

Parcours du patient en chirurgie : exemples de bonnes pratiques en 2023

Fiche pratique issue de l'expérimentation épisode de soins
chirurgical issue de l'article 51 de la LFSS 2018



Objectifs de la fiche : identifier les actions permettant d'accompagner le patient en amont et en aval de l'hospitalisation incluant une chirurgie, tout en évitant les réhospitalisations et les complications ; démontrer les leviers pour rendre le patient acteur de son parcours

Public cible : tous les professionnels du terrain intéressés, tant les équipes hospitalières que les professionnels de soins primaires, des centres de rééducation et de l'hospitalisation à domicile.

Réalisation : juin 2022 et actualisation mai 2023

Table des matières

1	L'expérimentation épisode de soins chirurgical	3
1.1.	Présentation de l'expérimentation	3
1.2.	Enjeux de l'expérimentation	4
2	Agir pour maintenir le patient dans sa trajectoire	5
2.1.	Amplifier le rôle de l'infirmier de coordination / RAC.....	5
2.2.	Impliquer le patient dans sa préparation	6
2.3.	Sécuriser le retour à domicile.....	8
2.3.1.	PRADO (programme de retour à domicile initié par l'Assurance maladie).....	8
2.3.2.	D'autres alternatives pour anticiper le retour à domicile	8
2.4.	Faire évoluer la place des soins médicaux et de réadaptation et de l'hospitalisation à domicile	10
3	Suivi du patient à distance et nouvelles métriques de la récupération du patient	11
3.1.	La valeur des soins perçue par le patient : modalités et impacts.....	11
3.2.	Un état d'esprit à changer : pour les patients et les équipes	12
3.3.	L'apport des outils numériques	13
4	Perspectives	15

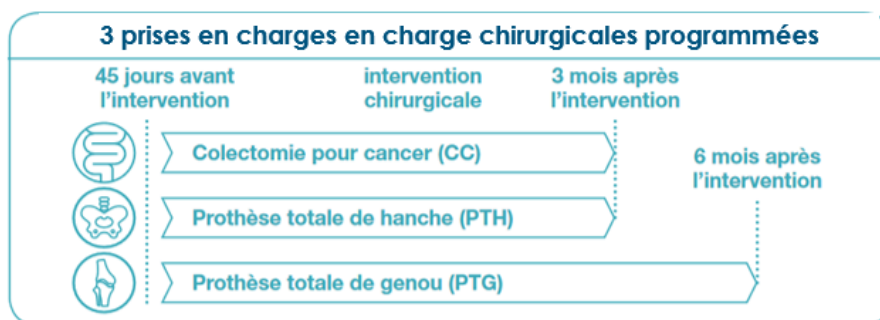
1 L'expérimentation épisode de soins chirurgical

1.1. Présentation de l'expérimentation

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 a introduit, via l'article 51, un cadre légal qui permet, non seulement d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, en s'appuyant sur des modes de financement inédits, mais aussi de déroger aux règles de droit commun, tant en ville qu'en établissement de santé ou médico-social. L'expérimentation ci-dessous a un champ d'application national et est à l'initiative des pouvoirs publics (Ministère de la santé et de la prévention et Caisse nationale d'assurance maladie). La présente fiche s'appuie sur sa mise en œuvre et les retours d'expérience des établissements participants.

Ayant pour but de sortir d'une approche cloisonnée et de faire émerger de nouvelles organisations de soins, l'expérimentation épisode de soins chirurgical (EDS) **associe l'établissement hospitalier (porteur de projet), la ville et les structures aval du type centre de rééducation ou hospitalisation à domicile (statut de partenaire)**. Elle met en avant l'amélioration de la qualité de soins, rendue possible par une plus grande anticipation et l'implication plus forte du patient tout au long de son parcours.

Trois épisodes de soins chirurgicaux sont testés (cf. schéma), préconisant une approche globale en prenant en compte les soins, de la première consultation jusqu'au suivi post opératoire de 3 à 6 mois. Le forfait EDS comprend ainsi les interventions d'acteurs concernés sur toute la durée de l'épisode. Il est ajusté pour chaque patient, prenant en compte ses facteurs de risques et certaines caractéristiques du séjour initial. **Seuls les patients programmés sont inclus dans l'expérimentation.**



Durant la phase d'apprentissage, les établissements de santé porteurs ont perçu des crédits d'ingénierie et d'amorçage, variant selon le nombre de patients, pour initier le projet et son pilotage.

En phase rétrospective les établissements perçoivent un financement dégressif de la coordination par patient, ainsi que potentiellement un financement complémentaire :

- gestion *a posteriori* des écarts **entre** forfait EDS prenant en compte les caractéristiques et les facteurs de risques des patients **et** dépenses d'AM observées sur l'ensemble de l'épisode, pour l'ensemble des patients inclus, calcul d'un intéressement aux économies réalisées
- enveloppe qualité, calculée sur le même principe qu'IFAQ, le score qualité étant le résultat d'une dizaine d'indicateurs

- partage de l'éventuel intéressement entre l'établissement MCO porteur et les structures ou acteurs partenaires ayant conventionné avec lui

L'expérimentation a démarré en septembre 2019, elle se terminera en juin 2024.

Neuf établissements participent à l'établissement en Ile-de-France :

GH Paris Saint-Joseph, Institut mutualiste Montsouris, deux établissements de l'APHP, Lariboisière – Fernand Widal et Ambroise Paré, clinique Arago, GH Diaconesses-Croix Saint-Simon, hôpital d'instruction des armées Begin, les cliniques Claude Bernard et Domont du groupe Ramsay santé.

1.2. Enjeux de l'expérimentation

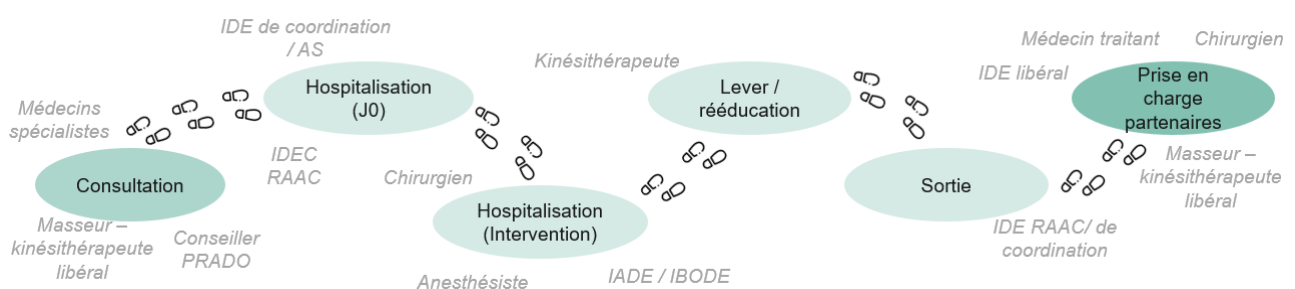
Des évolutions autour de la prise en charge se développent depuis plusieurs années, pour une prise en charge davantage centrée sur le patient :

- Développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAC)
- Réflexion croissante sur l'autonomie du patient, et son implication dans sa récupération après intervention chirurgicale
- Développement de l'accompagnement des patients à distance (appel téléphonique, solution de suivi à distance)
- Place croissante de la recherche et prise en compte des retours d'expérience de patients pour adapter la communication et la prise en charge
- Poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire
- Amélioration continue des pratiques

L'objectif visé par l'expérimentation est de faire du financement un incitatif pour accélérer le déploiement de ces pratiques sur les trois prises en charges ciblées, prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou et colectomie pour cancer. Les filières sont déjà particulièrement bien établies.

Ces évolutions réduisent sensiblement les durées moyennes des séjours hospitaliers et impliquent le transfert de certaines missions de l'infirmier hospitalier vers l'infirmier libéral ou la structure de rééducation, élargissant le périmètre d'action des partenaires (surveillance post-opératoire, pansements spécifiques...). Elles dépassent donc les frontières de la seule structure MCO qui réalise l'intervention.

Le parcours du patient mobilise de nombreux professionnels de santé et structures, l'exemple de la chirurgie orthopédique avec retour à domicile schématisé ci-après, est pris pour l'illustrer :



La coopération entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge devient essentielle. Plusieurs défis sont à surmonter par les offreurs de soins pour assurer une prise en charge fluide et de qualité. Ils sont dus principalement au périmètre d'intervention et nombre d'acteurs, aux outils et/ou information disponible et au niveau de mobilisation.

La mise en place des parcours de soins prône une approche holistique des soins. Ainsi, les leviers ne doivent pas être considérés de manière isolée, comme ayant un impact uniquement sur l'étape à laquelle ils sont liés. Le début de l'épisode de soins comporte plusieurs points décisifs. Ces éléments conditionnent le bon déroulé du parcours prévu en pré-hospitalisation.

La mise en place des expérimentations EDS s'inscrit dans un contexte où certains dispositifs sont déjà mis en place (infirmier de coordination, PRADO...), avec des degrés de maturité hétérogènes cependant. Dès lors, l'enjeu pour les expérimentateurs est d'accélérer leur déploiement, de capitaliser sur les apports de ces dispositifs, et surtout de trouver des articulations éventuelles avec d'autres dispositifs.

A noter que les chiffres cités ci-après proviennent d'un recueil de données collectées spécifiquement dans le cadre de l'expérimentation et datent de juin 2022.

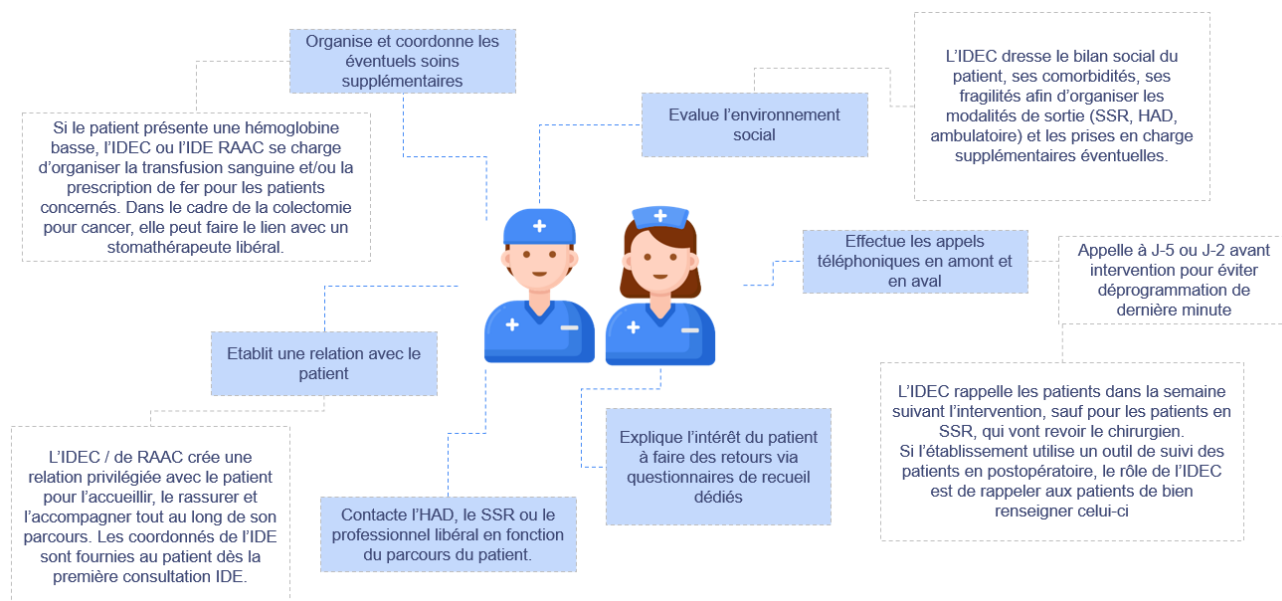
2 Agir pour maintenir le patient dans sa trajectoire

Les acteurs de santé participant à la prise en charge du patient sont incités à déterminer le parcours de soin le plus en amont possible. L'évaluation de l'état de santé du patient est précoce, bien souvent **6 semaines en amont de l'intervention**, et complète : état physique, psychologique, nutritionnel. Elle est élargie à la prise en compte de son lieu de vie, son entourage ou encore de sa situation socio-environnementale. **Ces éléments sont déterminants pour adapter la préparation du patient à l'intervention et le choix de la modalité de sortie** : soins de rééducation, hospitalisation à domicile ou retour à domicile avec soins.

La participation de l'infirmier de coordination au parcours d'information du patient est un facteur de succès du suivi du parcours par le patient et de la coordination des acteurs de santé. Le patient peut agir afin de contribuer utilement à ses soins et, in fine, à son rétablissement.

2.1. Amplifier le rôle de l'infirmier de coordination / RAC

La création de poste d'infirmier RAC ou de coordination (IDEC) est une des premières actions réalisées par les établissements qui ne disposaient pas encore de ce type de poste au démarrage de l'expérimentation. Son rôle est central dans la coordination des différentes étapes du parcours, comme en témoigne le schéma ci-après :



Les locaux occupés par les IDEC et leur placement sont des éléments stratégiques. La proximité avec le chirurgien permet un lien plus facile et le fait de disposer d'un espace dédié encourage les patients à poser librement leurs questions.

Les missions de l'IDEC en vue de faire le lien avec les partenaires sont très variables. Dans certains établissements, elle assure la prise de contact avec les professionnels libéraux, en s'appuyant sur des structures disposant de leur propre fonction de coordination comme les CPTS. A noter que ces missions de coordination peuvent également s'appuyer sur l'action du PRADO ou de structures extérieures (cf. ci-après).

D'autres actions en faveur de la coordination renforcée ont pu être observées au cours des expérimentations :

- Développement et structuration du partage d'information ou mise en place d'un outil numérique de coordination interprofessionnelle
- Animation des réunions d'information auprès l'ensemble des parties prenantes ou mise en place de groupes thématiques avec des professionnels volontaires issus de structures voisines
- Formalisation / revue des protocoles et chemins cliniques partagés

2.2. Impliquer le patient dans sa préparation

Selon les résultats de l'évaluation menée auprès du patient, il peut être nécessaire de mettre en place des actions spécifiques lors d'une journée de préparation pré-opératoire. Cette journée s'organise principalement de la façon suivante :

- Une concentration d'une grande partie des consultations et examens préopératoires
- L'organisation d'une réunion pluridisciplinaire, parfois nommée « Ecole des patients », pour expliquer le parcours de soins au patient mais aussi anticiper et coordonner la phase postopératoire. Dans le cas de la colectomie, il s'agit d'un échange en individuel avec l'infirmier de coordination

- Un financement en hôpital de jour possible



Sur la base de la [circulaire de gradation des soins du 10 septembre 2020](#), certains établissements financent cette journée en hospitalisation de jour. Ce mode de financement permet de valoriser les soins de support en fonction du nombre d'intervenants.

Mise en place de l'école des patients et d'un bilan pré-opératoire sur une journée l'Institut mutualiste Montsouris (IMM)

L'IMM a mis en place un bilan sur une journée, intégrant la réalisation des examens complémentaires en pré-opératoire et une session d'information d'1h30, appelée « école des patients », réunissant en moyenne 5 patients et leurs proches. Cette journée est planifiée au moins 3 semaines avant l'intervention. L'organisation de l'information est la suivante :

- Introduction par les chirurgiens et anesthésistes
- Présentation du parcours patient et des documents administratifs (dont les questionnaires d'expérience patient dans l'objectif d'anticiper les problématiques de complétude
- Explication du post-op et de la gestion des douleurs
- Vidéo retraçant le parcours patient à J0 également disponible sur le site de l'IMM pour les patients ne pouvant/souhaitant pas se déplacer
- Présentation des exercices de rééducation
- Témoignage d'un patient

La séance à l'école des patients est complétée par une consultation individuelle avec l'IDEC EDS si nécessaire. La séance d'information permet de rassurer les patients et leurs aidants sur leur prise en charge et de répondre à leurs éventuelles questions avant l'opération.

Pré-habilitation nutritionnelle

L'intervention du service diététique est assez fréquente pour EDS côlon, avec près de 60% des patients. En cas de dénutrition ou d'anémie, une correction pré-opératoire est planifiée quasi-systématiquement et donne très fréquemment lieu à une consultation auprès du service diététique.

En revanche, elle est peu fréquente en orthopédie, avec moins de 2%. L'allocation de temps du service diététique est plutôt réservée aux personnes hospitalisées et non en amont.

Pré-habilitation physique

En moyenne près de 30% des patients d'orthopédie bénéficient d'une préparation physique par un masseur-kinésithérapeute ou un APA. Ils sont 25% pour la colectomie.

Préparation physique pour un parcours en chirurgie ambulatoire versus en hospitalisation complète à l'APHP Lariboisière

La préparation des patients en ambulatoire est spécifique dans certains établissements. Ainsi, à l'APHP Lariboisière, 5 séances de préparation avec le kiné sont prévues pour ces patients contre 1 seule pour les patients hors ambulatoire. Cela permet par ailleurs de prendre contact avec le kiné de proximité du patient. L'école des patients est réservée aux patients ambulatoires. Elle est mise en œuvre autour de méthodes thérapeutiques concernant notamment la douleur et la relaxation, qui sont difficiles à gérer à domicile.

2.3. Sécuriser le retour à domicile

En cas de sortie d'hospitalisation chirurgicale avec retour à domicile, la prescription de soins infirmiers est systématique pour les trois prises en charge. Concernant les soins de kinésithérapie, leur prescription est automatique pour la prothèse totale de genou, alors que s'agissant de la prothèse totale de hanche, un certain nombre d'établissements considère que leur prescription n'est pas nécessaire. Le patient doit pratiquer de lui-même les exercices qui lui ont été montrés en amont de l'intervention et reprendre progressivement la marche.

La plus grande implication du patient dans sa prise en charge et la pré-habilitation conduisent à favoriser le retour à domicile quand son environnement le permet, ce qui nécessite une prise de relais par les professionnels libéraux. Il s'agit alors de s'assurer que des professionnels de ville peuvent le prendre en charge à domicile.

2.3.1. PRADO (programme de retour à domicile initié par l'Assurance maladie)

Le PRADO est sollicité **3 semaines à 1 mois avant l'intervention pour valider la faisabilité**. Le patient éligible est mis en relation avec un conseiller de la CPAM, tout en informant son médecin traitant. Si le patient n'est pas suivi en ville par un IDE ou un kinésithérapeute, le conseiller peut lui fournir une liste des professionnels de son secteur géographique. Cette connaissance du réseau de ville est un facteur essentiel, qui peut permettre de débloquer la question de la trajectoire patient (sortie en SSR ou retour à domicile).

Le conseiller de la CPAM prend également contact avec tous les membres de l'équipe de soins primaires en respectant le libre-choix du patient, dès l'étape per-opératoire, permettant de les impliquer au plus tôt et de favoriser la connaissance des protocoles. Une aide-ménagère et/ou un portage de repas peuvent également être organisés en lien avec les services sociaux.

En Occitanie, une CPAM offre la possibilité de faire les demandes de PRADO par l'outil ViaTrajectoire (habituellement utilisé pour les admissions en SSR), qui permet également d'avoir les coordonnées des professionnels libéraux à tout moment, et facilite ainsi l'articulation avec l'hôpital.

2.3.2. D'autres alternatives pour anticiper le retour à domicile

Si le patient n'est pas suivi en ville par un IDE ou un masseur-kinésithérapeute de ville, il convient de faciliter sa recherche de professionnel disponible et éventuellement de faire la mise en relation. Les référencement institutionnels des professionnels de soins primaires existants sont à date très peu utilisés par les professionnels de santé et les patients.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de par leur mission d'organisation des parcours des patients :

Afin de répondre à la problématique des établissements pour trouver des masseurs-kinésithérapeutes libéraux acceptant de se rendre au domicile des patients et ainsi d'éviter une hospitalisation en SSR ou en HAD non nécessaire, **le GH Paris Saint-Joseph et l'IMM** ont initié un test avec deux CPTS voisines¹ :

- Une plateforme téléphonique dite passerelle permet de centraliser les demandes de prises en charge et de les répartir entre les professionnels libéraux répertoriés dans l'outil.
- Les établissements contactent directement la passerelle pour programmer les visites des kinésithérapeutes au domicile des patients si besoin, en démarrant sur un petit nombre de patients.

Il est envisagé d'inscrire sur l'ordonnance du patient un nombre de séances à réaliser à domicile, et de préciser que les autres séances auront lieu au cabinet, pour ainsi expliquer au patient que cela tient compte de sa récupération progressive et favoriser son acceptabilité. Il revient au kinésithérapeute d'adapter les séances au besoin.

Les réseaux de cancérologie

Un réseau a contribué à des travaux sur la mise en place d'un protocole partagé hôpital-ville concernant la colectomie pour cancer. Les attendus de la surveillance ou du soin ont été fixés au moment de la montée du projet avec le service hospitalier concerné. Un document permet à présent au service hospitalier souhaitant solliciter la prise en charge d'un patient par les professionnels de santé libéraux en lien avec le réseau, précisant les coordonnées de son IDE libéral (IDEL) si le patient en a un. Si ce n'est pas le cas, les infirmiers le réseau en cherche un dans le territoire du patient. Ensuite, le réseau transmet systématiquement le protocole et un mail de synthèse à l'IDEL choisi.

A noter que les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) peuvent être sollicités pour une prise en charge complexe.

Les sociétés privées

Des sociétés (Inzee.care, Médicalib...) proposent des annuaires par territoire et facilitent la transmission itérative de demande de prise en charge à des professionnels à proximité du lieu de vie du patient, tant qu'aucun n'a encore accepté. Ces outils prévoient également si une prise en charge au domicile du patient est nécessaire lorsque celui-ci ne peut se déplacer. Ces outils sont bien souvent payants pour les structures de santé et les professionnels de ville, mais pas pour les patients.

Certaines de ces sociétés (Libheros, Maëla...) proposent également des services supplémentaires tels que :

- ⇒ Un plateau infirmier joignable par téléphone 7j/7 et 24h/24, une réaction rapide en cas d'alerte qui permet de répondre aux infirmiers libéraux et aux patients, sécurisant pour les patients et les praticiens qui hésitent à faire évoluer leur prise en charge
- ⇒ Au moment de la consultation chirurgicale, une évaluation psychosociale, pouvant conduire à une intervention à domicile pour aménager le logement et à une mise en place d'aide à domicile en post-hospitalisation

¹ Cartographie des CPTS d'Ile-de-France disponible ici : <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/les-cpts-en-ile-de-france>

2.4. Faire évoluer la place des soins médicaux et de réadaptation et de l'hospitalisation à domicile

L'Institut mutualiste Montsouris (IMM) a établi un partenariat avec une structure de soins médicaux et de réadaptation (SMR) sur la base d'un parcours « fast track » pour la prothèse totale de genou. Cela signifie qu'à J+3 au sortir de l'établissement MCO, le patient est pris en charge pour 10 jours en hospitalisation de jour (HDJ) en SMR (contre 3 semaines en hospitalisation complète selon le protocole standard). Elle présente les avantages suivants :

- Retour ou maintien à domicile du patient assuré tout en apportant une prise en charge complète et des soins des soins de rééducation et réadaptation de niveau hospitalier
- La présence simultanée de plusieurs patients provoque souvent un effet d'entraînement et motivations réciproques entre les uns et les autres

L'IMM s'engage à apporter une réponse rapide en cas de difficulté/complication pour un patient.

L'HDJ en SMR est amené à évoluer, il sera notamment impacté par le développement de la télésanté, notamment du télésoin par les métiers de rééducation (suivi à distance par un auxiliaire médical ou un pharmacien).

Expérience de la télé-réadaptation au Centre Paris Est Francilien devenu hôpital La Boissière du groupe VYV (hors expérimentation EDS)

L'établissement avait prévu de tester la mise en place de télé-réadaptation pour des patients ayant bénéficié d'une arthroplastie totale de genou depuis moins de 15 jours début 2020. La période de confinement a conduit à étendre à d'autres profils de patients : prothèse de genou; ligamentoplastie; membre inférieur; AVC.

A compter de mai 2020 : la structure a opté pour la mise en place de parcours hybrides alternant présentiel et distanciel.

Les règles pour comptabiliser un HDJ sont les mêmes qu'en présentiel : au moins 3 interventions différentes, qui doivent pouvoir être justifiées en utilisant la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) réalisés par deux professionnels différents. En revanche, les actes peuvent être répartis entre les jours d'une même semaine calendaire.

Les aspects positifs pour le patient :

- pas besoin de se déplacer
- une adhésion et une compliance mais également une tendance à la responsabilisation et à la prise d'initiative lors des séances. Un rôle plus actif qu'en présentiel où ils tendent à se "laisser faire".
- présence de l'aidant qui se rend mieux compte des capacités et des difficultés de son proche à domicile.

Les limites :

- temps d'appropriation des patients de l'outil
- impossibilité du thérapeute à intervenir physiquement sur le patient

Concernant l'HAD, sollicité en lien avec le médecin traitant, la plus-value est la sécurisation d'un retour à domicile, la permanence des soins sur un territoire donné ainsi qu'une réponse téléphonique en cas de besoin. C'est un élément rassurant pour le patient, il a toujours quelqu'un à qui s'adresser. Outre la dimension médicale, l'aspect social est également pris en compte.

3 Suivi du patient à distance et nouvelles métriques de la récupération du patient

Le retour à domicile précoce du patient est souvent conditionné par la **capacité de garantir un suivi du patient en post-opératoire. Les outils numériques sont de plus en plus mobilisés** en vue d'assurer ce suivi dans les meilleures conditions, intégrant l'évolution de la qualité de vie du patient et d'évaluer si un ajustement de la prise en charge est nécessaire (questionnaires Patient reported outcomes mesures dit PROMs).

3.1. La valeur des soins perçue par le patient : modalités et impacts

Il s'agit notamment d'interroger le patient via des questionnaires PROMs auto-administrés :

- en amont de l'intervention, à partir de la première consultation avec le chirurgien
- a posteriori sur une durée qui va a minima jusque la fin de l'épisode de soins, soit 3 mois pour la colectomie et la prothèse totale de hanche et 6 mois pour la prothèse totale de genou.

A noter que la périodicité d'administration est variable, **il est recommandé de les administrer a minima à deux reprises, avant et après l'intervention dans le cas de la chirurgie.** Certains établissements vont bien au-delà. Dans la pratique, plusieurs établissements particulièrement en avance de phase, ont choisi de prolonger le suivi sur une période de 1 à 2 ans.

Les questionnaires PROMs peuvent être génériques, c'est-à-dire non spécifiques à des pathologies et convenant à tous types de populations ou spécifiques. Les questionnaires PROMs internationaux validés en version française, utilisés dans le cadre de l'expérimentation, sont listés en Annexe 1.

Parmi les impacts positifs de ces questionnaires sur les patients, cités par la HAS² :

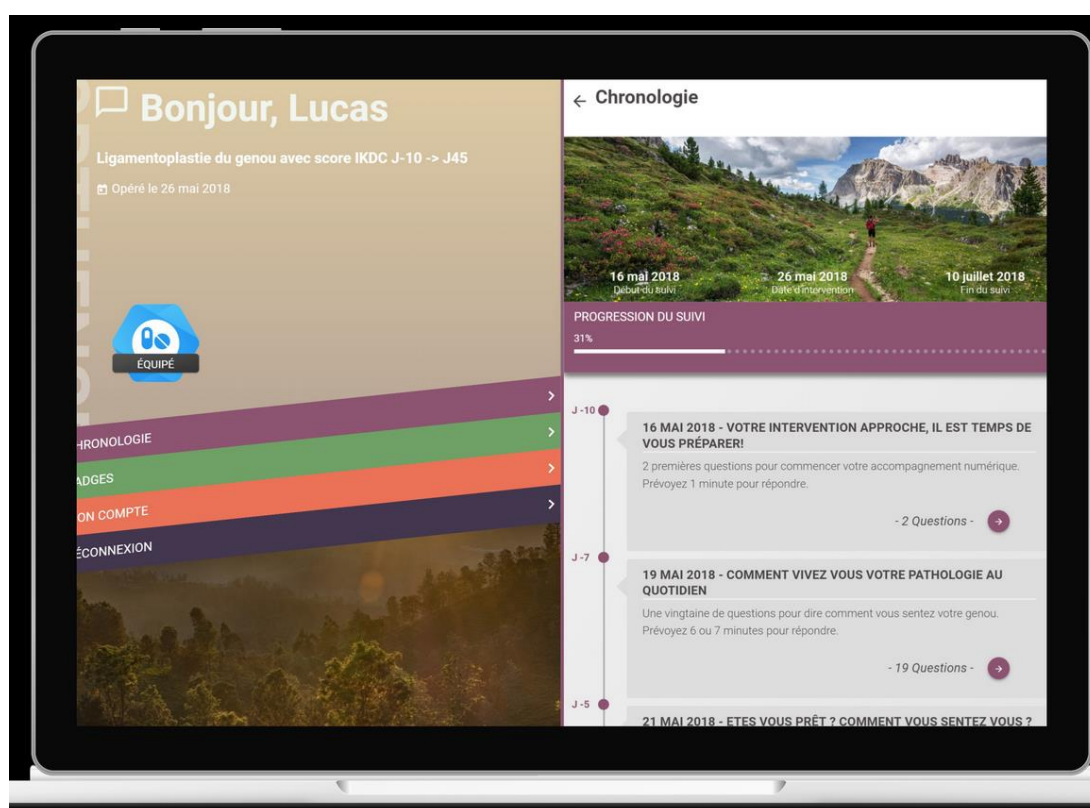
Impacts des PROMs	Preuve de l'impact
Impacts sur la prise en charge clinique des patients	
<i>Communication (patient-professionnels, professionnels-professionnels)</i>	+++
<i>Prise en charge des symptômes (diagnostic, suivi, etc.)</i>	++
<i>Actions cliniques engendrées (modification de traitement, adressage vers d'autres professionnels de santé, etc.)</i>	+
Impacts sur les résultats des soins	
<i>Symptômes physiques (diminution de la sévérité, diminution de la prévalence, etc.)</i>	+

² Qualité des soins perçus par le patient – indicateurs PROMs et PREMs, panorama d'expériences étrangères et principaux enseignements, pp.44-45 HAS, juil. 2021

<i>Symptômes psychiques (diminution de l'anxiété, etc.)</i>	+
<i>Qualité de vie des patients</i>	+
<i>Satisfaction des patients</i>	+++
Impacts sur la performance et la régulation du système de soins	
<i>Diffusion publique (transparence), évaluation externe, paiement à la qualité (maîtrise de la dépense), suivi populationnel</i>	+

3.2. Un état d'esprit à changer : pour les patients et les équipes

Il s'agit d'éduquer le patient à ces nouvelles modalités de prise en charge et d'expliquer que s'il remplit les PROMs, il aura **un suivi personnalisé** par la suite en termes d'informations et recommandations. En effet, la réception des questionnaires remplis permet à l'équipe d'adapter la prise en charge.



Il est nécessaire qu'une concertation ait lieu au sein d'une équipe pour déterminer le ou les questionnaires qui lui semblent adaptés au regard des objectifs poursuivis, d'identifier des aspects de la prise en charge sur laquelle l'équipe a peu de visibilité à date. Le défi pour les équipes est de rentrer dans une **démarche apprenante**.

Côté direction il s'agit de **reconnaître le temps humain nécessaire pour gérer le suivi hors établissement**, analyser les résultats et les partager en équipe pour veiller à ce que « derrière les questions du logiciel, la surveillance soit bien réelle ».

3.3. L'apport des outils numériques

Les établissements sont très diversement équipés en termes d'outils numériques administrer les questionnaires :

Certaines se tournent vers leurs portails patients qui offrent déjà toutes sortes de services (préadmission, prise de rdv en ligne, partage de documents...).

D'autres disposent d'outils dédiés au télésuivi (suivi à distance des patients par le corps médical pouvant prendre plusieurs formes qui se combinent : applications smartphone avec questionnaires, capteurs...). Parmi les solutions dédiées, ont été citées :



Ces outils permettent l'envoi automatisé des questionnaires, ce qui est perçu comme une condition facilitant sensiblement la démarche. Les questions sont accessibles via un espace sécurisé ou par dialogue via sms. Ils présentent d'autres avantages :

- Intégration d'autres grilles d'évaluation et de check-lists propres aux établissements : J-n, J+n, Anémie, ECBU, Arrêt traitement, Reprise traitement
- Déclenchement d'alerte ou une prise de contact avec l'établissement, selon la réponse du patient. Les seuils d'alerte sont bien souvent à la main des établissements : non réponse, heure de réponse (ex. Service fermé), valeur numérique (ex. Douleur), contenu de la réponse (ex. « Je ne me sens pas bien »), variation sur une échelle de temps (ex. prise de poids)
- Plus globalement, création de parcours sur-mesure s'adaptant aux besoins des établissements et intégration de messages personnalisés créant du lien entre le patient, son chirurgien et l'équipe paramédicale.

Ces outils participent ainsi à la digitalisation du parcours patient. Ils peuvent par ailleurs contribuer au besoin de coordination au-delà de l'équipe hospitalière, piste qui reste à investiguer par la plupart des établissements.

D'autres n'ont pas encore investi dans une solution et proposent une administration sur papier ou sur tablette. Cela pose la question d'un calcul du score par patient tel que prévu pour ces diverses méthodes. Toutefois, une exploitation des données reste possible par patient en juxtaposant les grilles remplies à diverses périodes.

Au-delà de ces trajectoires individuelles, l'ensemble des données récoltées constituent aussi l'occasion de s'intéresser à l'impact de certains paramètres peu étudiés. Elles constituent de solides bases pour des travaux de recherche et devraient à terme permettre de détecter de potentiels risques de complications.

Quels taux de réponse des patients ?

- Taux de participation de 20-40 % pour un outil dont l'appropriation par l'équipe est en cours
- Taux de participation supérieur à 50% avec un accompagnement de l'outil par toute l'équipe du service (médicale et paramédicale), voire au-delà selon l'âge de la patientèle et son aisance avec les outils numériques. Le rôle de l'aidant est également à valoriser, en accompagnant du patient dans l'utilisation.
- Au delà de 80% : une IDE appelle les patients concernant les données manquantes

Mise en place de la solution e-fitback au sein du groupe Ramsay Santé

En mars 2022, les cliniques du groupe ont démarré le déploiement de questionnaires PROMs via un outil dédié. Il en ressort que l'intervention humaine est particulièrement nécessaire. L'IDEC évoque le sujet avec le patient à trois reprises avec le patient : lors de la consultation pré-opératoire, au lit du patient avant sa sortie hospitalisation, et lors du suivi téléphonique. Il est difficile d'avoir des réponses 3 à 6 mois après l'intervention lorsque l'envoi n'est pas adossé à la venue du patient dans l'établissement.

L'établissement donne par ailleurs de la visibilité au patient sur la période de réception et le nom de l'expéditeur ou l'outil utilisé, en les intégrant comme des éléments à part entière du parcours. Le schéma ci-dessous, issu d'une note d'information patient, l'illustre :



Durant l'expérimentation, les principaux enseignements concernant le recueil de l'expérience patient ont été les suivants :

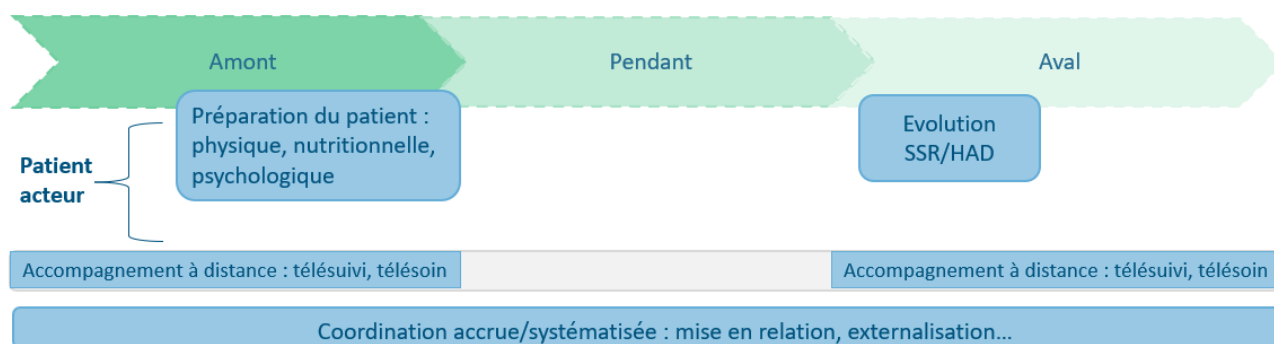
Embarquement des équipes :

- Impliquer les professionnels de santé dans le choix des questionnaires pour identifier les aspects de la prise en charge mal connus. C'est un bon moyen pour se projeter dans les usages.
- Segmenter les questionnaires selon populations
- Rechercher l'adhésion des médecins, leur parole ayant un impact prépondérant dans le remplissage par le patient en intégrant les questionnaires comme partie intégrante de la prise en charge
- Partager les résultats avec les partenaires pour « alimenter » le projet commun (intégration de question en lien avec la coordination perçue par le patient)

Incitation des patients à répondre :

- Utiliser des questionnaires courts et faciles à comprendre, créer un rythme
- Combiner communication orale par professionnels de santé et supports explicatifs
- Personnaliser les messages à l'intention du patient
- Utiliser plusieurs canaux de communication : envoi mail, sms tenant compte des équipements et de l'aisance des utilisateurs
- Faire en sorte que le patient puisse avoir l'information au bon moment (recueil mené à différentes étapes du parcours)

En synthèse, sur l'ensemble du parcours, des évolutions combinées sont à noter :



4 Perspectives

Des retours effectués par des établissements de santé participants, il est indéniable que l'expérimentation a été un accélérateur pour le développement des pratiques précédemment expliquées :

- Emulation collective en lien avec des objectifs et un calendrier communs, sessions de partage d'expérience pour lever les freins
- Accompagnement financier alloué souvent utilisé pour la création de poste d'IDEC. Néanmoins, les structures MCO les plus avancées dans la RAC disposaient déjà de ce type de poste, suite à des études de retour sur investissement partagées avec l'équipe de Direction.

S'agissant de l'administration de questionnaires d'évaluation de la qualité de vie, il convient de noter que cela constitue une spécification recommandée dans le cadre de l'entrée dans le droit commun du remboursement des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance, en juillet 2023. A date, ce remboursement est limité aux cinq pathologies qui ont fait l'objet d'expérimentation *via* ETAPES. La feuille de route du numérique manifeste la volonté d'étendre rapidement cette prise en charge à d'autres pathologies (dépôt de dossier en nom de marque et prise en charge anticipée)³.

Concernant l'initiation de liens avec les partenaires (ville, SMR, HAD) ou leur développement, la situation est à adapter selon l'existant au sein de chaque territoire : partenaires SMR de longue date, dynamisme d'une CPAM pour le déploiement du PRADO, pro-activité d'une CPTS sur la mission parcours... Si les acteurs n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, le temps de mise en œuvre sera sensiblement plus conséquent. Cela demande de changer les postures, de revoir le parcours en tenant compte des contraintes des uns et des autres, d'envisager des modifications de protocoles de soins pour ainsi expérimenter de nouvelles manières de travailler ensemble.

³ <https://gnius.esante.gouv.fr/fr/financements/fiches-remboursement/remboursement-de-la-telesurveillance>

Annexe 1

Questionnaires PROMs existants et validés version française utilisés dans le cadre d'EDS :

Les questionnaires ainsi que les conditions et leurs droits d'utilisation sont accessibles ici :

Type de questionnaire : générique ou spécifique	Nom du questionnaire	Source
Générique	EQ-5D-5L	https://euroqol.org/
Générique	SF-36 et SF-12	https://www.optum.com/campaign/lis/outcomes-survey-request.html
Prothèse de hanche	HOOS-PS / HOOS / KOOS-PS / KOOS	http://www.koos.nu/index.html
Prothèse de genou	OHS-12 / OKS-12	https://innovation.ox.ac.uk/
Colectomie	EORTC-QLQ-C30-CR29	https://qol.eortc.org/questionnaires/

Ci-dessous une synthèse concernant les questionnaires génériques EQ-5D-5L et SF-12 et 36 :

Questionnaire	Short Form (SF)		EQ-5D
	SF-36	SF-12	EQ-5D-3L, EQ-5D-5L
Version du questionnaire	SF-36	SF-12	EQ-5D-3L, EQ-5D-5L
Résultat mesuré	Qualité de vie		
Nombre d'items	36	12	6
Temps d'administration (minutes)	10	2	8
Questionnaire adaptatif (minutes)	-	-	-
Traduction française	Oui	Oui	Oui
Difficulté de lecture	Plutôt facile	Plutôt facile	Normale
Nombre de dimensions	8	8	5
Nombre d'items : santé générale	6	1	1
Nombre d'items : santé physique – symptômes	2	1	1
Nombre d'items : santé physique – capacité	14	4	2
Nombre d'items : santé mentale	12	5	1
Nombre d'items : santé sociale	2	1	1
Nombre d'items : autre	-	-	-
Droits de licence	Applicables	Applicables	Applicables