



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

ATELIER 3

PARCOURS DE SOINS EN CPTS :

« DO IT YOURSELF »

Dr Damien Amouyel, ROC régional médical HDF et local à l'ELSM de Lille-Douai

Louise Moclyn, ROC régional administratif HDF

Dr Mehdi El Mouafek, ROC médical local à l'ELSM de Lille-Douai et du Hainaut par intérim.

4^{ème} Journée Régionale des CPTS - 30/05/2024

01

GÉNÉRALITÉS

DEFINITION

Un parcours est le juste enchainement

- d'une combinaison de soins
- pour un patient sur une pathologie ou une situation médicale complexe
- dispensée au bon moment
- par les bons professionnels
- dans un environnement adapté
- dont la qualité est fondée sur des données probantes et des référentiels de bonnes pratiques.

ENJEUX

Les enjeux d'un parcours de soins sont :

- ✓ de structurer les différentes étapes d'une pathologie ou d'une situation médicale complexe du repérage jusqu'à la prise en charge et d'anticiper les moments charnières où il y a un risque de rupture ou d'absence de soins
- ✓ de formaliser des actions cohérentes et graduées pour fluidifier la prise en charge du patient dans sa globalité
- ✓ d'améliorer la coopération et la coordination entre les professionnels de santé en considérant les spécificités du territoire.

OBJECTIFS

Le parcours doit permettre :

- ✓ d'optimiser le repérage et le diagnostic le plus précoce d'une pathologie ou d'une situation médicale complexe
- ✓ d'améliorer la prise en soins et le traitement optimal du patient
- ✓ de favoriser le lien ville hôpital et d'accompagner les entrées et les sorties d'hospitalisation
- ✓ d'organiser le suivi en ville pour éviter, ralentir et repérer les complications

LE PARCOURS : UNE ROUTE SUR LAQUELLE LE PATIENT CHEMINE



- Le parcours idéal est établi par les sociétés savantes, les autorités de santé et les recommandations
- Chaque segment de route peut représenter un point de rupture dans le parcours du patient
- Pour éviter les sorties de routes, il est nécessaire de consolider les points de ruptures et de fluidifier le trafic des patients sur le parcours

02

MÉTHODOLOGIE

COMMENT ÉLABORER UN PARCOURS ?

DIAGNOSTIC TERRITORIAL

- Identification d'une problématique spécifique à notre territoire en rapport avec une prise en charge pluri professionnelle coordonnée.

GROUPE DE TRAVAIL

- Pluri-professionnel avec un professionnel de santé référent
- Confronter les recommandations de bonnes pratiques avec la prise en charge actuelle sur le territoire.

IDENTIFICATION DES POINTS DE RUPTURE

- Quelles sont les situations qui peuvent être améliorées et sur lesquelles il est possible d'agir ?

OBJECTIFS

- Déterminer les objectifs en fonction des points de rupture et des axes d'amélioration identifiés dans les différents segments de route.

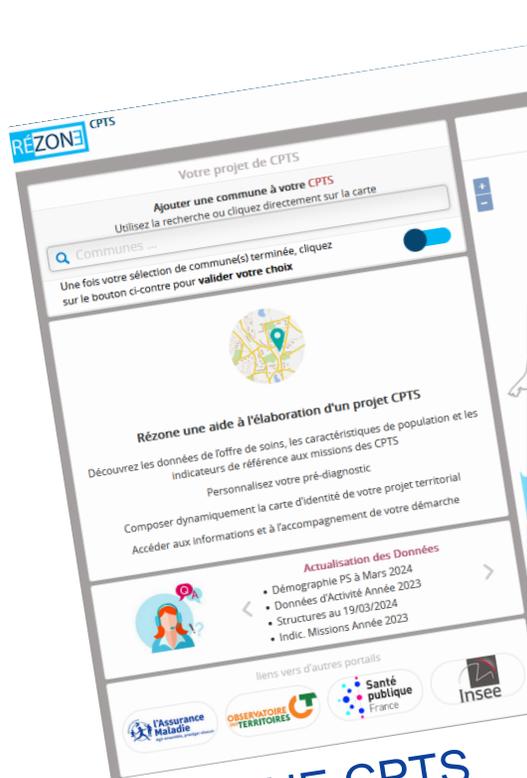
PLAN D' ACTIONS

- Quelles sont les actions à mettre en place pour répondre à ces points de rupture ? Quoi, qui, quand, comment... Faire un rétroplanning

MISE EN OEUVRE

- Le déclenchement concret des actions
- Le suivi pour évaluer la pertinence et l'impact de ces actions

DIAGNOSTIC TERRITORIAL



REZONE CPTS

Votre projet de CPTS

Ajouter une commune à votre CPTS

Utilisez la recherche ou cliquez directement sur la carte

Communes ...

Une fois votre sélection de communes terminée, cliquez sur le bouton ci-contre pour valider votre choix

Rézone une aide à l'élaboration d'un projet CPTS

Découvrez les données de l'offre de soins, les caractéristiques de population et les indicateurs de référence aux missions des CPTS

Personnalisez votre pré-diagnostic

Composer dynamiquement la carte d'identité de votre projet territorial

Accéder aux informations et à l'accompagnement de votre démarche

Actualisation des Données

- Démographie PS à Mars 2024
- Données d'Activité Année 2023
- Structures au 19/03/2024
- Indic. Missions Année 2023

liens vers d'autres portails

Assurance Maladie OBSERVATOIRE TERRITOIRES Santé publique France Insee

REZONE CPTS



Carte POUR ALLER PLUS LOIN

atlaSanté c@rto Santé Où s'installer en libéral en 1 clic!

ars

Vous êtes

- Médecins généralistes
- Infirmier-e-s
- Optomologues
- Masso-kinésithérapeutes
- Chirurgiens-dentistes
- Orthopédistes

INDICATEURS RAPPORTS DONNÉES EXTERNES À PROPOS...

l'Assurance Maladie Data ameli

Bienvenue sur

Data pathologies

L'Assurance Maladie met à disposition du grand public un ensemble de données sur une cinquantaine de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins : diabète, syndrome coronaire aigu, insuffisance cardiaque, AVC aigu, cancer du sein, cancer du poumon, maladie de Parkinson, épilepsie, mucoviscidose, traitements anxiolytiques, maternité, etc. Quels sont les effectifs de patients pris en charge pour ces différentes pathologies ? Comment évolue la prévalence ? Comment l'effectif est-il réparti sur le territoire français ? Quelles sont les dépenses remboursées affectées à chacune des pathologies identifiées ?

Accueil VUE D'ENSEMBLE PATHOLOGIES TERRITOIRES MÉTHODE DONNÉES COMPLÈTES

ÉTAT DES LIEUX

Groupes de pathologies

Les groupes de pathologies identifiés désignent un ensemble de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins. Quels sont la prévalence et l'effectif de patients pris en charge pour chacun de ces groupes ?

Data Pathologies



atlaSanté c@rto Santé Où s'installer en libéral en 1 clic!

ars

Vous êtes

- Médecins généralistes
- Infirmier-e-s
- Optomologues
- Masso-kinésithérapeutes
- Chirurgiens-dentistes
- Orthopédistes

INDICATEURS RAPPORTS DONNÉES EXTERNES À PROPOS...

Cartographier vos propres données

Intégrez vos propres données en réalisant un copier/coller et visualisez le résultat immédiatement sur la carte.

diagnostics et formations à venir.

graphiques allant de la commune à la région.

CARTOSANTE

CARTOSANTE

GROUPE DE TRAVAIL

- Les référentiels et recommandations scientifiques (HAS, Sociétés savantes)
- L'état des lieux actuel sur le territoire
- L'identification des ressources existantes

Suivi minimal de l'insuffisance cardiaque systolique

	Stade I NYHA	Stade II NYHA	Stade III NYHA
Fréquence des consultations en cas d'ICS stable	<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin traitant : au moins 2 fois/an ● Cardiologue : 1 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin traitant : au moins 4 fois/an ● Cardiologue : 2 fois/an ● Visite de contrôle technique du matériel, si dispositif de resynchronisation : 2-4 fois/an 	<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin traitant : 4-12 fois/an ● Cardiologue : 4-12 fois/an ● Visite de contrôle technique du matériel, si dispositif de resynchronisation +/- DAI : 2-4 fois/an
	<ul style="list-style-type: none"> ● Infirmière, autres professionnels : selon besoins dus à état clinique, changements de comportement, etc. 		
Évaluation clinique	<ul style="list-style-type: none"> ● Activités de la vie quotidienne ● Symptômes notamment dyspnée, fatigue, palpitations ● Rythme cardiaque, PA, signes de rétention hydrosodée, mesure du poids ● Observance médicamenteuse ● Présence de complications 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Mode de vie adapté ● Activité physique 	Respect des règles hygiéno-diététiques (sel, apports hydriques) Activité physique	
	<ul style="list-style-type: none"> ● État nutritionnel, anxiété, dépression 		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluation de l'indication d'une resynchronisation, surveillance des dispositifs 		
Examens biologiques à réaliser et fréquence	Surveillance adaptée selon l'évolution clinique	<ul style="list-style-type: none"> ● Surveillance adaptée selon l'évolution clinique et en fonction des modifications de traitement, de coup de chaleur, de déshydratation ● Au minimum 2 fois/an et lors de toute modification de traitement : natrémie, kaliémie, créatinémie, urée ● Si AVK : INR au moins une fois par mois ● Dosage BNP ou NT-proBNP¹ si suspicion de décompensation 	
Examens complémentaires à réaliser et fréquence	<ul style="list-style-type: none"> ● ECG (consultation de cardiologie) ● Échocardiogramme si symptômes 	<ul style="list-style-type: none"> ● ECG à chaque consultation de cardiologie ● Échocardiogramme tous les 1-2 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ● ECG à chaque consultation de cardiologie ● Échocardiogramme en cas d'aggravation
	D'autres examens peuvent être nécessaires selon le contexte et l'état clinique du patient (holter, radio thoracique...)		
Consultations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ● Événement intercurrent : décompensation, complication, épisode infectieux ● Détérioration de l'état clinique ● Consultation de pneumologie, gériatrie, néphrologie, endocrinologie si besoin 		
Au décours d'une hospitalisation pour décompensation	<ul style="list-style-type: none"> ● Consultation par le médecin traitant dans la semaine après la sortie d'hospitalisation ● Consultation de contrôle par le cardiologue : 1 semaine à 2 mois après la sortie ● Si état de base non atteint : consultations supplémentaires selon l'évolution 		

Parcours du patient insuffisant cardiaque

Communication entre les différents intervenants

Accompagnement thérapeutique et prise en charge multidisciplinaire
médecin généraliste, cardiologue, IFA, IDE, pharmacien, gériatre, kiné,
assistante sociale/professionnel du champ médico social, aidants
familiaux

Equipe multidisciplinaire coordonnée en HDU, en MSP, en équipe de
proximité (CDS ESP) ou en CPTS
Equipe de soins palliatifs

Elaboration d'un Plan Personnalisé de Soins

Coordination interprofessionnelle



Médecin
généraliste

Sortie d'hospitalisation ou
de consultation de
cardiologie

Retour à domicile/SSR

SSR : Chez les patients
restant actifs, les critères
d'âge ou de type d'IC
(FEVG altérée ou
préservée) ne doivent pas
constituer une limite à
l'adressage



Dispositifs organisationnels
existants :

PRADO, protocole de
coopération, HDU,
télésurveillance, structure de
maintien à domicile...etc.

Réadaptation cardiaque

Kiné, MPR, médecin de SSR

Suivi médical dans les 14 jours suivants la
sortie d'hospitalisation

Information des différents intervenants
après accord du patient

Demande ALD

Titration du traitement

Adaptation du traitement par palier par le
médecin traitant en concertation avec le
cardiologue

Plan de titration adressé au médecin traitant
dans les 7 jours qui suivent le diagnostic ou la
sortie d'hospitalisation.

Dépistage et PEC de la dénutrition, de la
carence martiale, des troubles cognitifs
Vaccination antigrippale et
antipneumococcique
Evaluation gériatrique si besoin

Adaptation de la stratégie thérapeutique

En cas d'aggravation ou de non réponse au
traitement, hospitalisation ou avis spécialisé
pour discuter des options thérapeutiques
invasives ou interventionnelles

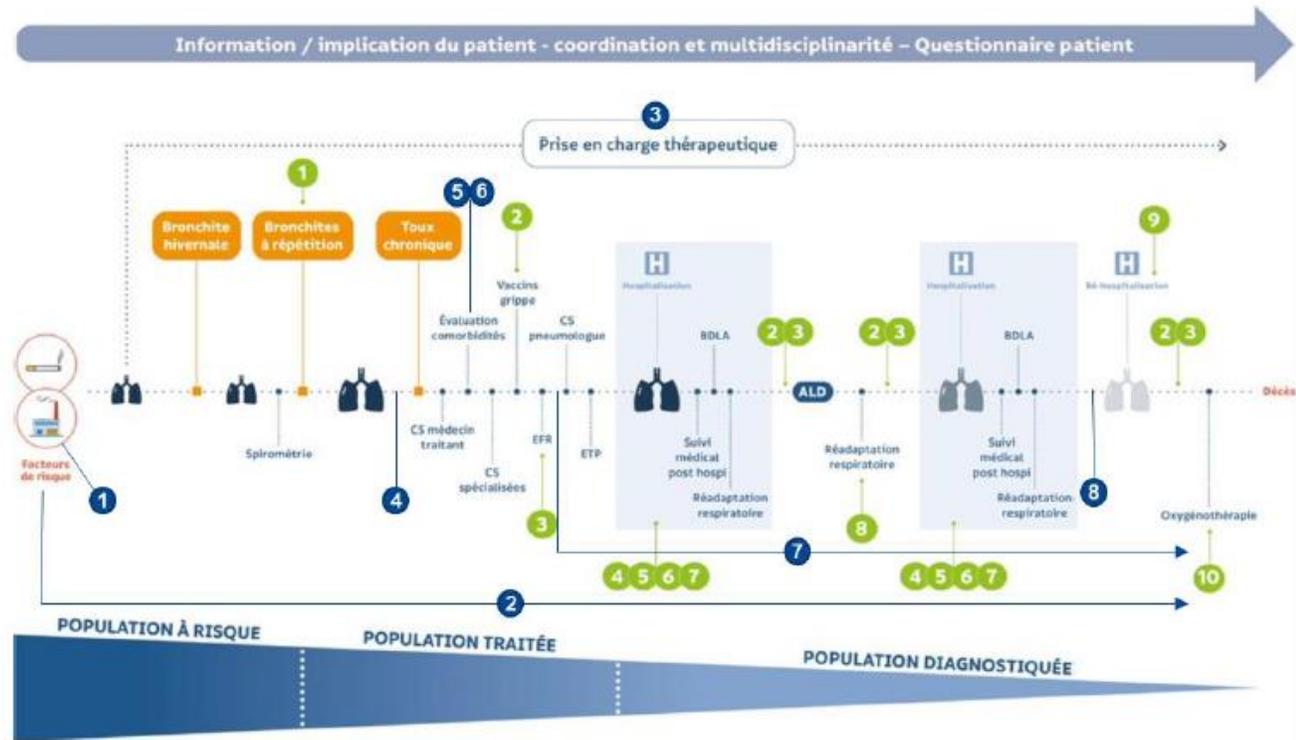
Soins palliatifs

Prise en charge personnalisée pour les
patients avec IC à risque élevé et IC
réfractaire à la demande du médecin traitant

POINTS FORTS

- 1) Transitions entre la ville et l'hôpital optimisées :
 - Accès rapide en cas de décompensation à un cardiologue (ville ou à l'hôpital)
 - Unité d'urgence de l'insuffisance cardiaque
- 2) Transmission des informations hôpital-ville améliorée :
 - Compte Rendu d'hospitalisation transmis au médecin traitant et cardiologue de ville dans les 7 jours, lettre de sortie pour le patient à remettre au MS
 - Plan de titration du traitement transmis dans un délai de 7 jours au médecin traitant et au cardiologue de ville
- 3) Prise en charge sociale et médico-sociale

Schéma 2 : Parcours des patients à risque ou atteints de BPCO, points présentant un enjeu de qualité et de sécurité des soins et indicateurs de qualité retenus



Indicateurs à recueillir à partir du dossier du patient

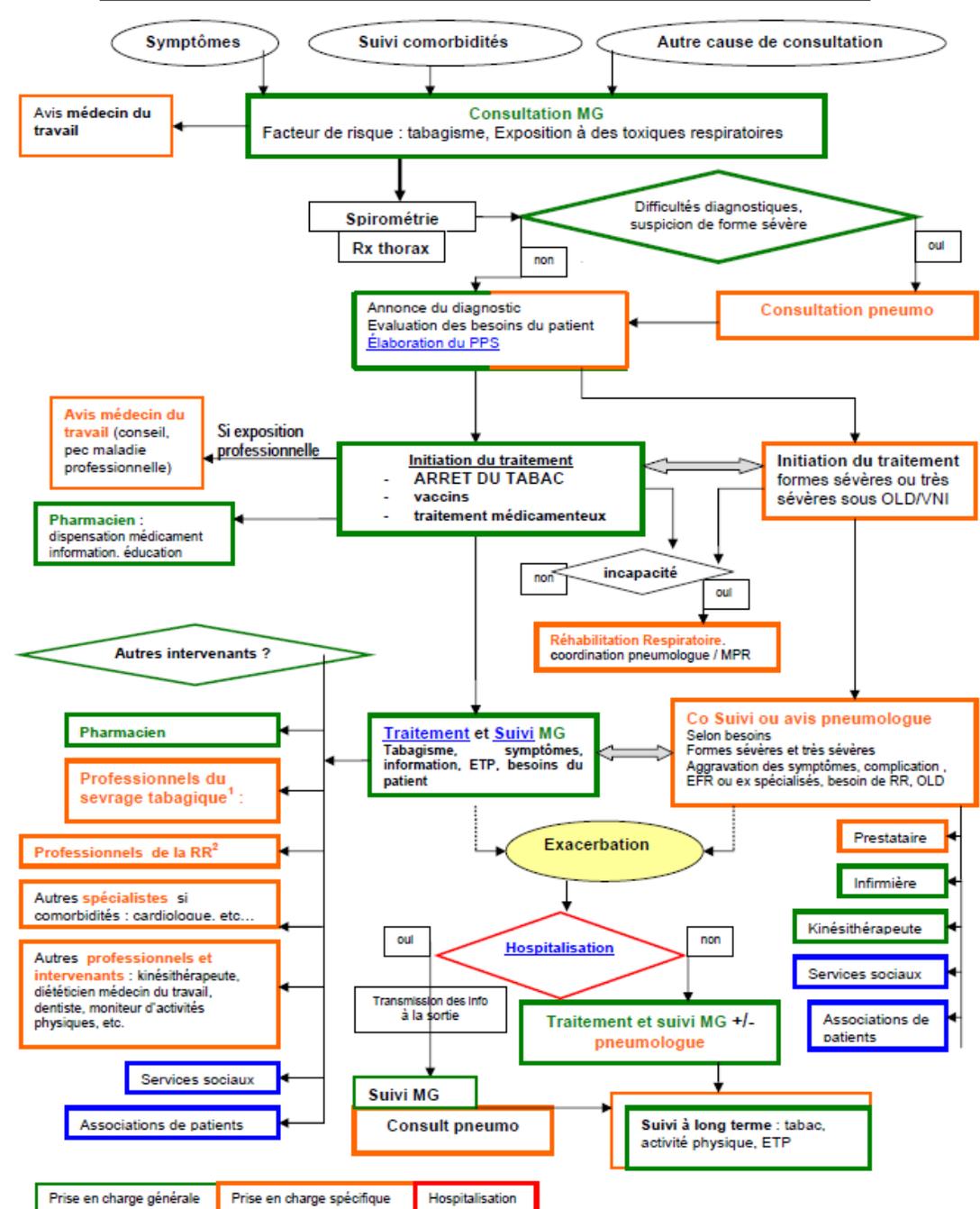
Bulles bleues

1. Dépistage de la BPCO chez les patients à risque
2. Aide au sevrage tabagique
3. Prescription isolée de cortico stéroïdes inhalés
4. Suivi en ville des exacerbations de BPCO
5. Suivi médical des patients atteints de BPCO
6. Recherche des comorbidités
7. Réadaptation respiratoire des patients présentant une gêne respiratoire ou un handicap fonctionnel

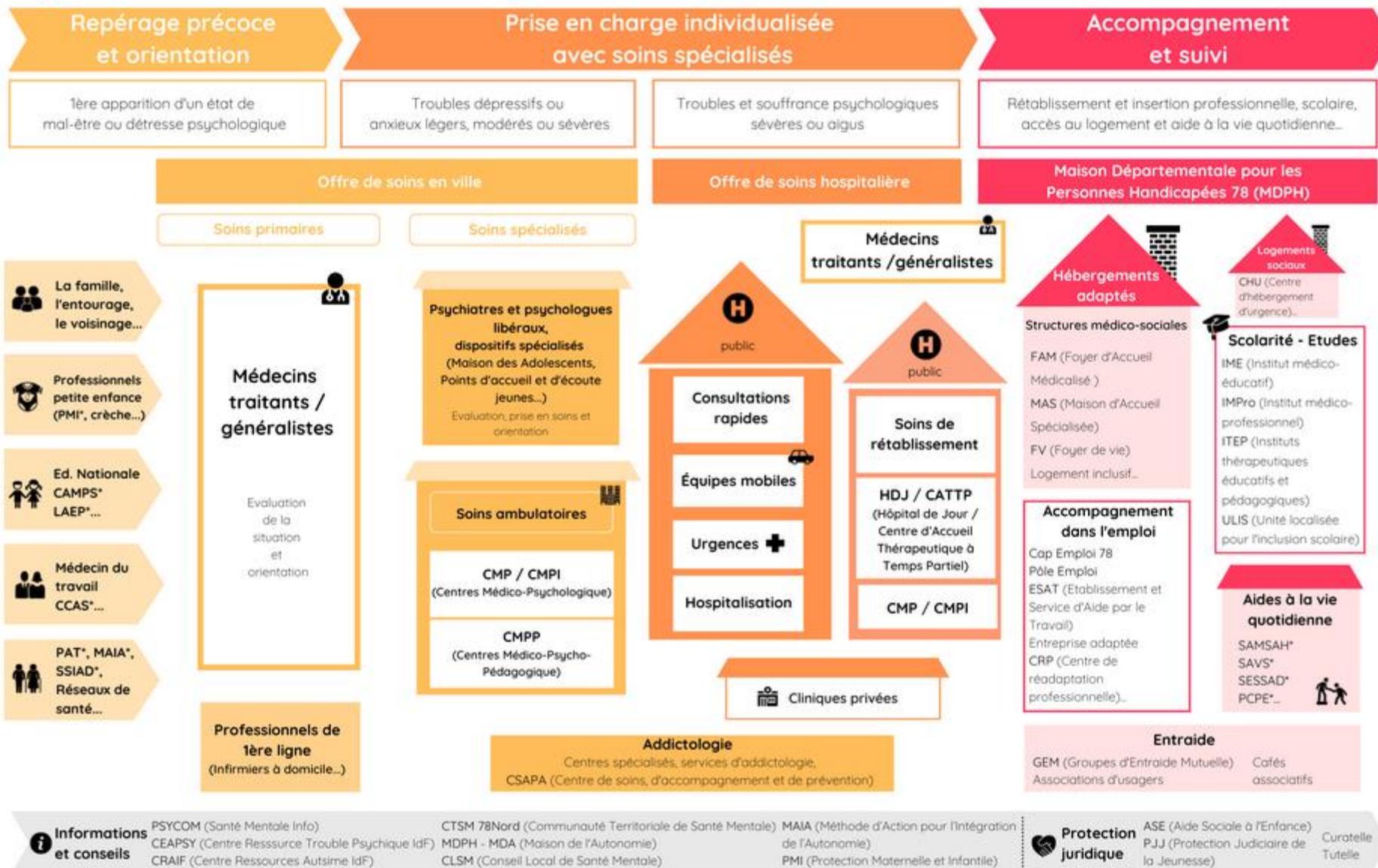
Indicateurs à recueillir à partir du SNDS

Bulles vertes

1. Diagnostic de BPCO recherché
2. Vaccin contre la grippe
3. Réalisation d'EFR ou d'une spirométrie annuelle
4. Suivi médical dans les 7 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO
5. Suivi par le pneumologue dans les 60 jours après hospitalisation pour exacerbation de BPCO



Prise en charge générale Prise en charge spécifique Hospitalisation



Informations et conseils
 PSYCOM (Santé Mentale Info)
 CEAPSY (Centre Ressource Trouble Psychique IdF)
 CRAIF (Centre Ressources Autisme IdF)
 CTSM 78Nord (Communauté Territoriale de Santé Mentale)
 MDPH - MDA (Maison de l'Autonomie)
 CLSM (Conseil Local de Santé Mentale)
 MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration de l'Autonomie)
 PMI (Protection Maternelle et Infantile)
 Protection juridique
 ASE (Aide Sociale à l'Enfance)
 PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse)
 Curatelle Tutelle

*CAMPS Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
 *CCAS Centre communal d'action sociale
 *CMP Centre médico-psychologique
 *CMPI Centre médico-psychologique infanto-juvénile
 *LAEP Lieu d'Accueil Enfant Parent
 *MAIA Méthode d'Action pour l'Intégration de l'Autonomie
 *PAT Pôle Autonomie Territorial
 *PCPE Pôles de compétences et de prestations externalisées
 *PMI Protection Maternelle et Infantile
 *SAMSAH Service d'accompagnement médico-social
 *SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
 *SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

IDENTIFICATION DES POINTS DE RUPTURE



Les constats dans la pratique quotidienne

Les outils de diagnostic territorial

OBJECTIFS



Diagnostic et évaluation initiale

Enjeux :

- Accompagner le patient dans la reconnaissance de signes et symptômes précurseurs
- Accompagner les PS dans la détection de leur patients
- Faciliter l'accès aux examens paracliniques

Hospitalisation du patient

Enjeux :

- Identifier et traiter les facteurs de décompensation et comorbidités
- Faciliter l'adressage direct des patients à l'hôpital sans passer par les urgences

Sortie d'hospitalisation du patient

Enjeux :

- Sécuriser la sortie du patient en balisant le plan de soins
- Optimiser le parcours initial en secteur ambulatoire en renforçant la coordination des acteurs
- Promouvoir le PRADO

Organisation du suivi en ville

Enjeux :

- Optimiser l'éducation thérapeutique pour responsabiliser le patient
- Sensibiliser au poids des comorbidités
- Favoriser le lien entre les acteurs de soins
- Aider à la consolidation de circuits courts de prise en charge

Optimisation du traitement médicamenteux

Enjeux :

- Éviter la déstabilisation précoce de la maladie liée au recours sub-optimal à la thérapie pharmacologique

Prise en charge non médicamenteuse du patient

Enjeux :

- Favoriser les bonnes pratiques et responsabiliser le patient
- Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient

Prévention tertiaire

Enjeux :

- Améliorer la prévention liée à la vaccination, la prévention cardio vasculaire secondaire, l'activité physique adaptée, l'éducation thérapeutique programmée, la prévention populationnelle générale, ...

PLAN D'ACTION

Diagnostic et
évaluation initiale



Objectif :

Action 1 :

Public cible :

Tâche opérationnelle 1 : Qui est le responsable ?

- Quels moyens matériels ?
- Quels moyens humains ?
- Quel est le livrable/l'attendu (procédure/outils)
- Calendrier, rétroplanning et priorité
- Indicateurs de moyens et de résultats

Tâche opérationnelle 2 :

Action 2 :

Action 3 :

Action 4 :

PLAN D'ACTION

Diagnostic et
évaluation initiale



Objectif : Mieux dépister la pathologie

Action 1 : Réaliser une campagne aller vers les patients cibles

Public : Patients avec facteur de risque

Tâche opérationnelle 1 : Faire un stand lors d'une manifestation

- Qui est le responsable ?
- Quel moyens matériels / outils ? (table, flyer, kakemono)
- Quels moyens humains ? (Médecins, IDE)
- Calendrier et priorité
- Indicateurs de moyens et de résultats

Tâche opérationnelle 2 : Faire un article dans le journal local et réseaux sociaux

Action 2 : Outiller les PS dans les cabinets / salles d'attentes

Action 3 : Améliorer l'accès à l'imagerie

Action 4 : Protocoliser les bilans paracliniques

MODÈLE FICHE ACTION

Plan d'action de la CPTS ABCDE : 

PARCOURS IC

Action : 1 

Public cible 

Tâche opérationnelle 1 : 

- Qui est le référent ?
- Quels moyens matériels ?
- Quels moyens humains ?
- Quel est le livrable/l'attendu (procédure/outils)
- Calendrier, rétroplanning et priorité
- Indicateurs de moyens et de résultats

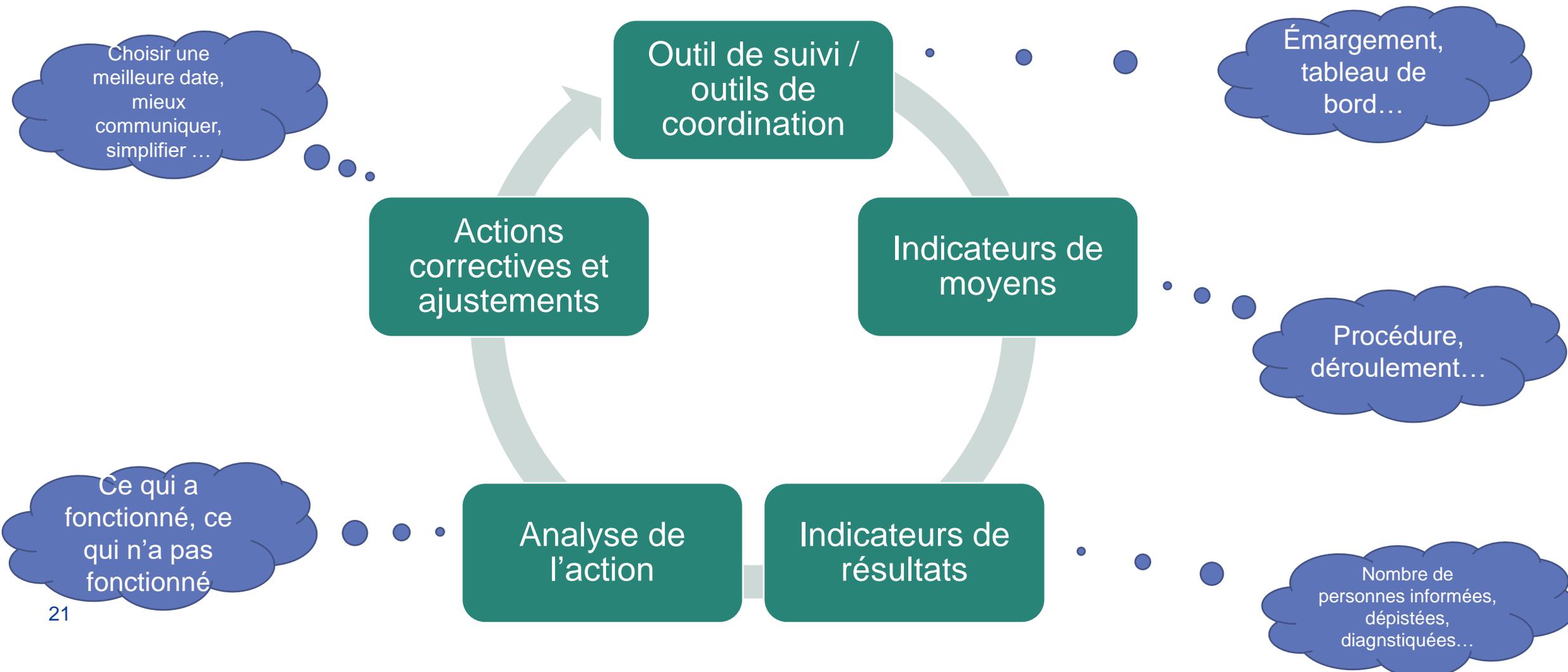
Tâche opérationnelle 2 :

[...]



Document
Microsoft Word

MISE EN ŒUVRE ET SUIVI



S

Spécifique

Vos objectifs SMART doivent être **clairement définis**. Sans ça, vos actions seront insuffisantes ou excessives.

M

Mesurable

L'objectif doit être **quantifiable** afin de savoir si vous avez atteint vos objectifs ou non ou si vous les avez dépassé.

A

Atteignable

Définissez des objectifs que vous êtes sûr de pouvoir atteindre. Vous devez avoir les **ressources nécessaires** et vous baser sur vos propres analyses.

R

Relevant
(Pertinent)

Pas la peine de faire des objectifs dans le vent. Ils doivent pouvoir apporter une **valeur ajoutée** à votre entreprise, être **rentable et pertinent**.

T

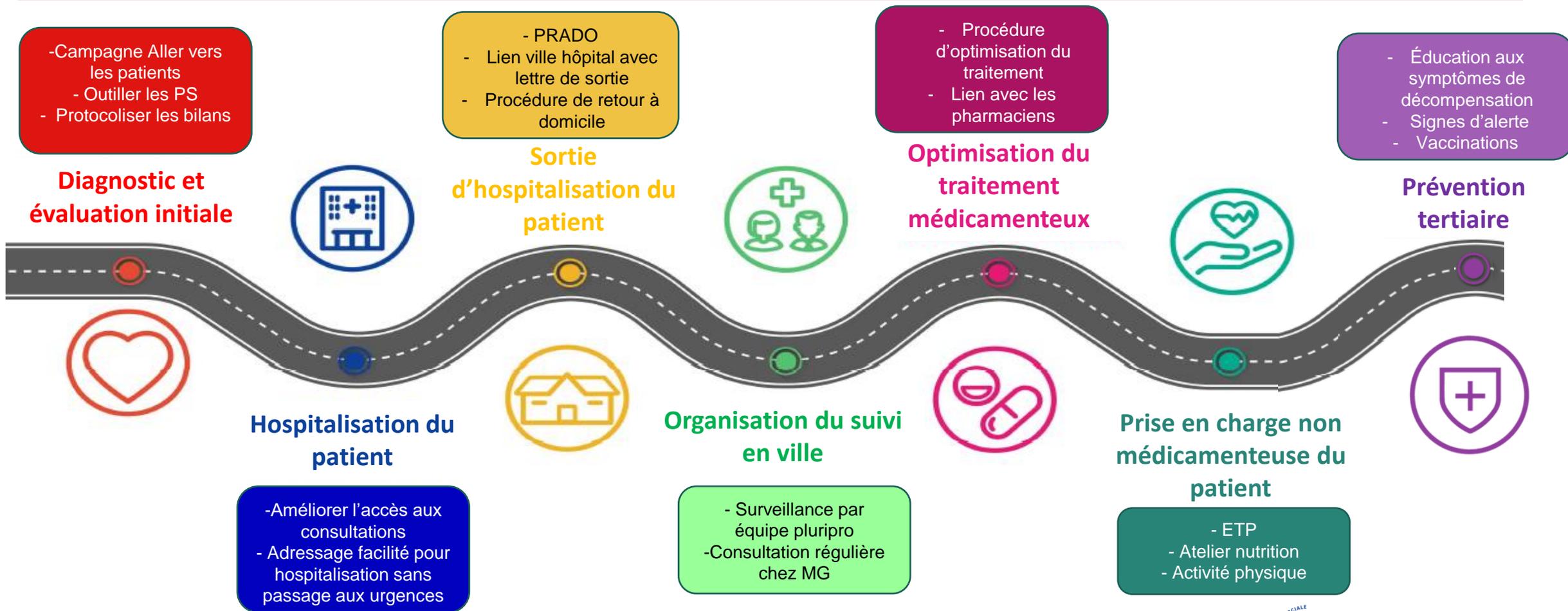
Temporellement

Fixer un délai à un objectif permet des **progrès plus cohérents et significatifs**. Cela évite la procrastination.

A VOUS DE JOUER



SYNTHESE GLOBALE DU PARCOURS



QUESTIONS, ECHANGES, NUAGE DE MOTS

Comment participer ?



1

Allez sur wooclap.com

2

Entrez le code d'événement dans le bandeau supérieur

Code d'événement

SKGAAU



Merci pour votre participation

Laissez nous votre retour sur l'atelier
via le questionnaire en ligne