseau. Ce travail se situe ainsi dans la perspective d'une « veille gérontologique ».

Les liens du réseau avec les acteurs du maintien à domicile

L'ACMAD, Association Couseranaise de Maintien à Domicile, organise le service SSIAD de soins à domicile, un service d'aide à domicile et un accueil de jour sur ce territoire. Une collaboration avec le réseau a été définie et mise en place dès sa création.

Ce partenariat est aussi facilité par la proximité des locaux et se structure autour de la participation de l'ACMAD à **la réunion mensuelle des « 4 services »**. Le SSIAD y est un acteur privilégié pour fournir une information valide sur l'évolution de la situation des malades qu'il prend en charge.

Les responsables de ce service témoignent de « l'effet EchoSanté » pour les malades qui sont inclus dans le réseau :

- l'approche évaluative est plus complète,
- la réactivité de mise en place du dispositif de prise en charge est plus importante,
- les aides et le suivi sont plus coordonnés.

L'ensemble de ces éléments facilite l'intervention du SSIAD.

La principale limite mise en avant est le peu de lisibilité du dispositif pour les usagers : « le risque de noyer » les usagers sous les services lié à la difficulté à identifier le ou les référents.

Le partenariat EchoSanté-ACCORDS 09 : Réseau départemental soins palliatifs

Une convention partenariale a été mise en place entre le réseau soins palliatifs douleur Accords 09 et le réseau EchoSanté du Couserans.

Elle précise le niveau de complémentarité entre les deux réseaux en inscrivant cette complémentarité dans le cadre des programmes territoriaux.

La place du réseau EchoSanté et les procédures y sont bien définies et illustrent parfaitement ce que peut être **l'articulation d'un réseau de proximité et d'un réseau départemental de soins palliatifs** (cf annexe).

Le niveau et la dynamique de proximité sont coordonnés par EchoSanté, ce qui, d'après le coordonnateur administratif d'Accords 09, a un effet « facilitateur » et une plus-value en termes de meilleure connaissance et évaluation de la situation des patients à domicile mais aussi en terme de suivi.

Cette appréciation positive est faite au regard de ce qui se passe dans les autres bassins de l'Ariège, même si le Couserans ne dispose pas actuellement de référent hospitalier soins palliatifs, ce qui peut être une limite à la prise en charge de ces malades en fin de vie.

Le partenariat Centre Hospitalier-EchoSanté

Les modalités de la coordination du réseau avec le CHAC ont fait l'objet d'un travail important entre les professionnels et le réseau (4 réunions en 2006, 2 réunions en 2008).

Les professionnels hospitaliers interrogés (praticiens hospitaliers, cadres de santé des services de médecine, du SSR et du pôle gériatrique) témoignent d'une bonne structuration et opérationnalité du lien ville-hôpital porté par EchoSanté, de l'effet positif et facilitateur dans le cadre de leur activité : « *le réseau est réactif et vigilant pour ses patients* ».

Les procédures et les actions sont bien intégrées dans les pratiques hospitalières. La mise en place de l'HAD a renforcé le lien et donné plus de cohérence encore au dispositif. Les services hospitaliers commencent à être à l'origine d'inclusion dans le réseau, ce qui peut renforcer la couverture du territoire.

Par ailleurs, les entretiens avec les responsables du centre hospitalier permettent de bien situer les enjeux du développement d'un dispositif ville-hôpital sur ce territoire.

Ils rappellent l'histoire locale, leur volonté et leurs besoins de formaliser et renforcer les liens entre acteurs hospitaliers, soignants de ville et secteur social.

L'objectif est de mettre en place un espace de rencontre, de rapprochement et de cohésion afin de définir un réel projet de territoire intégrant tous les acteurs.

Quelques indicateurs objectivent l'intégration structurelle et les effets de la dynamique qui se met en place dans le cadre de ce réseau ville-hôpital.

- **La Cellule communication Ville-Hôpital**

Elle existe depuis décembre 2008. C'est une rencontre entre les professionnels du monde libéral et ceux du monde hospitalier. Ce projet dit territorial rencontre pour l'instant l'intérêt et l'approbation de tous les participants et on peut dire qu'il a bien démarré.

La création de cette cellule est récente. La première réunion a eu lieu en décembre 2008 et la prochaine réunion est prévue pour le mois de mars 2009.

L'ordre du jour repose sur des thématiques actuelles (ARS, loi HPST) et sur les projets mis en œuvre par le CHAC (orientations stratégiques, partenariats de l'hôpital, projet d'établissement). Les relations libéraux-hospitaliers sont également au cœur des discussions. Cette cellule doit favoriser la rencontre des professionnels de santé hospitaliers et libéraux afin de permettre le décroisement des structures ville/hôpital.

Pas de compte rendu de ces réunions ni du nombre de participants.

- **La lettre « Santé Couserans »**

Cette lettre est récente. Elle regroupe plusieurs articles rédigés par différents acteurs libéraux et hospitaliers. Elle a été créée sur initiative du Président du réseau, le Dr Vicq. Il y en a entre 2 et 3 par an. Elle est distribuée à l'ensemble des professionnels de santé du Couserans.

- **Les formations communes élaborées**

3 formations en 2006	Soirée formation CHAC : Cicatrisation et problèmes quotidiens	66 participants
	Soirée formation ES-FMC : Troubles de la miction et rétention urinaire	51 participants
	Soirée formation ES-FMC : Nutrition entérale	40 participants
2 formations en 2007	Soirée formation ES-FMC : Prescription de la kinésithérapie et du bilan dans les vertiges et instabilités	17 participants
	Soirée formation ES-FMC : Dérivations digestives et urinaires	51 participants
1 formation en 2008	Conférence-débat organisée avec le CLUD sur : Douleur et soins palliatifs	131 participants

De manière générale, ces formations sont très suivies par le personnel hospitalier (cadre de santé et IDE surtout) et les infirmiers(ères) libéraux(les) (on retrouve en moyenne un tiers des IDE libéraux du territoire présents à ces formations). Compte-tenu du nombre de médecins généralistes présents sur le territoire (plus d'une trentaine), on peut dire que cette catégorie de professionnels de santé est peu représentée lors de ces formations (en moyenne moins de 20% des médecins généralistes du Couserans sont présents).

Ensuite, suivant le thème abordé, on peut noter la présence de pharmaciens, de biologistes, de revendeurs en matériel de santé et de kinésithérapeutes. Le réseau essaie donc de proposer des formations qui touchent le plus de professionnels de santé différents.

■ L'INTEGRATION DES PROFESSIONNELS LIBERAUX

La participation des médecins libéraux

Le nombre de médecins ayant chaque année inclus au moins un patient dans le réseau a augmenté régulièrement : en 2003, 14 médecins avaient participé aux inclusions, ils sont 29 en 2008, avec une nette progression de nouveaux médecins en 2007 et 2008.

On observe notamment en 2003 et 2004 que les inclusions reposaient sur un nombre assez restreint de praticiens (3 à 4 médecins incluaient plus de la moitié des patients). Ce nombre a légèrement augmenté les années suivantes, en 2008 58% des inclusions ont été réalisées par 7 médecins.

Entre 2003 et 2008, la quasi-totalité des médecins (35) du Couserans a donc activé et participé à une inclusion dans le réseau EchoSanté.

La participation des médecins au réseau

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁽¹⁾
Nombre de médecins ayant inclus au moins 1 patient chaque année	14	16	19	21	25	29
Nombre de médecins à l'origine d'au moins 50% des inclusions	3	4	5	6	6	7
Nombre moyen d'inclusions par médecin	5.1	7.4	4.6	5.6	5.1	5.1
Nombre de nouveaux médecins actifs ⁽²⁾	----	4	3	2	5	7
Nombre total de médecins ayant activé le réseau ⁽³⁾	14	18	21	23	28	35

(1) données provisoire pour 2008

(2) médecins incluant un patient pour la première fois

(3) médecins ayant inclus au moins un patient entre 2003 et 2008

La satisfaction et les attentes des médecins

Le réseau a réalisé une enquête auprès des médecins généralistes du Couserans. Les objectifs de cette enquête étaient d'évaluer **la connaissance, l'utilisation et la satisfaction** du réseau par les médecins traitants.

Nous reprenons ici les résultats de façon très synthétique.

Méthodologie de l'enquête :

Tous les médecins généralistes de la zone géographique ciblée ont été contactés pour fixer un rendez-vous avec une infirmière coordinatrice du réseau afin de remplir un questionnaire. L'enquête a démarré le 21 mai pour se terminer le 15 septembre 2008.

Sur les 30 médecins ciblés, 29 ont participé à l'enquête.

Bien que connu de tous, le réseau est utilisé de manière plus ou moins fréquente par les médecins généralistes. Mais les 3/4 des médecins fonctionnent avec le réseau de façon relativement régulière.

Les médecins qui ne travaillent pas régulièrement avec le réseau mettent en avant le fait qu'ils traitent souvent directement avec les partenaires (CLIC, le SSIAD...).

Globalement, la quasi-totalité des médecins généralistes est satisfaite de la prise en charge de leur patient par le réseau.

Les motifs d'inclusion invoqués par les médecins restent très généralistes et centrés sur le maintien à domicile :

- organisation et coordination du maintien à domicile,
- préparation du retour à domicile,
- situation de maintien à domicile qui se complique,
- intérêt du partenariat.

Mais les attentes exprimées vis-à-vis du réseau permettent aussi de bien identifier une de leurs priorités : **le lien ville-hôpital** qu'ils souhaitent que le réseau assure.

De façon très isolée, seul un médecin attend du réseau qu'il trouve « la solution » à « toutes les difficultés du maintien à domicile ».

Les modalités de mise en œuvre de certains outils/procédures de la prise en charge tels que la fiche d'inclusion et la réunion de synthèse sont à revoir pour un certain nombre de médecin sans que pour autant leur existence ou utilité soient remises en cause. Les outils/procédures apparaissent pertinents mais à adapter.

Enfin la confusion entre le service HAD et le réseau est très fréquente chez les médecins généraliste. La définition et le champ d'intervention des deux entités ont dû être fréquemment repris.

Cette enquête réalisée dans l'année 2008 traduit le souci des responsables du projet de s'inscrire dans une procédure d'auto-évaluation. Elle a certainement contribué à une meilleure communication sur la place et le rôle du réseau dans sa configuration actuelle.

Elle reste limitée en tant qu'outil d'évaluation car elle ne permet pas d'aborder, de façon un peu plus systématique la « plus-value », les apports et les limites du réseau au niveau :

- de leur pratique professionnelle,
- de la prise en charge de leur patient dans différents types de situation,
- de leur relation avec les autres professionnels de santé et de l'hôpital.

Mais elle a déjà permis au réseau d'inscrire certains axes qui doivent faire l'objet d'adaptations et d'améliorations, notamment la « *fiche d'inclusion* » (travail prévu en 2009). Ce travail sera à relier à la nécessaire réflexion à mener sur les « critères de mobilisation et d'inclusion » dans le réseau (cf chapitre suivant).

Les IDE libéraux

Outre les médecins généralistes, les infirmières libérales apparaissent comme les professionnels de santé de proximité les plus concernés par le maintien à domicile de patients définis comme dépendants. L'avis de ces professionnels est donc à prendre en compte afin d'évaluer dans quelle mesure se concrétise leur intégration et participation au réseau et quel peut être l'impact du réseau au vu de leur expérience professionnelle.

Methodologie :

Une enquête postale a été réalisée auprès des 11 cabinets infirmiers recensés sur le territoire du Couserans. Après l'envoi du questionnaire fin février, nous avons procédé à une relance téléphonique au début du mois de mars. Nous avons obtenu 7 réponses de cabinets dont le lieu d'exercice est situé sur des zones géographiques différentes, ce qui nous permet de nous faire une idée relativement représentative de l'impact du réseau sur l'ensemble du territoire.

Les infirmières connaissent toutes le réseau et lui attribuent les missions suivantes :

- Prise en charge globale de la dépendance (et du handicap) en organisant les différents plans (social et sanitaire) et coordonnant les différents intervenants
- Encadrement médical et psychologique
- Maintien à domicile
- Lien ville-hôpital
- Aide et accompagnement des personnes âgées

Les infirmières connaissent et travaillent de manière régulière avec le réseau, depuis sa création en général.

C'est avec l'infirmière coordinatrice qu'elles sont le plus souvent amenées à collaborer.

Il peut leur arriver de faire elles-mêmes appel au réseau (6 IDE sur 10) pour : une demande « de soutien », des informations sur un patient, des soins palliatifs, une sortie d'hôpital, le signalement d'une personne à inclure ou une demande d'aide particulière (aménagement du domicile).

Il est intéressant de souligner que la moitié des IDE nous indiquent que dans la cadre du « dernier patient inclus au réseau » (donc pour 5 cas sur 10), l'inclusion a été réalisée sur demande du cabinet IDE (après accord du médecin traitant). En outre sept d'entre elles ont également assisté, après y avoir été invitées, à la réunion d'inclusion de ce dernier patient inclus (4 de ces infirmières n'étaient pas à l'origine de l'inclusion). Ainsi, qu'elles en soient ou non à l'origine, les IDE sont bien intégrées par le réseau à la démarche d'inclusion du patient. Elles en sont au minimum informées par un appel téléphonique. D'ailleurs, les infirmières sont très sensibles à

cette circulation de l'information du réseau vers les professionnels de proximité. Cet élément apparaît comme une véritable plus-value au niveau des diverses actions menées par le réseau, notamment lors de l'hospitalisation d'un patient. Le réseau est alors clairement identifié par les infirmières comme un réseau ville-hôpital efficace permettant d'assurer une certaine « continuité ».

De manière plus générale, les infirmières sont satisfaites de l'intervention du réseau pour leurs patients et elles se considèrent comme « bien impliquées dans le réseau ». Outre leur association aux diverses étapes de la prise en charge du patient par le réseau, les infirmières participent également, et selon elles « souvent », aux formations organisées par le réseau. Une infirmière regrette cependant l'irrégularité de ces formations qui pourraient être plus fréquentes.

Les IDE énoncent ensuite les principaux apports du réseau. Il est, selon elles :

- « facilitateur » pour le personnel soignant : soutien moral, rupture de l'isolement professionnel, « plus de moyens » à disposition, rapidité, transmission des informations,
- rassurant pour l'entourage et la famille,
- bénéfique au patient en termes de confort et de bien-être : aides, matériel disponible et nature des interventions (sociale et sanitaire).

Le plan d'aide mis en place par le réseau est un outil essentiel évoqué par l'ensemble des infirmières qui le considèrent comme étant à la base de la coordination de l'ensemble des professionnels autour de la prise en charge du patient.

Le manque de médecins, l'augmentation des prises en charge « lourdes » liées au vieillissement de la population ou les problèmes de gestion des sorties d'hospitalisation le week-end sont les principales difficultés soulignées par ces infirmières dans le cadre de la prise en charge de la dépendance et du maintien à domicile sur le Couserans.

Bien qu'en général elles n'aient pas d'attentes particulières vis-à-vis du réseau, le renforcement de l'aide psychologique (appui d'un psychologue et/ou sophrologue) est évoqué par une infirmière...

Enfin, toutes les infirmières souhaitent que « le dispositif mis en place perdure » et que les partenariats soient renforcés.

Nous avons porté une attention particulière à l'activité et au profil des malades inclus dans le réseau afin de vérifier la capacité du réseau à inclure un nombre significatif de patients.

L'analyse statistique de la base de données du réseau nous a permis d'autre part de préciser les caractéristiques démographiques, sociales et médicales de ces patients.

Cette approche sert de support à l'évaluation de la couverture et des cibles des interventions du réseau.

■ L'ACTIVITE DU RESEAU ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

L'accès au réseau

► Inclusions et file active* : une montée en charge régulière de l'activité

Depuis sa création en 2003, le réseau a pris en charge **670 patients différents**.

Le nombre d'inclusions annuelles est orienté à la hausse au fil des années et avoisine 150 en 2008.

La file active annuelle a suivi la même évolution, depuis 2007, plus de 200 personnes sont prises en charge annuellement dans le réseau.

Inclusions et file active de 2003 à 2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁽¹⁾
Inclusions	71	118	88	118	128	147
Décès	18	72	115	111	126	142
File active	71	171	187	190	207	228

(1) données provisoire pour 2008

► Répartition géographique : une couverture de l'ensemble du territoire

Les trois quart des patients inclus résident dans les cantons de Saint-Girons ou de Saint-Lizier. Le recrutement sur la période 2003/2008 a assez peu varié.

Au regard de la répartition de la population, on notera l'importante activité dans le canton de Saint-Girons mais le réseau intervient maintenant sur tous les cantons du territoire.

* L'analyse de cette file active et du profil des malades a été réalisée par l'ORS à partir de la base de données qui enregistre tout malade ayant fait l'objet d'une « inclusion » et dont le médecin a renseigné les différentes caractéristiques.

Répartition des patients par canton (%)

Cantons	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ¹	Total 2003/2008	Répartition de la pop tout âge du Couserans par canton en 2006
Saint-Girons	63.4	61.9	52.3	55.1	52.4	47.6	54.6	35.1
Saint-Lizier	19.7	21.2	29.6	26.3	25.0	31.3	26.0	24.5
Oust	5.6	1.7	2.3	2.5	2.3	5.4	3.3	10.0
Massat	0	0.8	1.1	1.7	0.8	1.4	1.1	6.4
Castillon	2.8	11.0	7.9	11.0	13.3	4.8	8.8	9.9
Sainte-Croix	1.4	0	1.1	1.7	3.1	2.0	1.6	7.0
Volvestre								
Labastide Sérrou	0	0	0	0	0.8	4.8	1.2	7.1
Autres	7.1	3.4	5.7	1.7	2.3	2.7	3.4	

¹ données provisoires pour 2008

Le profil des patients inclus

► Des patients souvent très âgés

Les patients inclus sont majoritairement de sexe féminin.

L'âge moyen se situe autour de 80 ans, plus élevé chez les femmes que chez les hommes (79 ans vs 82 ans), sans variations importante sur la période 2003/2008.

La part des moins de 60 ans selon les années varie de 3 à 11%, celle des 85 ans et plus varie de 38 à 42%.

Répartition des patients inclus selon le sexe et l'âge (%)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁽¹⁾	Total 2003/2008
Sexe							
- hommes	33.8	42.4	33.0	33.9	33.6	48.3	38.4
- femmes	66.2	57.6	67.0	66.1	66.4	51.7	61.6
Age moyen	81.9	80.9	80.5	80.6	80.4	79.9	80.6
Classes d'âge							
- < 60 ans	2.8	5.1	11.4	5.1	4.7	7.7	6.2
- 60-74 ans	18.3	13.5	7.9	16.1	15.0	15.4	14.4
- 75-84 ans	36.6	47.5	38.6	42.4	42.5	37.8	41.2
- 85 ans et plus	42.3	33.9	42.1	36.4	37.8	39.1	38.2

(1) données provisoire pour 2008

► L'environnement des patients : des situations de fragilité très fréquentes

Une part importante des personnes incluses apparaît isolée : 60% environ ne disposent d'aucun aidant à proximité immédiate, la moitié se trouvent relativement éloignés des commerces, un tiers éprouvent un sentiment d'insécurité.

La qualité des logements est relativement bonne en terme de salubrité, notons cependant que près de la moitié sont considérés par le médecin comme peu ou pas fonctionnels.

Caractéristiques de l'environnement des patients (%)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁽¹⁾	Total 2003/2008
Nombre d'aidants							
- aucun	38.0	45.8	56.8	72.0	72.7	59.9	59.3
- au moins 1	62.0	54.2	43.2	28.0	27.3	40.1	40.7
Sentiment d'insécurité	47.9	44.9	37.5	41.5	24.2	19.7	34.2
Ergonomie du logement							
- bonne	47.9	32.2	47.7	51.7	62.5	59.2	51.1
- peu fonctionnelle	35.2	45.8	43.2	36.4	25.8	34.7	36.4
- inappropriée	16.9	22.0	9.1	11.9	11.7	6.1	12.5
Salubrité du logement							
- bonne	81.7	77.1	89.8	82.2	91.4	90.5	85.8
- moyenne	14.1	19.5	5.7	11.9	5.5	8.8	10.8
Insalubre	4.2	3.4	4.5	5.9	3.1	0.7	3.4
Proximité des commerces							
- proche	36.6	34.8	44.3	52.5	58.6	57.1	48.8
- moyen	16.9	18.6	17.1	15.3	16.4	17.7	17.0
- éloigné	46.5	46.6	38.6	32.2	25.0	25.2	34.2

(1) données provisoire pour 2008

► Des signes d'alerte et de facteurs de risque repérés par le médecin

Le bilan réalisé par les médecins lors de l'inclusion permet de disposer de certains indicateurs de santé.

Ainsi pour 1 patient sur 3 une perte d'appétit récente a été constatée, pour 1 patient sur 10 une perte de poids importante (plus de 3 kg).

Les chutes sont fréquentes, 43% des patients en ont faite au moins une au cours des 6 derniers mois.

Le recours à l'hospitalisation est également important avec environ 55% des personnes qui ont connu au moins une hospitalisation au cours de la dernière année.

Prévalence de quelques indicateurs de santé (%)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁽¹⁾	Total 2003/2008
Perte d'appétit récent	18.3	34.8	34.1	28.8	21.1	34.7	29.3
Perte de poids récente (>3kg)	9.9	11.9	10.2	4.2	9.4	15.0	10.3
Maladie évolutive*	47.7	67.8	63.6	57.6	46.1	52.4	58.9
Chute(s) dans les six derniers mois	52.1	50.9	54.6	36.4	35.9	37.4	43.1
Nombre d'hospitalisations dernière année							
- aucune	38.0	37.3	34.1	48.3	54.7	47.6	44.5
- 1 à 3	33.8	43.2	39.8	36.4	21.1	31.3	33.7
- 4 et +	28.2	19.5	26.1	15.3	24.2	21.1	21.8

(1) données provisoire pour 2008

*diabète, rhumatisme inflammatoire, HTA en poussée...

Plus de 80% des patients inclus nécessitent une prise en charge à des degrés divers pour les actes de la vie courante, en particulier les personnes en GIR 1 et 2 qui représentent près de 38% de l'ensemble des patients inclus.

Répartition des patients* selon le GIR à 'inclusion

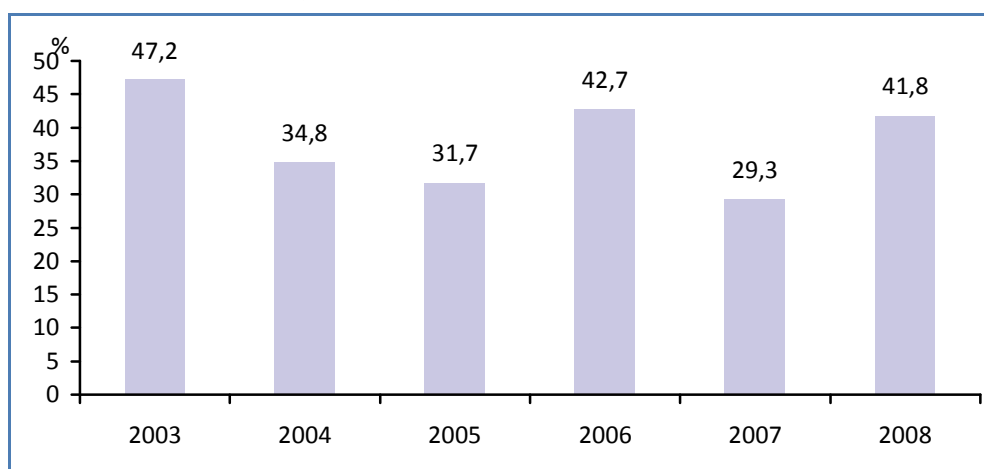
Cantons	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ⁽¹⁾	Total 2003/2008
GIR 1	8.6	3.5	3.7	4.2	6.1	12.2	6.3
GIR 2	38.6	31.3	28.0	38.5	23.2	29.6	31.5
GIR 3	15.7	13.0	15.8	7.3	11.0	13.3	12.5
GIR 4	27.1	32.2	35.4	31.2	39.0	31.6	32.8
GIR 5	1.3	13.0	6.1	12.5	12.2	5.1	9.2
GIR 6	5.7	7.0	11.0	6.3	8.5	8.2	7.7

(1) données provisoire pour 2008

*donnée non disponible pour 19% des patients (n=127)

La part des patients les plus dépendants (GIR 1 et 2) a connu quelques fluctuations au cours du temps mais sans tendance nette et continue.

Évolution de la part des patients inclus en GIR1 et 2 de 2003 à 2008 (%)



► Le cumul des difficultés médicales et sociales

Plus d'un patient sur deux inclus dans le réseau souffre d'une « pathologie évolutive ». Ce sont des patients qui cumulent aussi le plus souvent des difficultés dans leur environnement et des facteurs de risque (chute, perte de poids).

Pour les patients non porteurs d'une pathologie évolutive, le critère qui paraît être déterminant pour les médecins pour mobiliser le réseau est le fait de ne disposer d'aucune aide (73,7%) ; le médecin se situant peut être alors dans une démarche de prévention...

Caractéristiques des patients selon la présence ou non d'une pathologie évolutive^(*)

(% en colonne)	Pathologie évolutive		p
	Non	Oui	
Age moyen des patients	81.7	79.8	0.06
Classe d'âge			
- < 60 ans	3.3	8.2	
- 60-74 ans	14.2	14.6	
- 75-84 ans	40.9	41.4	0.05
- 85 ans et +	41.6	35.8	
Sexe			
- hommes	62.8	60.8	0.6
- femmes	37.2	39.2	
Logement inapproprié	9.0	15.0	0.02
Logement peu salubre ou insalubre	9.0	17.8	0.001
Éloignement des commerces	19.9	44.3	<0.001
Aucun aidant	73.7	49.1	<0.001
Sentiment d'insécurité	17.0	46.3	<0.001

(% en colonne)	Pathologie évolutive		p
	Non	Oui	
GIR ^(**)			
- 1	5.6	6.5	
- 2	25.0	34.2	
- 3	7.5	14.6	<0.001
- 4	38.1	30.6	
- 5	13.8	7.3	
- 6	10.0	6.8	
GIR 1 ou 2	30.6	40.7	0.03
Perte récente d'appétit	9.8	43.0	<0.001
Perte récente de poids (>3kg)	2.9	15.5	<0.001
Chute(s) dans les 6 derniers mois	32.8	50.4	<0.001
Plus de 3 hospitalisations dernière année	5.8	33.1	<0.001

(*) diabète, rhumatisme inflammatoire, HTA en poussée

(**) 42% des patients sans maladie évolutives n'ont pas été « girés »

► Des « indications réseaux » qui diffèrent selon les médecins

Le réseau compte, nous l'avons vu, quelques médecins qui l'activent fréquemment et qui incluent beaucoup de patients, et un autre groupe de médecins qui réalisent beaucoup moins d'inclusions.

Nous avons comparé dans cette dernière analyse, le profil des patients de ces deux groupes de médecins pour cerner ce qui éventuellement les distingue et tenter ainsi d'appréhender quelle est « l'indication réseau » pour les médecins.

Les patients ont été scindés en deux groupes : patients dont les médecins traitants ont réalisé moins de 20 inclusions et patients dont les médecins ont réalisé 20 inclusions ou plus sur la période 2003/2008.

Les patients des médecins qui mobilisent souvent le réseau se distinguent des autres patients seulement sur quelques points : ils apparaissent plus isolés géographiquement, rapportent plus fréquemment un sentiment d'insécurité. Ils souffrent également plus souvent de pathologies évolutives telles qu'elles sont définies par le réseau et ont connu plus d'hospitalisations. La proportion de personnes ayant chuté au moins une fois au cours des derniers mois est également plus importante chez ces patients.

Caractéristiques des patients selon le nombre d'inclusions réalisées par leur médecin
(% en colonne)

	Nombre d'inclusions 2003/2008		p
	Moins de 20	20 et plus	
Age moyen des patients	79.5	80.6	0.29
Sexe			
- hommes	39.2	38.2	0.83
- femmes	60.8	61.8	
Logement inapproprié	14.4	12.2	0.50
Logement peu salubre ou insalubre	12.0	14.8	0.43
Éloignement des commerces	25.6	36.4	0.02
Aucun aidant	65.6	57.7	0.11
Sentiment d'insécurité	20.0	37.5	<0.001*
GIR 1 ou 2	44.8	36.5	0.14
Perte récente d'appétit	25.6	30.3	0.30
Perte récente de poids (>3kg)	7.2	11.1	0.20
Pathologie évolutive	40.0	63.1	<0.001*
Chute(s) dans les 6 derniers mois	33.6	45.4	0.02*
Plus de trois hospitalisations dernière année	13.6	23.8	0.01*

A RETENIR

Les logiques de mobilisation et/ou de non inclusion dans le réseau restent difficiles à évaluer. Par définition, les médecins font appel au réseau pour des situations dans lesquelles ils détectent une situation de fragilité ou un risque de décompensation du maintien à domicile.

A travers cette analyse, on voit en effet la fréquence des profils de dépendance lourde et l'intrication des problématiques sociales et médicales auxquelles sont confrontés les médecins et pour lesquelles ils souhaitent une approche coordonnée et la mise en place d'un plan d'aide et de soins.

Il serait important, au regard de ces situations et profils, qu'une réflexion concertée avec l'ensemble des professionnels, et tout particulièrement le CLIC et les acteurs sanitaires et sociaux du Centre hospitalier, permette de clarifier les « **indications réseau** ».

Cet effort de clarification paraît d'autant plus important maintenant que différents versants d'intervention pour le maintien à domicile se sont développés dans le Couserans.

Les enjeux de ce travail sont multiples :

- Apporter une meilleure lisibilité et compréhension de l'activité réseau pour les professionnels et renforcer ainsi leur adhésion et les orientations vers le réseau de l'hôpital (y compris la filière de gériatrie) comme du domicile.
- Mieux cibler et articuler l'action des différents services et pouvoir ainsi systématiser les approches préventives et celles de prise en charge coordonnée.
- Pouvoir réellement mettre en place des objectifs et indicateurs qui permettent d'apprécier le taux de couverture, le ciblage et l'impact de ces différentes interventions et participer ainsi à l'évaluation de « l'efficacité du réseau ».
- Pouvoir s'inscrire dans une démarche de qualité et d'évaluation des pratiques.

En inscrivant dès 2009 l'intention de revoir la « fiche d'inclusion » du réseau, les responsables et animateurs du réseau posent de fait le besoin de clarifier et structurer ces différentes situations relevant d'une intervention réseau.

La prise en charge du patient

Tous les patients inclus dans le réseau ont pu bénéficier de la mise en place d'un plan d'aide et de soins coordonné. Depuis 2008, la visite à domicile a permis d'optimiser l'évaluation et la définition du plan d'aide. Le suivi est plus systématique, à la fois sur la plan sanitaire et social.

Le réseau a prévu dès 2009 de mettre en place un travail pour « améliorer la qualité des soins et de la prise en charge » (protocole, référentiel).

► Un éclairage peut être fait sur l'accompagnement social organisé par le réseau

Le rôle de la CESF

Depuis 2008, le réseau dispose d'une conseillère en économie sociale de la famille qui travaille à mi-temps pour EchoSanté (service HAD inclus).

Cette CESF travaille en étroite collaboration avec les partenaires du volet social du réseau c'est-à-dire le CLIC, l'assistante sociale hospitalière et l'assistante sociale d'ACCORDS 09. Elle constitue une véritable interface en externe avec les travailleurs sociaux du Couserans, en interne avec le service d'HAD.

En ce qui concerne le CLIC, l'échange d'informations entre la CESF et le CLIC est permanent. Une fois par mois, le CLIC a une réunion interne pour faire le point sur les bénéficiaires de l'APA. La CESF ne participe pas à la réunion mais travaille sur dossier avec le CLIC à la suite de cette réunion.

Pour l'hôpital, lorsqu'un patient du réseau est hospitalisé la CESF contacte l'assistante sociale de l'hôpital (appel téléphonique) afin de lui transmettre toutes les informations relatives à ce patient. C'est alors à l'ASH de lancer les actions à mener sachant qu'à la sortie d'hospitalisation du patient la CESF prendra le relais. Dans tous les cas, en vue de préparer ce retour au domicile, la CESF récupère toutes les données que l'ASH possède ; ces dernières sont alors transférées dans le dossier patient du réseau. Une visite à l'hôpital peut être réalisée par la CESF en binôme avec l'ASH pour des patients présentant des problématiques sociales très lourdes et nécessitant une inclusion au réseau ou en HAD. L'accord du patient est recueilli en amont de cette visite à l'hôpital. Néanmoins ces VAH sont exceptionnelles, les inclusions étant généralement réalisées au domicile du patient.

Pour les patients réseau, la CESF s'occupe des différentes aides à mettre en place qu'elles soient financières, logistiques ou matérielles. Elle peut également apporter une aide purement administrative lorsque celle-ci est réclamée par le patient ou sa famille. Elle reçoit également les familles au siège du réseau et réalisent des entretiens avec l'entourage renforçant ainsi le soutien apporté par le réseau aux proches du patient.

► La CESF : une compétence sociale pour le réseau, un lien avec les services sociaux, un territoire à bien définir

Les compétences de cette CESF représentent un véritable atout pour le réseau : son intervention assure au patient et sa famille un maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles. Le soutien proposé à l'entourage et la mise en place d'un plan d'aide personnalisé permettent au réseau d'appréhender le volet social complètement indissociable du volet sanitaire en vue d'une prise en charge « globale ». Le patient est au centre de cette prise en charge et son « bien-être » passe ainsi au premier plan : tout est une question de « dosage » pour la CESF qui nous indique que sa plus grande préoccupation est d'éviter d'effrayer le patient et d'alourdir les interventions auprès de ce dernier. Ainsi sa présence n'est pas systématique, et lorsqu'elle s'avère nécessaire elle doit d'abord être acceptée par le patient et adaptée à ses besoins (visite après l'inclusion, VAH...).

Il a été cependant assez difficile pour certains animateurs sociaux du CLIC de distinguer les frontières délimitant son intervention de celle des autres acteurs sociaux : à quel moment doit-elle concrètement intervenir au domicile du patient ? Pour quelle raison, dans certains cas, c'est au CLIC de réaliser la VAD d'inclusion en binôme avec l'infirmière.... ?

Fin 2008, ces questions et les procédures pouvant y répondre ont été précisées entre les différents acteurs du CLIC et d'EchoSanté.

Concrètement, une fiche de liaison sociale commune pour la demande d'APA à l'ADS a été mise en place avec un accord de traitement « en urgence » pour l'HAD.

Mais il paraît encore important de rendre plus visibles et évaluables les prestations mobilisées et les actions mises en place par la CESF dans le cadre de son activité réseau et HAD et ses échanges avec les partenaires.

■ BILAN SUR L'EXPÉRIENCE DE RÉSEAU TERRITORIAL DE SANTÉ DU COUSERANS

Ce bilan est fait autour de deux axes d'analyse :

- L'effet réseau dans l'organisation et la coordination du maintien à domicile dans tous ses aspects : perte d'autonomie, fin de vie, hospitalisation à domicile et pour le parcours du patient.
- L'effet réseau dans la mise en place d'un Centre de Ressources Santé et d'un projet de territoire répondant aux besoins de la population du Couserans.

Caractéristiques du territoire

Un territoire vieillissant :

- Le Couserans compte au 1^{er} Janvier 2006 environ **33 400** personnes.
- En se rapportant au recensement de population de 1999, on peut estimer le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus à **4 600** (évaluation faite sur 8 cantons) soit près de **14%** de la population totale (contre 7,7 % en moyenne nationale).

Le poids de la dépendance :

- Population en situation de dépendance dans l'Ariège :
En 2006, on compte en Ariège 4280 bénéficiaires de l'APA pour 17 400 personnes âgées. Près de **25%** des personnes âgées en Ariège bénéficient donc de l'APA.
Parmi elles on dénombre :
 - GIR 1 : 5 %
 - GIR 2 : 21 %
 - GIR 3 : 22 %
 - GIR 4 : 52 %
- Estimation dans le Couserans de la population en situation de dépendance :
En appliquant la répartition de la dépendance au sein de la population âgée Ariègeoise à celle de la population Couseranaise, on peut estimer qu'environ 1 150 personnes sont en situation de forte dépendance (GIR 1 à 4) dans le Couserans.

Indicateurs d'activité

- 200 personnes en situation de dépendance suivies par le réseau chaque année dont plus de 8 sur 10 ont plus de 75 ans.
- Un taux de couverture qui peut s'établir chaque année à 18% de la population en situation de dépendance.
- Un profil de patients marqué par des situations de dépendance lourde avec une intrication de problématiques sociales.

L'organisation et la coordination du maintien à domicile dans le Couserans à travers EchoSanté

► Points forts

- Un lieu bien identifié et partagé avec les principaux acteurs et structures du maintien à domicile et l'hôpital.
- Une offre de services qui s'est complétée avec la mise en place d'HAD entre 2006 et 2007 par EchoSanté. L'HAD a donné plus de visibilité à l'action réseau, plus de moyens pour structurer et coordonner les interventions. Elle a permis l'extension du réseau sur tout le territoire.
- Une contractualisation avec les partenaires stratégiques qui repose sur un véritable échange de services.
- Des protocoles d'intervention et d'articulation entre les différents services bien développés.
- Une coordination fonctionnelle et opérationnelle entre le réseau versant dépendance, l'HAD, le CLIC, Accords 09, les services hospitaliers.
- Une bonne mobilisation et adhésion des professionnels libéraux qui s'est renforcée (nouveaux médecins) et permet de couvrir l'ensemble du territoire.
- Une capacité du réseau à inclure un nombre significatif de patients avec une approche qui permet l'intégration de la dimension sociale et sanitaire.

► Points à améliorer

- Une circulation de l'information encore perfectible : le réseau doit pouvoir adapter les outils de recueil et de transmission de l'information et des plans d'aide.

- Une démarche d'auto-évaluation à intégrer dans les pratiques. Elle pourrait s'appuyer sur le système d'information qui est en train de se renforcer. Mais un préalable nous paraît essentiel : s'engager dans un travail concerté avec les différents partenaires sur la validation des « bonnes indications » pour une inclusion dans le réseau au regard du parcours et des différentes situations des patients. Ces bonnes indications résultent de la mise en perspective des interventions du réseau avec les ressources et les interventions des différents services du territoire.
Ce travail s'intègre de fait dans la mise en place d'un projet territorial de santé. Plusieurs indicateurs témoignent de la capacité du réseau à animer ce travail et ce projet.
- Une évaluation médico-économique à organiser. L'évaluation de l'efficience du réseau « être efficace à moindre coût » nécessite non seulement de renforcer les outils de gestion comptable mais aussi de valider les indicateurs qui permettront de mesurer l'impact réseau autour de plusieurs effets mesurables attendus : diminution du nombre de journées d'hospitalisation ? Maintien au domicile et retard à l'entrée en EHPAD ? Évitements des hospitalisations itératives ?
La procédure de recueil des données nécessaire au suivi de ces indicateurs pourrait être alors mise en place avec l'ensemble des partenaires et intégrée au système d'information du réseau.
Ces indicateurs sont de fait des données qui font partie des informations qui doivent être mobilisées dans le cadre d'un diagnostic partagé de territoire. Leur analyse sera basée notamment sur leur évolution dans les années à venir sur ce territoire.

La place d'EchoSanté dans le développement d'un projet territorial de santé dans le Couserans

► Points forts

- Une légitimité acquise peu à peu par le réseau tant auprès des professionnels libéraux que des partenaires institutionnels.
- Une réelle inscription du réseau dans la dynamique d'organisation territoriale des soins et des services.
Plusieurs indicateurs témoignent de la capacité du réseau à faire évoluer le dispositif :
 - la mise en place effective de l'HAD sur le Couserans,
 - l'extension des SSIAD sur des zones blanches en lien avec le développement des places HAD,

- l'impulsion d'une association pour personnes âgées avec mise en place d'un dossier commun,
- la participation à l'organisation de la Permanence de soins.
- Le partenariat avec l'hôpital permet d'ores et déjà de s'inscrire dans des projets : télémédecine, dossier médical partagé, réactivation de l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG).

► Conditions de développement du projet territorial de santé

La mise en place effective d'un « diagnostic partagé ».

Ce diagnostic repose sur un bilan sanitaire et social à l'échelle du Couserans réalisé à partir des données accessibles : problèmes de santé, état du dispositif de soins et de prévention, principales problématiques sociales.

L'interprétation de ce bilan doit être réalisée par l'ensemble des professionnels et partenaires institutionnels de façon à aboutir à un diagnostic partagé. Il s'agit de dégager les axes d'intervention prioritaires en termes de prévention et d'offre de soins et les objectifs des années à venir au regard des spécificités du département.

Le réseau EchoSanté dans sa fonction de Centre Ressources à la fois sur le versant sanitaire et social peut être l'espace de rencontre des différents acteurs et constituer ainsi une véritable plate-forme de réflexion et de propositions dans le Couserans.

Plusieurs axes de réflexion ont été avancés par les professionnels interrogés.

En lien avec le vieillissement du territoire, le poids des pathologies chroniques, les besoins d'éducation thérapeutique...

Mais les besoins de prévention et l'évaluation des groupes les plus vulnérables doivent être précisés.

Annexes

**Questionnaire dans le cadre de l'évaluation
externe du réseau EchoSanté**

Votre réponse au questionnaire est : Individuelle Collective

Nom de l'infirmier(e) (facultatif) :

Adresse du cabinet :

1- Votre expérience en tant que professionnel

- Depuis quand exercez-vous sur le territoire du Couserans ?
(pour une réponse collective précisez depuis quand votre cabinet est implanté sur le territoire)
- Quelle est la commune d'implantation de votre cabinet ?

2- Vos relations avec le réseau EchoSanté

- Connaissez-vous le réseau EchoSanté ? Oui Non
 | → Si non, souhaitez-vous recevoir des informations concernant EchoSanté ?
 | Oui Non
 | → Si vous ne connaissez pas le réseau merci de passer à la partie 6 du questionnaire
- Si oui, quelles sont, selon vous, les principales missions du réseau ?

- Avez-vous déjà été amené à travailler avec le réseau ? Oui Non
 | → Si vous n'avez jamais travaillé avec le réseau merci de passer à la partie 4 du questionnaire
- Si oui, depuis combien de temps ?.....
- Avec quel membre du réseau travaillez-vous le plus souvent ?.....
(IDE coordonatrice, secrétaire...)
- Vous arrive-t-il de faire vous-même appel au réseau ? Oui Non
- Si oui, dans quelles circonstances ?

- Cette prise en charge de vos patients avec le réseau a-t-elle lieu :
 - Fréquemment
 - De temps en temps
 - Exceptionnellement

3- Fonctionnement et organisation du réseau

CAS DU DERNIER PATIENT : En vous référant à votre dernier patient inclus dans le réseau EchoSanté, pouvez-vous nous indiquer :

Pour l'inclusion du patient

- Par qui a-t-elle été suggérée ?.....
- Y a-t-il eu une réunion d'inclusion ? Oui Non Ne sais pas
 - Avez-vous été invité(e) à cette réunion ? Oui Non
 - Si oui, avez-vous pu y participer ? Oui Non
 - Si vous n'avez pas pu y participer, pourquoi ?

→ Quelles sont les autres personnes ayant participé à cette réunion ?

- En cas d'absence de réunion d'inclusion, quelle démarche le réseau a-t-il adopté pour assurer l'information et la coordination des différents acteurs de la prise en charge ?
(Appel téléphonique, courrier...)

Le suivi du patient

- Le réseau est-il intervenu dans le suivi du patient ? Oui Non Ne sais pas
 - Si oui, en quoi ?

→ Si oui, lesquels ?

(Ex: protocoles, plan d'aide, fiche de liaison, synthèse de réunion...)

L'hospitalisation du patient

- En cas d'hospitalisation, quel a été le rôle du réseau :

→ pendant la durée de l'hospitalisation ?

→ à la sortie de l'hospitalisation ?

Pour la prise en charge dans son ensemble

- Toujours en vous référant à votre dernier patient, avez-vous été satisfait(e) :
(Remplir le tableau)

	Oui	Non	Si non, pourquoi ?	Sans opinion
De la réactivité du réseau (délai bref d'inclusion)				
De l'action du réseau dans d'élaboration et la mise en place du projet d'aide (protocoles, procédures...)				
De l'action du réseau dans le suivi du patient				

	Oui	Non	Si non, pourquoi ?	Sans opinion
Des outils développés par le réseau				
De la communication entre les différents professionnels du domicile et de l'hôpital				
De l'activation des prestations sociales (APA, lien avec le CLIC...)				
De la place que vous avez occupée dans cette prise en charge				
De la prise en charge dans sa globalité				
Autre :				

- Selon vous, quels ont été les bénéfices et/ou inconvénients apportés par l'inclusion de votre patient dans le réseau EchoSanté par comparaison à une prise en charge hors réseau?

Pour un patient en fin de vie

- Rencontrez-vous des difficultés lors de l'accompagnement d'un patient en fin de vie ?
 Oui Non
→ Si oui, lesquelles ?

- Le réseau vous aide t-il lors de cette prise en charge ? Oui Non

→ Si oui, comment ?

- De façon plus générale, en prenant en compte l'ensemble de vos patients, comment se sont concrétisées vos relations avec le réseau jusqu'à présent ?

	Souvent	Parfois	Jamais
Je passe un appel téléphonique pour une demande d'information			
Je passe un appel téléphonique pour un signalement/une interpellation (problème particulier, suggestion inclusion...)			
Je rencontre un membre de l'équipe réseau (IDE coordonatrice, CESF, secrétaire...)			
Je participe avec l'équipe réseau à l'élaboration ou à la modification du projet de soins et/ou de vie d'un patient inclus			
Je participe à des réunions collectives (inclusion, mise au point sur les patients inclus, repérage de situations critiques, analyse de l'évolution des besoins...)			
Je participe avec l'équipe réseau à la préparation d'une sortie d'hospitalisation d'un patient inclus			
Je participe au sein du réseau à l'élaboration de protocoles/procédures de prise en charge du patient			
Je suis des formations professionnelles organisées par ou en collaboration avec le réseau			
Je suis associée à un projet ou programme d'action sanitaire et/ou médico-social sur le territoire du Couserans initié voire mis en œuvre par le réseau			
Autre :			

- Vous sentez vous impliqué(e) dans le réseau ?
 - Complètement*
 - Partiellement*
 - Pas du tout*

4- Votre implication dans le réseau EchoSanté

Si vous ne vous sentez pas impliqué(e) ou que vous n'avez jamais travaillé avec le réseau, quelles en sont les raisons ?

- C'est plutôt un choix personnel (*plusieurs réponses possibles*) :
 - Je n'en vois pas l'utilité/l'intérêt
 - Je ne me sens pas concerné(e)
 - Je n'ai pas le temps / j'ai trop de travail
 - Je m'appuie sur d'autres structures/partenaires
 - Je ne connais pas assez bien le réseau

- C'est plutôt indépendant de ma volonté (*plusieurs réponses possibles*) :
 - Je ne suis pas assez informé(e) par le réseau
 - Le réseau ne me fait pas assez, voire pas du tout, participer à ces activités (ex : présence à des réunions collectives)
 - Mon avis n'est pas pris en compte lors de décisions importantes (ex : ajustement d'un plan d'aide d'un patient)
 - Il y a un manque de visibilité au sein du réseau et je n'arrive pas à « trouver ma place » au sein de ce dernier (quel est exactement mon rôle ? A quel moment dois-je intervenir ?....)
 - Le/les médecin(s) avec qui je travaille ne travaille(nt) pas avec le réseau

5- Impact et perspectives du réseau EchoSanté

Vous connaissez le réseau EchoSanté et même si vous n'avez jamais travaillé avec ce dernier, merci de remplir le tableau récapitulatif en nous indiquant quels sont, selon vous, les apports possibles du réseau et ce qui devrait être mis en place ou développé par celui-ci.

	APPORTS DU RESEAU	BESOINS NON COUVERTS PISTES D'AMELIORATION
Pour vous, dans votre pratique professionnelle		
Pour le patient		
Pour l'entourage		

Pour les autres professionnels - Médecin généraliste - Praticiens hospitaliers - Aides soignantes - EHPAD - SSIAD - CLIC - Services d'aide à la personne		
---	--	--

6- Vue d'ensemble sur les besoins de santé dans le Couserans

- Au regard de votre expérience, pouvez-vous nous dire quelles sont les principales difficultés auxquelles vous devez faire face dans le cadre de la prise en charge de la dépendance et du maintien à domicile ?

- Quelles seraient vos attentes concernant le dispositif sanitaire et social sur le territoire du Couserans ?

DONNEES DE CADRAGE

1. Données géographiques

Le Couserans est situé dans la partie ouest du département de l'Ariège (09), au sud de Toulouse. Sa capitale, Saint Girons, est situé au centre du territoire. La couverture du Couserans s'étend sur 7 cantons : Saint Girons, Saint-Lizier, Castillon, Oust, Massat, Sainte Croix Volvestre, La Bastide de Sérou.

Mais le territoire couvert par le réseau EchoSanté ne se limite pas aux 7 cantons du Couserans ; il nous faudra également prendre en compte le canton du **Mas-d'Azil** que nous intégrerons au Couserans au niveau de l'ensemble de l'analyse des données.

Le Couserans est un territoire enclavé, distant des grands axes routiers, rural et montagneux. Ces caractéristiques favorisent l'éloignement des habitations et l'isolement d'une grande partie de la population.

2. Données sociodémographiques

- **Répartition de la population dans les cantons du Couserans au 1^{er} janvier 2006**

POPULATIONS LEGALES DES CANTONS EN VIGUEUR AU 1 ^{ER} JANVIER 2006			
Nom du canton	Nombre de communes	Population	%
La Bastide-de Sérou	13	2069	6,2
Castillon-en-Couserans	26	2886	8,6
Massat	6	1863	5,6
Oust	8	2938	8,8
Saint-Girons	14	10282	30,8
Saint-Lizier	16	7165	21,5
Sainte-Croix-Volvestre	12	2059	6,2
Mas-d'Azil	14	4 099	12,3
Total	109	33 361	100

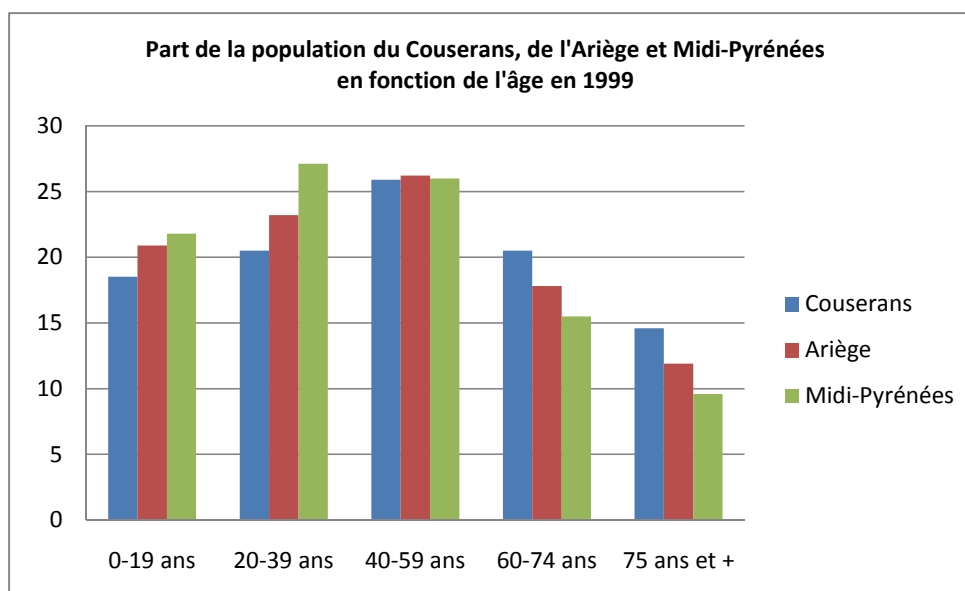
Source : Insee - Enquêtes de recensement 2006

Le territoire du Couserans comprend au total 7 cantons dont la répartition est plutôt hétérogène. On distingue globalement deux types de cantons : les cantons où la population semble plus concentrée et qui pourrait s'apparenter à des « pôles/centres urbains » au sein du territoire et les autres cantons dits ruraux, que l'on pourrait également qualifier de périphériques, dont les communes sont moins peuplées. Ainsi nous avons d'une part les centres de Saint-Girons et de Saint-Lizier rassemblant à eux seuls plus de la moitié de la population, et d'autre part les cinq autres cantons dont la population totale se situe aux alentours de 2000 ou 3000 personnes.

- **Etude comparative de la structure par âge de la population Couseranaise en 1999**

	Couserans						Ariège	Midi Pyrénées	France Metr.
	Hommes		Femmes		Ensemble		Ensemble	Ensemble	Ensemble
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	%	%	%
0-19 ans	2 993	19,1	2 888	17,9	5 881	18,5	20,9	21,8	24,6
20-39 ans	3 402	21,6	3 141	19,5	6 543	20,5	23,2	27,1	28,1
40-59 ans	4 321	27,5	3 939	24,4	8 260	25,9	26,2	26,0	26,0
60-74 ans	3 166	20,1	3 366	20,9	6 532	20,5	17,8	15,5	13,6
75 ans et +	1 847	11,7	2 779	17,3	4 626	14,6	11,9	9,6	7,7
Total	15 729	100	16 113	100	31 842	100	100	100	100

Source : Insee- Recensement de la population 1999



Le graphe nous montre que la population du Couserans présente une population plus âgée que les moyennes données à l'échelle départementale ou régionale (voir également nationale si l'on s'en réfère au tableau ci-dessus).

Pour les tranches d'âge supérieures à 60 ans les proportions sont relativement plus importantes dans le Couserans alors qu'inversement les jeunes de moins de 20 ans et les adultes entre 20 et 40 ans sont moins nombreux. La seule tranche d'âge qui est similaire aux autres échelons en terme de proportion est celle des 40-59 ans.

- **Indice de vieillissement**

L'indice de vieillissement est le rapport du nombre de personnes de plus de 60 ans pour 100 personnes de moins de 20 ans.

Moyenne nationale	62,9
Moyenne en Midi-Pyrénées	84,1
Moyenne en Ariège	108
Moyenne en Couserans	215,64

Source : Insee- Recensement population en 1999- Exploitation ORSMIP

Les résultats de ce tableau viennent renforcer l'idée que le Couserans est un territoire vieillissant particulièrement touché par « l'effet papy-boom ».

3. Données sanitaires et sociales

a) Etablissements sanitaires et médico-sociaux

Structure	Commune	Capacité
Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)		
ACMAD	Saint-Girons	71
SOLENVOL	Sainte-Croix-Volvestre	15
SSIAD-Logement Foyer Gustave Pedoya	La Bastide Du Sérrou	15
SSIAD	Castillon-en-Couserans	21
Total		122
Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)		
Logement Foyer	Seix	42
Logement Foyer	Prat-Bonrepoux	46
Logement Foyer	Sainte-Croix-Volvestre	46
Logement Foyer	La Bastide de Sérrou	46
Logement Foyer	Castillon-en-Couserans	43
Logements Foyer- Résidence Servat	Massat	49
Logement Foyer Le Soulheilhou	Mas d'Azil	28
Total		300
Maison de retraite	Oust	27
Maison de retraite Hôtel Dieu	Saint-Lizier	32
MAPA	Saint-Lizier	63
MR SPE du CHAC	Saint-Lizier	21
MAIS RETRAITE du CHAC	Saint-Girons	106
Total		249
Hébergement temporaire		
Centre Accueil Jour	Saint-Girons	20

Source : FINESS

b) Les professionnels de santé

PS sur le territoire du Couserans au 1 ^{er} janvier 2009	
Nombre	
Médecins généralistes	36
IDE Libérales	61
Kinésithérapeutes	21

Source : Pages Jaune, Adéli

On peut également dénombrer, dans la région du Couserans, 26 sociétés de transports sanitaires (taxi conventionné, ambulancier, véhicule sanitaire léger), 17 pharmacies et une dizaine de sociétés fournissant du matériel médical (optique, auditif, autre).

	Densité des PS libéraux au 1 ^{er} janvier 2007 (prof. Libéral pour 10 000 habitants)			
	France	Midi-Pyrénées	Ariège	Couserans
Médecins généralistes	11,2	12,8	12,4	12,0
IDE libéraux	11,1	18,4	17,6	17,4
Kinésithérapeutes	8,1	9,5	8,2	8,9

Source : DRASS Midi-Pyrénées, Adeli – Insee, Estimation locales de population

c) Le Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC)

Le CHAC dont le siège se trouve à Saint-Girons présente plusieurs sites :

- Centre Hospitalier Ariège Couserans avec une capacité de 459 places
- Centre médico-psychologique adultes de Foix
- Centre médico-psychologique adultes de Lavelanet

De nombreuses spécialités sont ainsi assurées le CHAC suppléé au niveau départemental par le Centre Hospitalier du Val d'Ariège (CHIVA). Il n'existe pas d'établissement de soin privé en Ariège, il n'y en a donc aucun dans le Couserans.

d) Les CLICS

Deux CLIC, siégeant au même endroit à St Girons, sont présents sur le territoire du Couserans depuis le 1^{er} Mars 2003 :

- CLIC des quatre cantons : St Girons, La Bastide de Sérou, Massat et Oust
- CLIC des trois cantons : St Lizier, Castillon, Ste Croix Volvestre

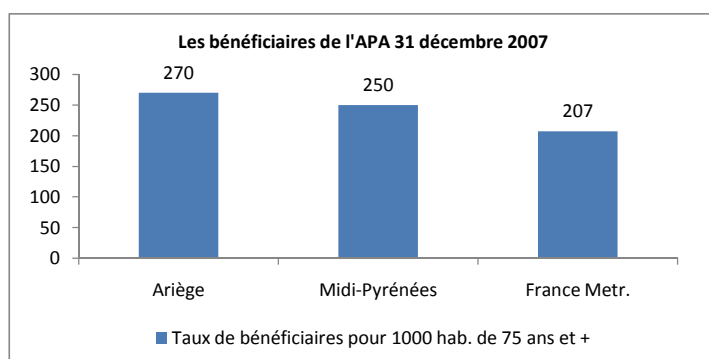
Plus localement, il existe un bureau CLIC de proximité sur chaque canton au sein duquel on retrouve une coordinatrice sociale pouvant s'occuper au plus près de la population (visites à domicile, évaluation des besoins, orientation de la personne dépendante...).

e) Bénéficiaires de l'APA

	Bénéficiaires de l'APA en Ariège au 31 décembre 2007				
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble
Domicile	63	400	817	2 075	3 355
Etablissement (1)	188	590	222	369	1 369
Tous lieux	251	990	1 039	2 444	4 724

Source : Enquête trimestrielle auprès des Conseil Généraux - Exploitation DRASS

(1) Les établissements de l'Ariège reçoivent une dotation globale pour la prise en charge de la dépendance de ses résidents. Ainsi la structure par GIR des bénéficiaires observée dans les établissements ne pratiquant pas la dotation globale a été appliquée à l'ensemble des bénéficiaires en établissement (DRESS- enquête Aide Sociale 2006).



Source : Enquête trimestrielle auprès des Conseil Généraux - Exploitation DRASS