6° édition

"LE SRA'llenge"

Partageons nos expériences !!

Mardi 4 mars 2025

En présence de Franck GUICHET, sociologue directeur associé - EMICITE

Le challenge de la SRA OCCITANIE

La question posée par la SRA

Quelle belle expérience de coordination de parcours souhaitez-vous partager ?

7 contributions

Clinique du Souffle La Solane

Coordination d'un parcours post-réhabilitation respiratoire. L'expérimentation Art.51 Inspir'Action.

ELSAN POLYCLINIQUE GRAND SUD

Plus qu'un parcours maternité…Un véritable processus d'accompagnement pluridisciplinaire individualisé, coordonné par une sage-femme experte dédiée.

Amélioration du parcours ville hôpital par le partage d'un retour d'expérience d'une personne accompagnée

A2LFS Le Clos du Nid

SAMO : Service dédié au parcours
Dispositif fonctionnant sur une logique de plateforme visant à faciliter les parcours de vie des personnes en situation de handicap

7 contributions – 3 Lauréats

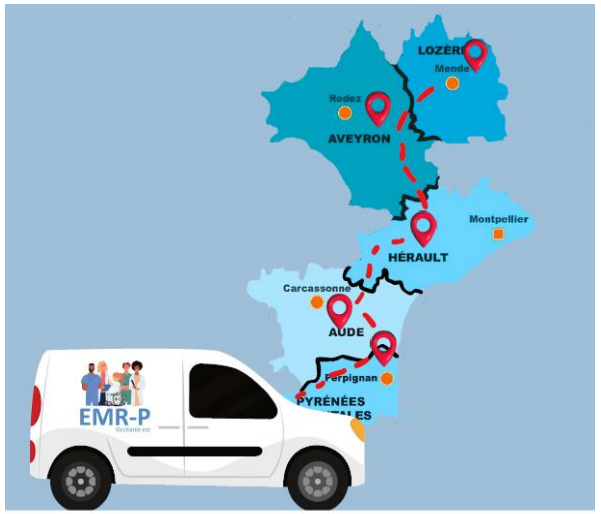
La coordination en faveur du maintien de l'autonomie d'une personne âgée

Clinique du Mas de Rochet

Parcours de soins coordonné par une EMR Pédiatrique

Parcours Complexes - Expérience de l'EqOPaC avec l'EATU - Maison des Sources

Parcours de soin coordonné par une EMR Pédiatrique



Équipe Mobile de Réadaptation Pédiatrique

EMR-P

Dispositif pluri-professionnel constitué d'un médecin de rééducation (MPR) et de paramédicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ortho-prothésistes, orthophonistes, assistantes sociales). Il est porté par l'ARS Occitanie.

ars Occitanie — Institut Saint-Pierre

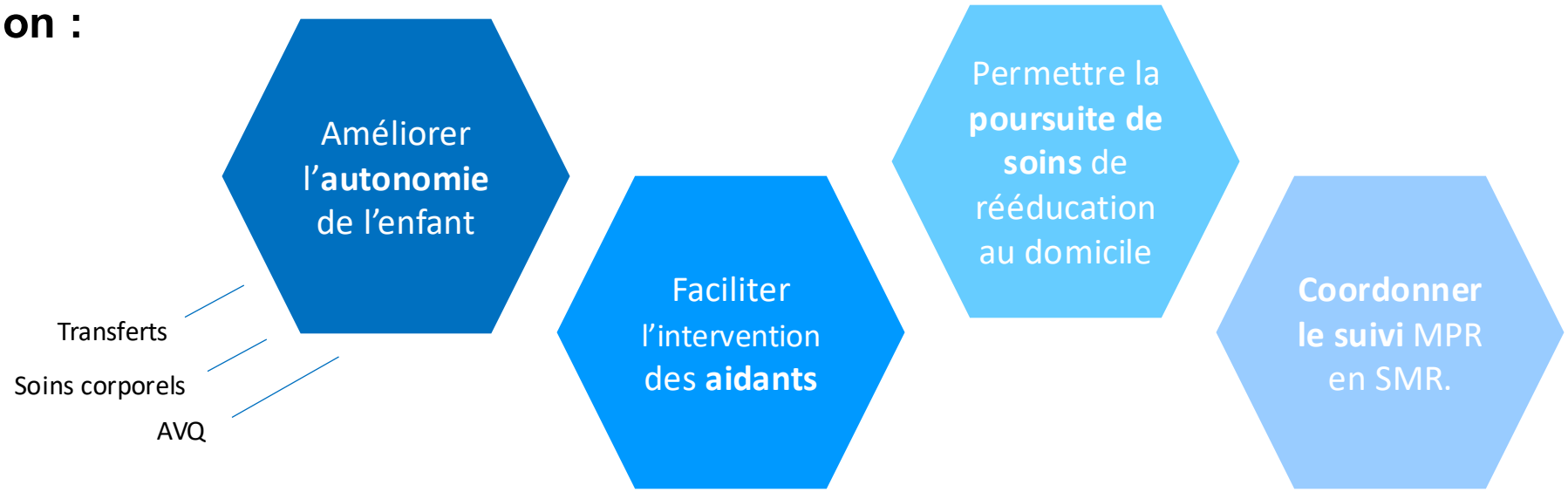
- **Dr Karine PATTE, MPR**
- **Pierre BECHET, MKDE Coordonnateur**
- **Léa DUPRE, Ergothérapeute**

Le contexte de l'action

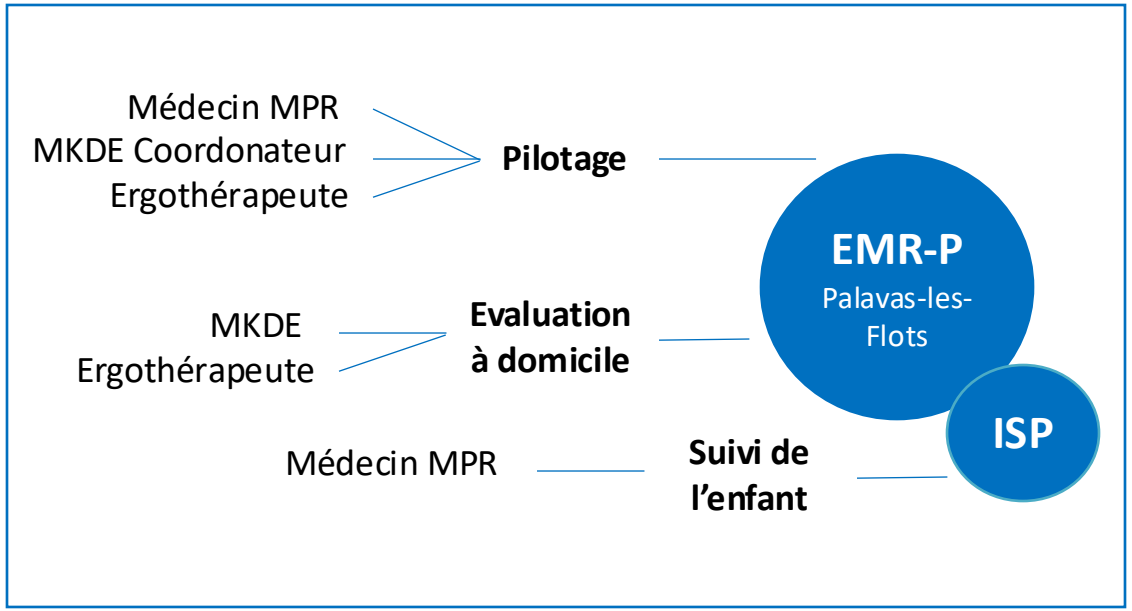
Contexte :

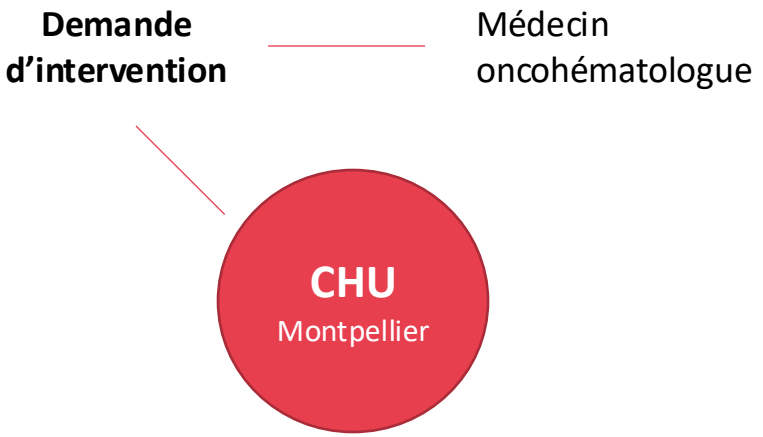
- Jeune fille de 10 ans, atteinte d'une **leucémie aigue**
  - Ne peut pas intégrer un SMR comme prévu par le dispositif trajectoire – aplasie et poursuite chimio sur CHU.
  - Nécessité d'un retour au domicile, suite à une hospitalisation longue.
  - Perte d'autonomie (Transferts, marche, soins corporels) et grande fatigabilité.
  - En surpoids
- Demande du médecin oncohématologue, **d'évaluer les besoins** humains et matériels et de **coordonner les soins pour faciliter son retour à domicile.**

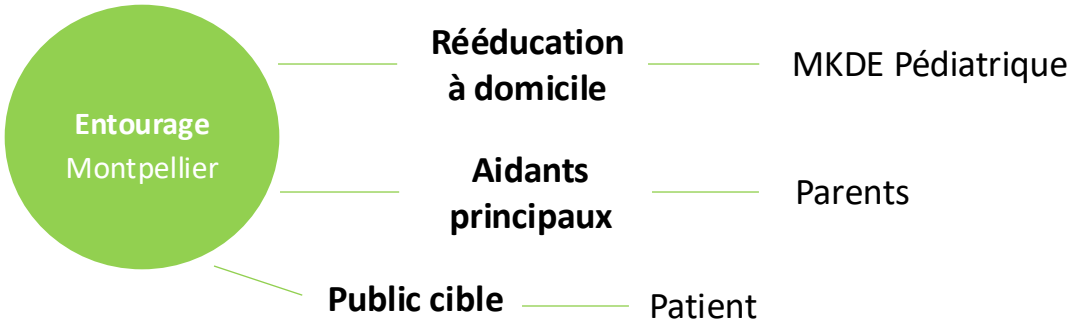
Enjeux de l'action :



Acteurs qui participent à l'action







Modalités de réalisation

J-0
- Demande intervention du **Service Onco Hémato** par téléphone puis formulaire de demande envoyé par mail à l'EMR-P

J+3
- **Staff EMR-P** : Evaluation compatibilité de la demande (MPR, MKDE, Ergo.)

- **Contact famille** et organisation du déplacement au domicile

- Recherche et appels **MKDE Pédia** proche du domicile, disposé à intervenir au domicile

J+4
- **Evaluation des besoins** au domicile : déplacement EMR-P (MKDE, Ergo).
  - Evaluation analytique et fonctionnelle enfant (mise en situation écologique, évaluation des limitations).
  - Recueil des besoins de l'enfant et de ses aidants au quotidien.
  - Evaluation du domicile et des adaptations nécessaires à la réalisation des AVQ (Soins corporels-douche, déplacements dans le domicile, transferts lit, WC, voiture)
  - Mise en relation famille/MKDE Libéral.
  - Prêt déambulateur deux roues.

Modalités de réalisation

J+6

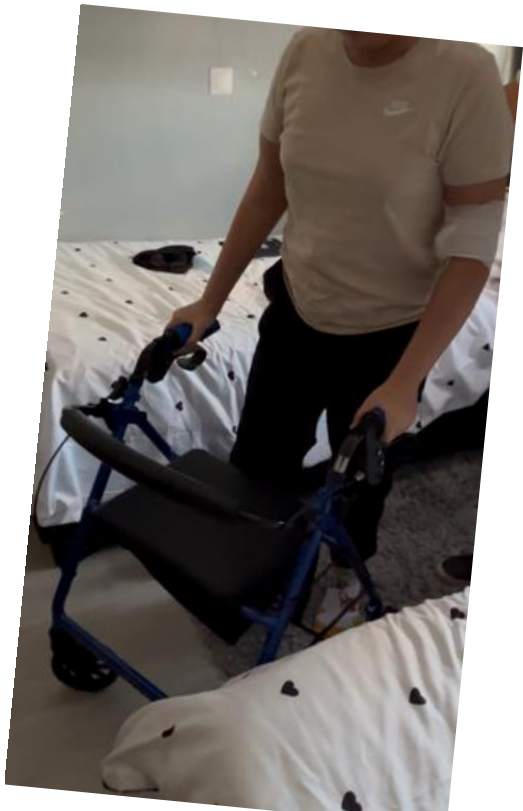
- **Rédaction compte rendu d'Intervention** et réflexion sur besoins matériels et humains nécessaires (Equipe EMR-P)
- Contact avec le CICAT et **demande accès au dispositif EqLAAT** (Ergo)
  - Envoi compte rendu évaluation EMR-P.
  - Demande d'essais AT à domicile enfant/famille
  - Coordination de leur intervention avec la famille.

J+18

- **Suivi essais** fait par EqLAAT, du **financements** matériel retenu. (AS)
- Coordination **consultation suivi MPR** en SMR ISP. (Secrétariat)
- Envoi ordonnance/transmission sur **besoins rééducation**, au MKDE libéral.
- Retour sur mise en place des actions avec la **famille.**
- Retour d'intervention au service **d'Onco Hémato** demandeur intervention.

J+20

- Fin d'intervention.



Les éléments d'analyse

Résultats

L'évaluation, l'orientation et la mise en place rapide de préconisations ont permis de ***répondre à la demande concrète d'un acteur du sanitaire***, qui était de faciliter la sortie d'un enfant d'hospitalisation, vers son cadre écologique.

Ceci à été possible en ***coordonnant les différents acteurs*** **autour d'un même projet de soin**, en respectant le projet de vie de l'enfant et de sa famille.

L'EMR-P, de par ses mission d'évaluation et de coordination, sa mobilité, et ses connaissances des différents acteurs a permis cette ***transversalité autour d'un même projet*****.**

Les éléments d'analyse

Caractère reproductible-transférable de l'action

Oui, en rapport avec les missions des EMR-P

Quelle est la plus value de l'EMR-P et en quoi l'action est-elle innovante ?

- **Intervention « in situ », apportant des solutions concrètes** face aux difficultés des enfants, des aidants et des soignants.
- **Réactivité d'intervention**
- **Equipe Mobile à géométrie variable** en fonction des besoins (MPR, MKDE, ergothérapeutes, neuropsychologues, orthophonistes, orthoprothésistes.)
- **Aide à la coordination des soins et des acteurs**, de manière transversale, autour d'une problématique de santé définie.
- **Satisfaction rapportée** par les bénéficiaires et des demandeurs

Les difficultés de l'EMR-P

- **Nous faire connaître** de **tous les acteurs** pouvant être en difficulté, susceptibles d'avoir recours à notre intervention.
- Faire **comprendre les missions** de cette **nouvelle entité transversale**, et face à quels besoins nous solliciter.
- Couvrir un **secteur géographique vaste** (Occitanie Est), en n'oubliant pas ses départements les plus isolés.
- Nous adapter aux **disparités de l'offre de soin** et aux **spécificités d'organisation** des différentes régions.
- Ne pas nous substituer à l'offre de soin existante, ou manquante (MPR pédiatriques), et veiller à rester dans le **cahier des charges** de nos missions (pas HAD, ni suivi)
- **S'inscrire dans le temps** au sein, et dans les fonctionnements des structures déjà existantes

PARCOURS COMPLEXES

Expérience de l'EqOPaC avec l'EATU Maison des Sources

CHU Toulouse

Equipe **O**pérationnelle **P**arcours **C**omplexe

- Félipe GUERRERO, Médecin Référent, Coordinateur de l'EqOPaC
- Michel DESIRE, Cadre de Santé, Coordinateur Parcours Patients sur l'établissement

Association Le Clos du Nid

Maison des Sources, **E**tablissement d'**A**ccueil **T**emporaire et d'**U**rgence

- Marjorie ESCRICH, Directrice
- Virginie BOISSONNADE, Cadre de Santé

Le Clos du Nid

CHU TOULOUSE

Le contexte de l'action : **Du Parcours de soins au Parcours de Vie**

CONTEXTE :

- Les parcours complexes concernent des personnes ayant des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux nécessitant une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire.
- Les ruptures de parcours sont souvent liées à une absence de solutions adaptées (place en établissement, soutien à domicile) ou à des crises (hospitalisation ou décès d'aidants).
- Une étude réalisée au sein des urgences et de l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) du CHU de Purpan à Toulouse, a mis en lumière des séjours prolongés et des situations de "blocage de lits« (« beds bloqueurs »), non pas en raison d'un manque de solutions médicales, mais à cause de parcours de soins fragmentés et de l'absence de structures adaptées en aval.

ENJEUX :

- Réactivité : Trouver des solutions rapides et adaptées face à des situations complexes.
- Coordination : Mobiliser un réseau d'acteurs pour garantir une continuité du parcours.
- Individualisation : Adapter les réponses aux spécificités de chaque situation.
- Déstigmatisation : Lutter contre les préjugés associés aux profils complexes, tels que les troubles comportementaux, les situations de précarité , les doubles vulnérabilité ou plus…

L'usager ne bloque pas un lit, c'est son parcours de soins qui est bloqué ! Qui sera débloqué par des partenaires pour créer ensemble un parcours de vie !

L’action, sa finalité

Quel est le public cible ?

- Personnes de plus de 18 ans en situation de handicap (moteur, psychique, associé…).
- Usagers en situation de handicap vulnérables ou pas (isolement social, précarité, ruptures familiales, cumul de plusieurs vulnérabilités…).

Qui pilote ?

- **Equipe Maison des Sources, Etablissement d’accueil temporaire et d’Urgence,** Lozère, Association le Clos du Nid.

Coordination : Direction, 1 cheffe de service, 1 coordinatrice de parcours, 1 équipe éducative

Quels acteurs participent à l’action ?

- **Équipe EQOPAC CHU Purpan, Toulouse** :

Coordination : médecin référent, 2 cadres de parcours, 2 assistantes sociale.

- **Différents Partenaires : MDPH, Ars ,DAC, Communauté 360, Mandataires, Tribunal d’instance…**

Mission principale de l’EqOPac (Equipe Opérationnelle Parcours Complexe) :

- Identifier les situations complexes
- Coordonner les interventions
- Assurer un suivi global du parcours

Mission principale de l’EATU :

- Permettre un hébergement temporaire médico-social adapté et sécurisant
- Stabiliser la situation
- Réaliser une évaluation des compétences
- Etre force de proposition dans le parcours de vie

Missions des différents partenaires complémentaires :

- Organisation des concertations
- Coordinations des démarches administratives
- Interventions selon les modalités de chacun…

L’action, sa finalité

Ou se déroule l’action ?

En premier lieu : le service des Urgences du CHU de Purpan

Facteurs institutionnels déclencheurs, tensions sur les capacités hospitalières :

Une augmentation de l’affluence et de la durée des séjours hospitaliers a entraîné des difficultés de gestion des flux, notamment en cas de "parcours bloqués" pour des patients complexes.

- Plan blanc et gestion des urgences : Les services hospitaliers devaient faire face à des périodes de surcharge (affluence élevée, périodes nocturnes ou week-ends) qui mettaient en évidence l’inadéquation des parcours pour certains patients.
- Nécessité d’un modèle structuré et agile : L’absence d’un dispositif spécifique pour les parcours complexes pour les personnes en situation de handicap a révélé la nécessité de créer un parcours dédié, capable d’intervenir de manière ciblée et transversale

Dans un deuxième temps : l’EATU Maison des Sources

- Accueil temporaire limité à 90 jours sur 12 mois consécutifs
- 2 places sur 24 réservées aux urgences situationnelles (hospitalisation ou décès d’un aidant familial) au domicile.
- Accompagnement de toute personne adulte présentant un handicap (quelque soit la notification de la CDAPH)
- Evaluation des compétences par une équipe plurdisciplinaire : éducative, sociale, médicale, psychologique, ergonomique.
- Réalisation de la grille des besoins (selon le modèle Serafin-Ph)
- Alerte et coordination des partenaires : DAC, Com 360…

Dans un troisième temps : plusieurs possibilités adaptées à chaque situation

- Retour au domicile avec les intervenants adaptés aux besoins
- Admission « découverte » ou permanente » en établissement médico-social
- Retour en service sanitaire pour poursuivre des explorations médicales ou de rééducation
- …….

Objectif : redonner du sens et de la fluidité aux parcours complexes, tout en respectant la dignité et les besoins uniques de chaque personne.

Les éléments d'analyse

Du parcours de soins au parcours de vie – Le cas concrets de 2 sœurs

- **Rose :**

Femme de 53 ans, atteinte d'une infirmité motrice cérébrale (syndrome de Little).

Dépendante depuis la naissance, avec des handicaps moteurs sévères (impossibilité d'utiliser ses membres supérieurs, alitement depuis 7 ans).

Troubles psychiatriques : bouffées délirantes depuis l'adolescence, délires mystiques.

Contexte de stress familial : violences suspectées de la part du père vieillissant (troubles cognitifs ?), décès de la mère (2016).

État de santé aggravé : incurie, hématomes, dermite séborrhéique, interruption de traitement psychiatrique.

- **Caroline :**

Sœur et aidante principale, atteinte de sclérose en plaques (SEP) évolutive.

État d'épuisement physique et psychologique lié à la progression de sa maladie et au rôle d'aidante.

Difficultés croissantes à subvenir aux besoins de Rose, ce qui aggrave les tensions familiales.

CHU TOULOUSE

Repérage et évaluation initiale

Traitements initiaux pour stabiliser l'état de la Rose

Mobilisation des acteurs médico-sociaux

Le Clos du Nid

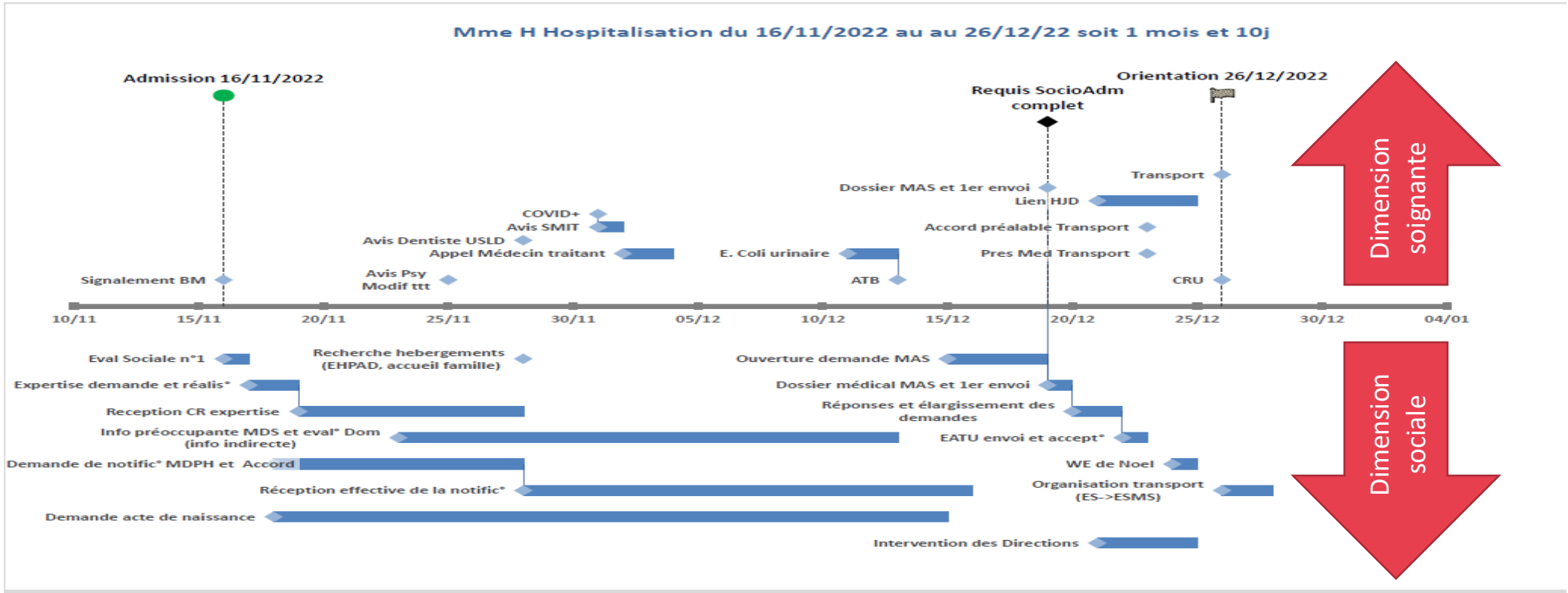
Hébergement temporaire

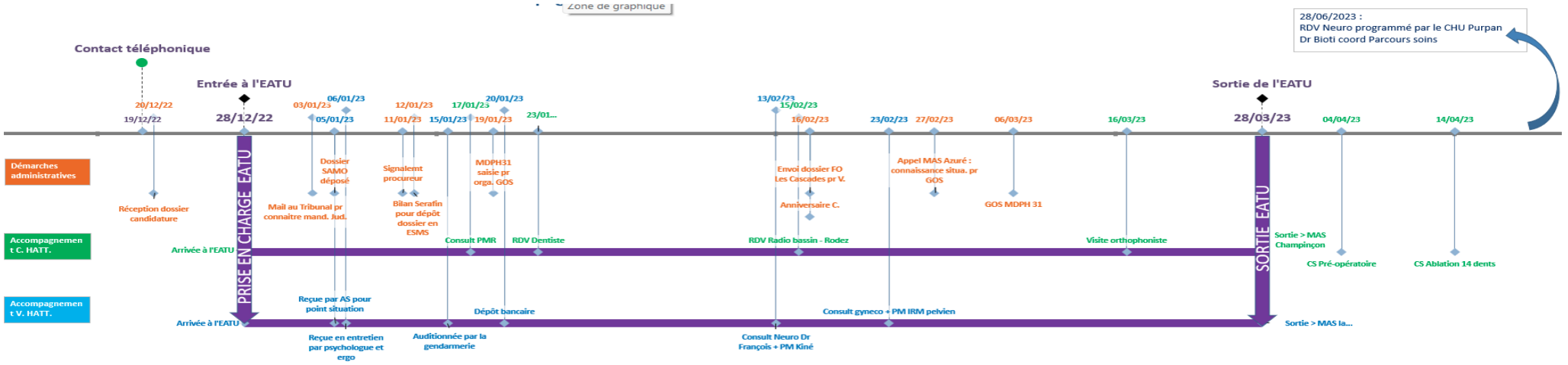
Prise en charge globale et personnalisée de Rose et Caroline

Évaluation des besoins à long terme

Identification d'une solution d'hébergement durable

Accompagnement sous la forme chronologique





Les éléments d'analyse

En quoi l'action est-elle innovante ?

- **Coordination du parcours de soin au parcours de vie, du sanitaire au médico-social**

Partage d'informations en temps réel entre les équipes du sanitaire et les équipes du médico-sociales.

Création d'une vision globale du parcours, permettant d'anticiper et de trouver des solutions ensembles face aux éventuelles ruptures de parcours.

- **Gestion agile et réactive des parcours**

Utilisation de l'accueil temporaire comme levier, lieu de transition pour stabiliser les situations d'urgence.

Intégration des partenaires dans une méthodologie commune, centrée sur la personne.

- **Reproductibilité et adaptabilité**

Applicabilité dans d'autres CHU ou partenaires du sanitaire.

Modèle transférable grâce à une méthodologie définie, structurée sur la personnalisation des besoins et la coordination.

Vers une Synergie Sanitaire et Médico-Sociale : Innover pour les Parcours Complexes

Ce projet illustre une innovation majeure dans la gestion des parcours complexes :

1. Une vision intégrée et humanisée où les besoins des bénéficiaires, leurs choix, et leur dignité sont au cœur des interventions.
2. Une coordination intersectorielle exemplaire, reliant efficacement les secteurs sanitaire et médico-social.
3. Un modèle agile et reproductible, permettant d'offrir des solutions immédiates tout en construisant des réponses durables.

Enjeux futurs :

Poursuivre le renforcement des collaborations entre acteurs sanitaires et médico-sociaux et étendre ce modèle à d'autres CHU pour répondre aux besoins croissants des parcours complexes.

La coordination en faveur du maintien de l'autonomie d'une personne âgée

GROUPE OCCITANIE UGECAM
Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

Clinique du Mas de Rochet
(Groupe Ugecam Occitanie)

L'équipe porteuse de l'action :

- Mme Noseda, cadre de santé
- Mme Ben Bachir, cadre de santé
- Dr Bismuth, médecin
- Dr Ssi-Yan-Kai, médecin de l'Hôpital de Jour
- Mme Borron, secrétaire médicale de l'HDJ
- Mme Besson, secrétaire médicale

Ainsi que l'ensemble de l'équipe soignante (IDE, aide-soignants, rééducateurs…)

Personne référente de l'action :

Fatima Noseda, cadre de santé

Le contexte de l'action

La clinique du Mas de Rochet en quelques mots :

- Clinique médicale à Castelnau-le-Lez dans l'Hérault
- 106 lits d'hospitalisation (46 lits de MCO + 60 lits de SMR) et 15 places en Hôpital de Jour (HDJ) SMR
- De nombreux partenaires pour coordonner les parcours des patients :

✓ Conventions avec 6 des 7 CPTS actives du territoire :
CPTS Montpellier Nord et Grand Pic Saint Loup, CPTS Pays de Lunel, CPTS Occitanie Méditerranée, CPTS Bassin de Thau, CPTS Montpellier Est Bérange, CTPS Montpellier 1

- ✓ Le CHU de Montpellier
- ✓ EHPAD du territoire
- ✓ Médecins traitants
- ✓ …

Ce maillage territorial permet d'organiser une réponse collective et coordonnée aux enjeux liés à l'accès et à la qualité des soins de proximité.

L’action, sa finalité

Pour cette expérience de coordination de parcours, nous allons suivre le parcours de Madame X :

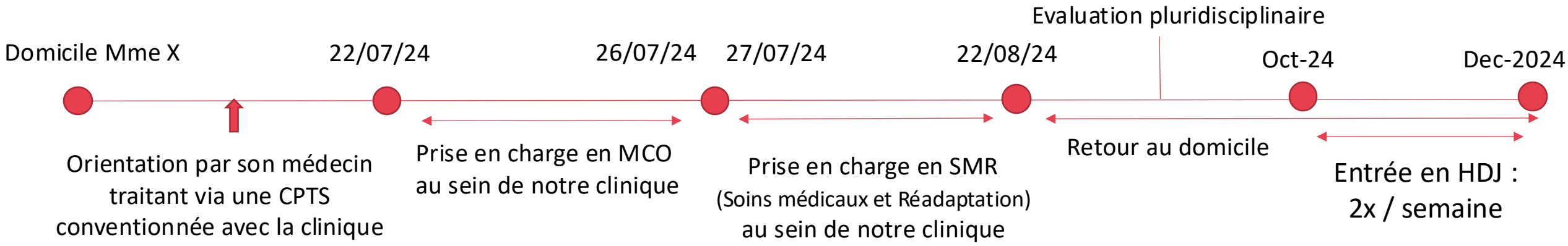
Personne âgée de 89 ans

Vit à son domicile

Pneumopathie aiguë

Antécédents de cardiopathie

Madame X a été admise initialement à la clinique du Mas de Rochet pour le traitement d’une pneumopathie aiguë, mais sa prise en charge ne s’est pas arrêtée là. Voici une synthèse de son parcours qui sera détaillée ensuite :



Enjeux de la coordination de son parcours : favoriser un retour à domicile sécurisé et accompagné

Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

L'action, sa finalité

Zoom sur le parcours et les acteurs clés :

1 Orientation de Madame X

Madame X souffre d'une pathologie qui nécessite une prise en charge et un suivi médical rapproché.

Le médecin traitant de Madame X l'oriente donc vers la clinique du Mas de Rochet pour suivre un traitement antibiotique dans le cadre de sa pathologie et de ses antécédents.

2 Séjour en médecine 22/07/24 au 26/07/2024

➡ Prise en charge de la phase aiguë pendant un séjour de médecine de 5 jours : poursuite du traitement de Madame X et amélioration clinique visible.

2.5 Fin du traitement. Madame X en ressort fatiguée et n'est pas prête à retourner à son domicile seule.
Le médecin de la clinique prenant en charge Mme X l'oriente directement vers le service SMR de la clinique pour récupérer de l'autonomie et faciliter son parcours de soins.

3 Séjour en Soins Médicaux et Réadaptation 27/07/24 au 22/08/2024

➡ Prise en charge en SMR pour la réautonomisation et la récupération de Mme X. Pour cela, un programme personnalisé en matière de rééducation est mis en place de manière pluridisciplinaire (diététicienne, assistante sociale, kinésithérapeute, APA, ergothérapeute, neuropsychologue, psychomotricienne…) pour anticiper le retour au domicile et mettre en place des aides le cas échéant.

L’action, sa finalité

Madame X a reçu des soins et a récupéré de l’autonomie pour retourner à son domicile. Est-ce la fin de son parcours ?

3.5 Non ! En effet, le cadre de santé coordonnant la prise en charge de Madame X propose l’intervention de l’Hôpital de Jour de la clinique pour une évaluation par le médecin du service afin de continuer à prendre en charge Madame X à sa sortie.

4 Retour au domicile 22/08/2024

Le séjour de Madame X en SMR a pris fin, elle retourne à son domicile.

Mais Madame X se rend de nouveau à la clinique du Mas de Rochet pour l’évaluation pluridisciplinaire de l’HDJ : médecin de l’HDJ, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale, neuropsychologue…

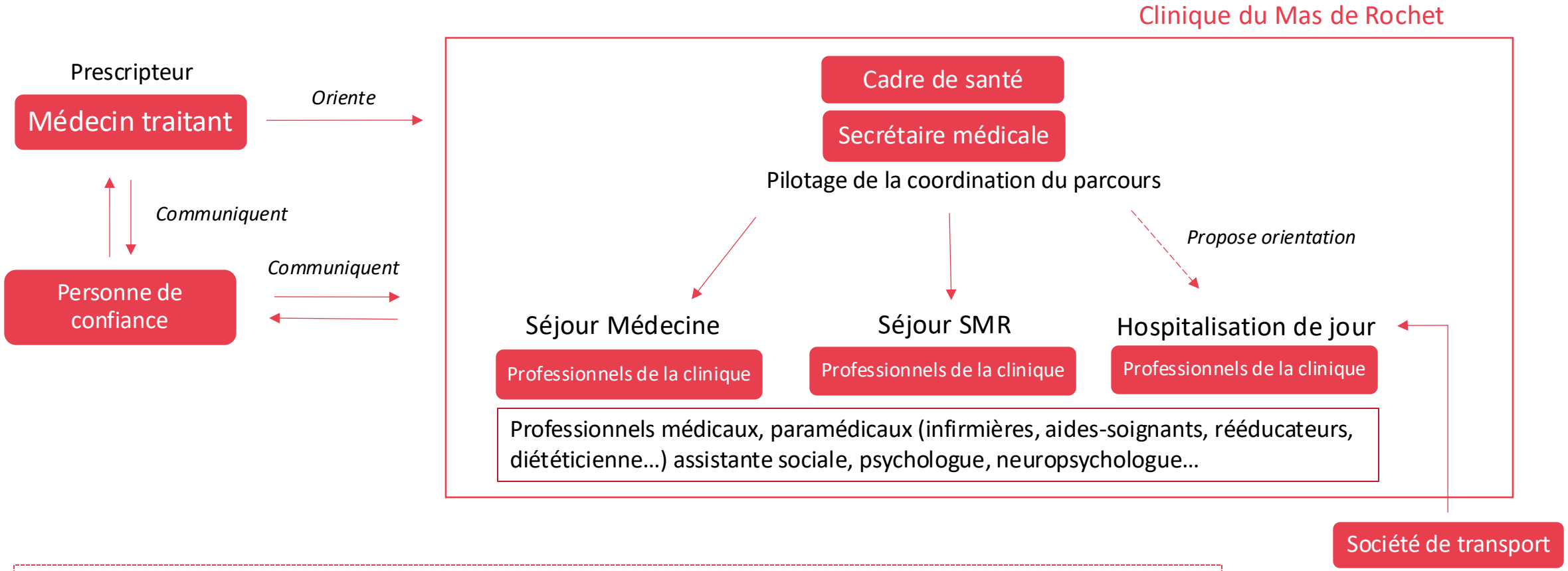
5 Admission en HDJ Octobre 2024 - Décembre 2024

L’évaluation de Madame X a fait état de troubles de l’équilibre et de la marche ainsi que de troubles cognitifs mineurs nécessitant une prise en charge en Hôpital de Jour. Ainsi, Mme X se rend deux fois par semaine à l’HDJ pour une rééducation motrice et cognitive personnalisée, au sein d’un groupe de même niveau.

La coordination des transports est organisée via un prestataire, pour un déplacement sécurisé et pris en charge financièrement entre son domicile et la clinique.

L'action, sa finalité

Synthèse : les acteurs clés du parcours de Madame X



N.B. La clinique du Mas de Rochet conseille une orientation en Hôpital de Jour, mais c'est au médecin traitant de Madame X de faire la demande de prise en charge en HDJ, avec l'accord de Madame X.

Les éléments d'analyse

Résultats

1er indicateur essentiel : la satisfaction de Madame X et de son entourage

« Oui, que ce soit mon hospitalisation ou les soins ici (en HDJ), je suis très satisfaite » Madame X

« Personnel soignant et non soignant au top, pour les patients et les visiteurs, à recommander. Tous à l'écoute. Un grand merci pour ma mamie si bien soignée. » Avis de la personne de confiance de Madame X

➡ Madame X s'est rendue à l'hôpital de jour de la clinique du Mas de Rochet pendant environ 2 mois. Son parcours au Mas de Rochet s'est terminé, mais le médecin de l'hôpital de jour a transmis au médecin traitant et aux acteurs du domicile les informations nécessaires pour assurer une poursuite cohérente de la prise en charge de Mme X, selon l'évolution de son état général.

En conclusion, cette logique de parcours a permis :

- De ralentir la perte d'autonomie physique et cognitive de Madame X et lui permettre de rester vivre à son domicile
- D'éviter des surinfections ou complications liées à sa pneumopathie
- D'informer et d'orienter Madame X vers d'autres types de prise en charge (SSIAD, résidence autonomie…) à la suite de son parcours au sein de la clinique
- De gagner du temps en évitant les transferts entre établissements MCO / SMR / HDJ
- De rassurer Madame X qui a pu rester dans le même service en MCO et en SMR, avec des professionnels connus et de confiance
- D'assurer une cohérence dans la prise en charge de Madame X tout au long de son parcours

Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés

Les éléments d'analyse

Une prise en charge transposable pour d'autres patients

- Ce type de parcours peut être transposable à d'autres personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile, avec une durée moyenne de séjour équivalente à celle de Madame X. En effet, l'altération de l'état général liée à une ou plusieurs pathologies est très fréquente pour les personnes âgées.
- Le phénomène de gérontocroissance et le virage ambulatoire actuel tendent à faire croître ce parcours, en intensifiant les contacts entre les établissements de santé et les professionnels de santé de ville (proximité avec les CPTS, admissions directes grâce à ViaTrajectoire…).

Un parcours innovant au service des patients

- Ce type de parcours se fait rarement au sein d'un seul et même établissement et les patients doivent souvent se déplacer, ce qui peut impacter la continuité des soins et faire augmenter le risque de rupture de parcours. Ici, Madame X a pu prendre confiance tout d'abord grâce à une coordination efficace entre secteur ambulatoire et établissement de santé, puis grâce à une coordination interne fluide entre les différents services de la clinique. Si Madame X rencontre à nouveau le besoin d'être hospitalisée, elle pourra être prise en charge rapidement au sein de la clinique du Mas de Rochet.
- Notre objectif est de continuer à développer ce type de parcours et de le renforcer en amont, grâce à nos partenariats avec les CPTS et en aval avec d'autres types de prises en charge (résidence autonomie, EHPAD, SSIAD, HàD…).

Rendez-vous pour le SRA'llenge 2026

THEME : Partenariat en Santé