



Journée d'étude de la Fegems

*Quelles nouvelles organisations
pour l'action médico-sociale
de demain ?*

Jeudi 30 novembre 2017

Dr Philippe Schaller - Arsanté



1. Quel projet institutionnel pour demain?
Rapport du groupe d'experts 2002.
2. Un nouveau contexte sociétal, l'adaptation est urgente.
3. Cité générations : un projet en rupture.
4. Une coordination de parcours ?
5. Les nouvelles organisations
« intelligentes ».



1. Quel projet institutionnel pour demain?
Rapport du groupe d'experts 2002.
2. Un nouveau contexte sociétal, l'adaptation est urgente.
3. Cité générations : un projet en rupture.
4. Une coordination de parcours ?
5. Les nouvelles organisations
« intelligentes ».

Quel projet institutionnel pour demain ?

Rapport du groupe d'experts
Juin 2003

Mandat

- Demain : 2013
- Respecter cadre de référence de la loi EMS
- Enveloppe financière
- Liberté de choisir pour le résident
- Respecter conditions liées aux autorisations

Questions

- Quel EMS faut-il ?
 - Pour quel projet institutionnel ?
 - Pour quel profil de résident ?
 - Pour quel type de soins ?
- Quelles seront les retombées sur l'organisation, le fonctionnement et les profils de professionnels requis ?

Propositions du Groupe Experts

- Une autre conception de l'organisation et du financement du réseau socio-sanitaire.
- Sortir du seul paradigme bio-médical, considérer le champ social.
- EMS : un centre de soins gérontologique régional.
- Alternatives à l'hébergement institutionnel (structures intermédiaires).



1. Quel projet institutionnel pour demain?
Rapport du groupe d'experts 2002.
2. Un nouveau contexte sociétal, l'adaptation est urgente.
3. Cité générations : un projet en rupture.
4. Une coordination de parcours ?
4. Le dépassement du concept d'Etablissement Médico-Social.
5. Les nouvelles organisations « intelligentes ».



Le plan stratégique de la Suisse: «Santé 2020»

Le 4 défis principaux:

1. Augmentation des maladies chroniques
2. Évolution des soins médicaux
3. Garantie du financement d'un secteur de la santé en développement permanent
4. Manque de transparence et d'une direction stratégique



Le nombre de personnes âgées et partant, de maladies chroniques augmente. Les structures actuelles sont axées sur les soins aigus. La transparence et le pilotage doivent être améliorés. Le Conseil fédéral entend relever ces défis grâce à la stratégie Santé2020 et améliorer le système de santé dans tous les domaines afin que les personnes malades ou accidentées continuent de recevoir des soins de qualité à l'avenir.

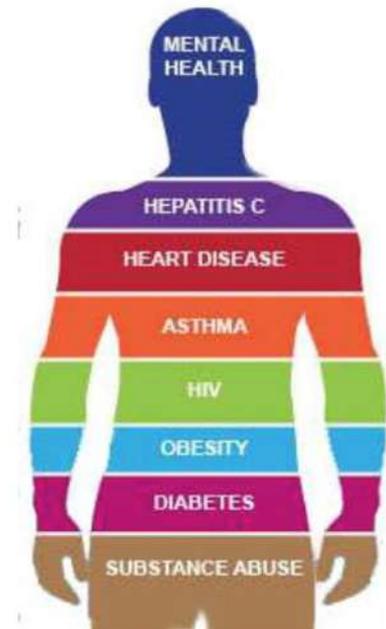


Chronicité et fragilité

Les personnes ayant une ou plusieurs pathologies chroniques requièrent:

- **72% du total des visites médicales**
- **76% de toutes les hospitalisations**
- **80% des journées de séjour hospitalier**
- **88% de toutes les prestations médicales**
- **96% de toutes les visites à domicile**

Source : Kane R. 2005



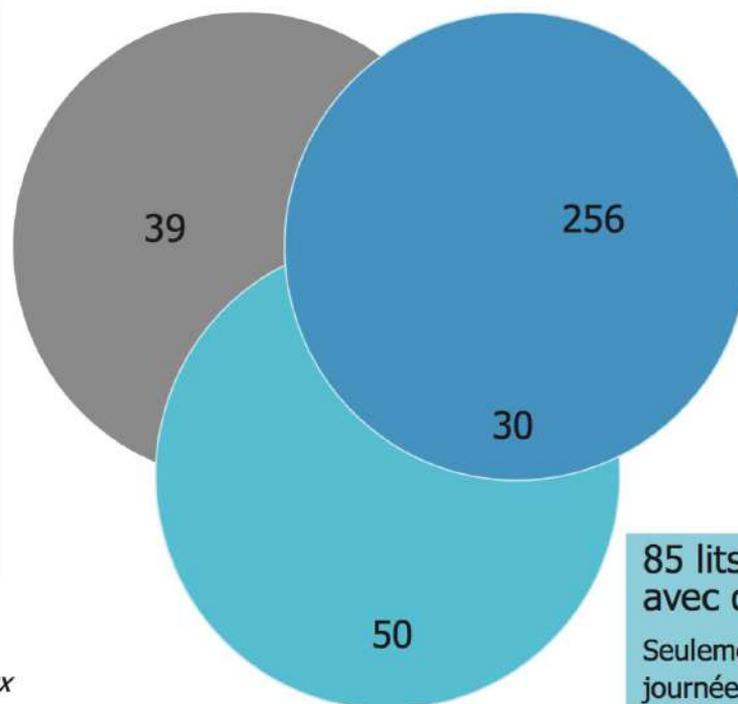
406 lits d'hospitalisation aigue (lits A) du canton de Genève sont occupés par des patients chroniques et/ou réadmis et/ou en long séjour

70 lits occupés par des patients chroniques

Seulement les diagnostics chroniques suivants :

- Insuffisance cardiaque
- Diabète
- BPCO

- **74 % liés à des cas urgents**
- 28 % de cas privés



314 lits occupés par des patients avec plusieurs admissions

Les patients avec 3 admissions ou plus sur l'année, pour des séjours de plus d'une nuit

- **63 % liés à des cas urgents**
- 25 % de cas privés

85 lits occupés par des patients avec des très longs séjours (>30 j)

Seulement les séjours à partir de la 31^{ème} journée.

- **60 % liés à des cas urgents**
- 16 % de cas privés

*Lits calculés sur la base d'un taux d'occupation des lits de 80 %.
Activité sans psychiatrie et psychothérapie (M500), gériatrie (M900) et médecine physique et réadaptation (M950).*

Source(s) : BD d'hospitalisation, Hôpitaux du canton de Genève, 2012



Que faut-il aux citoyens/patients pour être satisfaits?

- Être soignés de plus en plus souvent **à domicile**
- **Dépenser moins** pour leur propre santé
- Être pris en charge par **quelqu'un de compétent** qui s'occupe de tous leurs **problèmes (sociaux et de santé)**
- Être **contrôlés périodiquement** par le personnel de santé
- Être **conseillés pour autogérer** leur maladie et prévenir les complications
- Être **accueillis et aidés** à faire face dans les moments de crise
- Avoir une **aide à la famille** dans ces mêmes moments de crise



Coordination de parcours et une planification des soins



Services sociaux

Support familial et entourage



Soins à domicile et soins palliatifs



Soins spirituels



Soins médicaux et gériatriques



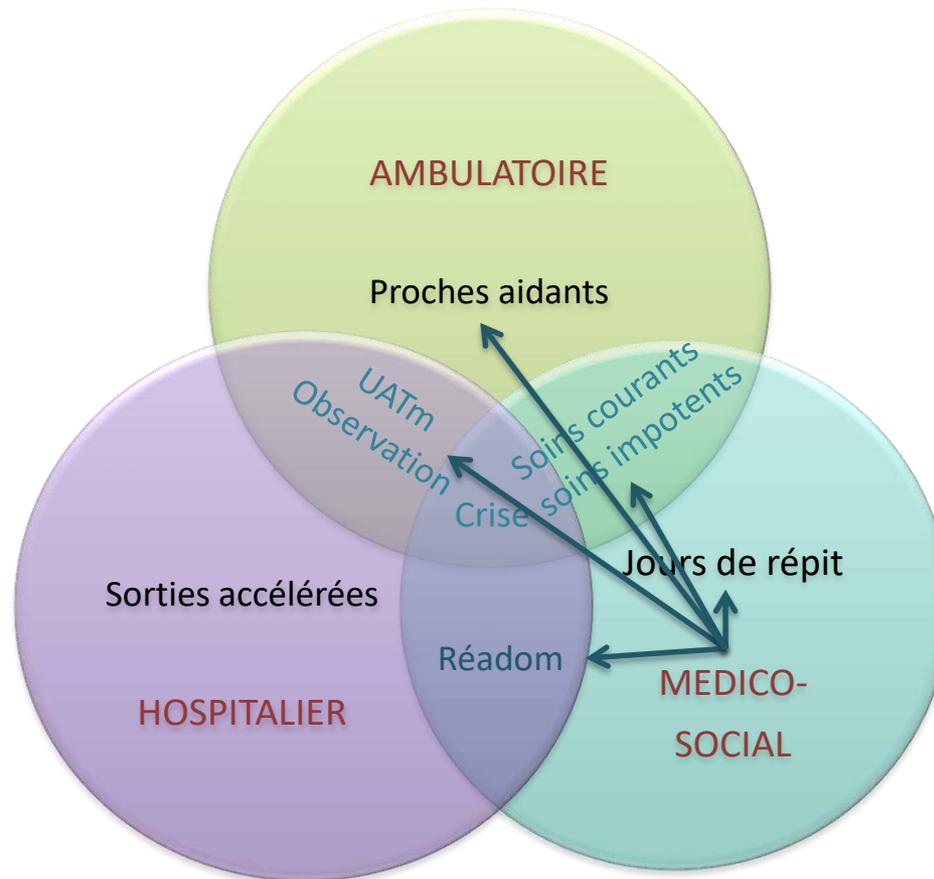
Réhabilitation



Santé communautaire



PRESTATIONS MEDICO-SOCIALE A DEVELOPPER



Une coordination de parcours et de projets : une évidence

- La multiplication et la diversification des intervenants.
- Les difficultés de coordination et l'organisation en « silo ».
- Les difficultés de gouvernance et de pertinence des grandes organisations de soins.
- Les attentes des personnes à la continuité des soins.
- La pertinence à cibler les réponses et à faire du « sur-mesure ».
- La variabilité et l'instabilité des parcours de soins.
- La nécessité d'efficience.

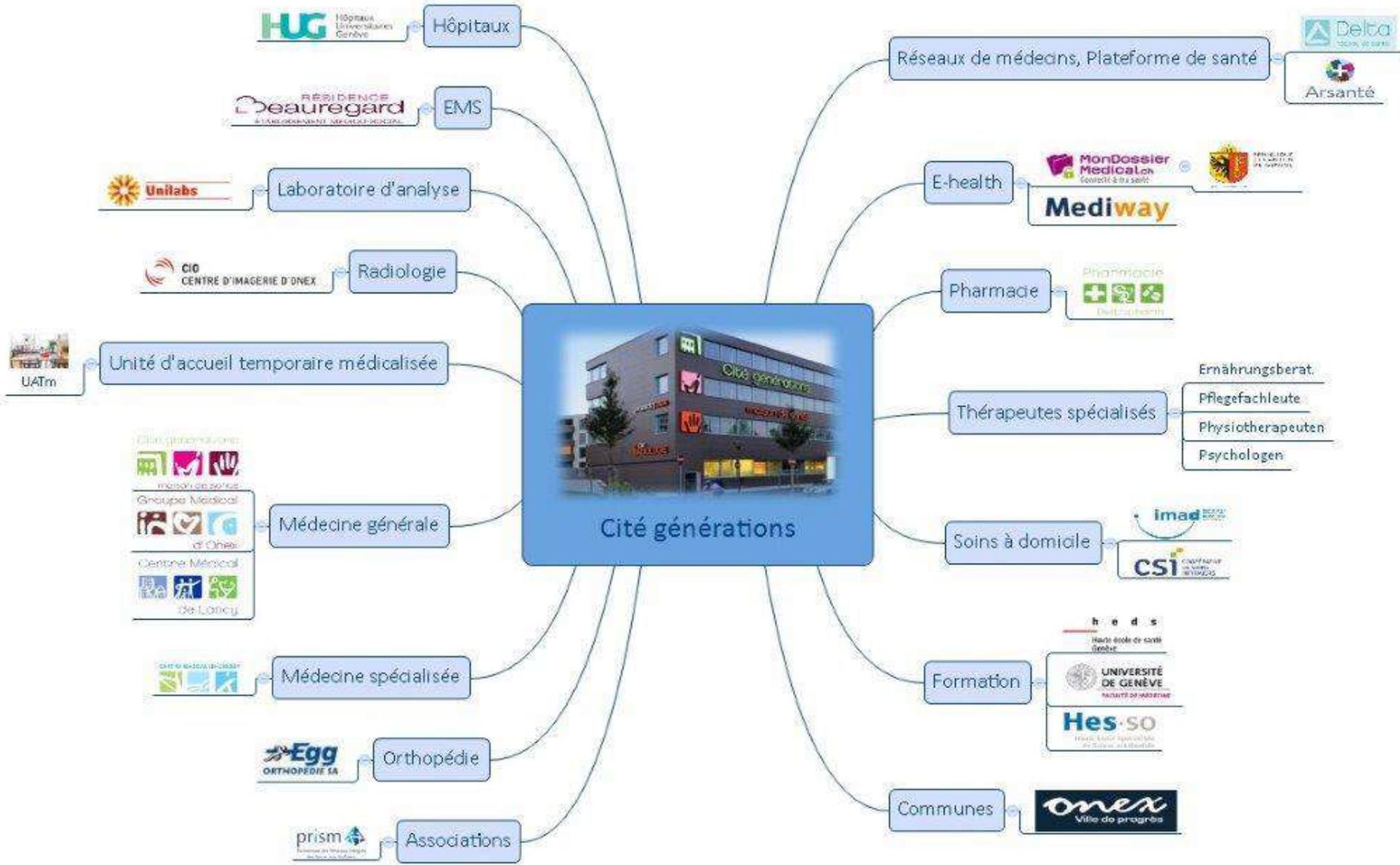


1. Quel projet institutionnel pour demain?
Rapport du groupe d'experts 2002.
2. Un nouveau contexte sociétal, l'adaptation est urgente.
3. Cité générations : un projet en rupture.
4. Une coordination de parcours ?
5. Les nouvelles organisations
« intelligentes ».

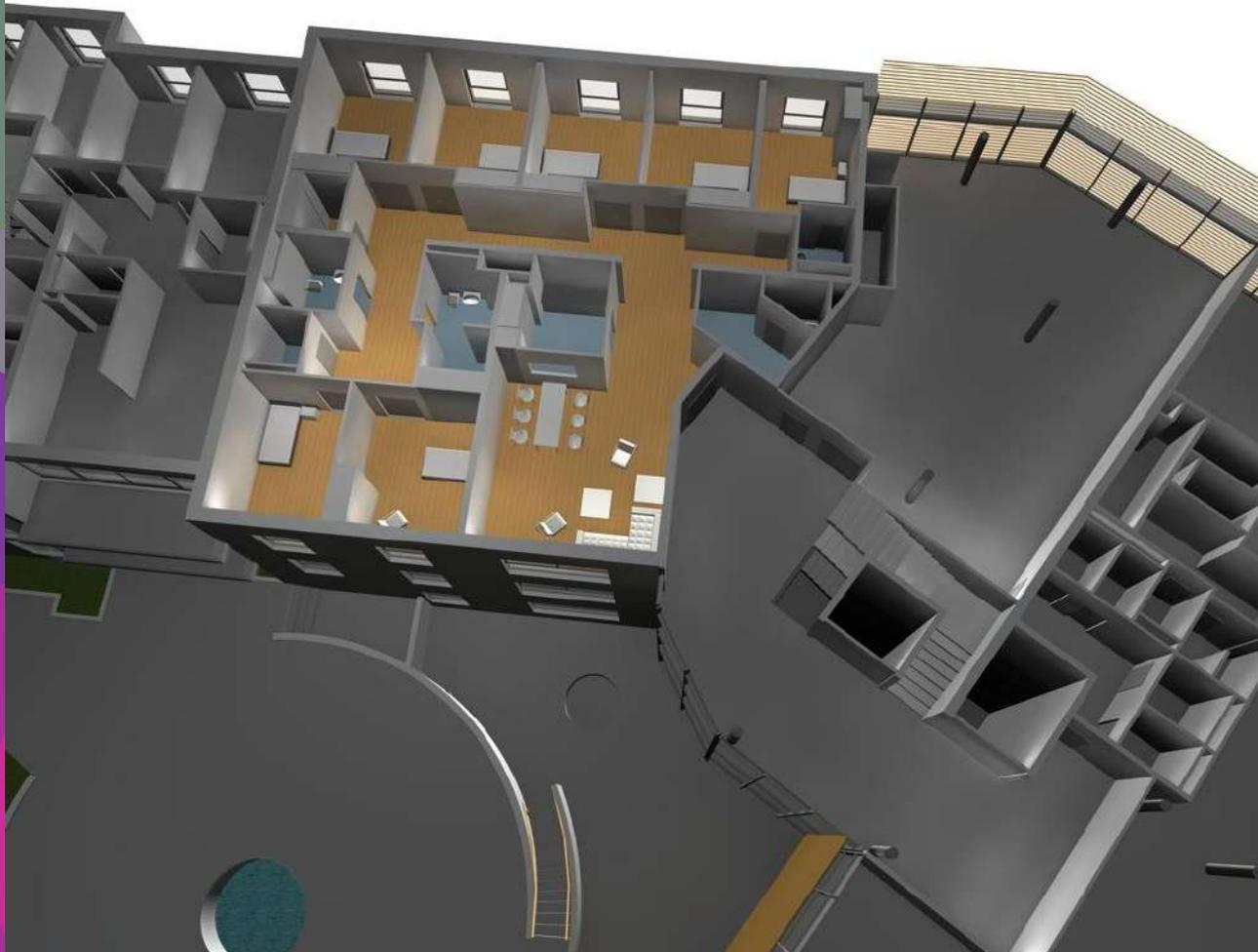
Cité générations : un projet en rupture

Cité générations *(projet 2005)*:

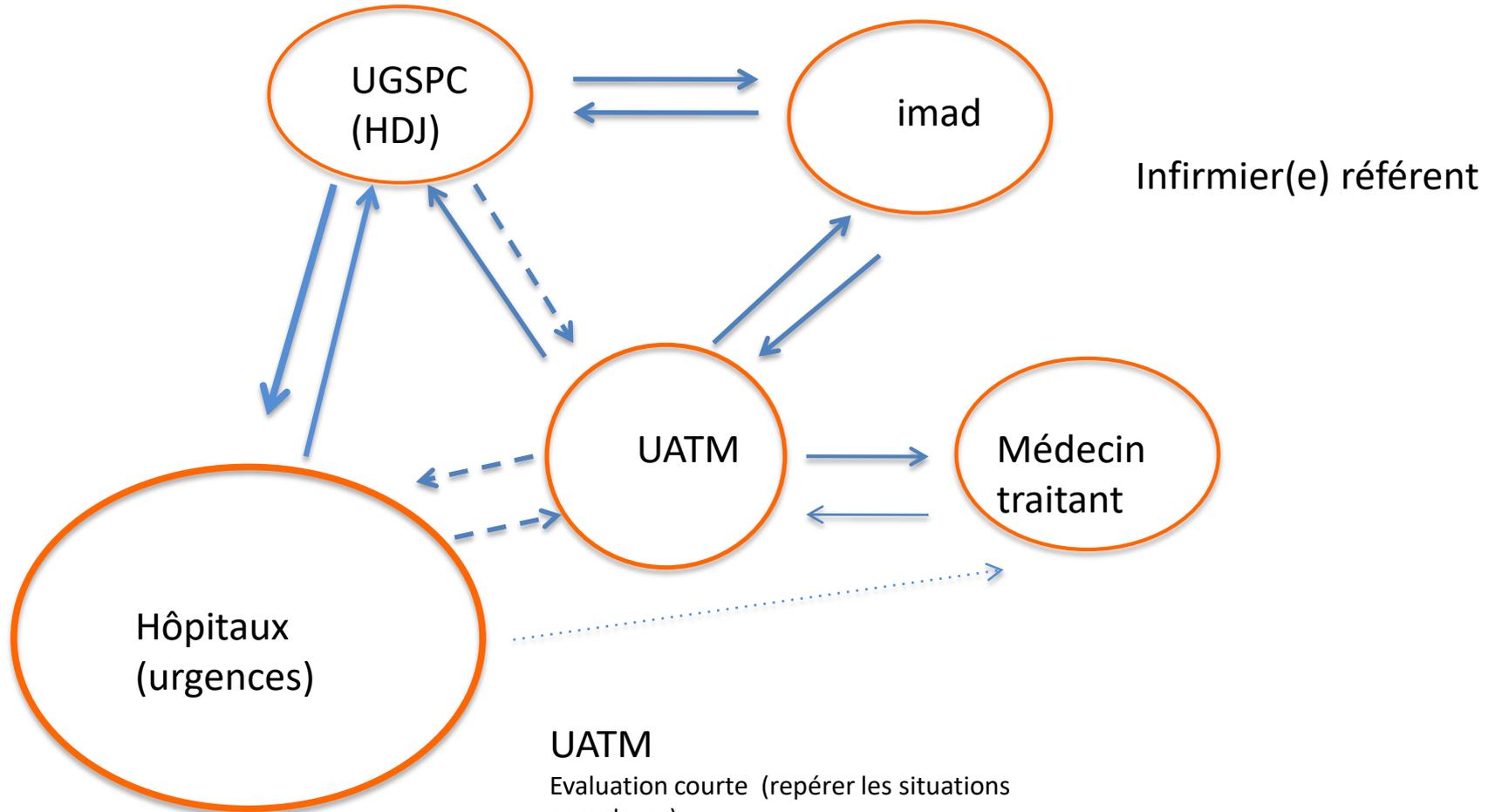
- *Le projet Cité générations souhaite démontrer qu'il est possible de proposer une meilleure prise en charge des personnes âgées et d'organiser différemment le système de soins ambulatoires. Ainsi, plusieurs concepts seront développés: un habitat intergénérationnel, des petites unités de vie, un Réseau Régional de Soins et un Centre de Soins Primaires.*
- *Toutefois, ce projet doit être ancré sur un partenariat et une organisation sanitaire régionale. Alors, il sera possible de mieux maîtriser les parcours de soins des personnes en perte d'autonomie et de rompre avec la fragmentation. Il s'agit d'imaginer une plateforme de services.*



Unité d'Accueil Temporaire (UATm)



L'UATM dans le système de soins



Infirmier(e) référent

UATM

Evaluation courte (repérer les situations complexes)
Rapide
Orientation
Eviter des hospitalisations inutiles ou non programmées

Outils d'évaluation complexité
Communication : DPI/Mediway



Motifs d'hospitalisation	n	n	%
Antalgie		48	19.0%
Douleur mal systématisée	17		
Post chute	14		
Fracture	10		
Douleurs rhumatismales	7		
Reconditionnement		41	16.3%
BEG (dénutrition, chutes à répétition, syndrome de glissement)	41		
Antibiothérapie IV		40	15.9%
Bronchopneumonie	23		
Infection dermatologique	7		
Pyélonéphrite, infection urinaire	6		
Infection d'origine indéterminée	3		
Troubles digestifs (diverticulite)	1		
Surveillance médicale		25	9.9%
Décompensation cardiaque	9		
Grippe	5		
Traumatisme crânien	5		
BPCO	3		
Autre	2		
Réévaluation de traitement		18	7.1%
Dépression, troubles de l'humeur	11		
Diabète type 2	5		
Hypertension artérielle	2		
Investigations		17	6.7%
Troubles digestifs	8		
Vertiges	7		
Autre	2		
Aide aux AVQ et antalgie		16	6.3%
Fracture	16		
Surveillance post-opératoire		14	5.6%
Chirurgie dermatologique	4		
Autre chirurgie	4		
Chirurgie de la main	3		
Chirurgie de l'œil	3		
Réhydratation IV		12	4.8%
Troubles digestifs	6		
Déshydratation sans précision	6		
Prise en charge plaie chronique		12	4.8%
Plaie des membres inférieurs			
Perfusion – transfusion nécessitant une surveillance particulière		5	2.0%
Anémie	5		
Soins palliatifs		4	1.6%
Fin de vie	4		
	252	252	100.0%





<u>Charges</u>	CHF
Salaires et charges sociales personnel	431'292.45
Chef de clinique HUG 50%	86'930.40
Chef de clinique CPO 30%	66'000.00
Honoraires médecins	97'500.00
Honoraies thérapeutes, physio, ergo, etc.	30'000.00
Repas & Marchandises	51'097.10
Médicaments, laboratoire et radiologie	99'842.15
Loyer, Services Industriels, etc.	82'410.20
Entretien, nettoyage & réparations	59'293.30
Frais blanchisserie	22'535.67
Administration, gestion et facturation caisses-maladie	60'318.71
Total des charges	1'087'219.98
coût moyenne mensuelle	90'601.67
côut par jour	2'978.68
côut par lit	425.53
<u>Produits</u>	
Subvention cantonale selon forfait (2'555 possibles)	705'500.00
Assurances	383'933.15
Total des produits	1'089'433.15
moyenne mensuelle	90'786.10
moyenne journalière	2'984.75
moyenne par lit	426.39
RESULTAT	2'213.17
moyenne mensuelle	184.43
moyenne journalière	6.06
moyenne par lit	0.87
Journées / nuits possibles	2'555
Journées / contrat de prestations 90%	2'300
Journées réalisées 2015	2'189
Taux d'occupation 2015	86%

Fr. 430.-/nuit
prestations médicales et
hôtelières comprises



Cité générations, une maison de santé entre le cabinet médical et l'hôpital

Cité générations, dans l'agglomération genevoise, est une structure intermédiaire, qui favorise le maintien à domicile et les soins ambulatoires tout en offrant de courts séjours pour les situations de crise. – Interview par Marie-Claire Chamot

Cité générations est une « maison de santé », soit une structure intermédiaire entre le cabinet médical et l'hôpital. Quelles sont ses caractéristiques ?

C'est une maison de premier recours dans laquelle différentes professions de la santé et du social collaborent pour développer un projet de santé destiné à une population locale. Nous fonctionnons comme un hôpital 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, nous utilisons le dossier électronique du patient et des protocoles de soins.

Par contre, nous ne sommes pas équipés pour des pathologies aiguës: notre institution est destinée à des personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou un handicap et elle est axée sur la prise en charge des maladies chroniques, la prévention et la promotion de la santé. C'est une prise en charge dans laquelle le réseau communautaire a toute son importance: les proches, le

médecin traitant, l'établissement médico-social ou les soins à domicile sont associés à la prise en charge, avec pour objectif de permettre au plus vite le retour du patient dans son lieu de résidence.

Les hôpitaux n'ont-ils pas la même vocation ?

Pour ces patients, une hospitalisation signifie d'abord une fragmentation du parcours de soins et un assez long séjour loin de chez eux: 24 heures aux urgences, une semaine d'observation et une semaine pour recréer le réseau au retour, tout ceci pour un coût de 800 à 1000 fr. par jour afin de disposer d'un plateau technique et de services dont il n'a en général pas besoin.

Les hôpitaux ne sont souvent pas adaptés pour les malades chroniques, qui doivent suivre plusieurs traitements. Chez nous, dans un cas analogue, le médecin traitant

reste impliqué, nous utilisons le même dossier médical, l'évaluation est faite le premier jour et le plan de soins est partagé dès le deuxième ou le troisième jour avec le service de soins à domicile, qui a son siège dans le bâtiment. Nous faisons tout pour renvoyer le patient à son domicile: seules 15% des personnes qui arrivent chez nous sont finalement hospitalisées. Pour les autres, la durée moyenne de séjour à Cité générations est de 6 à 7 jours au prix de 400 fr. la nuit.

« Les enjeux du vieillissement ne pourront passer que par des changements de tarification. »

Vous parlez d'une population locale; donc par définition, les maisons de santé devraient se multiplier ?

Le département de la Santé du canton de Genève envisage la création de cinq maisons de santé pour répondre aux besoins dans les différents quartiers. Sous son égide, nous avons créé un groupe de pilotage constitué de l'Institution de maintien à domicile (Imad) et des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour définir la mission des maisons de santé, leur gouvernance, leur système d'information et finaliser le projet.

Le modèle est-il transposable à d'autres cantons ?

Cité générations est une innovation sociale au sein d'un territoire de santé, chaque nouvelle maison de santé est, par nature, un nouveau projet qui doit répondre aux



Le réseau communautaire est associé à la prise en charge des patients séjournant à Cité générations.

A Onex, la maison de soins qui innove

SANTÉ Plusieurs cantons romands, dont Genève, Vaud et le Jura, planchent sur le modèle du centre de premier recours pour les personnes âgées, de manière à éviter les hospitalisations inutiles. Reportage à Onex, où Cité générations joue les pionniers.

Le développement des Maisons de Santé.



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENÈVE

Département de l'Emploi, des
Affaires sociales et de la Santé

Direction Générale de la Santé

Groupe de travail



Arsanté



Hôpitaux
Universitaires
Genève



INSTITUTION
GENÈVOISE
DE MAINTIEN
À DOMICILE

Mission et
Charte

- Prestations d'intérêt public
- Structure de financement
- Modèle de gouvernance

6 projets
potentiels

- Les Cherpines - Plan-les-Ouates
- Les Grands Esserts – Veyrier
- Avanchet - L'Etang - Vernier
- Gare CEVA - Chêne-Bourg
- Opération les Vernets – Genève
- Pont Rouge - PAV



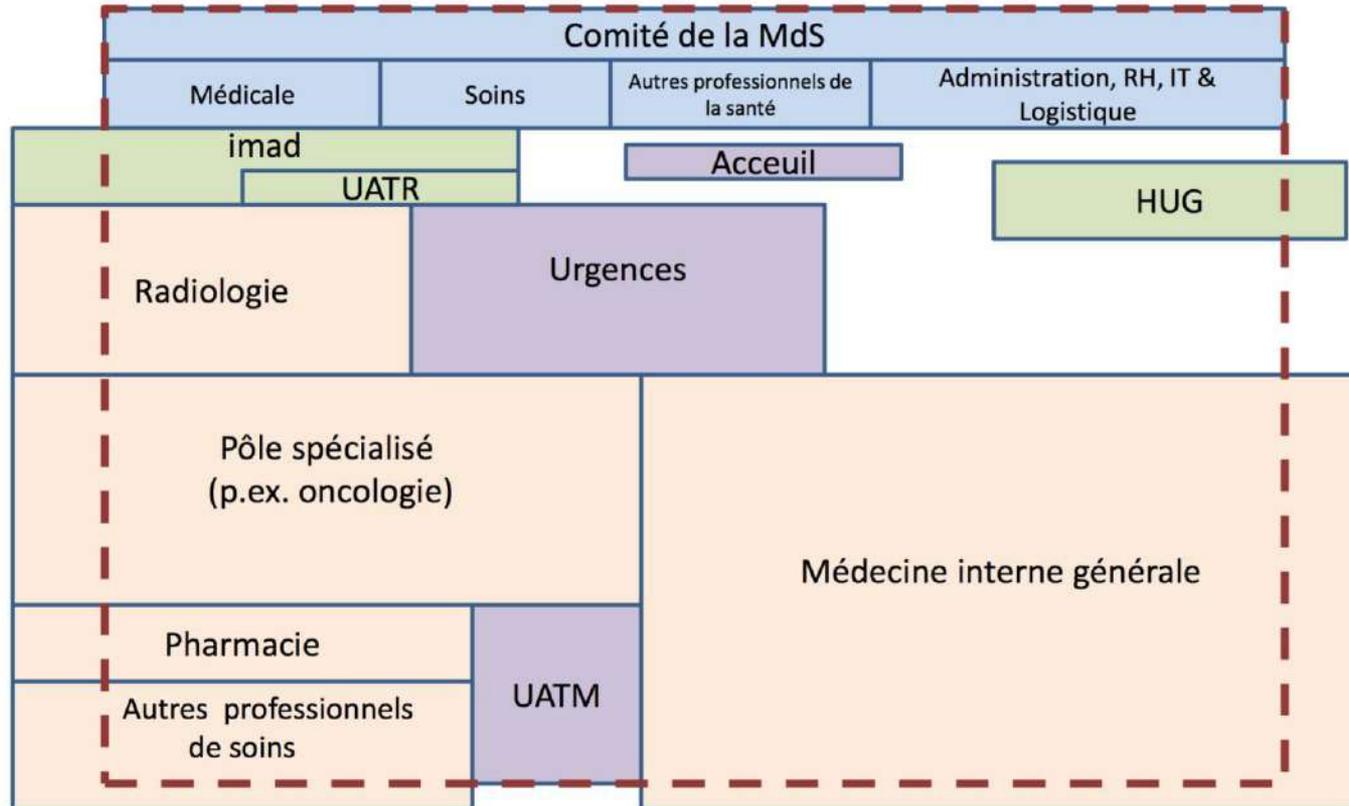
Définition

Une maison de santé est une structure regroupant une équipe **pluri professionnelle** dispensant **dans ses murs et hors de ses murs** des soins de **premier recours**. Elle s'adresse à l'ensemble de la population d'un territoire. Elle s'inscrit dans une approche de prévention et promotion de la santé et **intègre les soins favorisant notamment le maintien à domicile**. Elle s'appuie sur un **projet de santé pour les usagers** et un **projet professionnel pour le réaliser**. Elle est un lieu qui favorise la **formation**, l'**inter professionnalisme** et l'utilisation d'**outils communs** dans les prises en charge. La maison de santé travaille en **partenariat avec le réseau local**. Elle s'inscrit dans les objectifs définis par la **planification sanitaire cantonale**.

URGENCES :

LES REPONSES DU RESEAU

6^{ème} colloque annuel du réseau de soins



- Entités partiellement intégrées
- Entités totalement intégrées
- Entités Etatiques

SOCLE MINIMAL D'UNE MAISON DE SANTÉ

Se construit sur une définition du territoire couvert par la structure

Offre des soins de santé de premier recours

Un système d'aides graduées de la DGS est adopté

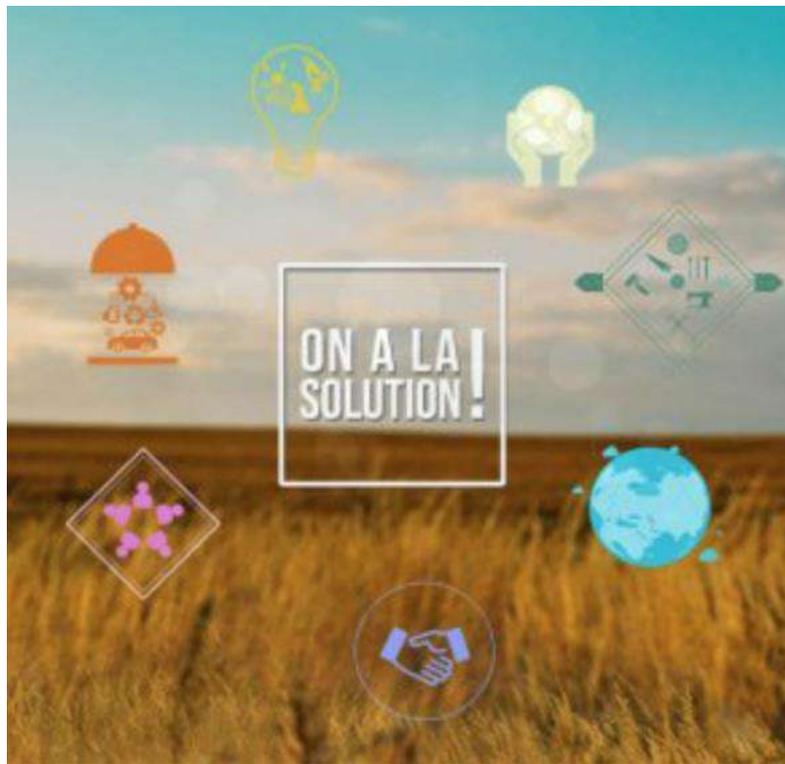
Cahier des charges	Un projet de santé	Un projet professionnel	Une charte pluri professionnelle	Un règlement intérieur
	Des objectifs du projet de santé tournés vers les usagers et vers la qualité	Le projet professionnel repose sur une formalisation de l'organisation pluri professionnelle pour atteindre les objectifs du projet de santé		

Suggestions de rôles clés de la DGS

La DGS contribue à la réflexion des **nouveaux modes de coordinations pluri professionnelles** (y inclus coopération, principe de subsidiarité, exercices mixtes) au sein des MdS par le biais notamment de leviers juridiques, organisationnels, et/ou d'outils financiers (p.ex. forfait, financement de fonction de coordination)

La DGS devrait avoir un rôle labélisant (dotations, aides, fonds) déclenchant ou non des indemnités financières et autres subventions. Dans ce but, la MdS devrait pouvoir contractualiser avec la DGS sur des objectifs socio-sanitaires (cahier des charges)

La DGS élabore une **matrice d'évaluation** incluant le cahier des charges, le niveau de coordination pluri professionnelle, les projets de santé et professionnels de la MdS afin de déterminer le niveau d'aide financière le cas échéant



Des enfants trop bruyants?
... une fin de journée difficile?
... un mari chiant?

... ayez le reflexe

LEXOMIL
500
BIEN-ÊTRE ET CONFORT

Pour la tranquillité de toute la famille!

Dr Philippe Schaller



1. Quel projet institutionnel pour demain?
Rapport du groupe d'experts 2002.
2. Un nouveau contexte sociétal, l'adaptation est urgente.
3. Cité générations : un projet en rupture.
4. Une coordination de parcours ?
5. Les nouvelles organisations
« intelligentes ».

Complexity science

The challenge of complexity in health care

Paul E Plsek, Trisha Greenhalgh

Summary points

The science of complex adaptive systems provides important concepts and tools for responding to the challenges of health care in the 21st century

Clinical practice, organisation, information management, research, education, and professional development are interdependent and built around multiple self adjusting and interacting systems

In complex systems, unpredictability and paradox are ever present, and some things will remain unknowable

New conceptual frameworks that incorporate a dynamic, emergent, creative, and intuitive view of the world must replace traditional “reduce and resolve” approaches to clinical care and service organisation

Complex adaptive systems: some basic concepts

Definitions and examples

A complex adaptive system is a collection of individual agents with freedom to act in ways that are not always totally predictable, and whose actions are interconnected so that one agent's actions changes the context for other agents. Examples include the immune system,⁴ a colony of termites,⁵ the financial market,⁶ and just about any collection of humans (for example, a family, a committee, or a primary healthcare team).



Complexity science

Complexity and clinical care

Tim Wilson, Tim Holt

Summary points

Human beings can be viewed as composed of and operating within multiple interacting and self adjusting systems (including biochemical, cellular, physiological, psychological, and social systems)

Illness arises from dynamic interaction within and between these systems, not from failure of a single component

Health can only be maintained (or re-established) through a holistic approach that accepts unpredictability and builds on subtle emergent forces within the overall system

Three examples of complex situations (glycaemic control in diabetes, uncertainty in clinical diagnosis, and health promotion) illustrate that these principles can provide the key to practical solutions in clinical care

Complexity science

Complexity, leadership, and management in healthcare organisations

Paul E Plsek, Tim Wilson



Summary points

Management thinking has viewed the organisation as a machine and believed that considering parts in isolation, specifying changes in detail, battling resistance to change, and reducing variation will lead to better performance

In contrast, complexity thinking suggests that relationships between parts are more important than the parts themselves, that minimum specifications yield more creativity than detailed plans

Treating organisations as complex adaptive systems allows a new and more productive management style to emerge in health care

L'approche « locale » des parcours de santé : quelle modélisation ?

Des stratégies et des outils

- Les parcours de santé résultent de la délivrance de prestations *sanitaires et sociales et médico-sociales coordonnées* pour répondre aux *besoins* de prévention et de soins des personnes, dans le cadre d'une *continuité* des soins et de *dépenses maîtrisées*.
- Un territoire de santé est constitué par des *fonctionnalités* de recours aux soins, d'organisation des acteurs entre eux et de contractualisation avec le canton et les communes.

Promouvoir un parcours de santé individuel qui soit à la fois continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situations dans le respect de l'autonomie des personnes, avec un accompagnement personnalisé.



Un système de santé centré sur la personne valorisant participation et autonomie

Un système articulant l'accompagnement médicosocial, les soins, la prévention et la promotion de la santé



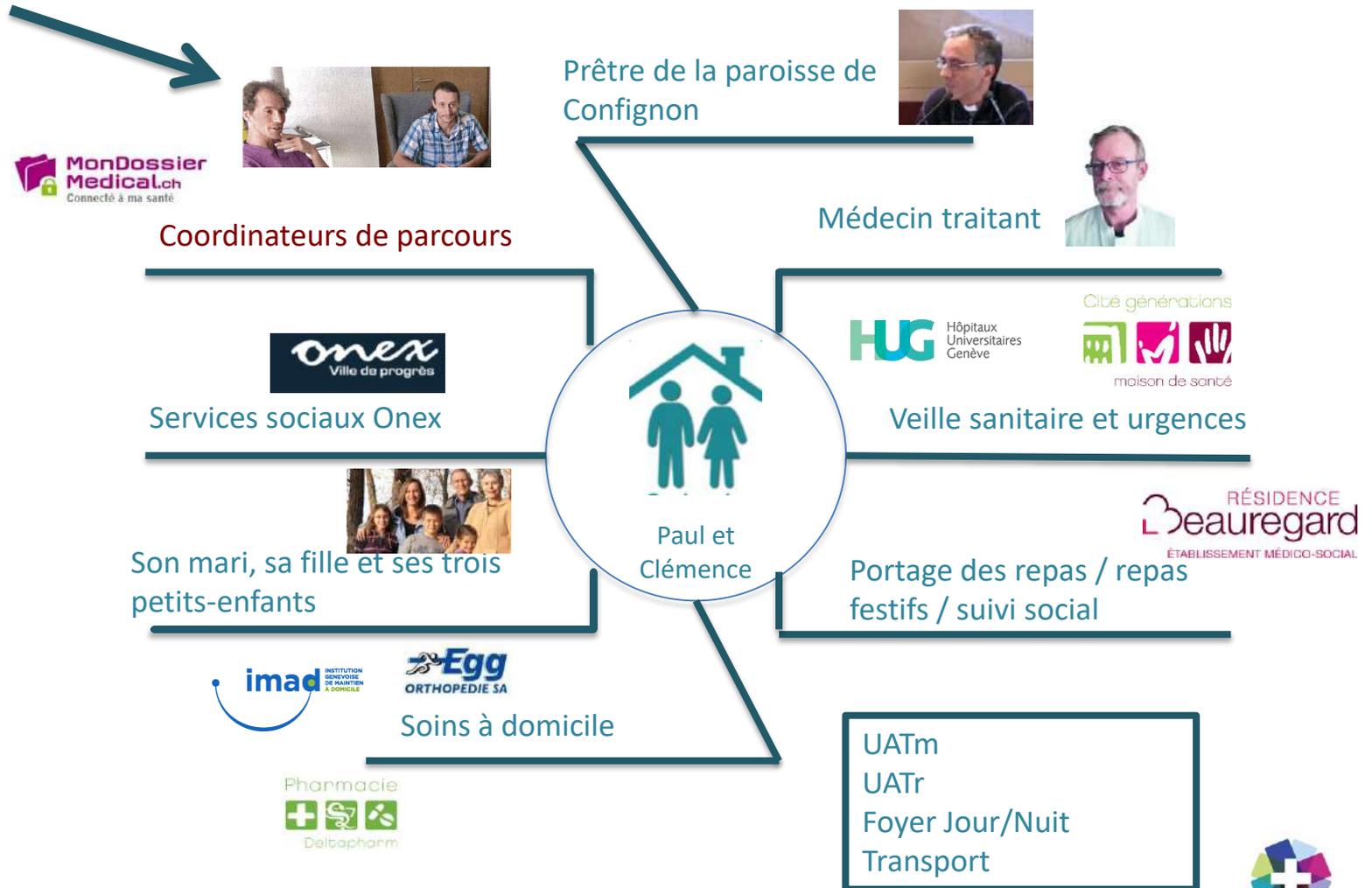
Paul et Clémence

Une réponse globale et coordonnée des services et des professionnels de proximité.

Une mobilisation des partenaires autour de la prévention des risques et de la promotion de la santé



Promouvoir un parcours de santé individuel qui soit à la fois continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situations dans le respect de l'autonomie des personnes, avec un accompagnement personnalisé.

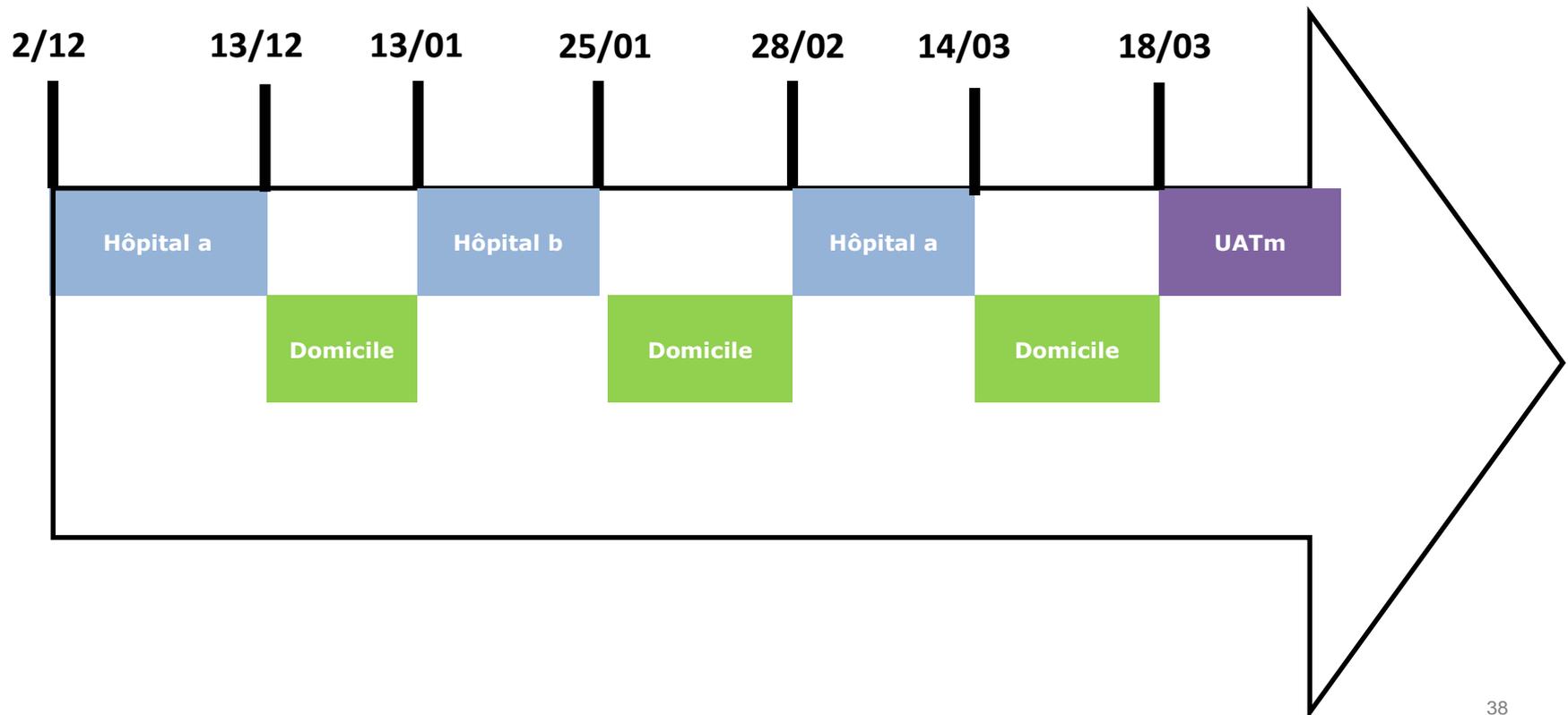


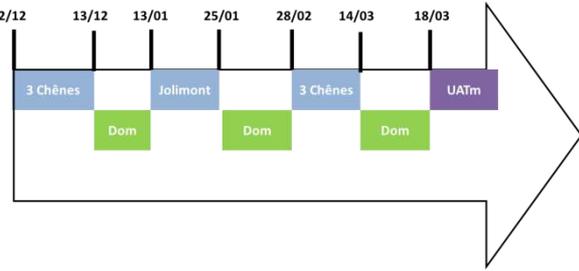
Ensemble de problématiques bio-psycho-sociales et environnementales

Clémence

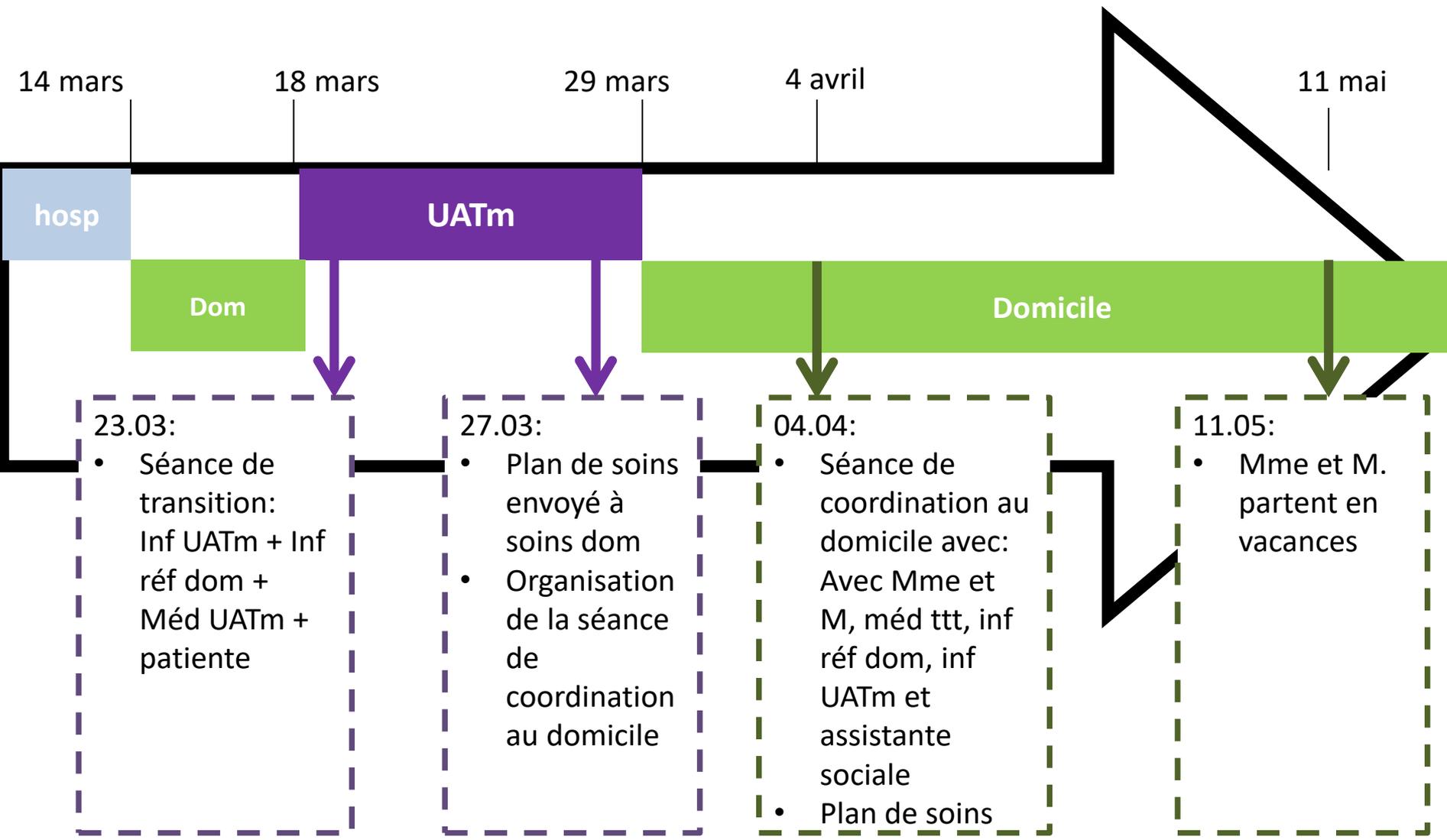
- + Diagnostics méd :
 - HTA, DNID, FA, Dépression chronique, Troubles de la mémoire, Fatigue/Epuisement
- + Santé de la patiente
 - Événement aigu en plus des pathologies chroniques
- + Patient et proche-aidant :
 - Epuisement du proche-aidant
 - Instabilité du couple
- + Intervenants et système de soins :
 - Intervenants multiples non-coordonnés (médecin ttt de Mme, médecin ttt de son mari, transition entre 2 inf. référentes à dom, ass. sociale, physio, etc)
 - Epuisement des intervenants
 - Discordance entre les priorités des intervenants
- + Environnement et social :
 - Discordances entre la «complexité» à domicile et la «complexité» à l'UATm
 - Mari (troubles cognitifs, diminutions capacités physiques, etc.)
 - Problèmes financiers (mais avec difficulté)

Parcours de Clémence de décembre 2016 à mars 2017





Petite équipe, interprofessionnelle, autonome et responsable



UATm: de raire à T

L'augmentation de l'espérance
systèmes de santé à développ
modèle d'équipe interprofessi
de différentes institutions a été
(UATm) et ses partenaires à Ge

Texte: Séverine Schussole Filletta, Stéphane M

Les résultats de cette démarche suggè-
rent qu'un séjour stationnaire pour un
problème aigu peut contribuer au ren-
forcement de la continuité de la prise en
charge grâce à la mise en place de pro-
cessus de coordination.

Parmi les initiatives de soins intégrés
présentes en Suisse¹⁴, Cité générations
dispose d'une Unité d'accueil tempo-
raire médicalisée (UATm) (cf. encadré).
Parallèlement, le Projet PRISM décline
avec ses partenaires différents modèles
de prise en charge de la complexité en
équipe¹⁵. L'intervention présentée ici a
testé la faisabilité d'une amélioration
des transitions des patients avec besoins
complexes au moyen de processus inter-
institutionnels et interprofessionnels. Le
cadre de référence proposé par l'Acadé-
mie Suisse des Sciences Médicales est
utilisé: «La collaboration interprofes-
sionnelle inclut le patient comme parte-
naire.»¹¹

Sur 9 mois (9.2016-5.2017), 65 situa-
tions prises en charge à l'UATm et sui-
vies par un médecin traitant et par des
prestataires de soins à domicile ont été
étudiées. Nous avons utilisé une métho-
dologie inspirée du modèle de Deming:



Prix ASSM «Interprofessionnalité»

Cité générations, PRISM & imad (GE)

avec la collaboration du Département de Médecine communautaire,
de premier recours et des urgences (Hôpitaux universitaires
genevois) et de la Résidence Beauregard



remportent pour leur projet

L'interprofessionnalité en situations complexes: UATm, de T comme temporaire à T comme transition

le Prix «Interprofessionnalité» de l'Académie Suisse
des Sciences Médicales (ASSM)

Berne, novembre 2017

Dr méd. Werner Bauer
Président du groupe de travail
«Interprofessionnalité» de l'ASSM

Dr méd. Hermann Amstad
Secrétaire général de l'ASSM



ge ambulatoire et
interprofessionnelles.
curisé, centré sur les
irmière et médecin.

berg



re circuler les données de manière sécurisée

L'approche « locale » des parcours de santé : quelle modélisation ?

Des stratégies et des outils

- Systématiser les projets personnalisés pour les personnes en situation de perte d'autonomie à domicile.
- Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels et les services sociaux.
- Identifier un responsable de la coordination (coordinateur/gestionnaire) dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour d'une situation complexe.
- Prévenir la perte d'autonomie par des actes de prévention et d'accompagnement social (portage des repas, animations, ...)
- Assurer une veille sanitaire et utiliser les nouvelles technologies de l'information pour communiquer entre les professionnels, le patient et les proches.

L'approche « locale » des parcours de santé : quelle modélisation ?

Des stratégies et des outils

- Systématiser les projets personnalisés pour les personnes en situation de perte d'autonomie à domicile.
- Aboutir à une évaluation partagée à partir d'un dossier unique alimenté par tous les professionnels et les services sociaux.
- **Identifier un responsable de la coordination (coordinateur/gestionnaire)** dans toutes les situations nécessitant l'intervention de professionnels multiples autour d'une situation complexe.
- Prévenir la perte d'autonomie par des actes de prévention et d'accompagnement social (portage des repas, animations, ...)
- Assurer une veille sanitaire et utiliser les nouvelles technologies de l'information pour communiquer entre les professionnels, le patient et les proches.

Le coordination de parcours s'impose :

- La multiplication et la diversification des intervenants induits par une spécialisation accrue;
- La désinstitutionalisation et la nécessité de créer des organisations plus « agiles »;
- L'évolution des attentes des personnes et des professionnels;
- La pertinence de cibler les réponses et à « faire du sur-mesure »;
- La variabilité et l'instabilité des parcours.



Le coordinateur de parcours : une nouvelle profession ?

- *informateur* : il collecte et diffuse toutes les informations utiles à la coordination du suivi du patient;
- *porte-parole* : faire valoir les attentes et les intérêts de la personne dont il coordonne le parcours;
- *interface* : il assure le rôle d'interface entre les différentes parties en présence de tous les professionnels;
- *interlocuteur privilégié* : c'est un interlocuteur privilégié envers les professionnels et les proches;
- *organisateur et planificateur des soins.*





1. Quel projet institutionnel pour demain?
Rapport du groupe d'experts 2002.
2. Un nouveau contexte sociétal, l'adaptation est urgente.
3. Cité générations : un projet en rupture.
4. Une coordination de parcours ?
5. Les nouvelles organisations
« intelligentes ».

Management for Professionals

Sharda S. Nandram

Organizational Innovation by Integrating Simplification

Learning from Buurtzorg Nederland

 Springer





A sustainable commu

BUURTZORG

Buurtzorg – quick scan

- Non profit organization and care delivery model
- Started in 2007 with 1 team / 4 nurses
- Delivering Community Care / working together GP's
- 2013: 6500 nurses in 620 independent teams.
- 35 staff at the back office and 15 coaches
- 50.000 patients a year

Self organization

- Optimal autonomy and no hierarchy
- Complexity reduction (also with the use of ICT)
- Max of 12 nurses a team, 40 à 50 clients
- Assessment and taking care of all types of clients: generalists!
- 50% Bachelor educated nurses
- Their own education budget
- Informal networks are much more important than formal organizational structures

Coollest innovations around the world

From flying cars to floating schools, these innovations are improving the lives of people around the world.

Recommend 1.2k

7 of 7

Högländet, Sweden

BACK NEXT



La Suède compte le pourcentage le plus élevé au monde de personnes âgées. A la fin des années 1990, l'hôpital local de Högländet a commencé à ne plus savoir où mettre ses patients.

Des responsables de la région de Jönköping et des employés des soins de santé ont collaboré afin d'améliorer le système de prise en charge des personnes âgées qui finissaient souvent par être hospitalisées.

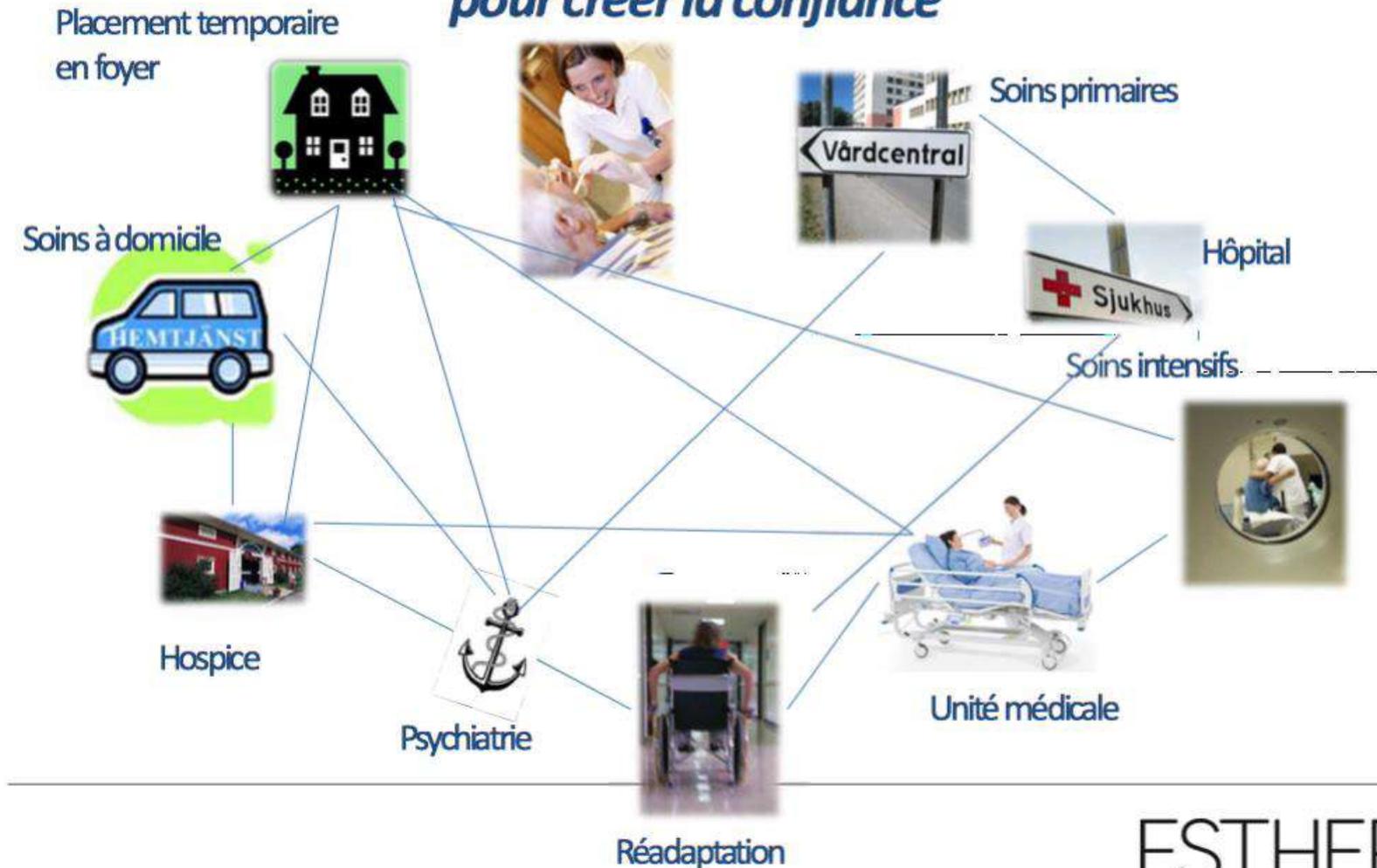
Ils ont imaginé le personnage d'Esther, une retraitée de 88 ans, raisonnablement autonome et présentant quelques problèmes de santé chroniques. Ils ont alors posé la question: «Quelle serait la meilleure option pour Esther?»

Quelle est la meilleure option pour Esther?



Le parcours d'Esther

Intégration et coopération du patient – un lien incontournable pour créer la confiance



Vision pour Esther

Esther connaîtra la sécurité et l'indépendance et mènera une vie autonome avec le soutien d'un réseau énergétique.

Esther:

- Obtient des soins chez elle ou à proximité
- Nous voit comme le même fournisseur de soins
- A autant de chances de recevoir des soins dans toute la région
- Sait où et à qui s'adresser à tout moment
- Bénéficie d'un plan de soins individuel

Soignants:

- Tout le personnel est intéressé et engagé
- Se soutiennent mutuellement pour offrir le meilleur à Esther
- Accroissent la compétence dans toute la chaîne de soins
- Amélioration continue de la qualité



<http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/sep/sweden-esther-case-study>

http://journals.lww.com/qmhjournal/Fulltext/2016/01000/What_Is_Best_for_Esther__Building_Improvement.8.aspx

ESTHER

MESSAGES :

- Il y a urgence à penser les structures qui parviendront à articuler les interventions professionnelles multiples, simultanées ou successives aux aspirations nouvelles de ceux que l'on accompagne.
- Coordination des interventions, complémentarité des compétences, pluridisciplinarité vont bien devoir s'incarner dans des formes stables d'organisation.
- Cette plateforme de services pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et pour le répit des aidants associera des capacités d'hébergement temporaire, d'accueil de jour, et de service d'aide et de soins à domicile ainsi qu'une capacité à assurer l'accompagnement social.
- « *L'EMS de demain sera une innovation sociale à partir des initiatives et de la volonté des acteurs du terrain. L'innovation ne viendra pas de nouvelles règles du jeu imposées par le haut mais passera, bien, par l'évolution progressive de nos attitudes face au vieillissement et à notre manière d'appréhender la mort* ».



« Favoriser la circulation des ressources au sein du système sans se constituer en méta-organisations encore plus rigides »

(Claveranne, 1999)

« Suffisamment informel pour entretenir une dynamique relationnelle et une forme de créativité, tout en étant formalisé »

(Schweyer & alii, 2003)