

ARRETE N° ARS-PDL/DG/2019-013

**relatif au projet d'expérimentation « Suivi à domicile des personnes invalides
et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers »**

**Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire**

Vu la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

Vu le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPIET, en qualité de directeur général de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, à compter du 1^{er} octobre 2017 ;

Vu le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 23 juillet 2019 concernant le projet d'expérimentation dénommé « Suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers » ;

Vu le cahier des charges annexé ;

ARRETE :

ARTICLE 1^{er} : L'expérimentation innovante en santé du projet « Suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers » est autorisée à compter du 1^{er} septembre 2019 telle qu'elle est décrite dans le cahier des charges en annexe, pour une durée de 3 ans extensible à 5 ans.

ARTICLE 2 : L'expérimentation est mise en œuvre sur le territoire du quartier ouest du Mans auprès des patients dont le médecin traitant est membre de la maison de santé RSMO.

Le projet d'expérimentation associe les médecins et les infirmiers libéraux de la maison de santé RSMO. Des infirmiers du territoire non membres de la MSP mais ayant des patients dont le médecin traitant est membre de la MSP pourront s'ils le souhaitent participer au projet.

ARTICLE 3 : Le Directeur de l'Offre de Soins et en faveur de l'Autonomie de l'agence régionale de la santé des Pays de la Loire est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

ARTICLE 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Nantes dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyen accessible par le site internet www.telerecours.fr

Fait à Nantes, le 23 juillet 2019

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé
Pays de la Loire,



Jean-Jacques COIPLLET



ANNEXE

CAHIER DES CHARGES

**Suivi à domicile conjoint des personnes invalides
et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmier(e)s**





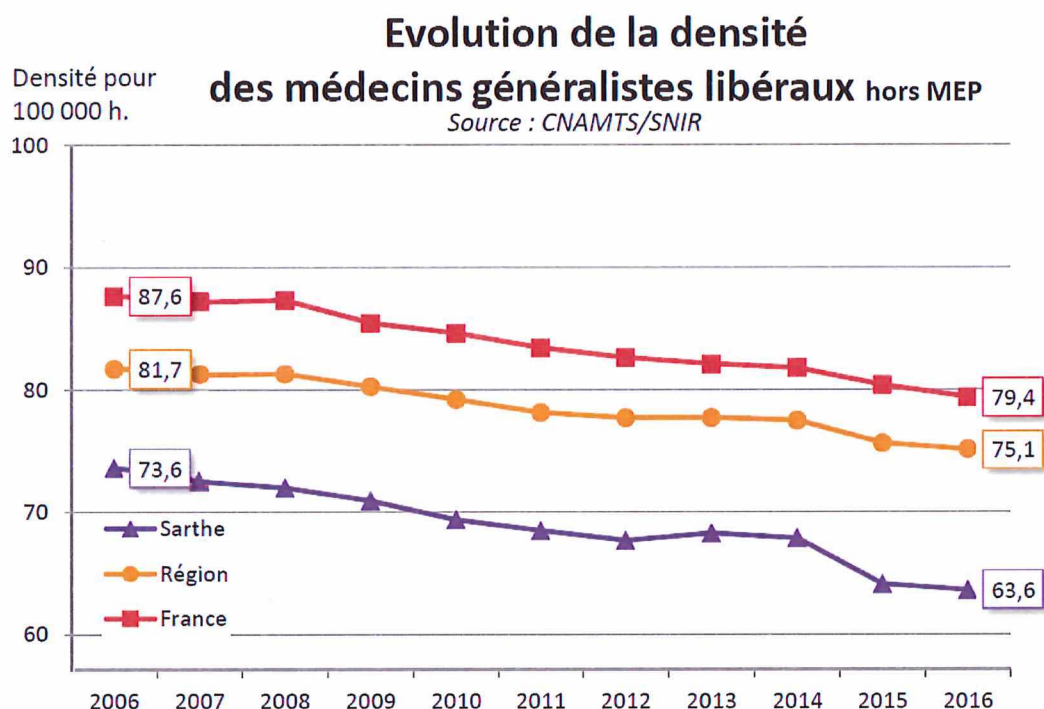
Suivi à domicile conjoint des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmier(e)s

Article 51 Innovation

1 - Description du projet d'expérimentation :

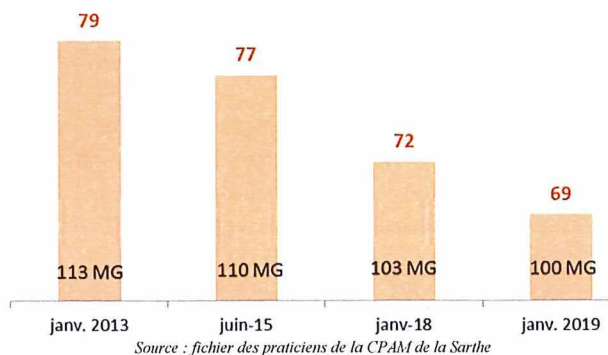
Le projet s'inscrit en lien avec l'article 51 de l'ARS sur l'innovation en proposant aux patients de notre secteur d'exercice, un plan de suivi à domicile, en collaboration entre le médecin traitant et l'infirmier(e) référent(e).

Avec une couverture de médecin généraliste s'appauvrissant, les habitants de nos quartiers se retrouvent dans des situations d'isolement et d'accès aux soins inégales : la démographie médicale dans le département est sensiblement inférieure aux moyennes nationale et régionale.



Cette désertification ne se limite pas aux zones les plus rurales du département : Le Mans, troisième plus grande ville de la région des Pays de la Loire n'échappe pas à ce constat. Le nombre de médecins généralistes n'a cessé de diminuer d'année en année. Début 2019, à peine 100 médecins généralistes libéraux (hors mode d'exercice particulier) étaient installés pour une population intra-muros de 144 000 habitants.

Evolution de la densité (pour 100 000 hab.) et du nombre de médecins généralistes libéraux (hors MEP) au Mans



Cette baisse va se poursuivre, voire s'accroître, à court terme : en janvier 2019, 23 de ces 100 médecins manœuvres étaient déjà âgés de plus de 65 ans.

En l'absence de problématique médico-sociale nouvelle, le médecin ne peut plus se déplacer à domicile qu'une ou deux fois par an. Or la population que notre maison de santé cible, dans ce projet, nécessite une surveillance et un suivi adapté à leurs âges et leurs pathologies afin de prévenir ou d'éviter des situations devant les amener à une plus forte dépendance voire une hospitalisation.

Besoins actuels ou à court terme en lien avec le projet pour les habitants (hors EHPAD et structures de prise en charge) des quartiers Ouest* du Mans

	Patients sans Médecin traitant	Patients des médecins de plus de 65 ans exerçant dans le secteur*	Patients des médecins de plus de 65 ans (qq soit leur lieu d'ex.)
Personnes âgées de plus de 80 ans	222	139	354
dont en ALD	87	64	193
Personnes handicapées en ALD	22	16	444
Ensemble (plus de 80 ans et perso. Handicapées en ALD)	309	203	547

* Quartiers Rubillard, Libération, Madeleine, st Aubin, Ouest, Heuzé-st Georges

Source : CPAM de la Sarthe, situation au 4 mars 2019

Face à ce constat, notre maison de santé RSMO, souhaite s'inscrire dans un mécanisme mis en place par l'ARS pour proposer un projet innovant, dans le cadre de l'article 51, et proposer aux patients de nos quartiers de bénéficier d'un partenariat interprofessionnel et ainsi leurs proposer une alternative et une réponse aux situations actuelles.

Dans le cadre de notre projet de santé et de notre choix de travail en collaboration autour de nos patients, nous sommes convaincus de la nécessité d'offrir un projet d'ambition pour apporter une réponse aux habitants de nos quartiers.

Le projet consiste en la mise en place d'un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant de la MSP et l'infirmier(e) du secteur pour les patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin.

Le médecin de la MSP ne se déplacerait plus au domicile du patient tous les mois ou deux mois mais une à deux fois par an. Dans l'intervalle, c'est l'infirmier(e) du patient qui assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin qui décide de la procédure à suivre. Il participe ainsi activement à la continuité des soins

Trois situations possibles :

- Pas de changement de la situation médico-socio-économique du patient, dans ce cas, l'infirmier(e) après transmission au médecin traitant de son relevé de passage, valide la poursuite des soins déjà engagés selon les prescriptions initiales du médecin traitant.
- Modification non grave à court terme mais nécessitant un contact de coordination avec le médecin traitant qui peut être alors amené à adapter sa prise en charge sans nécessité de déplacement au domicile du patient
- Dégradation de la situation nécessitant un passage à domicile du médecin traitant.

Tout symptôme ou événement nouveau fait l'objet d'un signalement au médecin qui décide de la conduite à tenir. En tout état de cause, l'infirmier(e) ne prend pas seul la décision d'une modification du traitement du patient et fait valider par le médecin la décision de poursuite du traitement.

Une visite initiale avec le médecin, l'infirmier(e), les aidants et éventuellement les aides à domicile permettra de compléter une fiche d'évaluation et de définir le plan de suivi du patient pour l'année.

2 - Objectifs :

Ce projet a pour plusieurs objectifs.

- **Améliorer l'accessibilité aux soins** des personnes âgées de plus de 80 ans ne pouvant plus quitter leur domicile, et des personnes handicapées de tout âge ne pouvant plus quitter leur domicile et nécessitant donc des soins coordonnés à domicile. Le dispositif va en effet permettre
 - d'une part un meilleur suivi des patients déjà pris en charge par les médecins de la maison de santé qui actuellement rencontrent des difficultés pour assurer les visites auprès de ces patients faute de temps
 - d'autre part la prise en charge de nouveaux patients qui à ce jour n'ont plus de médecins traitants, puisque l'organisation proposée permettra de dégager du temps médecin.
- **Améliorer la qualité des soins** grâce à :
 - une prise en charge et un suivi en proximité et plus régulier qui devrait permettre par exemple de déceler certains événements qui surviennent dans le quotidien du patient qui peuvent avoir un impact important sur son état de santé et pour lequel il n'aurait pas contacté son médecin traitant.
 - une meilleure connaissance médicale du patient par l'infirmier(e)
 - une meilleure coordination générale médecin / infirmier(e)
- **Améliorer des conditions de travail des professionnels de santé** et augmenter l'attractivité du territoire avec :
 - une diminution du niveau d'épuisement des médecins généralistes et de leur sentiment de ne plus être en mesure d'apporter des soins de qualité à certains de leurs patients compte tenu de leur charge de travail
 - un fort intérêt des infirmier(e)s pour une nouvelle activité en lien avec les médecins généralistes et renforcement de leur rôle de professionnels de proximité auprès des malades

3 - Impacts attendus :

- En termes **d'amélioration du service rendu** pour les usagers :
 - meilleur suivi médico-social,
 - meilleure coordination du suivi et des soins,
 - amélioration de la possibilité de prise en charge par un médecin traitant pour ces personnes fragiles,
 - amélioration de la satisfaction de ces usagers quant à la qualité de leur prise en charge.
 - augmentation du nombre de ces personnes fragiles prises en charge par la MSP sur le territoire
 - diminution du nombre de passages aux urgences hospitalières (il n'y a pas de structure de type SOS-médecin dans notre ville) et des hospitalisations pour ces patients, toutes causes confondues, une diminution du nombre de visites annuelles par le médecin traitant.
 - Diminution du nombre d'appels au centre 15

Le dispositif devrait par ailleurs contribuer à l'augmentation du nombre de patients ayant un médecin traitant au sein de la maison de santé.

- En termes **d'organisation et d'évolution des pratiques professionnelles** :
 - Visite conjointe au départ des différents acteurs au domicile du patient et établissement du protocole de suivi et le plan personnalisé de soins (annexe 2 et 3),
 - Suivi mensuel des patients par l'infirmière avec coordination via l'outil informatique,
 - Suivi annuel ou bis annuel par le médecin avec coordination via l'outil informatique.

Conséquences :

1. Prise en charge d'un nombre plus important de personnes âgées ou handicapées concernées par une diminution du ratio nombre de visites par patient et par an par les médecins eux-mêmes,
2. Elargissement du rôle des infirmier(e)s libéraux de secteur au suivi régulier des patients souvent polypathologiques au travers d'un examen orienté par des protocoles de suivi spécifiques :
 - Recueil des données médicales auprès du patient défini par la fiche de suivi : cf. document annexe 3.
 - Remplissage du dossier patient sur le fichier commun informatique.
 - Déclenchement d'un système d'alerte en cas de besoin auprès du médecin référent : demande de visite ou de prescription auprès du médecin traitant au vu des informations relevées auprès du patient au domicile, demande de modification de l'ordonnance en cours.
3. Renforcement du travail pluriprofessionnel en coordination.
4. Renforcement de la continuité des soins par coopération des acteurs.
5. Création d'une culture renforcée du partage des responsabilités entre médecins et infirmier(e)s dans la prise en charge du parcours de soins de patients lourds et fragiles.
6. Pour le patient, un suivi renforcé, plus régulier et global à domicile pour ces patients fragiles
7. Une implication renforcée de l'infirmier(e) libéral(e) dans la relation avec l'aidant, grâce à un temps dédié. Et pour l'aidant une facilité d'expression de ses difficultés au quotidien, un contexte plus rassurant, et une reconnaissance de son rôle auprès du patient âgé et/ou handicapé.

Nous avons déjà obtenu des résultats importants liés à la mise en place de cette réflexion depuis un an :

- Deux jeunes médecins nous ont rejoints au sein de la MSP, en relai de deux médecins partant en retraite ces six derniers mois, séduits par cet aspect collaboratif de notre action et le souci d'innover dans différentes directions
- Deux cabinets d'infirmier(e)s de notre secteur territorial ont rejoint au mois de mai notre MSP suite aux informations que nous leur avons données concernant ce projet précis. Le projet de travail collaboratif et la confiance réciproque médecins/infirmier(e)s ont emporté leur adhésion.
- Une liste déjà importante de patients en attente d'admission dans le dispositif

4 - Population ciblée et volumétrie :

La population ciblée est une population fragile nécessitant un suivi médical régulier :

- Personnes âgées de plus de 80 ans ne pouvant plus quitter leur domicile pour des raisons de santé irréversibles
- Personnes en situation de handicap irréversible, quel que soit leur âge (reconnaissance handicap MDPH) et ne pouvant se rendre au cabinet médical du fait de leur handicap.

Le critère d'impossibilité de se déplacer est l'impossibilité de se rendre au cabinet médical sans faire appel à une ambulance ou un VSL. Ainsi par exemple une personne de 90 ans autonome pour faire quelques courses ou un jeune paraplégique se déplaçant seul en fauteuil électrique ne sont pas intégrables au protocole.

Les patients feront soit partie de la patientèle actuelle des médecins de la MSP, soit ce seront de nouveaux patients habitant sur le secteur de notre MSP qui regroupe les habitants de la rive droite du Mans (quartier de la maison de santé).

- Le nombre total actuel de patients relevant de ce protocole est évalué à 125 pour les cinq médecins du RSMO. On peut estimer un recrutement supplémentaire externe de 50 patients compte tenu des

nombreuses demandes refusées à ce jour, soit à terme un potentiel de 175 patients pour les médecins ne notre MSP.

Deux populations pouvant se recouper :

Les personnes âgées de plus de 80 ans ne pouvant quitter leur domicile du fait de leur état de santé et/ou les personnes handicapées chroniques, quel que soit leur âge, ne pouvant quitter leur domicile du fait de leur handicap.

L'expérimentation porte sur une file active de 175 patients, quel que soit le nombre de médecins présents dans la MSP et participants à l'expérimentation. Ces 175 patients correspondent à 125 patients faisant partie de la patientèle des cinq médecins composant la maison de santé, auxquels s'ajoutent 50 autres patients que le RSMO intégrera pour répondre aux besoins de la population locale et en adéquation avec cette expérimentation.

La file active de 175 patients est maintenue tout au long de l'expérimentation. Si un patient sort du dispositif, un nouveau patient peut être inclus.

L'inclusion des 175 patients se fera de façon progressive notamment parce que certains patients auront besoin d'un temps de réflexion et d'adaptation pour entrer dans le dispositif.

C'est La première visite au domicile du patient en présence du médecin traitant, de l'infirmier(e) référent(e) et de l'aidant habituel (conjoint, familial ou autre), coordonnée par une secrétaire dédiée qui marquera l'entrée dans le protocole. Ce premier contact permettra de choisir les items du plan de soins personnalisé en fonction du patient, de décider ensemble du rythme de passage du médecin le plus opportun en fonction des critères médicaux, environnementaux et sociaux (de 2 à 4 fois par an pour le médecin et donc de 10 à 8 fois pour l'infirmière), et d'écrire le plan personnalisé de soin.

Exclusion

Sont exclus :

- les patients vivant en EHPAD et les patients présentant un handicap réversible à court terme.
- les patients pouvant relever de notre protocole, mais dont l'infirmier(e) extérieure à notre MSP ne souhaite pas s'impliquer dans ce projet, ne seront pas inclus dans ce protocole.

Sorties possibles

Le patient peut sortir du dispositif pour les raisons suivantes :

- décision personnelle
- décès
- Entrée en EHPAD

5 - En pratique, parcours d'un patient :

Exemple d'une femme de 89 ans, diabétique aveugle et hémiplégique, vivant à son domicile avec son mari de 92 ans, aidant :

- **L'aidant contacte le cabinet médical** : Dans l'hypothèse d'une patiente n'ayant plus de médecin traitant, l'aidant, sur conseil de l'infirmière qui s'occupe déjà de lui, ou de son pharmacien (plusieurs pharmaciens du quartier sont membres du RSMO) contacte le cabinet médical et demande que nous prenions en charge la patiente; le médecin accepte, et, après recueil d'informations téléphoniques et des coordonnées de l'infirmier(e) de la patiente, discute du dossier en réunion de coordination pluriprofessionnelle avec l'infirmier(e). Accord de prise en charge sur son suivi médical selon notre protocole.

La personne malade et son mari, aidant, sont informés par le secrétariat d'une première visite conjointe du médecin et de l'infirmier(e) habituelle de la patiente pour une durée de 30 à 60 minutes. Rendez-vous est donné.

- **Première visite au domicile :**

- ✓ On fait connaissance des personnes, des liens et des lieux.
- ✓ Nous présentons notre protocole de suivi conjoint à la patiente et à son aidant, et nous recueillons leur accord qui est noté dans le dossier médical (annexe 6).
- ✓ On remplit en ligne le dossier médical si la patiente n'avait pas de dossier médical dans la MSP.

- ✓ Puis le médecin et l'infirmier(e) remplissent le Plan Personnalisé de Soins (annexe 2), adapté aux problématiques tant médicales que sociales ou environnementales de la patiente aux fins d'anticiper au mieux les difficultés à venir. Ils se mettent d'accord sur les items de suivi.
- ✓ Bilan complet des aides ou de la nécessité de leur mise en place : préparation des médicaments, repas à domicile, aide à la toilette et au ménage, éventuelle télalarme, besoins en matériel (cannes, fauteuil roulant, siège de douche, fauteuil Montauban, passage du CLIC etc.)
- ✓ La patiente et son aidant sont informés que tout passage de l'infirmier(e) donne lieu à une coordination de soins et que toutes les observations de l'infirmier(e) sont transmises au médecin en temps réel via l'application Acteur, et notées dans son dossier médical.
- ✓ La patiente et son aidant sont informés qu'en cas de problème inopiné, ils peuvent à tout moment joindre le cabinet du médecin par téléphone. Celui-ci régulera l'appel et décidera soit d'un conseil téléphonique, soit d'un passage supplémentaire de l'infirmier(e), soit d'une visite à domicile par lui-même.
- ✓ Un memento comportant les coordonnées du médecin, de l'infirmier(e), du service d'urgence est présenté et laissé au domicile de la patiente (annexe 7)

- **Chaque mois**, l'infirmier(e) passe au domicile de la patiente et établit une nouvelle fiche de suivi (annexe 3) qui entre dans le dossier médical et informe le médecin de son passage par la messagerie sécurisée. Elle prend en compte et note également les données apportées par l'aidant dans l'optique d'une prise en charge globale de la patiente.

- ✓ Elle repère l'émergence d'éventuels problèmes médico-sociaux, l'apparition de nouveaux symptômes, évalue l'évolution de l'autonomie de la personne et le degré de souffrance de l'aidant.
- ✓ S'il n'y a pas de modification, elle fait valider, par le médecin traitant ou son remplaçant, à travers la communication informatique, la poursuite de la prise en charge.
- ✓ Si un élément bénin justifie l'avis du médecin, celui-ci est averti par messagerie pour donner un avis ou une adaptation de la conduite à tenir, la rédaction éventuelle d'une ordonnance complémentaire, au vu des documents déposés dans le dossier médical de la patiente.
- ✓ Si un élément inquiétant apparaît, l'infirmier(e) contacte le médecin par messagerie sécurisée ou téléphone selon le degré d'urgence et demande son passage.
- ✓ Tout symptôme ou évènement nouveau fait l'objet d'un signalement au médecin qui décide de la conduite à tenir.

- **Si aucun élément** important n'est survenu, le médecin passe de principe six mois plus tard.

- **Au bout d'un an**, et chaque année, l'infirmier(e) visite la personne malade et son aidant avec le médecin. L'infirmier(e) met à jour le Plan Personnalisé de Soins et le soumet en Réunion de Coordination Pluriprofessionnelle.

Incident :

- en cas d'hospitalisation, le protocole est poursuivi après adaptation du PPS par le médecin lors d'une visite à domicile post hospitalisation. Si cela est nécessaire, le dossier est revu en réunion de RCP.
- en cas d'entrée en EHPAD, la patiente quitte ce protocole

5 - Durée de l'expérimentation :

L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans extensible à 5 ans pour le cas où une prolongation serait nécessaire.

6 - Calendrier Prévisionnel :

- Deux soirées de formation des acteurs (24 personnes environ),
- Démarrage au troisième mois avec intégration progressive des patients sur une durée de 3 à 6 mois
- Bilan d'étape à six mois et un an après le lancement de l'expérimentation

7 - Financement :

Principe :

Le financement retenu est un financement au forfait par patient inclus dans le dispositif.

Le patient peut sortir du dispositif pour les raisons suivantes :

- décision personnelle
- décès
- Entrée en EHPAD

Quelle qu'en soit la raison, le forfait étant un vrai forfait, il reste dû même en cas de sortie du patient du dispositif.

➤ Ingénierie de projets

Conception du projet avec les réunions préparatoires, création des outils et fiches, coordination avec ARS et CPAM : **4600 euros** (6 réunions de 2 heures avec 6 personnes rémunérées 50€ brut de l'heure, 20h de création / échanges / coordination : 1000 euros à 50 euros brut de l'heure)

Frais de mise au point des outils informatiques (fiches de bilan annuel, fiches de suivi, fiches d'évaluation), inclusion dans le logiciel Acteurs : **2 000 €**

Deux soirées de **formation des médecins et des infirmières** soit 24 personnes, indemnisées 50 euros par soirée : **2 400 €**.

Cinq heures de **formation des secrétaires /coordinateur** : **coût 115 €**

Une **secrétaire avec un temps dédié de 60 heures** pour la mise en route du projet, **1 380 € par année**

Acquisition d'un **poste informatique** pour le secrétaire / coordinateur : **1 150 €**.

Par conséquent, 11 645 euros seront mobilisés sur le FIR pour les coûts d'amorçage et d'ingénierie sur la durée de l'expérimentation.

➤ Financement du déroulement du protocole

Nous envisageons le financement par un forfait global annuel par patient correspondant à l'ensemble de la prise en charge proposée comprenant la rémunération:-

- de la visite conjointe d'intégration dans le dispositif au domicile du patient par l'infirmier(e) et le médecin
- des visites conjointes annuelles
- des visites à domicile de l'infirmier(e) avec remplissage de la fiche informatique de suivi et mise à jour du dossier patient.
- des temps de coordination mensuelle pour le médecin (l'acte infirmier comprenant « intrinsèquement » le facteur coordination)
- du temps de la secrétaire dédiée au projet.

Les visites à domiciles des médecins traitants de la MSP continuent à relever du régime de droit commun lorsqu'elles sont encore nécessaires

Le forfait annuel par patient et par an est calculé à partir des éléments programmés suivants

- **Visite initiale puis annuelle au domicile du patient** conjointe médecin traitant / infirmier(e) référent(e), en présence du patient et de son aidant pour définir ensemble de la mise en place du plan personnalisé de soins, expliquer la démarche et recueillir l'accord du patient. Cette visite est facturée 100 € répartis pour moitié entre le MG et l'IDEL la première année puis 70€ pour l'infirmier et 30€ pour le médecin les années suivantes.
- **Dix visites d'infirmière** facturées 25 €
- **Forfait de coordination du médecin** par an et par patient de 75 €
- **Un suivi administratif** : récupération et saisie des fiches envoyées par mails sécurisés, notamment pour les infirmier(e)s qui ne sont pas adhérents à la maison de santé, contrôle des formulaires et suivi du respect des procédures, compte rendu à 6 mois et à 1 an du projet pour faire le point avec l'ensemble des participants. Programmation de l'année suivante. Suivi de la comptabilité : réception des sommes versées par le payeur, règlement des professionnels. Soit 1h par an et par patient soit 25 € charges incluses.

	Montants
Visite annuelle conjointe *	100 €
Visites infirmier(e)	250 € (10 visites à 25 €)
Coordination annuelle médecin	75 €
Suivi administratif (1h/an/patient)	25 €
Total par patient	450 €
Total pour 175 patients	78 750 €

* Année 1 : 50 € pour le MG et 50€ pour l'IDE, années suivantes : 30€ pour le MG et 70 € pour l'IDE

Les visites médecins habituelles hors protocole sont pour leur part financées de façon non dérogatoire, selon le régime commun, dans le cadre de la convention médicale.

Ainsi, la première année, toucheront au titre de ce protocole :

- Le Médecin : 125 €*
- Le secrétariat : 25 €*
- L'infirmier(e) : 300 €*

Pour les années suivantes :

- Le Médecin : 105 €*
- Le secrétariat : 25 €*
- L'infirmier(e) : 320 €*

(*par an et par patient)

Au total, 78 750 € seront mobilisés annuellement sur le FISS, pour la prise en charge de 175 patients en file active, soit 236 250 € sur la durée de l'expérimentation (397 750 € si extension à 5 ans).

Soutenabilité financière du projet d'expérimentation (bénéfices identifiés, coûts évités, économies potentielles...)

Les bénéfices attendus sont les suivants :

- ✓ Possibilité d'admission de nouveaux patients « lourds » au sein de la patientèle des médecins de la MSP
- ✓ Meilleure efficacité des soins par coordination efficace médecins/infirmiers
- ✓ Diminution du nombre des passages dans les services d'urgence ou d'hospitalisation
- ✓ Diminution du nombre de visites annuelles du médecin traitant par patient pris en charge
- ✓ Diminution du nombre de transport VSL prescrits pour se rendre au cabinet du médecin
- ✓ Création d'une culture renforcée du partage des responsabilités entre médecins et infirmier(e) dans la prise en charge du parcours de soins de patients lourds et fragiles, et d'une responsabilité triangulaire des soins médecin infirmier(e) patient/aidant.

Une économie au sens financier est difficile à chiffrer, et pourra faire l'objet de travaux complémentaires par le service d'évaluation externe à l'expérimentation et avec Etudes et Analyse de la CPAM de la Sarthe.

A titre de repère, on peut simplement mettre en face le coût de 12 visites à 40 euros (25 + 10 + 5) en moyenne, par le médecin traitant, représentant un budget annuel pour 175 patients de 84 000 euros.

On peut aussi en espérer un passage aux urgences en moins par patient et par an en moyenne pour ces patients particulièrement vulnérables, soit 250 euros (passage aux urgences) + 50 euros (Ambulance), soit une économie potentielle totale de 57 750 euros.

CIRCUIT de RÉMUNÉRATION

Le versement du forfait pour un patient est déclenché par la transmission à la plateforme du justificatif de réalisation de la visite d'inclusion.

Il est prévu pour les liens avec l'organisme payeur (« plateforme article 51 ») :

- Transmission par la SISA à l'organisme payeur après chaque réalisation de la première visite au domicile d'inclusion de :
 - Date de la visite d'intégration et type de l'acte effectué ce jour
 - Coordonnées de la SISA (numéro AM)
 - Numéro NIR du patient.

Ces données seront extraites du fichier Acteur, mécanisme mis en route par contact entre les informaticiens de l'organisme payeur et des informaticiens de la société Aatlantide.

La MSP s'engage à transmettre les dates des actes effectués ensuite sur un rythme trimestriel, permettant ainsi à l'organisme payeur de contrôler la réalisation effective de ceux-ci.

- L'organisme payeur vire le montant du forfait à régler sur le compte de la SISA
- Le secrétaire de la SISA verse en une fois à chaque acteur, médecins et infirmier(e)s, les sommes qui leur sont dues. Il transmet trimestriellement le relevé des actes effectués au titre de ce protocole « article 51 ».

Remarques :

- La question du règlement du forfait en une ou plusieurs fois peut se poser. Si le versement par l'organisme payeur est effectué en une fois, le secrétaire de la SISA assurera le suivi des règlements des professionnels. Mais si les versements doivent se faire sous forme fractionnée, le suivi devient trop lourd pour le temps de secrétariat annuel par patient, et nous demanderions alors que l'organisme payeur verse directement à chaque professionnel les sommes qui lui sont dues.
- Cas particulier d'un infirmier(e) entrant dans le protocole mais non adhérente de la MSP : comme il a été dit, une convention préalable sera signée entre la SISA et cette infirmier(e).

8 – Outils de mise en œuvre du programme :

- Le système d'information (Acteur de chez Aatlantide) sera utilisé par les médecins et les infirmier(e)s membres du RSMO (qui ont tous la version coordination) à travers des formulaires dédiés. Ce système gère la coordination de soins, la gestion des RCP et les messageries sécurisées. Il existe une version « nomade » sécurisée sur smartphone ou tablette, utilisable au lit du patient (agrée par l'ARS). Ce système d'information peut communiquer les informations au DMP.
- Avec les éventuelles infirmier(e)s non membres du RSMO, un formulaire informatique au format Word ou analogue sera fourni et l'information sera transmise :
 - au médecin traitant
 - et au coordinateur par courriel sécurisé. (De préférence au format papier lourd à gérer en termes de secrétariat). (À noter comme déjà signalé que nous avons déjà été rejoint par deux cabinets d'infirmier(e)s de notre quartier ; nous rassemblons ainsi la grande majorité des cabinets infirmiers de notre quartier, la « rive droite » du Mans). Ces données seront saisies dans le dossier patient du médecin traitant par la secrétaire dédiée au protocole article 51.

Aux fins de rémunération des éventuelles infirmier(e)s non membres de notre MSP (situation qui devrait être rare vu l'adhésion à notre MSP de la plupart des cabinets infirmiers du secteur), une convention sera signée avec chacune des infirmier(e)s.

9 – Evaluation :

- Elle est réalisée par audits externes. Une proposition de questionnaires de satisfaction des infirmières et des médecins figurent en annexes 4 et 5.

Nous avons souhaité conserver à usage interne quelques critères non financiers.

Deux critères sont retenus pour les professionnels :

- Nombre de nouveaux patients relevant de l'étude, intégrés à la patiente habituelle des médecins concernés à partir de la date de lancement de l'étude
- Nombre total de visites à domicile du médecin traitant au cours de l'année

La CPAM de la Sarthe apportera son concours à l'évaluateur externe sur les aspects médico-économiques. Par ailleurs, la maison de santé est équipée d'un système d'information partagé qui facilitera la collecte de données. Un recueil régulier et détaillé de l'activité des professionnels de santé dans le cadre du projet sera mis en place.

10 - Nature des informations recueillies auprès des patients :

Le patient signe à l'inclusion une convention par laquelle il donne son accord pour le recueil informatisé et le partage de ses données de santé avec les membres du réseau de santé RSMO. Si le patient refuse le recueil ou le partage de ses données, il ne sera pas inclus dans cette expérimentation.

Le type de données est médical, relevant du secret médical comme toutes données de santé.

Ces données sont recueillies directement dans le dossier du patient (données cryptées) à partir des formulaires de consultation remplis en ligne sur les serveurs d'Aatlantide, au domicile du patient, via la tablette ou le téléphone portable du professionnel.

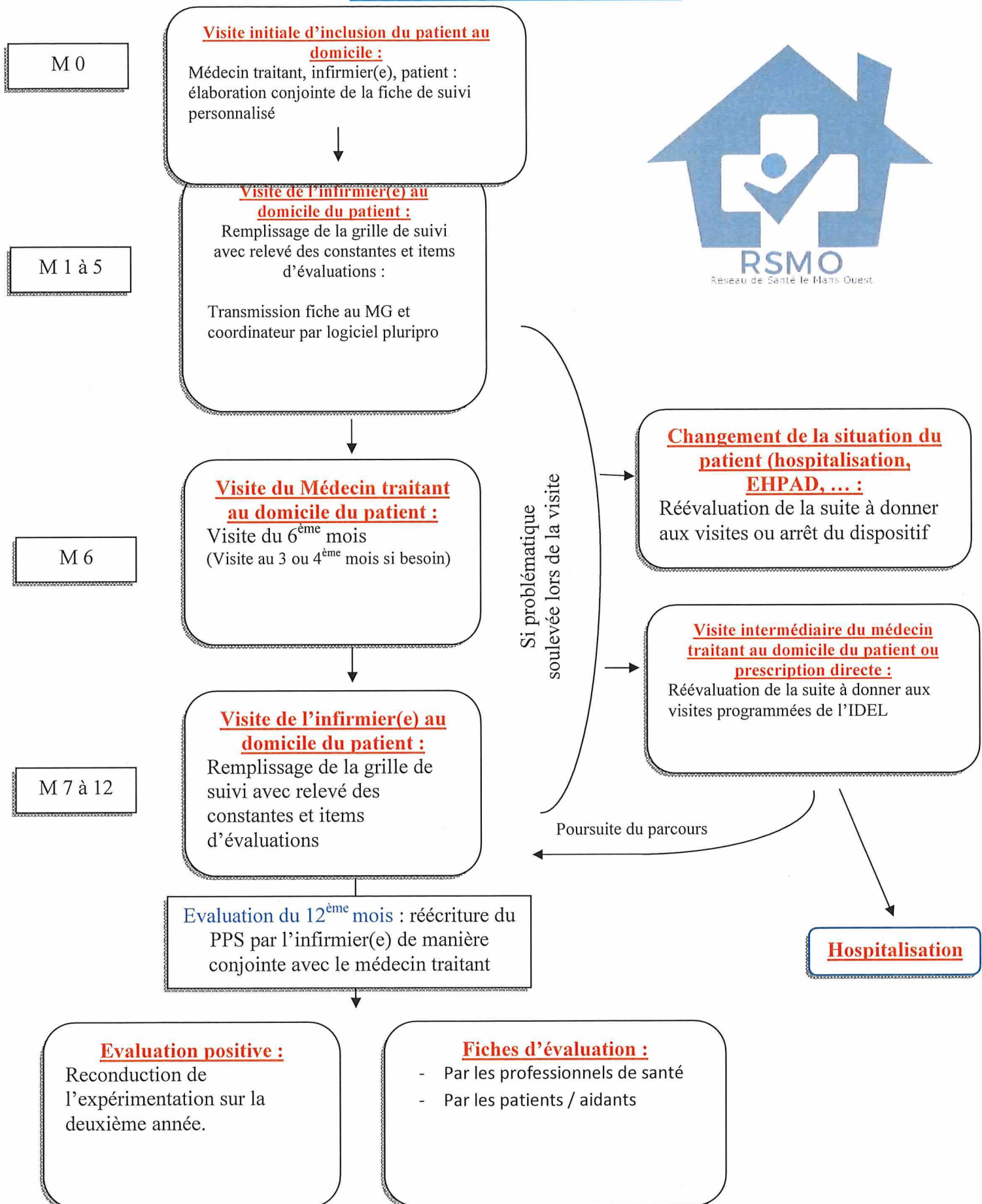
Ces données sont stockées sur les serveurs de données de santé d'Aatlantide.

De manière exceptionnelle, les questionnaires pourront être recueillis hors ligne, à l'aide d'un tableur transmis par mail sécurisé (MS santé), ceci pouvant concerner des patients suivis par les médecins de la MSP mais dont les infirmières ne seraient pas membres de notre maison de santé pluriprofessionnelle et n'étant donc pas équipées de la solution informatique Acteurs.

11 - Annexes :

1. Schéma du plan de suivi à domicile des patients inclus dans cette expérimentation (annexe 1)
2. PPS (annexe 2)
3. Fiche de suivi à domicile (annexe 3)
4. Fiche d'évaluation de l'expérimentation à destination des professionnels de santé (annexe 4)
5. Fiche d'évaluation de l'expérimentation à destination des patients (annexe 5)
6. Fiche de recueil de consentement du patient (annexe 6)
7. Memento à destination des patients et de son entourage (annexe 7)

Réseau de Santé Le Mans Ouest

Suivi à domicile conjoint des personnes invalides et/ou âgées (plus de 80 ans) par les médecins traitants et les infirmier(e)s

Plan Personnalisé de Soins

Nom : Prénom : Date de naissance :

Date d'initiation du PPS :		Numéro du PPS :		Réfèrent du PPS :	
Problèmes prioritaires sanitaires et sociaux	Objectifs partagés	Actions à mettre en œuvre	Intervenants	Critères d'atteinte du résultat	Bilan d'étape : date et commentaires
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					

Plan Personnalisé de Soins

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi			Problèmes (fréquents, transversaux et modifiables)	Suivi		
	Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2		Initiation	Point d'étape 1	Point d'étape 2
Aide à l'identification des priorités des professionnels (réponses oui/non/ ?)				Aide à l'identification des priorités des professionnels (réponses oui/non/ ?)			
Problèmes liés au médicaments				Problème de précarité			
- Accident iatrogène				- Financière			
- Automédication à risque				- Lié à l'habitat			
- Prise de médicament à risque +++ iatrogène				- Energétique			
- Difficultés d'observance				Incapacité / activité élémentaire de la vie quotidienne			
- Capacité du patient à gérer son traitement				- Toilette			
Problèmes de mobilité				- Locomotion à la maison			
- Risque très important de chute				- Prise des repas			
- Antécédent de chutes multiples				- Troubles nutritionnels, alimentation inadaptée			
- Phobie post-chute				- Difficulté à l'usage du téléphone			
- Difficultés de mobilité à domicile				- Difficultés à la prise des médicaments			
Problème d'isolement				- Difficultés d'acceptation des aides et soins			
- Présence d'un aidant fiable				- Risque de maltraitance			
- Isolement ressenti				Troubles de l'humeur			
- Isolement culturel (ennui, dépression 2°)							

Réseau de Santé le Mans Ouest

Expérimentation Article 51

Date de création de la fiche
Nom du Médecin traitant référent
Nom de l'infirmier(e) référent(e)



- ☐ Première inscription dans le suivi à domicile
- ☐ Renouvellement de l'inscription dans le suivi à domicile Visite
- ☐ Visite initiale médecin traitant / infirmier(e) à domicile
- ☐ Visite médecin traitant programmée
- ☐ Visite médecin traitant non programmée
- ☐ Visite infirmier(e) programmée
- ☐ Visite infirmier(e) non programmée



Identité du patient

Nom :

Date de naissance :

Téléphone :

Prénom :

Sexe

:

M / F

Adresse :

Personnes ressources / Aidants :

Relevé des constantes

Tension : _____ mmHg Pouls : _____ puls/min Sat : _____ %O2 T : _____ °C

FR : _____ resp/min Poids : _____ kgs Douleur : (EVA) _____

Traitements en cours :

Eléments relevés lors de la visite :

	Remarques et précisions apportées
Elimination	
Etat Cutané	
Etat Psychologique	
Gêne Respiratoire	
Alimentation	
Sommeil	
Evènement de vie / entourage	

Eviter les dangers	
Œdèmes	
Observance du Traitement	
Allergies	
Effets iatrogènes	
Vaccins	
Derniers bilans sanguins	
Asthénie	
Antécédents	

Remarques :

- ☐ Demande de déplacement du médecin hors parcours
- ☐ Inclusion de la fiche dans le logiciel de partages Acteur Santé
- ☐ Transmission de la fiche au coordinateur du RSMO (rsmo@gmail.com)



Annexe 4



Réseau de Santé le Mans Ouest

Expérimentation Article 51

Fiche d'évaluation de l'expérimentation Article 51 : Suivi à domicile conjoint des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmier(e).



Cette fiche a pour objectif d'apporter à notre action, des temps de recueil d'informations auprès des patients mais aussi des professionnels impliqués dans la démarche de l'expérimentation innovante.

Deux fiches d'évaluations sont mises en place pour que chacune des deux parties puissent donner un retour d'expérience.

Vous trouverez ci-dessous des questions visant à vous donner la possibilité de vous exprimer pour nous aider à améliorer, modifier, enrichir la qualité du processus de suivi à domicile.

Merci d'y apporter la plus grande attention pour contribuer à l'avancée dans la qualité que nous souhaitons apporter à nos patients.

A destination des médecins traitants :

- Avez-vous le sentiment d'avoir diminué votre fréquence de visite à domicile auprès des patients ciblés par cette expérimentation (plus de 80 ans et/ou invalides) ?

Beaucoup plus de visites	Plus de visites qu'avant	Autant qu'auparavant	Moins de visites qu'avant	Beaucoup moins de visites

Commentaires :

- Etes vous satisfaits par ce nouveau mode de prise en charge des patients ciblés ?

Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Très satisfait

Commentaires :

- Avez-vous le sentiment d'avoir une meilleure ou moins bonne prise en charge médicale de vos patients ciblés ?

Plutôt mauvaise	Pas suffisante	Autant qu'auparavant	Meilleure qu'auparavant

Commentaires :

A destination des infirmier(e)s à domicile :

- Etes-vous satisfaits par ce nouveau mode de prise en charge des patients cibles ?

Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Très satisfait

Commentaires :

- Avez-vous le sentiment d'avoir une meilleure qualité dans la relation MG / IDEL / Patients cibles ?

Pas du tout	Peu améliorée	Identique	Plutôt améliorée	De qualité

Commentaires :

- Avez-vous la sensation d'avoir une surcharge de votre activité par la mise en place de cette expérimentation ?
(Visites/coordination/échanges)

Beaucoup moins	Un peu moins	Identique	Un peu plus	Beaucoup plus

Commentaires :

Avez-vous des commentaires à apporter :

Annexe 5



Réseau de Santé le Mans Ouest

Expérimentation Article 51

Fiche d'évaluation de l'expérimentation Article 51 : Suivi à domicile conjoint des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmier(e)s.



Nom _____ Prénom _____

Cette fiche a pour objectif d'apporter à notre action, des temps de recueil d'informations auprès des patients mais aussi des professionnels impliqués dans la démarche de l'expérimentation innovante.

Deux fiches d'évaluations sont mises en place pour que chacune des deux parties puissent donner un retour d'expérience.

Vous trouverez ci-dessous des questions visant à vous donner la possibilité de vous exprimer pour nous aider à améliorer, modifier, enrichir la qualité du processus de suivi à domicile.

Merci d'y apporter la plus grande attention pour contribuer à l'avancée dans la qualité que nous souhaitons apporter à nos patients.

- Avez-vous le sentiment d'avoir une meilleure qualité dans votre parcours de soins à domicile ?

Plutôt mauvaise	Moins bonne	Identique	Meilleure	Très bonne

Commentaires :

- Etes-vous satisfaits par ce nouveau mode de prise en charge à domicile ?

Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Très satisfait

Commentaires :

- Souhaiteriez-vous poursuivre dans cette expérimentation ?

Oui	Non

Commentaires :

- Avez-vous des remarques, des commentaires à apporter ?

Recueil du consentement du patient

Patient(e) concerné(e)
 Domicilié(e) à :
 Date du recueil :



Engagement du RSMO (Réseau de Santé Le Mans Ouest)

La maison de santé multi site RSMO propose une prise en charge globale, coordonnée et personnalisée de la personne citée ci-dessus, en accord et avec la collaboration de son médecin traitant.
 Pour ce faire, le médecin référent et l'infirmier(e) proposent une visite initiale directement au domicile du patient. Cette consultation n'occasionnera pas de frais pour le bénéficiaire de la prestation.
 Un bilan de cette visite permettra de déterminer un plan de suivi médical sur cinq ans, adapté aux besoins spécifiques du patient sur le plan médical. Après cette première visite, c'est l'infirmier(e) du patient qui assure le suivi mensuel à domicile, selon les modalités précisées dans le plan de soins. La mise en œuvre de ce plan sera assurée par l'équipe de la maison de santé en lien avec tous les acteurs investis dans la prise en charge (professionnels et aidants).
 L'équipe du RSMO s'engage à intervenir dans le respect du libre choix du patient. Elle assure par ailleurs le respect de la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales le concernant.

Engagements et droits du patient

Pour permettre une prise en charge optimale, le patient ou son représentant (représentant légal ou personne de confiance) s'engage à porter à connaissance du RSMO :

- Les résultats d'examen ou actes médicaux effectués par des professionnels de santé exerçant en dehors de la maison de santé
- Toute information permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire ou sociale.

Le patient a la possibilité de consulter les informations contenues dans le dossier personnel constitué par le réseau. Il peut en solliciter la communication par courrier adressé au réseau RSMO. Il conserve par ailleurs le libre choix des professionnels intervenants auprès de lui.

Par la signature ci-dessous, le patient ou son représentant :

- Reconnait avoir reçu une information complète sur le plan de santé qui lui a été proposé, ses modalités de fonctionnement,
- Accepte le principe d'une prise en charge globalisée et l'intervention au domicile de l'équipe du RSMO,
- Accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans sa prise en charge, dans le respect des règles déontologiques et de la confidentialité propres à chacun,
- Garde la liberté de quitter le protocole à tout moment.

Signature du patient ou de son représentant légal

Signature du médecin traitant et de l'infirmier

Annexe 7

NOM, Prénom :

Né(e) le :

Médecin traitant référent :

Personne(s) à prévenir :

Service d'Aides à Domicile :

Infirmier(e) référent(e) :

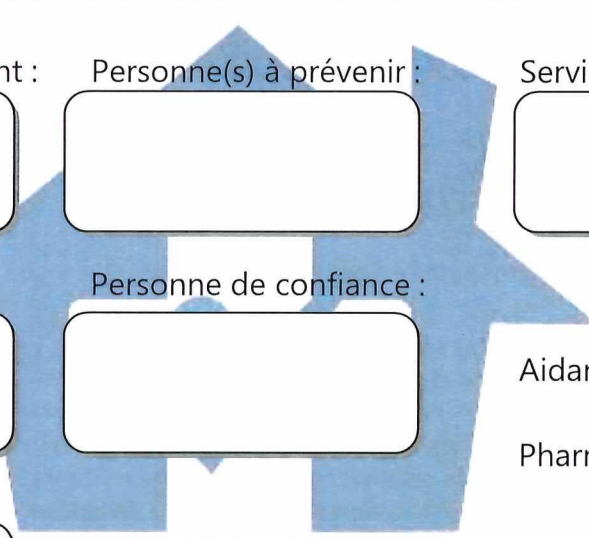
Personne de confiance :

SSIAD :

Aidant / Tuteur :

Pharmacie :

Autre :



RSMO
Réseau de Santé le Mans Ouest

Services d'urgence : 15
Pompiers : 18

Début de prise en charge :

En cas de problème de santé imprévu, contacter immédiatement votre médecin traitant



NOM, Prénom :

Né(e) le :

Médecin traitant référent :

Personne(s) à prévenir :

Service d'Aides à Domicile :

Infirmier(e) référent(e) :

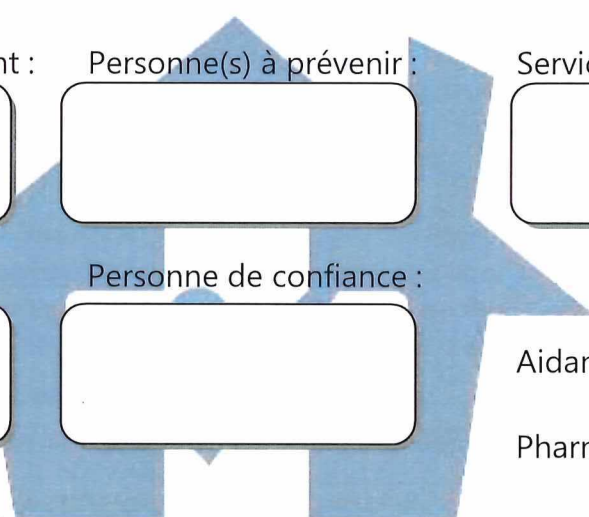
Personne de confiance :

SSIAD :

Aidant / Tuteur :

Pharmacie :

Autre :



RSMO
Réseau de Santé le Mans Ouest

Services d'urgence : 15
Pompiers : 18

Début de prise en charge :

En cas de problème de santé imprévu, contacter immédiatement votre médecin traitant