

RVSA : Réseau Vercors Santé Autonomie - 2013

Contexte

Le projet RVS lancé en 2009, réalisé en 2011 comporte un dossier médico social de suivi à domicile (DSD), une application (lecture écriture du DSD) web / TV et un dispositif (box) à domicile. Destiné à faire de la prévention par l'échange de données médico sociales sur un support partagé entre les professionnels intervenants au domicile, la solution est présente dans une 30 aine de domicile sur le plateau du Vercors.

La faible utilisation de l'équipement résulte d'une ergonomie et d'un temps d'utilisation jugés inadaptés par les professionnels.

Afin de poursuivre la réflexion sur le partage de données, le rôle et la coordination des professionnels pour le soutien à domicile, réflexion au service du projet Autonom@Dom, il a été décidé de poursuivre l'expérimentation et la cibler sur le suivi de pathologies chroniques. Il s'agit d'analyser en quoi la solution RVS actuelle (la stratégie de coordination imaginée, l'outil proposé) répond ou non aux objectifs de Autonom@Dom et apporte au canton des éléments pour un projet de pôles de santé pluridisciplinaires multi-sites.

Objectifs

- Définir et évaluer les modalités d'un suivi de pathologies chroniques invalidantes en équipe pluridisciplinaire – mettre en perspective cette analyse avec l'objectif
 - o de l'intégration & du décloisonnement sanitaire et médico social
 - o de pôles de santé pluridisciplinaires sur le territoire
 - comment l'outil RVS conforte ou non une équipe pluridisciplinaire (un « tandem » : 1 patient/1 équipe) ? : dynamique de groupe, partage des rôles, reconnaissance des pratiques, place de l'aidant ...
 - comment peuvent se faire les répartitions de tâches pour le suivi sanitaire et médico social ? (faisabilité de glissement de tâches, appropriation, accompagnement,) ; en quoi cette organisation permet – elle d'optimiser le service rendu (vis à vis des professionnels, des usagers, des institutionnels, des élus, ...) ?
 - quelles sont les cibles prioritaires pour ce type de suivi ?
- Préciser des éléments de définition et des modes d'articulations entre une coordination de niveau 1 (suivi de personnes à risque de fragilisation) et une coordination de niveau 2 (gestion de « cas complexes »)
- Evaluer les bénéfices du suivi coordonné de pathologies chroniques
 - o impact sur la pratique du médecin et des autres professionnels ? (nb de consultations du médecin moins nombreuses, ...)
 - o impact sur les liens avec le Cg38 (APA) et les profs de la « ville » (spécialiste, CHU, ...) ?
 - o impact pour le patient et son environnement (bien être, sécurisation, ...) ?

Acteurs et répartition des rôles

- CG38 : MOA
- CCMV : pilote de la démarche
- TASDA : AMOA du Cg38, articulation avec le projet de bouquet de services Autonom@Dom et intermédiation avec les candidats pendant le dialogue compétitif
- Habitat et développement : AMOE organisationnelle de la CCMV – traçabilité des actions au domicile
- Habitat et santé : maintenance de niveau 1 de RVSA

- Commission RVSA : APLS (ass des prof lib de santé) sur le plateau + ADMR + Cg38 territoire vercors + H&S + H&D + CCMV : professionnels de santé partenaires de la réflexion
- Coordinateur du projet sur le plateau ? (logistique des réunions, planification, communication, ...)
- Résic en lien avec MAD : coordination des pratiques de suivi des insuff cardiaques

Plan d'actions

► Etape 0 :

- Assurer le développement du clavier et de la fonction « signalement » et les intégrer aux dispositifs

► Etape 1 : inclusion

- Choix des patients :

- par le médecin : 4 à 6 patients prévus, notamment par les docteurs Jalbert (2 patients ?) et Roulet (4 patients ?) et constituer autour d'eux des équipes de professionnels volontaires
 - deux pathologies retenues : patients diabétiques et/ou insuffisants cardiaques
 - patients dépendants (intérêt pour l'intervention des aides à domicile ADMR/SSIAD) ou autonomes (intérêt pour la prise de mesure possible par le patient)
- patients équipés RVS ou à équiper si nouveaux

- Coordination de l'équipe : Par le médecin

- vérification par le médecin du volontariat de l'équipe d'intervenants, et notamment du dispositif infirmier,
- définition des actions de suivi : prises de mesures à faire (bâti une fiche de suivi par patient) avec des actions « simples » et les « bonnes conditions » de prises de mesures + suivi médico social – mode opératoire
- répartition des tâches et validation des transferts de tâches parmi les intervenants (médecin, ide, kiné, ADMR, famille, patient..)

- Choix des mesures (indicateurs paramètres à suivre) :

- pour le diabète: poids, tension, glycémie
- pour l'insuffisance cardiaque : poids, tension

► Etape 2 : formation et équipements

- Former :

- Mettre à jour / adapter les outils de formation (H&S) en mettant l'accent sur les enjeux (et pas seulement le fonctionnement de l'outil)
- Former l'ensemble des équipes, un soir, une fois qu'elles seront constituées
- Intégrer le Conseil général (médecin conseil général, référent social, référent administratif, chef de service), à la formation

- Equiper les domiciles avec le même protocoles que RVS (signature de la charte par les usagers)

- H&S demande à H&D d'intervenir à domicile du patient à équiper pour informer, expliquer et faire signer la charte d'adhésion RVS
- H&S équipe le domicile
- Pour les domiciles déjà équipés, H&S vérifie le bon fonctionnement du boitier

- Intégrer TASDA à chaque action, en tant qu'évaluateur
- Voir la faisabilité de constitution d'un comité d'usagers (avec le CISS, Vercors à dom ?)

► Etape 3 : suivi en équipe pluridisciplinaire

- Assurer le suivi de la pathologie à domicile et du contexte médico social : suivi des paramètres, des événements, inscription dans le DSD
- Accompagner les intervenants à la manipulation à prévoir, au moins au début (H&S)
- Assurer la maintenance et suivi de la plateforme RVS-MAD : H&S
- Organiser des réunions de concertation (médecin, équipe pluridisciplinaire) en même temps que les réunions de coordination du médecin – intégrer le Cg38 et TASDA

► Etape 4 : Bilan et évaluation

- Au fil de l'eau, suivre les travaux en équipe pluridisciplinaire et partager ce retour d'expérience dans la perspective de Autonom@Dom et de projets de pôle de santé
- Établir des recommandations pour les projets du Cg38 ou du canton ; faciliter les échanges avec les candidats du dialogue compétitif sur l'expérimentation RVSA
- Etablir une synthèse de l'évaluation du pilote préfigurateur

nota : Si un comité éthique devait être mobilisé, celui existant au CHU pourrait l'être.

Planning prévisionnel

	2013		2014	
Inclusion	D'ici fin mai			
Dév technique		Fin juin		
Formation et équipements		juillet		
Suivi de la pathologie chronique		Sept	Juin	
Bilan et évaluation		Sept	Juin	