

Méthodologie d'élaboration des Parcours

Préalables

Les parcours de soins/santé doivent être CENTRES PATIENT, ou problème, et pas maladie

(Comorbidités, situations complexes rencontrées en soins primaires,

Choisir une grande thématique pour modéliser un parcours type ou générique

Les parcours doivent être GRADUES et de préférence associer le Sanitaire ET le Medico social/social

- 1^{ère} ligne : Soins de santé primaires /proximité
- 2^{ème} ligne par exemple soins spécialisés ambulatoires
- 3^{ème} ligne : établissements hospitaliers, SSR etc

Un parcours pertinent et efficace se gère en PLURIPROFESSIONNEL

Il nécessite une coordination entre les acteurs eux-mêmes, avec des modalités préétablies de communication opérationnelle et facile, intégrée aux pratiques.

Le but est de faciliter et optimiser les compétences des acteurs et donc les prises en charges

Plusieurs étapes

1. Choisir une thématique assez globale
 - Soit par classe d'âge – enfant Ados GAJA, adultes, Personnes âgées
 - Soit par grand champ pathologique
2. Lister les profils des acteurs potentiels intervenant aux différents niveaux et dans les différents champs, en essayant des les classer 1/2/3 -ème ligne
3. Constituer un premier groupe de travail et le réunir
 - Animé par un binôme d'au moins 2 professions différentes
 - Comportant les PS libéraux les plus concernés , et partenaires les plus impactés
4. Définir quelques situations types rencontrées, posant des problématiques de parcours différentes
 - soins exclusivement en ambulatoires
 - soins demandant un recours, par exemple un avis spécialisé
 - soins nécessitant un recours hospitaliers : consultation/ HDJ/ Hospi courte/ Hospi conventionnelle/ urgences
 - articulations entre PS et autres professionnels (ex activité physique, médicosocial associatif etc)
5. Définir les éléments de repérages, et les critères minimum de recours plus spécialisé
Rédiger un ou plusieurs protocoles, ou logigrammes
6. A partir de l'ensemble des acteurs identifiés, constituer « un carnet d'adresses » présenté de manière opérationnelle appropriable, utilisable et diffusable
7. Définir les outils et supports permettant le travail ensemble, le suivi du patient, et la transmission d'informations
Chaque outil a un objectif et une utilisation précise LE PLUS SIMPLE SERA LE PLUS OPERATIONNEL
 - Échanges ponctuels entre professionnels : téléphone, Whatsap ou équivalent sécurisé, mails
 - Échanges à plusieurs, sur un patient (doc papier et/ou informatisable)
 - Informations concernant le patients CR , résultats :
 - Mon espace Santé/ DMP/
 - RCP
8. Mettre en place le cas échéant des ressources sur le territoire permettant du support : IPA, IDEC
9. Diffuser les travaux auprès des professionnels, via réunions et/ ou outils de communication de la CPTS (NWL, flyer, site...

L'enjeu sera l'appropriation par le plus grand nombre. L'étape d'après sera l'application du parcours.

Outils de coordination des parcours

- Parcours multiples en fonction des profils de patients (âge / pathologies)
- Qui impliquent des acteurs du soins primaires en ambulatoire et des recours hospitaliers / spécialisés
- Et des prises en charges au long cours

Quels outils pour coordonner la prise en charge des patients ?

- Besoins
- Echanger et partager de manière sécurisée des documents ou données patients entre professionnels (médecin traitant, pharmacien, IDE, psychiatre, psychologue) de ville ou ville-hôpital
- Faciliter l'accès aux ressources du territoire en fonction des parcours : adressage, annuaire professionnel par type de soins
-
- Spécificités des outils
- Adaptables pour tous les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement : ambulatoires, hospitaliers, médico-sociaux ou sociaux
- Sécurisés pour échanger des données de santé
- Partagés et protocolisés pour simplifier les parcours
- Simples et ergonomiques (création rapide des patients, adressage en deux clics, messagerie connectée à mssante ou accessible facilement)
-
- Outils
- Messagerie sécurisée pour échanger les documents ou données de santé d'un patient au sein d'un cercle de soin (courrier d'adressage, compte-rendu d'hospitalisation, projet de soins, traitements, éléments du dossier patient...) en fonction des profils de professionnels
- Messagerie instantanée sécurisée type chat / whatsapp pour partager une information rapidement
- Annuaire des ressources (papier ou dématérialisé)
- Espace documentaire numérique ou classeur pour partager les protocoles, formulaires...
- Solution numérique e parcours pour communiquer au sein du cercle de soins et orienter rapidement
- Solutions de télémédecine (téléexpertise, télésoins, téléconsultations) en fonction des besoins du territoire
- Outil de visio conférence (RCP, staffs...)
-
- Les solutions développées par les GCS mandatés par les ARS peuvent répondre aux besoins identifiés avec la nécessité de les personnaliser / adapter en fonction du contexte local (Mon Sisra, Globule...).