
Evaluation du projet de l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) : l'essentiel

Stéphanie Pin, Daria Koutaissoff, Valérie Henry, Amani Bathily, Isabelle Peytreman-Bridevaux

Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN), Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne

Août 2018

La planification médico-sociale (PMS) du canton de Neuchâtel prévoit la mise en place d'un établissement de droit public chargé de l'orientation des personnes âgées de plus de 65 ans dans le réseau socio-sanitaire. Depuis le 1er janvier 2016, un projet pilote, porté par l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) se déroule sur le district du Locle. De quelle manière ce projet s'est-il mis en place ? Comment est-il perçu et accepté par les professionnels et institutions concernés ? Comment est-il perçu et accepté par les personnes âgées et leurs proches ? Quels sont les premiers effets de ce projet pilote ? Telles sont les questions traitées dans l'évaluation menée par le CEESAN (IUMSP) entre octobre 2016 et fin novembre 2017.

Introduction

Dans le cadre des travaux de la planification médico-sociale (PMS) du canton de Neuchâtel et afin d'améliorer l'orientation des personnes âgées de plus de 65 ans dans le réseau socio-sanitaire du canton, le rapport « Réseau et entretiens d'orientation » préconisait la création d'un dispositif d'information, d'orientation et de coordination à l'échelle cantonale, portée par un établissement autonome de droit public. La finalité annoncée de ce dispositif est « d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité », par la détection et la prise en charge précoce et adaptée des personnes pré-fragiles et fragiles.

Avant le déploiement à grande échelle de ce dispositif, l'État a souhaité l'expérimenter sur un territoire du canton. L'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS) a été créée en mars 2015 afin de mener cette expérimentation. Un projet-pilote, sous la forme d'une structure d'information et d'orientation destinée aux personnes âgées, à leurs proches et aux partenaires socio-sanitaires, a été mis en place le 1^{er} janvier 2016 sur les communes du Locle et des Brenets, puis étendu sur l'ensemble du district du Locle au 1^{er} janvier 2017, afin de tester et valider l'approche.

Prévue dès la mise en place du projet-pilote, l'évaluation globale doit principalement servir à nourrir et étayer le déploiement du dispositif d'orientation à l'échelle cantonale qui suppose entre autres l'élaboration d'une législation spécifique.

Quatre objectifs étaient fixés à l'évaluation :

- Evaluer la valeur ajoutée apportée par une nouvelle structure ;
- Evaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les partenaires ;
- Evaluer l'acceptabilité et les premiers effets perçus de l'AROSS par les bénéficiaires ;
- Evaluer la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle.

Méthode

Le Service cantonal de la santé publique (SCSP) du canton de Neuchâtel a mandaté le CEESAN (IUMSP) pour réaliser l'évaluation externe du projet de l'AROSS. L'évaluation s'est appuyée sur un design méthodologique mixte et comportait quatre phases :

- Des analyses secondaires de données disponibles au niveau du projet (profil des bénéficiaires et analyses des demandes, demandes d'entrées en EMS, échanges entre l'AROSS et ses partenaires, données sur les ressources humaines et financières, documentation afférente au projet) ;
- Une étude qualitative, par entretiens semi-directifs (n=19), focus groupes (n=5) et au moyen d'un questionnaire en ligne (n=35), auprès des professionnel-le-s et des partenaires ;
- Une étude auprès des bénéficiaires et de leurs proches aidants combinant une analyse des questionnaires de satisfaction adressés par l'AROSS à l'ensemble des bénéficiaires du projet (n=153 répondants) et des entretiens semi-directifs auprès de bénéficiaires et de proches aidants (n=9) ;
- Un benchmarking avec des données nationales et internationales, sur la base d'analyses secondaires de la première enquête suisse sur les soins intégrés et d'une revue de la littérature scientifique sur les soins intégrés.

L'évaluation a porté sur les activités de l'AROSS durant la période du 1er janvier 2016 au 30 juin 2017, les entretiens et focus groupes ont été réalisés entre le mois de décembre 2016 et de mai 2017.

Un groupe d'accompagnement composé de représentants du SCSP, de l'AROSS et de l'IUMSP a été constitué et s'est réuni à quatre reprises durant l'évaluation pour en suivre et en faciliter le déroulement, favoriser la cohérence de l'évaluation globale et discuter des résultats.

Activités et fonctionnement de l'AROSS

Le pilote a totalement atteint les résultats attendus et fixés dans le cadre du contrat de prestations avec l'Etat. Une équipe interdisciplinaire a été mise en place. Des outils ont été élaborés et ajustés pour monitorer les activités et réaliser l'évaluation et l'orientation des bénéficiaires (outil DIOr), pour partager de manière sécurisée de la documentation sur les patients suivis avec les partenaires (outil VIVATES) et gérer les demandes d'entrées en EMS (outil SIPRES). Des procédures collaboratives ont été élaborées avec chaque partenaire du réseau, et ajustées durant la durée du pilote pour lever les difficultés rencontrées ou pour optimiser les collaborations.

Entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2017, 448 demandes ont été traitées par l'AROSS, correspondant à 345 bénéficiaires. Ainsi, l'AROSS a eu un contact avec 11.9% de la population âgée de 65 ans et plus résidant sur le district du Locle. 42.4% des demandes concernaient une demande d'évaluation et d'orientation, un quart une demande d'information ou de renseignements, un quart un transfert en long séjour ou en EMS, le reste des demandes portant sur une détection de la fragilité ou une demande de court séjour. Les demandeurs sont

le plus souvent un membre de l'entourage (29.4%), un professionnel des services de l'Hôpital neuchâtelois (HNE, 17.3%), un médecin de famille (14.2%) ou le bénéficiaire lui-même (Figure 1).

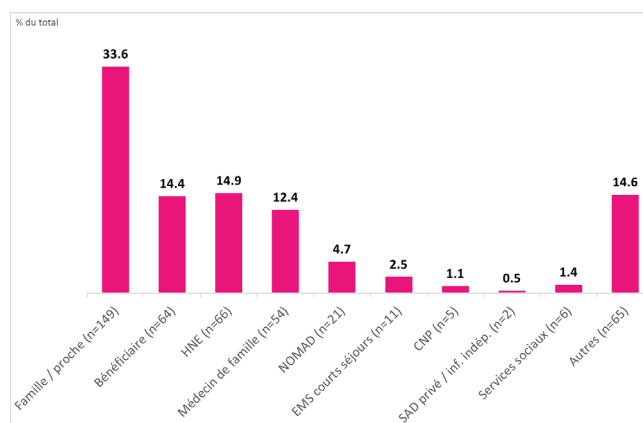


Figure 1 – Profil des personnes ou organismes à l'origine des demandes traitées par l'AROSS (n = 444)

Les personnes ayant bénéficié d'une évaluation ou d'un profilage sur dossier (n=225) sont majoritairement des femmes, âgées en moyenne de 83.4 ans. Plus de la moitié vivent seuls, et dans quatre cas sur dix, aucun prestataire de soins ou d'aide à domicile n'est présent avant l'intervention de l'AROSS. Entre 46.2% (grille SEGA-A) et 50.7% (grille de repérage de la fragilité du gérontopôle de Toulouse) sont considérés comme fragiles ; les profils

Balance of Care (BoC) les plus représentés sont les profils 3 à 6 qui représentent les trois quarts des bénéficiaires évalués.

A l'issue des évaluations, l'AROSS formule un certain nombre de recommandations concernant le lieu de vie ou des prestations qui pourraient être mises en place par le bénéficiaire ou son proche aidant. Ces propositions sont discutées avec les bénéficiaires et leurs proches aidants, et donnent lieu à un rapport et une synthèse transmis aux professionnels intervenant dans la situation (médecins de famille, HNE, services à domicile -NOMAD, établissements médico-sociaux - EMS etc.).

Dans 65.5% des situations évaluées, l'AROSS a recommandé le domicile comme lieu de vie, ce qui correspond le plus souvent aux préférences du bénéficiaire. Dans 72.7% des cas où l'AROSS a recommandé le domicile, la pension ou l'appartement avec encadrement (AE) comme lieu de vie, les bénéficiaires résident encore à leur domicile six à douze mois après la recommandation. En revanche, quand les bénéficiaires souhaitent résider en EMS, dans 92.0% des cas ils résident effectivement en EMS six à douze mois après l'évaluation, quelle que soit la recommandation formulée par l'AROSS.

L'AROSS a recommandé 1'470 nouvelles prestations, le plus souvent une évaluation sociale, des prestations de prévention des chutes, de renforcement musculaire ou une évaluation de la sécurité du logement. 298 prestations (20.3%) ont été refusées par les bénéficiaires, principalement par manque de motivation. Un cinquième des prestations environ ont été mises en place par les bénéficiaires durant la durée considérée, le plus souvent des prestations concernant l'évaluation et le droit aux prestations, le soutien au proche aidant ou l'évaluation des besoins en moyens auxiliaires.

Entre la première et la dernière évaluation réalisée par l'AROSS, environ un an après la demande initiale, 27.5% des bénéficiaires réévalués (n=22) connaissent une amélioration de leur profil BoC (Figure 2).

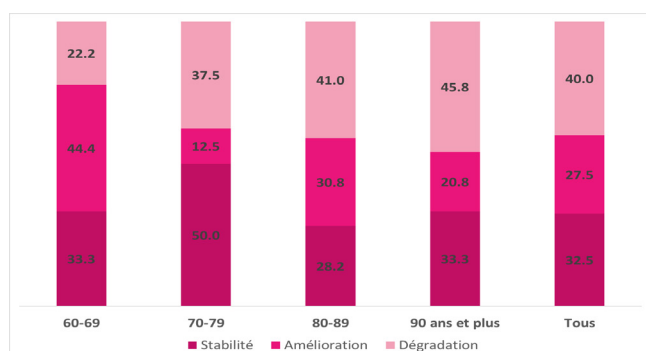


Figure 2 – Evolution du profil BoC entre la première et la dernière évaluation, en fonction de l'âge (n = 80)

L'AROSS gère également un fichier de demandes d'entrées en EMS (outil SIPRES). Du 1er janvier 2016 au 30 juin 2017, 166 demandes ont été recensées pour le territoire du pilote, correspondant à 110 bénéficiaires différents. Les demandeurs sont majoritairement des femmes, âgées de 85.5 ans en moyenne. Les deux tiers des demandeurs sont en profils BoC 5 à 8. Plus de la moitié des demandes concernent un long séjour en EMS gériatrique et un peu moins du tiers un court séjour gériatrique. Sur la durée considérée, 56 demandes (33.7%) ont abouti favorablement par une entrée en EMS.

Du 1er janvier 2016 au 30 juin 2017, 14 organismes ou partenaires, l'AROSS compris, ont utilisé la plateforme VIVATES pour échanger des informations sur des patients de manière sécurisée. Durant cette période, 237 échanges d'information ont été enregistrés, avec une moyenne de 9.8 échanges par mois. L'AROSS est le principal émetteur (dans 59.0% des cas) et le principal destinataire (dans 40.1% des cas) des informations.

Acceptabilité et premiers effets pour les partenaires

L'évaluation a mis en évidence l'acceptabilité du dispositif d'évaluation et d'orientation prévu dans la PMS du canton de Neuchâtel. Porté dès son démarrage par les principaux partenaires du réseau socio-sanitaire, le projet de l'AROSS fait consensus en termes de finalités et d'objectifs généraux. Son déploiement à l'échelle du canton n'est pas remis en cause et est attendu par la plupart des partenaires rencontrés.

Plusieurs apports ont été mis en avant dans l'étude qualitative menée auprès des professionnels et partenaires (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). L'AROSS est unanimement appréciée dans son rôle à détecter la fragilité et à proposer une prise en charge adaptée à domicile, tout comme facilitatrice dans le cadre des transferts du domicile vers des EMS. L'AROSS joue un rôle central, de l'avis des professionnels rencontrés, dans le réseau socio-sanitaire, en raison de sa vision globale des prestations existantes. Son évaluation holistique est par ailleurs appréciée et saluée, parce qu'elle permet d'orienter les bénéficiaires vers les prestations qui sont le plus adaptées à son profil, à sa situation de vie et à ses préférences.

Apports	Limites
Evaluation globale du bénéficiaire	Périmètre de l'activité et missions de l'AROSS (doublons et chevauchements)
Repérage de la fragilité	Déploiement insuffisant de certaines mesures de la PMS
Information sur les prestations	Absence de système d'information partagé
Capacité à orienter les personnes dans le dispositif socio-sanitaire, notamment en cas de situations complexes	Connaissance insuffisante de l'AROSS par les professionnels de santé
Facilitation des transferts en EMS	Périmètre géographique restreint
Renforcement du maintien à domicile	

Tableau 1 – Apports et limites de l'AROSS selon les personnes impliquées dans la construction du projet, les partenaires et les professionnels

Toutefois, l'inscription de l'AROSS dans le réseau socio-sanitaire et son périmètre d'activité semblent poser question à certains partenaires avec lesquels les collaborations sont plus difficiles, et en particulier avec NOMAD et le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) (**Erreur! Source du renvoi introuvable.**).

Ces acteurs voient en effet plusieurs chevauchements entre l'AROSS et leurs propres activités. C'est en particulier le cas pour l'évaluation des besoins de la personne âgée qui, dans certains cas, peut être réalisée à double et engendrer une confusion pour les professionnels intervenant sur la situation, pour les bénéficiaires et leurs proches, et une perte d'efficience.

De plus, les représentants des EMS rencontrés lors de l'évaluation ont fait part de leurs craintes à l'égard du projet, perçu comme une stratégie pour procéder à une réduction de leurs missions ou de leur autonomie. Plus globalement, plusieurs partenaires déplorent également que d'autres mesures de la PMS, comme la création de lits d'accueil d'urgence ou de places de courts séjours, n'aient pas suivi l'implémentation du pilote, limitant ses effets potentiels.

Ensuite, les outils informatisés collaboratifs, même s'ils répondent aux besoins de l'équipe de l'AROSS, suscitent bon nombres de critiques. Insatisfaisants en terme d'ergonomie et de convivialité, leur potentiel est limité par une absence d'inter-opérabilité avec les systèmes d'information primaires utilisés par les différents partenaires.

Enfin, les partenaires regrettent que le pilote se soit déroulé sur un périmètre restreint qui a alourdi leur charge de travail, en raison notamment de

procédures distinctes pour les personnes résidant sur le territoire du pilote et les autres personnes prises en charge, et pénalisé la réelle plus-value de l'AROSS.

Acceptabilité et premiers effets pour les bénéficiaires

La satisfaction des bénéficiaires et de leurs proches à l'égard de l'AROSS est très élevée, à la fois en ce qui concerne l'attitude des collaborateurs, de l'attractivité des locaux, de la qualité de l'accueil et des réponses apportées. Le score moyen de satisfaction des répondants aux questionnaires adressés par l'AROSS en 2016 et 2017 est ainsi de 9.0 sur 10. 96.6% des répondants sont notamment d'accord pour dire que l'AROSS a pris en compte leurs avis et 97.8% que l'AROSS a pris en compte leurs besoins. 95.0% estiment que l'AROSS a amélioré le niveau de connaissance sur la situation et 91.4% que l'AROSS fournit des prestations différentes de celles déjà reçues par d'autres prestations.

Les répondants aux questionnaires déclarent avoir connu l'AROSS par l'intermédiaire de leur médecin de famille (38.9% en 2016, 24.4% en 2017) ou par des membres de l'entourage ou de la famille (21.1% en 2017, 1.9% en 2016). Les organismes de santé, comme l'HNE, NOMAD ou les EMS, sont une autre source d'information sur l'AROSS, alors que les communes n'interviennent que peu dans la communication sur le dispositif (4.4% en 2017, 1.9% en 2016) (Figure 3).

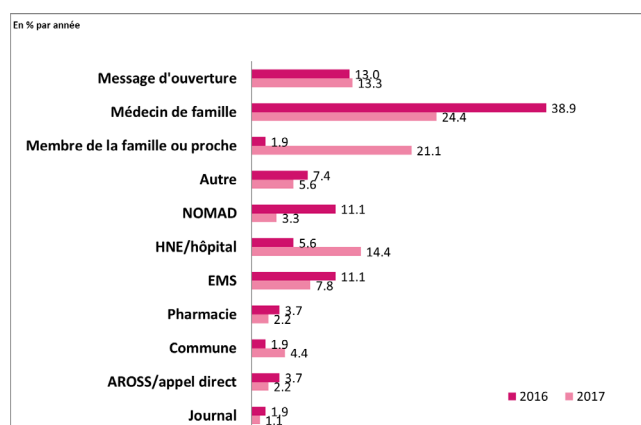


Figure 3 – Moyens par lesquels les bénéficiaires ou leurs proches aidants ont eu connaissance de l'AROSS (n=144)

Les entretiens réalisés avec quelques bénéficiaires et leurs proches aidants ont permis de conforter ces appréciations très positives et de mettre en lumière certains apports de l'AROSS. Pour les bénéficiaires se trouvant dans une situation de vulnérabilité

physique, psychique, sociale ou financière, l'AROSS apparaît comme une réelle plus-value, tant dans la qualité et l'adéquation des réponses apportées que dans le soutien moral qu'elle propose. La qualité d'écoute des collaborateurs de l'association, leur rapidité d'intervention et la diversité des prestations proposées, souvent méconnues des bénéficiaires et de leurs proches, sont les principaux points forts de l'association. Dans ces situations, de l'avis des personnes rencontrées, l'AROSS a souvent permis de rester plus longtemps à domicile. En revanche, les missions de l'association et son périmètre d'action demeurent peu clairs. Les bénéficiaires autonomes ou ayant une demande très précise ne perçoivent quant à eux pas de réelle valeur ajoutée à l'AROSS par rapport à d'autres acteurs du réseau socio-sanitaire.

Faisabilité et transférabilité du dispositif à large échelle

Quand on l'examine au prisme d'interventions de soins intégrés ou de soins coordonnés ayant fait leurs preuves dans d'autres pays, le dispositif de l'AROSS présente plusieurs des composantes-clé (Table 1). L'évaluation holistique de la personne âgée intègre ainsi la prise en compte de son environnement et de ses préférences. Elle est réalisée par une équipe interdisciplinaire de coordinateurs qui constituent une force pour le projet. Son dimensionnement semble approprié au regard du territoire du pilote et des processus mis en œuvre.

Composantes-clé

Focus sur le patient

Accent sur le parcours de santé en intégrant la prévention primaire et secondaire

Graduation des interventions en fonction des besoins

Développement de partenariats entre les services de santé et les services sociaux, entre différents types de professionnels et d'établissements

Utilisation de directives de traitement (guidelines) structurées et fondées sur les preuves comme outils collaboratifs

Existence d'un pilotage centralisé et d'un outil de gouvernance clairement identifié

Utilisation de technologies de l'information

Partage de la responsabilité dans l'atteinte d'objectifs

Renforcement de la participation du patient et de son autogestion

Table 1 – Caractéristiques communes aux initiatives de soins intégrés ou de soins coordonnés

L'AROSS vise par ailleurs une population bien délimitée et a pour finalité la coordination de l'ensemble du parcours de santé, même si, à ce jour, la prévention primaire demeure encore peu présente. La dynamique collaborative semble avoir été initiée avec succès. L'AROSS a atteint, sur le périmètre du pilote, une collaboration caractérisée par une transmission périodique d'informations sur les situations, des échanges et rencontres réguliers, une appréciation respectueuse des compétences des différents acteurs, mais également marquée par des difficultés persistantes dans certains cas et des outils collaboratifs peu performants.

Ces collaborations pourraient être renforcées par des échanges multiprofessionnels plus fréquents et un système d'information plus performant.

L'outil d'évaluation et d'orientation utilisé par l'AROSS ne fait pas consensus chez les partenaires : si la plupart en soulignent l'intérêt en termes d'approche holistique d'une part et de diversité des prestations proposées d'autre part, certains professionnels questionnent, à juste titre, l'hétérogénéité des outils d'évaluation existants dans le réseau socio-sanitaire et la pertinence de réitérer des évaluations quand une première évaluation a déjà été réalisée par un autre prestataire de soins (NOMAD, CNP ou HNE).

Par ailleurs, l'évaluation a mis en évidence une adéquation des ressources humaines et financières mobilisées pour l'atteinte des objectifs fixés. Le coût du projet était légèrement inférieur au budget planifié, principalement en raison d'un nombre moins important d'EPT. La durée par bénéficiaire est de 10.5h en moyenne, mais dépend fortement du type d'évaluation réalisée (8.4h en moyenne pour une évaluation complète réalisée au domicile du bénéficiaire versus 3.4h pour un profilage sur dossier) et d'autre part de la présence ou non d'une réévaluation (8.3 h pour une première évaluation versus 17.2 heure en cas de réévaluation).

Finalement, le design évaluatif retenu ne permet pas d'évaluer l'efficacité ou l'efficacité du projet ni les possibles transferts de charges d'autres institutions vers l'AROSS.

Conclusions et recommandations

La présente évaluation vise à étudier la plus-value apportée par la nouvelle structure, son acceptabilité et ses premiers effets perçus par les partenaires et par les bénéficiaires, ainsi que la faisabilité et la transférabilité du dispositif à large échelle.

Les premiers résultats sont encourageants. Les bénéficiaires et leurs proches aidants saluent l'initiative et y voient une plus-value par rapport à la situation antérieure. L'AROSS permet de s'informer sur les prestations existantes. Elle est également perçue comme une ressource pour permettre de rester à son domicile quand des fragilités surviennent, en ouvrant le champ des aides et prestations disponibles, et pour faciliter l'installation en EMS quand cette décision est prise. Pour les professionnels et partenaires, et à quelques exceptions près, l'AROSS comble un manque dans le réseau socio-sanitaire. Sa plus-value est relevée pour les situations complexes et les demandes urgentes, où sa réactivité et l'adéquation de ses réponses sont saluées, ainsi que pour permettre une détection précoce de la fragilité et organiser le maintien à domicile.

A l'issue de cette étude, un certain nombre de constats émergent et plusieurs recommandations peuvent être formulées concernant :

- L'ajustement du contenu du projet ;
- Son déploiement à l'échelle cantonale ;
- L'évaluation et le monitoring du projet.

Un ajustement nécessaire du contenu du projet

Si les partenaires et professionnels rencontrés lors de l'évaluation partagent la vision et les finalités à long terme du projet de l'AROSS, plusieurs d'entre eux ont souligné que le périmètre de l'intervention de l'AROSS nécessitait d'être précisé. Il s'agit d'une part de clarifier sa place dans le réseau socio-sanitaire et d'autre part éviter d'éventuels chevauchements avec les missions des autres acteurs de santé. Cette clarification est prioritaire pour mettre en cohérence les politiques institutionnelles, le cadre réglementaire et législatif.

Ce travail de concertation devrait permettre également de préciser les missions confiées à l'AROSS^a sur lesquelles une plus-value a été clairement établie par les professionnels et par les

bénéficiaires et leurs familles. Certaines composantes du projet de l'AROSS semblent devoir être gardées en l'état : permanence téléphonique, existence d'un lieu d'accueil, pas de prestations de soins. Les entretiens d'évaluation et d'orientation, tels que prévus dans la loi², apparaissent également comme pertinents, même si les processus de réalisation nécessitent d'être revus en concertation avec les acteurs concernés par l'évaluation.

Certaines missions nécessitent, selon nous, d'être renforcées. Ainsi, la capacité de l'AROSS à détecter et à orienter les personnes fragiles dans le réseau socio-sanitaire mériterait d'être valorisée, et le processus de détection et de prise en charge davantage formalisé. Cela suppose tout d'abord d'engager une réflexion sur les outils d'évaluation à privilégier, leur validité scientifique et clinique et leur capacité à faciliter le partage d'informations et la continuité des parcours de santé.

Cette réflexion indispensable devrait aboutir, à termes, à mieux ajuster les prestations proposées par l'AROSS en fonction du niveau de risque et de besoin des personnes. A ce jour, deux tiers des demandes conduisent à la réalisation d'un entretien d'évaluation et d'orientation, aboutissant à un rapport très complet de la situation de la personne et de son contexte de vie et à des propositions adaptées à son profil. Un possible gain d'efficacité a été mis en évidence par plusieurs partenaires. Il s'agirait, en suivant les recommandations émanant de la littérature et du rapport établi avant le début du projet pilote¹, de mieux délimiter les situations où une évaluation complète est nécessaire ou souhaitable des situations où le processus peut être allégé, partagé avec ou délégué à d'autres acteurs du réseau.

La mission d'appui aux professionnels de santé pourrait également être renforcée, pour répondre aux besoins exprimés lors de cette évaluation et pour s'inscrire en complémentarité avec les prestations proposées par les acteurs du réseau socio-sanitaire. Cette mission peut se décliner sous différentes formes, mais devrait *a minima* favoriser le développement de plans de soins personnalisés qui semblent faire défaut dans le processus d'évaluation et d'orientation mis en place.

Le développement et le renforcement des collaborations avec les acteurs du réseau socio-sanitaire restent un enjeu majeur pour le projet, comme pour tous les projets de soins intégrés. Les médecins libéraux semblent, à ce jour, peu impliqués dans le projet, par manque de connaissance sur le projet, mais aussi par manque de motivation. Des

^a L'AROSS ou la nouvelle structure créée en vue du déploiement. Cette remarque s'applique à la suite du document.

stratégies pour encourager ou faciliter leur participation pourraient être testées dans la suite du projet³. Les collaborations pourraient également être renforcées avec les communes et avec les acteurs associatifs, par exemple pour proposer des offres de prévention et de promotion de la santé. Par ailleurs, au-delà des échanges bilatéraux entre l'AROSS et chaque acteur du réseau socio-sanitaire, qui sont appréciés et sont à conserver, l'AROSS pourrait organiser des échanges pluri-professionnels, soit pour assurer le suivi et la continuité d'une prise en charge dans le cas de situations complexes (par l'intermédiaire de plans de soins personnalisés), soit pour développer une culture commune de collaboration et de coopération et permettre ainsi une intégration des soins verticale et horizontale.

Un des freins majeurs à la collaboration, selon les différents partenaires rencontrés, réside dans l'insuffisance des outils informatisés collaboratifs, principalement en raison de leur manque d'interopérabilité avec les systèmes d'information utilisés par les différents acteurs, mais aussi pour leur ergonomie et leur maniabilité peu satisfaisantes. Des améliorations devraient donc être apportées aux outils VIVATES et SIPRES.

Enfin, de l'avis des professionnels comme des bénéficiaires et leurs proches aidants, la communication sur le projet pourrait être accrue. Les stratégies utilisées par l'AROSS pour informer les professionnels et les bénéficiaires des prestations proposées sont à renouveler régulièrement; les professionnels de premier recours, les communes et les services de proximité sont des relais d'information à privilégier pour communiquer auprès des bénéficiaires et de leurs proches aidants. D'autres moyens d'information (par exemple newsletters, organisation de colloques ou de formations) pourraient être testés pour atteindre un plus grand nombre de professionnels.

Un déploiement par étapes et par districts

Moyennant une clarification de ses missions et de son périmètre d'intervention, les différents acteurs du réseau socio-sanitaire que nous avons rencontrés plaident pour la poursuite du projet et son déploiement à plus grande échelle. Au regard de l'état de maturité du projet, des informations nécessaires à son extension sur l'ensemble du canton et des expériences réalisées à l'étranger, nous recommandons de poursuivre le projet et de prévoir son implémentation par étapes et par districts, afin de permettre son ajustement et sa pérennisation.

Un certain nombre de conditions, préalables à l'implémentation à l'ensemble du canton, apparaissent en effet comme nécessaires. Comme nous l'avons précédemment souligné, une phase de concertation avec les acteurs du réseau socio-sanitaire est indispensable.

Les expériences de soins intégrés menées dans d'autres contextes, en Suisse ou à l'étranger, pointent également l'importance de disposer d'un leadership fort et visible: l'engagement des autorités publiques, tant d'un point de vue stratégique que financier, est un facteur clé de réussite de l'ajustement et de l'implémentation du projet.

Une autre condition d'implémentation du projet concerne son articulation avec la PMS. Plusieurs professionnels et partenaires ont souligné que la coordination et l'orientation des personnes âgées ne peuvent efficacement s'effectuer que si les prestations recommandées sont effectivement disponibles. Nous avons également mis en évidence une certaine confusion entre le projet de l'AROSS et certaines mesures de la PMS visant plus spécifiquement les EMS. Ces éléments soulignent la nécessité d'une information régulière sur la PMS et sur le projet de l'AROSS.

Enfin, et comme nous l'avons dit, plusieurs questions demeurent en suspens quant aux modalités concrètes de l'intervention de l'AROSS et du financement du projet. Si le projet présente plusieurs ingrédients caractéristiques des initiatives de soins intégrés ayant fait leurs preuves dans d'autres contextes, nous ne disposons pas à ce jour d'informations sur l'efficacité, la rentabilité et l'efficience du projet. Nous n'avons pas non plus d'indications sur les possibles transferts de responsabilités et de ressources entre institutions pour la réalisation de certaines missions du projet. Enfin, des solutions de financement innovantes, incitant à la collaboration et à la coordination, pourraient être testées dans la suite du projet avant son extension à l'ensemble du canton. Un déploiement par phases permettrait de poursuivre le processus d'évaluation et de collecter, au moyen d'un design adéquat, des informations sur le potentiel d'économicité du modèle.

Les résultats de l'évaluation ne nous permettent pas de nous prononcer de manière définitive sur la forme juridique la plus adaptée pour le portage du projet (association ou établissement de droit public). Compte tenu de l'engagement nécessaire des autorités publiques dans la définition des missions, des stratégies et dans le financement du projet,

l'établissement cantonal de droit public semble, a priori, la voie à privilégier. Toutefois, il conviendra de conserver un mode de gouvernance, au niveau stratégique, qui permette une représentation équilibrée des principaux acteurs du réseau socio-sanitaire et une co-responsabilité aux décisions prises (représentation au sein du conseil d'administration). L'ancrage territorial (par district) est également une dimension importante à conserver qui ressort de la littérature internationale et des expériences menées en Suisse.

Concernant le financement, un engagement important des autorités publiques est à prévoir, au regard des initiatives menées à l'étranger et en Suisse. Cela n'exclut pas de possibles transferts de charges entre certaines institutions du réseau socio-sanitaire et l'AROSS, qui devront être étudiés dans la suite du projet, en particulier lors de la phase de clarification des missions. Des incitatifs financiers à la collaboration (par exemple financement par capitation ou par parcours de santé) devraient être testés dans la suite du projet et en vue de son extension sur l'ensemble du canton. Enfin, une évaluation des effets et du potentiel d'économicité du projet permettrait d'apporter des arguments en faveur d'une prise en charge de certaines prestations par les assurances.

Les ressources engagées pour le pilote, tant financières qu'humaines, étaient adaptées aux missions et aux objectifs fixés. Nous avons cependant formulé des recommandations sur le processus d'évaluation et d'orientation et la nécessité, selon nous, d'ajuster les prestations au niveau de risque de la population, ce qui peut réduire le volume d'heures nécessaires pour la réalisation de ces missions. Dans le même temps, nous avons également formulé des pistes de développement de nouvelles missions, notamment d'appui aux professionnels.

Le pilote a permis de confirmer l'intérêt de mettre en place une équipe de coordinateurs interdisciplinaires. Cette interdisciplinarité est une plus-value du projet, relevée par les professionnels et partenaires. L'apport notamment d'une évaluation de la situation sociale des bénéficiaires a été souligné. Même si cette fonction interdisciplinaire est vue avec une certaine prudence par les infirmiers que nous avons rencontrés, elle est également mise en avant comme facteur de succès dans les initiatives de soins intégrés menées à l'étranger, et nous recommandons son maintien dans la suite du projet. Au niveau opérationnel, une mutualisation de ressources avec certains partenaires devra être étudiée sur certaines

missions spécifiques (évaluations / orientation, évaluations sociales par exemples) ou en appui aux équipes pour la supervision ou la prise en charge de situations spécifiques (par exemple supervision d'un médecin psychogériatre, collaborations avec les équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs).

Poursuite de l'évaluation du projet

Les solutions métiers mises en place par l'AROSS permettent de disposer d'informations sur les demandes, le niveau de fragilité et le profil des bénéficiaires, les recommandations émises par l'AROSS et leur suivi dans le temps (outil DIOr). Ces données sont précieuses en termes de monitoring de l'activité. Leur principale limite tient à l'outil utilisé, qui a été spécifiquement conçu pour le projet et n'a pas été validé d'un point de vue clinique. Si certaines parties de l'évaluation utilisent des instruments ou des items validés, les résultats ne sont pas comparables avec d'autres informations collectées auprès des bénéficiaires (par l'évaluation RAI-HC par exemple). A terme, un couplage des données DIOr avec d'autres informations collectées dans le dossier patient permettrait d'affiner les profils des bénéficiaires, d'ajuster les stratégies d'intervention au niveau de risque et de suivre l'évolution de l'état de santé. Les autres données issues de SIPRES et de VIVATES sont, à ce jour, plus difficiles à utiliser comme indicateurs de monitoring.

Nous recommandons enfin de mener annuellement des enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires et de leurs proches aidants, ainsi qu'auprès des professionnels et partenaires.

Un autre volet intéressant à suivre, dans la suite du projet, porte sur son effet sur les collaborations interprofessionnelles. Les résultats de l'étude montrent que le projet a formalisé un certain nombre de relations entre l'AROSS et ses différents partenaires ; les analyses fondées sur VIVATES ont permis de quantifier la fréquence de ces relations quand il s'agit de transmission d'informations confidentielles sur un patient. Les partenaires ont également relevé apprécié les échanges organisés à l'initiative de l'AROSS pour élaborer ou ajuster les procédures collaboratives. Les échanges sont toutefois, du point de vue de certains professionnels, bilatéraux et l'AROSS ne semble pas avoir intensifié les échanges entre les professionnels sur le territoire, ce qui mériterait toutefois d'être objectivé. Une analyse de la fréquence, de la nature et de la qualité des interactions actuelles entre les différents acteurs du réseau, et entre ceux-ci et l'AROSS permettrait de cartographier les réseaux d'échanges et, renouvelée

après un ou deux ans, de suivre l'évolution de ces échanges.

En sus de cette activité de monitoring, nous préconisons la réalisation d'une étude coût-bénéfices du projet de l'AROSS qui devrait permettre de collecter les informations manquantes à ce jour sur l'efficacité du projet et son potentiel d'économicité. Cela nécessite de disposer de données sur les principaux indicateurs de résultats attendus (satisfaction, hospitalisations évitables, délai d'entrée en EMS, coûts médicaux et non médicaux, éventuellement mortalité), d'une population de comparaison et d'informations sur les coûts du projet, y compris les coûts liés au projet pour les institutions partenaires.

Références

- 1 Direction de la santé publique. Amélioration du flux et de l'orientation des clients/patients entre les différents partenaires du réseau de soins du canton de Neuchâtel par les entretiens d'orientation. Rapport du CoPil : Prise en charge coordonnée des personnes âgées. Neuchâtel: Direction de la santé publique, 2014
- 2 Loi de santé (LS), 800.1 (1995)
- 3 Zoller M, Badertscher N, Rossi P. Participation de médecins de famille. Projet "Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées". Résumé et recommandations. Berne: Promotion santé suisse et Bureau de prévention des accidents, 2011

Citation suggérée

Pin S, Koutaissoff D, Henry V, Bathily A, Peytremann-Bridevaux I. Evaluation du projet de l'Association Réseau Orientation Santé Social (AROSS). Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2018, (Raisons de Santé : Les Essentiels 6) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/6>