

Journée de l'Institut Universitaire de Gérontologie Yves Memin

**Le soignant face aux objets connectés pour le soin**

24 mai Hôpital de la Pitié Salpêtrière (IUMGYM /UMPC )

# Repenser le projet de soins (parcours de santé)

Approche scientifique et humaniste  
du projet InnovServ  
(ANR Sociétés Innovantes)

**Vincent Rialle**

Maître de conférences-praticien hospitalier, PhD

- Responsable de l'Unité Fonctionnelle ATMISS (Alzheimer, Technologie et Méthodes d'Intervention Sanitaires et Sociales)  
CHU de Grenoble / Pôle de Santé Publique
- Membre de l'EA n° 7407 AGEIS (Equipe Associé Autonomie, Gérontologie, E-santé, Imagerie & Société)  
Université Grenoble-Alpes
- Président de la Société Française des Technologies pour l'Autonomie et de Gérontechnologie (rialle.fr)



# Avant propos

ce travail paraîtra notamment sous le titre :

**How to think globally and act locally for health path, and elders' autonomy with eHealth and Gerontechnology?**

## Auteurs

V Rialle, F Forest, C Verdier, D Rieu, A Front, A Mercier, M Di-Mascolo, AM Benoit, J Malo, B Branchet, G Weil

## *Gerontechnology*

Accepted one-page abstract of communication to :  
ISG'2016, Nice, 28-30/09/16

# Pourquoi repenser le parcours de santé ?

## Malaise dans l'organisation...

- ◆ Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT. *Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* Dunod; 2014.
- ◆ « Aujourd'hui de nombreuses institutions œuvrent pour le bien-être des personnes âgées : conseils généraux, CCAS, ARS, ANAH, PACT-ARIM, CLIC, MAIA, ARS, CARSAT, MSA, RSI, CNAM, Caisses de retraite complémentaires, institutions de prévoyance, mutuelles sans compter les médecins, les hôpitaux, les Ehpad, les logements-foyers, les SSIAD, les SAAD... Chacune fait un travail utile (...) Pour autant **le système est désormais devenu radicalement illisible, anxiogène pour le citoyen âgé et pour les familles et contre-productif à force d'enchevêtrer les responsabilités sans aucune efficacité pour la personne âgée.** »  
Rapport BROUSSY, Janvier 2014

# Plus ancien

## Rapport « Vivre chez soi » 2010

- ◆ Mesure 16 : (...) Référentiels d'organisation et de qualité de service
- ◆ Mesure 17 : Favoriser le développement de centres d'appels 24/24 multiservices (médical/ médico-social/ social/administratif) – Plateformes regroupées par territoires, – Maintien de la spécificité des actions, Dossier informatique commun

# Le projet InnoServ

## Innovation des services à la personne fragile

Acronyme du projet	<b>Innoserv</b>
Titre du projet	INNOvation des SERVICES à la personne fragile
Coordinateur du projet (société/organisme)	Christine VERDIER (Université Grenoble Alpes / Laboratoire d'Informatique de Grenoble)
Date de début du projet	01/03/2012
Date de fin du projet	01/03/2015 (extension au 29/02/2016)
Labels et correspondants des pôles de compétitivité (pôle, nom et courriel du corresp.)	Aucun
Site web du projet, le cas échéant	<a href="http://anrInnoserv.wordpress.com">http://anrInnoserv.wordpress.com</a>

- ◆ Remerciements : Christine Verdier, coordinatrice du projet, remercie l'ensemble du consortium Innoserv pour sa contribution à la recherche scientifique ayant permis d'apporter des réponses concrètes aux problèmes de la prise en charge à domicile des personnes fragiles. Elle remercie particulièrement : Anne-Marie Benoît, Fabrice Forest, Agnès Front, Annabelle Mercier, Vincent Rialle et Dominique Rieu pour leur précieuse collaboration à l'écriture de ce rapport final qui clôture trois années de recherche.

# Le projet InnoServ

## Innovation des services à la personne fragile

- ◆ INNOSERV contribue à la réforme du système d'accès au soin et de parcours de soins (parcours de santé) des personnes fragiles en France.
- ◆ En effet, le système actuel est reconnu comme inadapté, dysfonctionnel et trop coûteux.
- ◆ Les propositions qui suivent visent à optimiser l'utilisation des ressources existantes au bénéfice de tous.
- ◆ Les pistes d'amélioration organisationnelle proposées relèvent à la fois de l'innovation sociale et de la capitalisation des bonnes pratiques expérimentées par certains acteurs ou territoires.
- ◆ Tout en proposant de transformer l'existant en un système plus rationnel et plus efficient, les propositions d'INNOSERV préservent les valeurs fondamentales de solidarité et d'assistance spécifiques au système de santé français.
- ◆ Ceci en conformité avec le cadre fixé par la récente Loi d'Adaptation de la Société au vieillissement, mais aussi avec les textes fondateurs de l'assurance maladie après 1945.

# Méthodologie de travail

- ◆ Une enquête de terrain
  - 22 interviews, tous les types d'acteurs : médico-social, médical, social, administratif, assurances, associations...
- ◆ Une analyse bibliographique
- ◆ Des ateliers pluridisciplinaires de travail
- ◆ Recherche d'une concertation la plus large possible prenant en compte les diverses sensibilités scientifiques
- ◆ Valorisation maximale et incrémentale des modèles obtenus

# Les acteurs et leurs fonctions

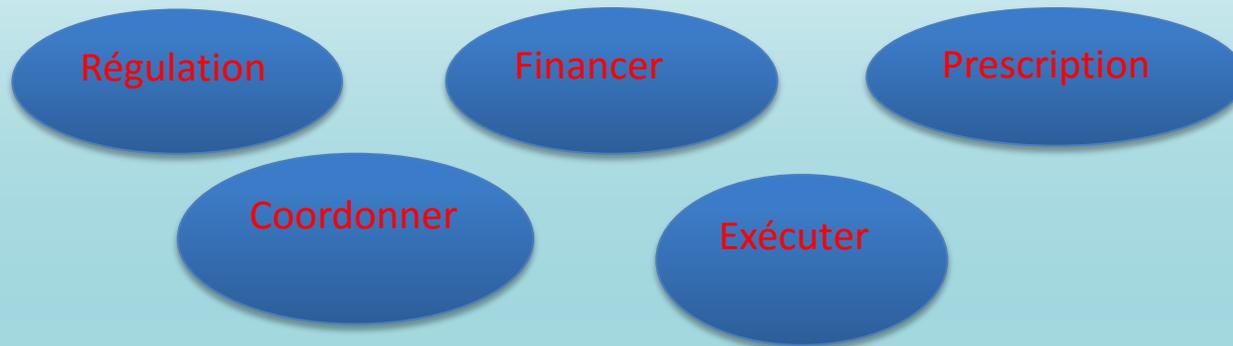
- ◆ Liste exhaustive des acteurs de l'offre de services à domicile
- ◆ Regroupement des acteurs par fonction
  - Financier
    - *acteurs qui financent directement ou indirectement la prise en charge à domicile*
  - Régulation
    - *acteurs qui régulent directement ou indirectement la prise en charge à domicile*
  - Prescription
    - *acteurs qui prescrivent les services à domicile*
  - Coordination
    - *acteurs qui coordonnent sur le terrain les différents services*
  - Exécution
    - *acteurs qui exécutent les services*

# Etudes de terrain : modalités

- ◆ Un questionnaire contenant des hypothèses
- ◆ 22 enquêtes réalisées auprès d'un panel représentatif des acteurs de l'offre de services à domicile selon les 5 grandes fonctions
- ◆ Modalités de capture : enregistrement oral et double retranscription écrite

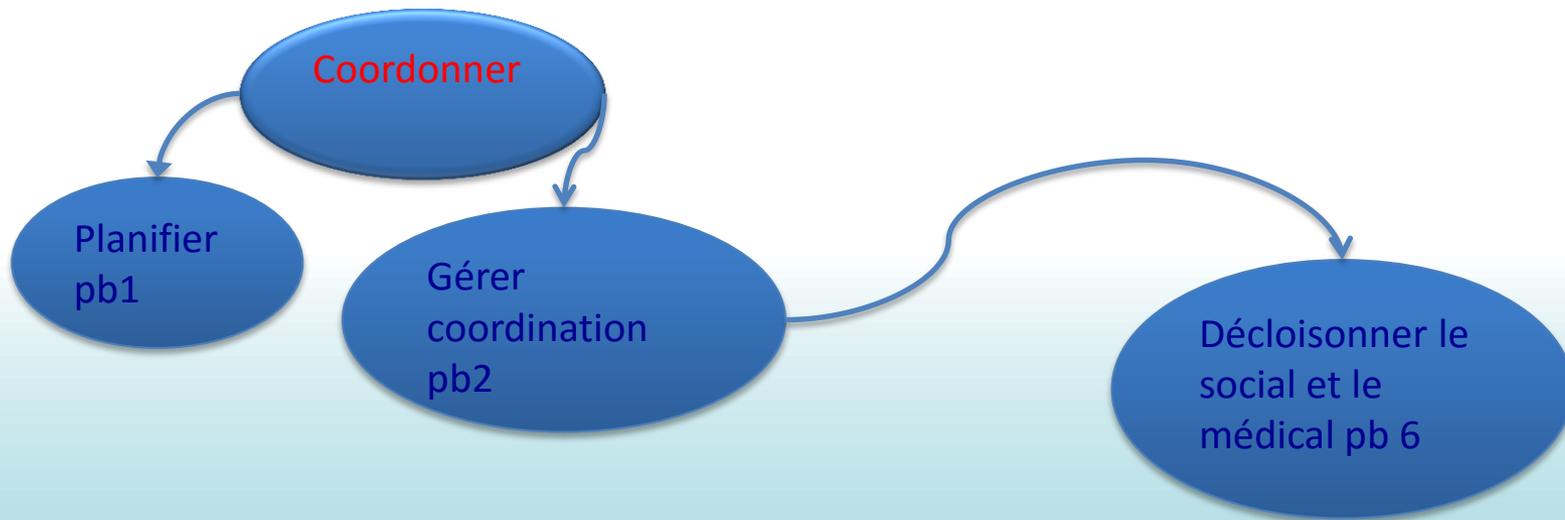
# Modélisation des besoins du terrain

- ◆ 1 diagramme de flux par niveau : Régulation, Financier, Coordination, Prescription, Exécution.
- ◆ Buts de plus haut niveau correspondent aux niveaux d'étude de l'innovation de services



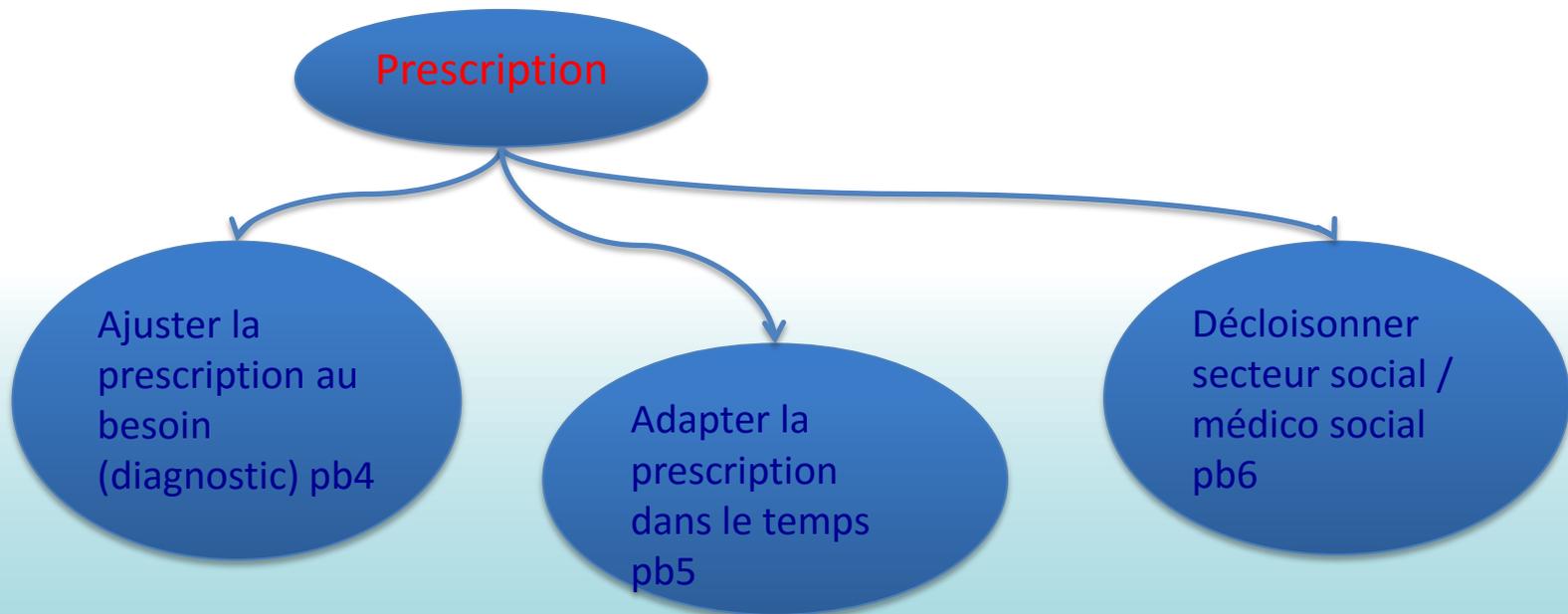
# Règle de construction : buts de 2ème niveau

- ◆ Buts de second niveau de la coordination



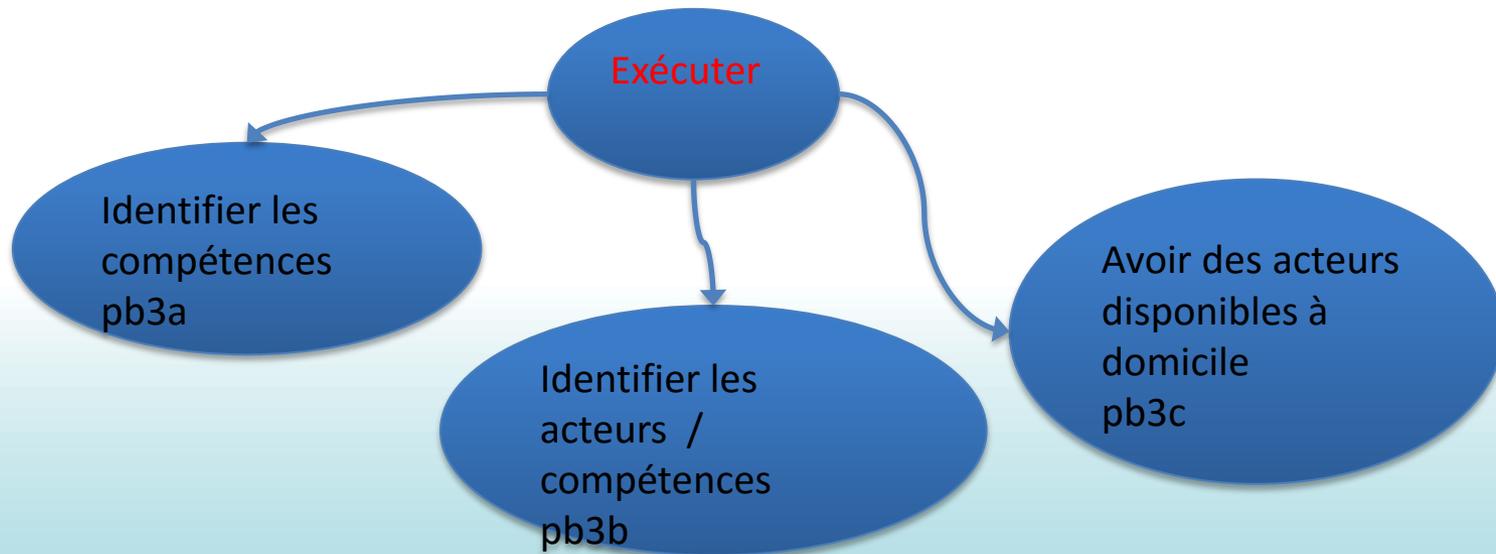
# Règle de construction : buts de 2ème niveau

- ◆ Buts de second niveau de la prescription



# Règle de construction : buts de 2ème niveau

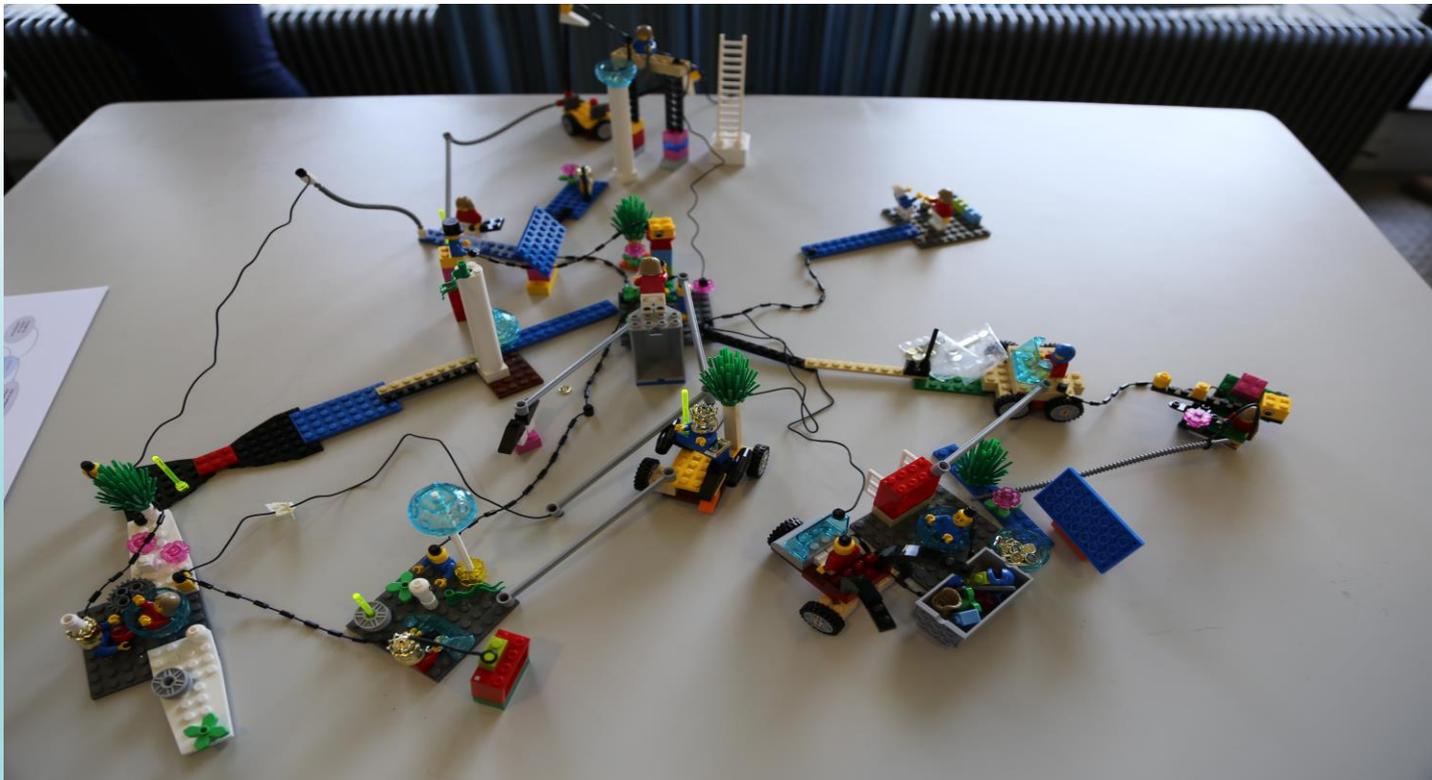
- ◆ Buts de second niveau de l'exécution



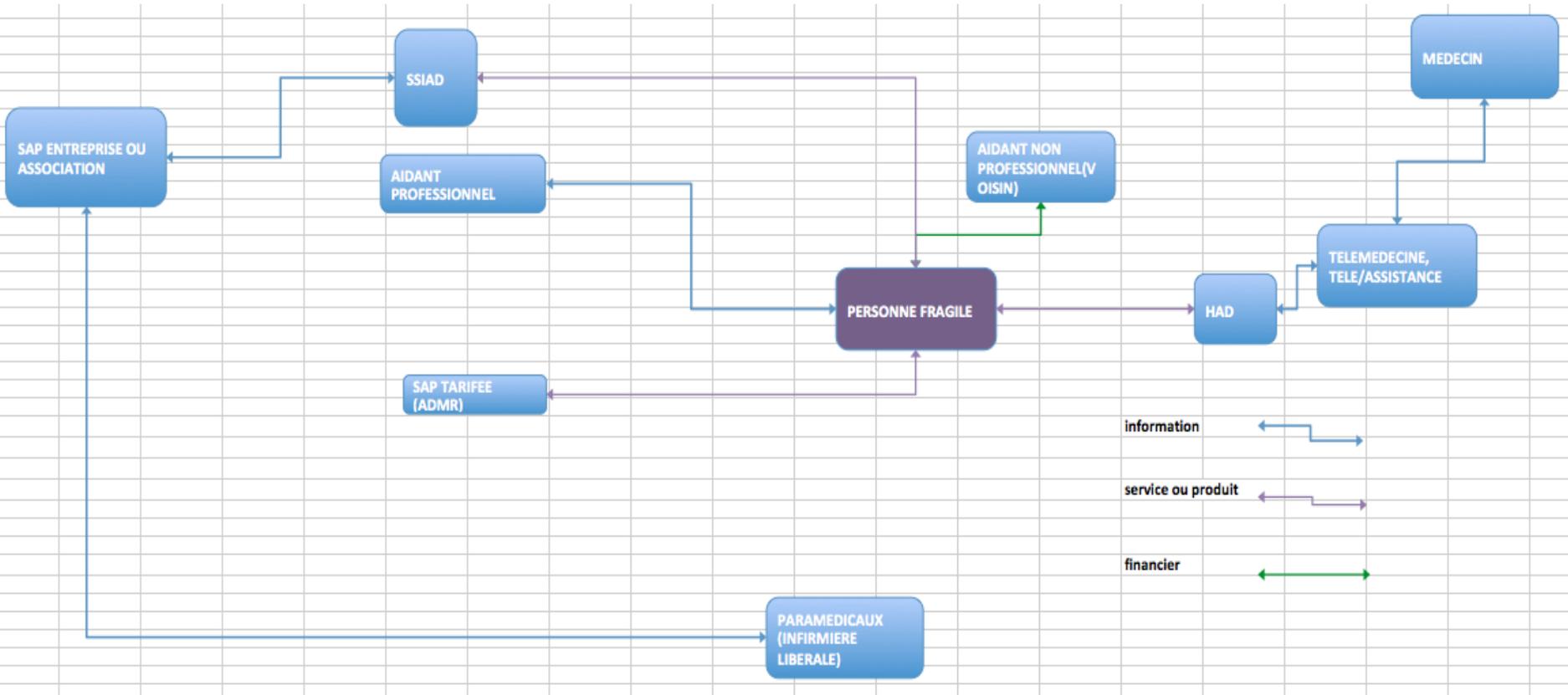
# Modèles d'interactions

## Méthode

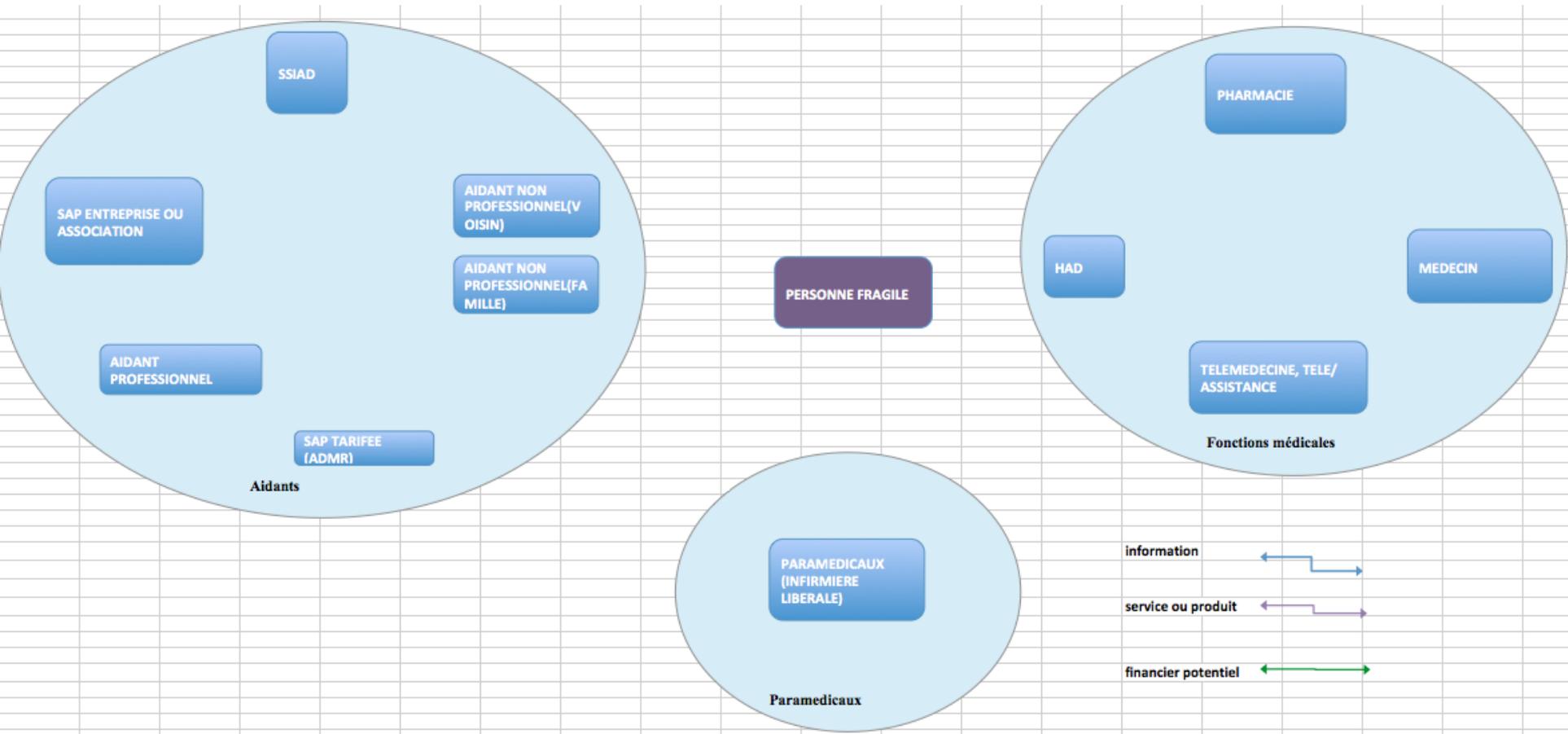
- ◆ Utilisation de jeux sérieux (lego serious play)
- ◆ Technique ludique de représentation organisationnelle basée sur les interactions et les jeux de pouvoir entre acteurs.



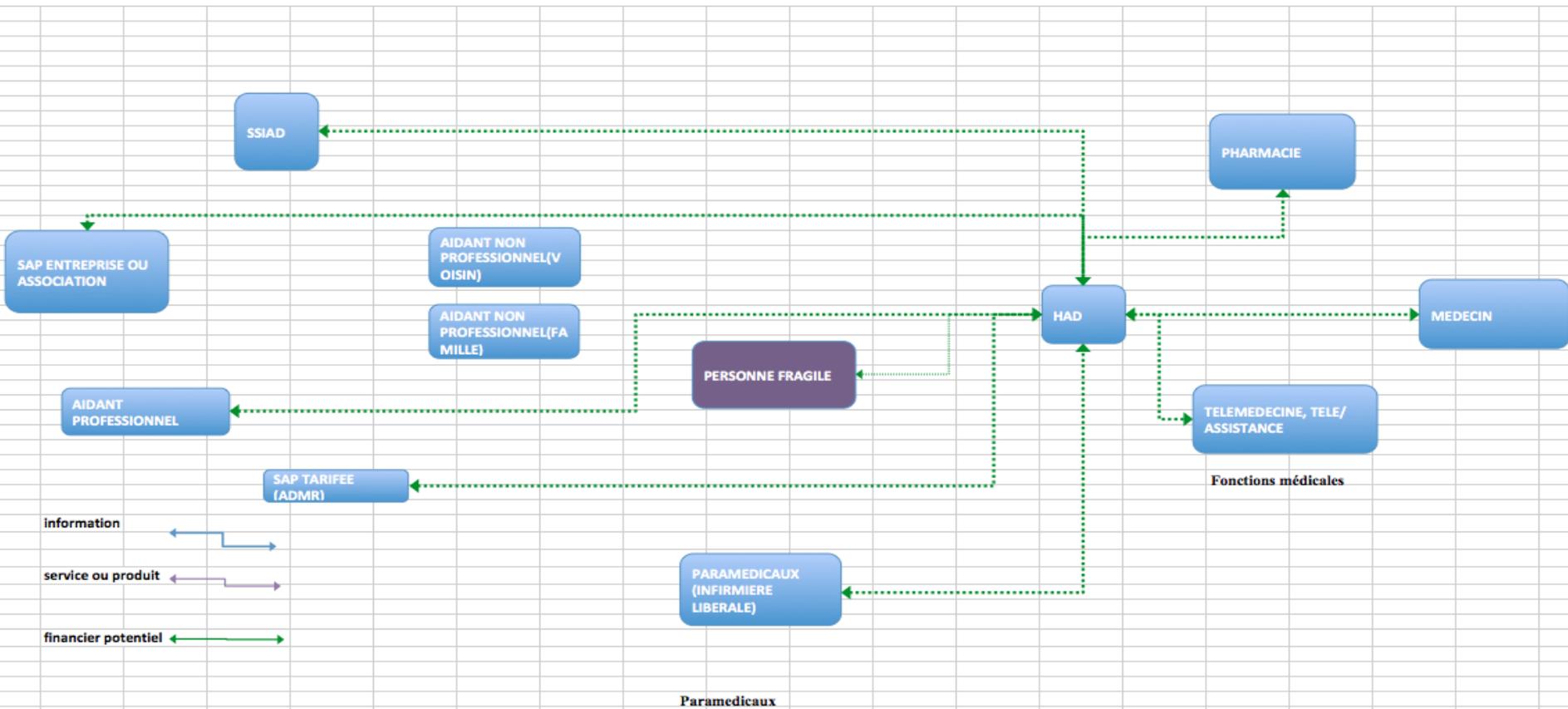
# Modèles de flux : exécution



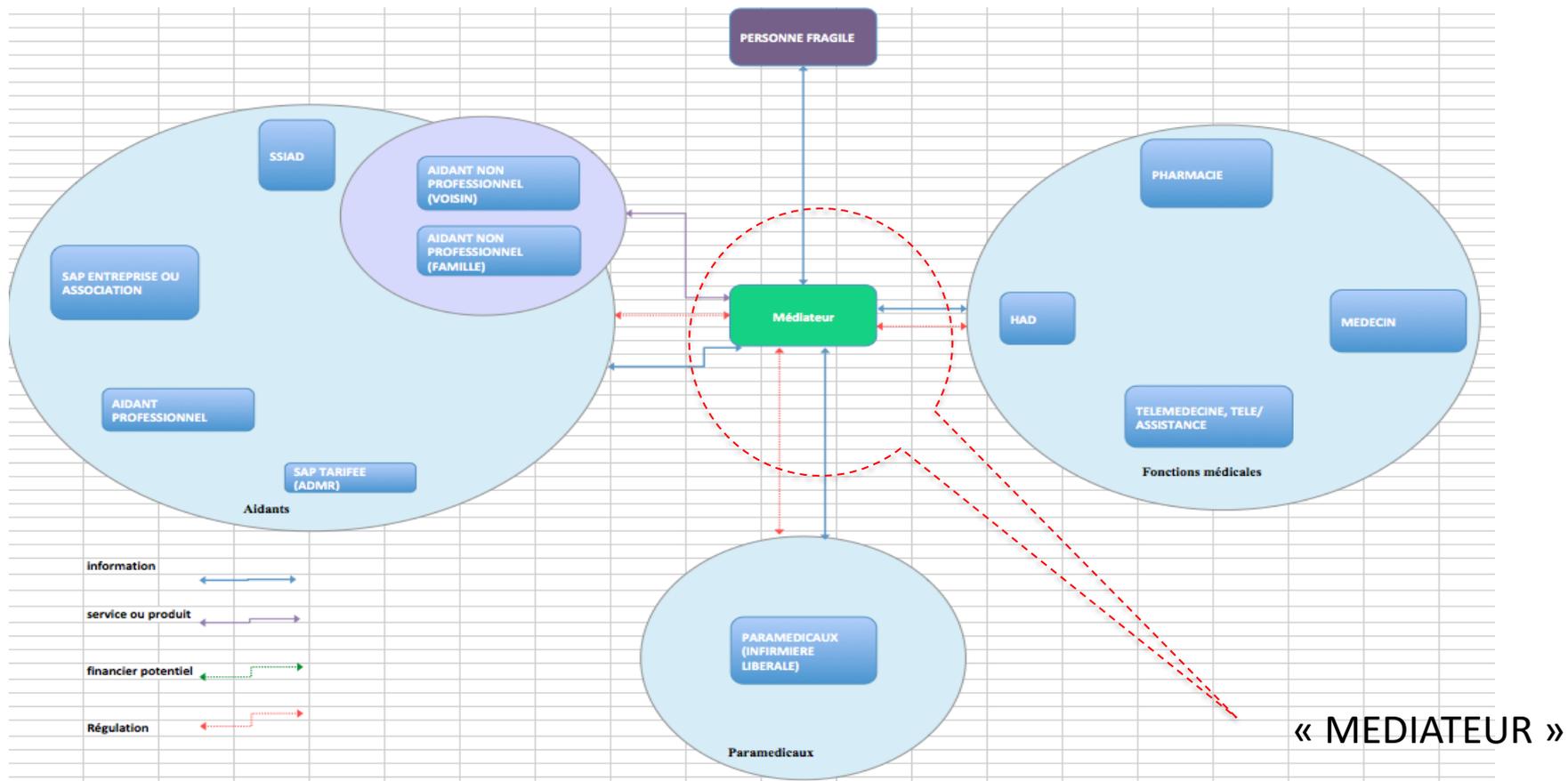
# Flux Exécution Pôles de compétences



# Exécution Flux financiers



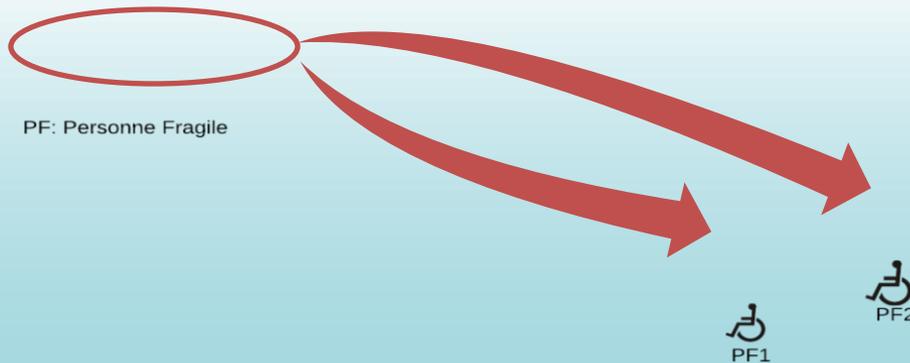
# Exemples de solutions d'interactions



# Analyse et de diagnostic

## Les concepts créés par induction à partir des données recueillies

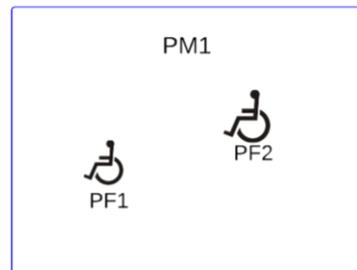
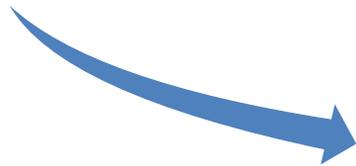
Une **personne fragile** (PF) est une personne qui entre ou s'installe durablement en **situation de fragilité médicale et/ou sociale accompagnée de dépendance** (e.g., malades chroniques soignés à domicile, les personnes âgées nécessitant un accompagnement régulier à domicile, etc.)



# Pôle métier

Un **pôle métier** définit un **nombre de fonctions nécessaires devant être couvertes par les acteurs pour rendre service à la personne**. Ces acteurs jouent des fonctions complémentaires dans un territoire géographique. Il s'agit d'un assemblage territorial (notion géographique de bassin) qui peut s'appuyer sur un lieu physique.

PF: Personne Fragile  
PM: Pôle Métier



**Professionnels de santé**

(Hôpital, HAD, Médecin, Infirmière, ...)



**Fournisseur de services médicalisés**

(Laboratoires, Téléassistance, ...)



**Fournisseur de services non médicalisés**

(SaP, MaD, ...)



**Fournisseur Indirect de services**

(Living Lab, Services Support, ...)



**Professionnel Sociaux**

(Mutuelle, Assistante Sociale, ...)

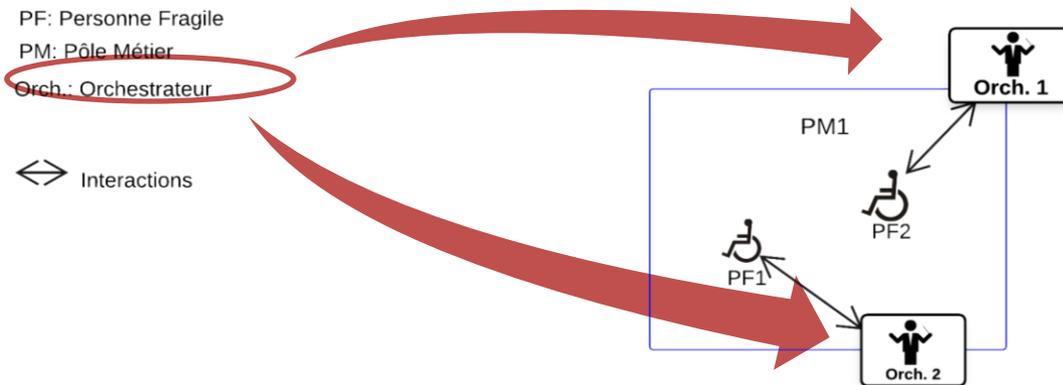


**Aidants non professionnels**

(Proche, Bénévole, Association, ...)

# Orchestrateur

*L'orchestrateur est une fonction qui utilise les ressources d'un ou plusieurs pôles métiers pour rendre service à une ou plusieurs personnes fragiles.*



# Orchestrateur : « pro » ou « aidant »

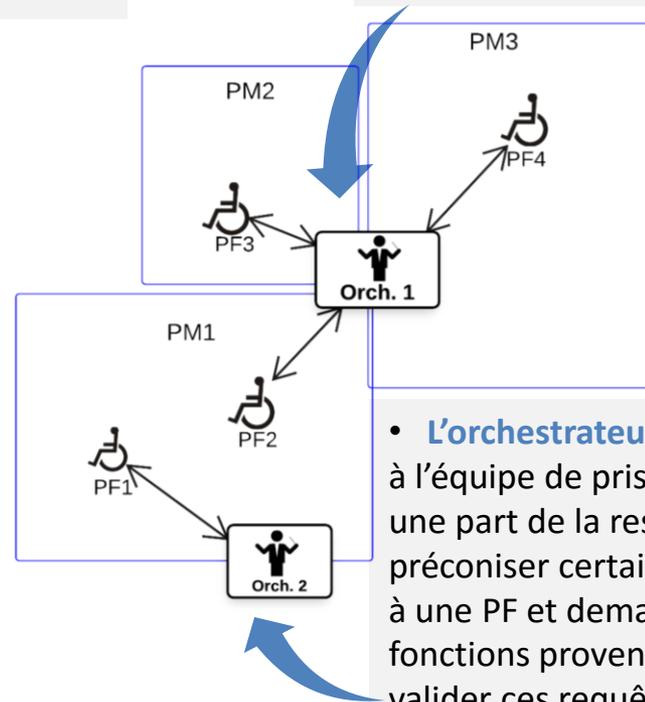
*L'orchestrateur est une fonction qui utilise les ressources d'un ou plusieurs pôles métiers pour rendre service à une ou plusieurs personnes fragiles. Fournit principalement des services concernant le RR Exécution.*

## Deux cas de figure :

- **L'orchestrateur pro** est membre d'un pôle avec un statut juridique (agrément permanent). Il prescrit les services d'aide nécessaires pour une PF. Il est formé en amont

PF: Personne Fragile  
PM: Pôle Métier  
Orch.: Orchestrateur

↔ Interactions



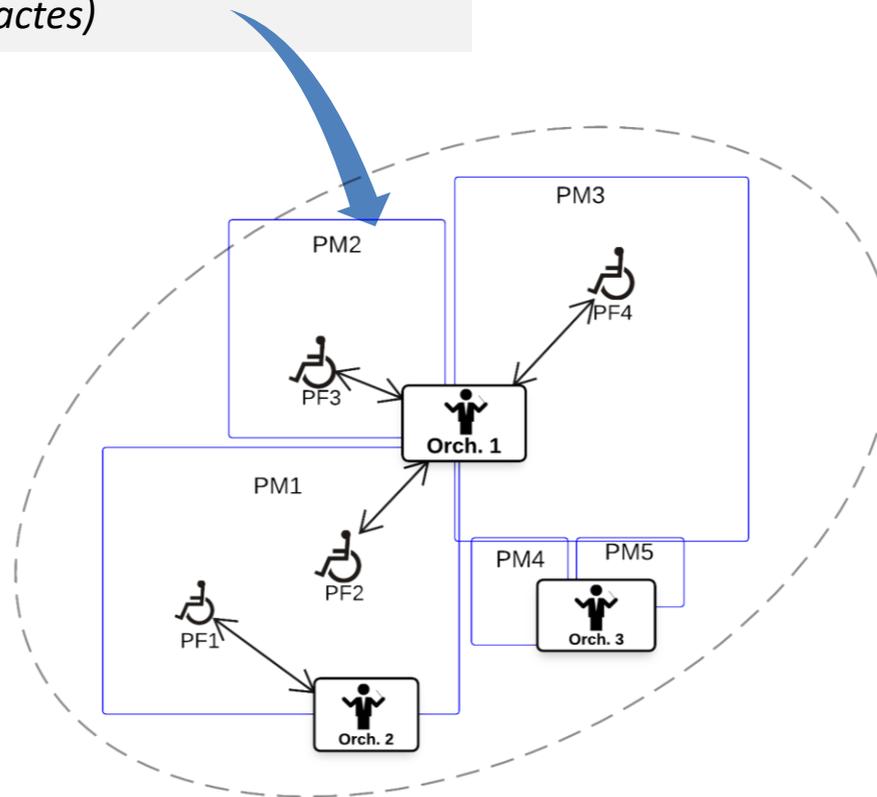
- **L'orchestrateur « aidant naturel »** est intégré à l'équipe de prise en charge (pros) qui prend une part de la responsabilité juridique. Il peut préconiser certains services d'aide nécessaires à une PF et demander l'intervention de fonctions provenant d'un autre pôle. Pour valider ces requêtes, il a un référent parmi les orchestrateurs pro. Il est formé avant d'obtenir un agrément pour chaque cas qu'il gère.

# Bouquet de pôles

Un **bouquet de pôles** est un **ensemble de pôles métiers proches définissant un territoire dont l'échelle est définie par les échanges de prestations de services possibles** (ex. un acteur d'un pôle peut intervenir sur un autre pôle pour effectuer des actes)

PF: Personne Fragile  
PM: Pôle Métier  
Orch.: Orchestrateur

↔ Interactions

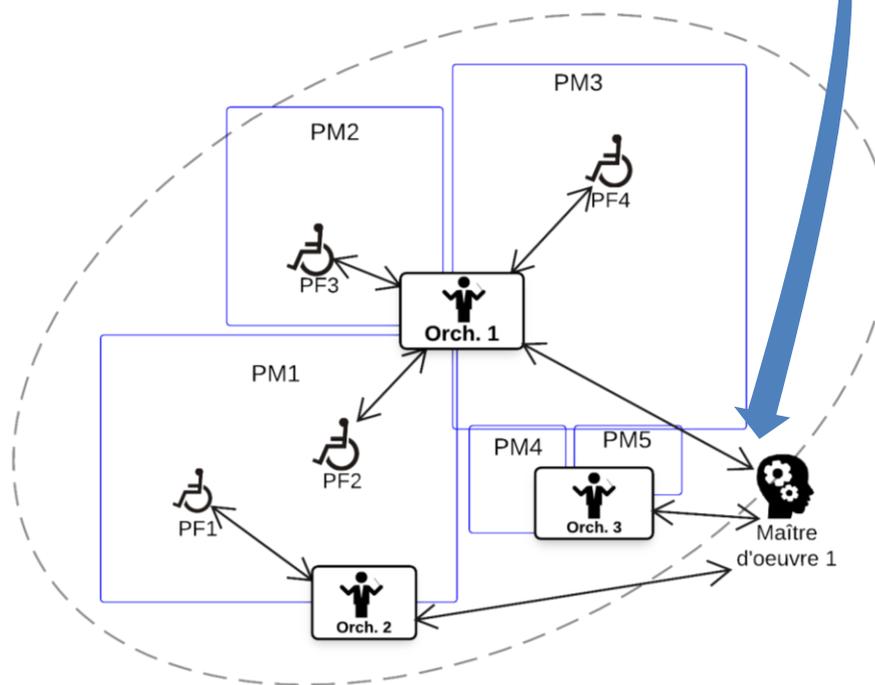


# Maître d'œuvre

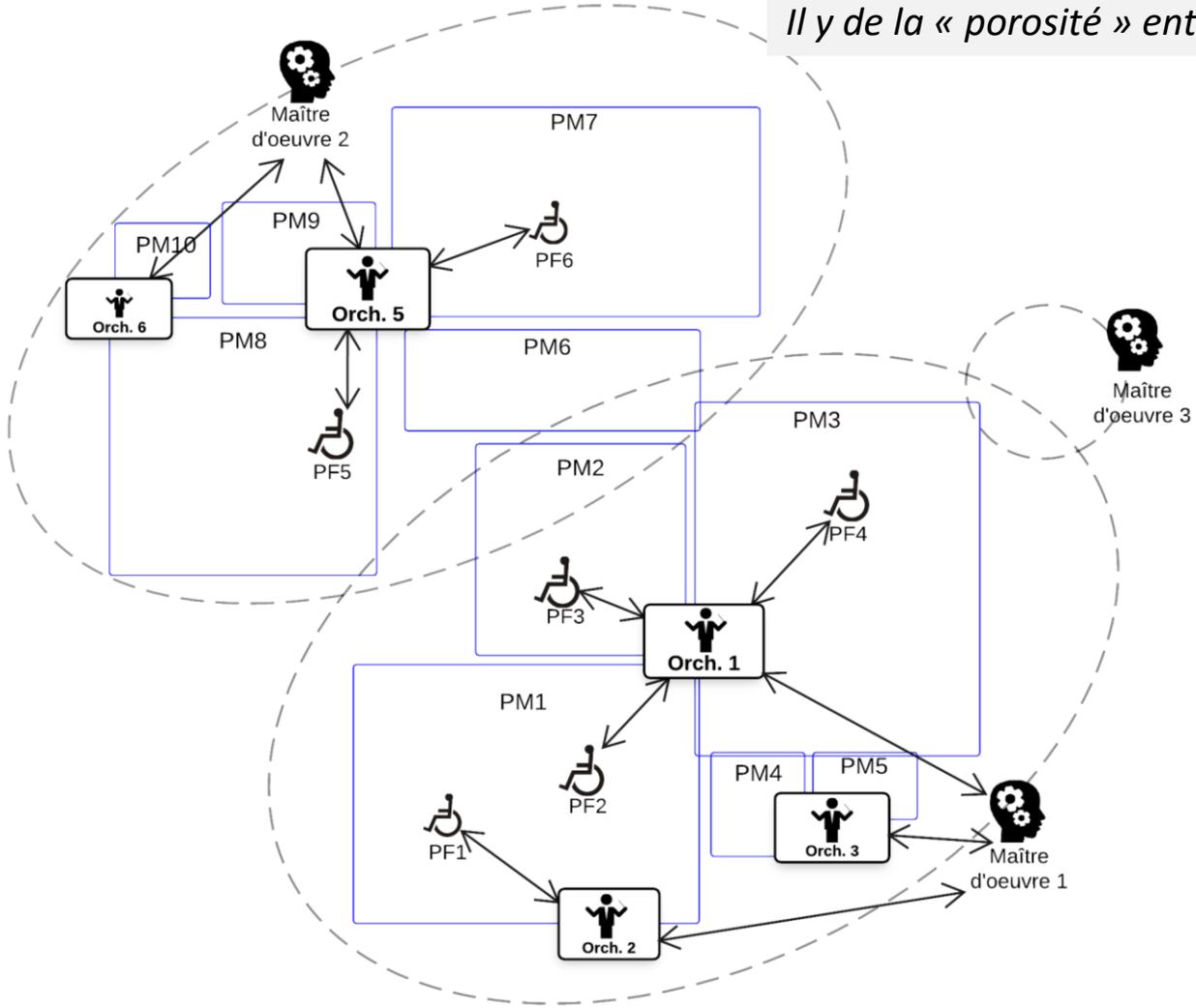
Le **maître d'œuvre** (MO) est une fonction chargée **d'organiser, ressourcer et coordonner les pôles d'un territoire** (un bouquet de pôles). Un MO désigne les orchestrateurs (agrément) et arbitre leurs demandes. Fournit principalement des services de coordination. Il gère le fond de réserve destiné à financer les services urgents dans l'attente des financements des cas.

PF: Personne Fragile  
PM: Pôle Métier  
Orch.: Orchestrateur

↔ Interactions



*Il y a de la « porosité » entre territoires.*

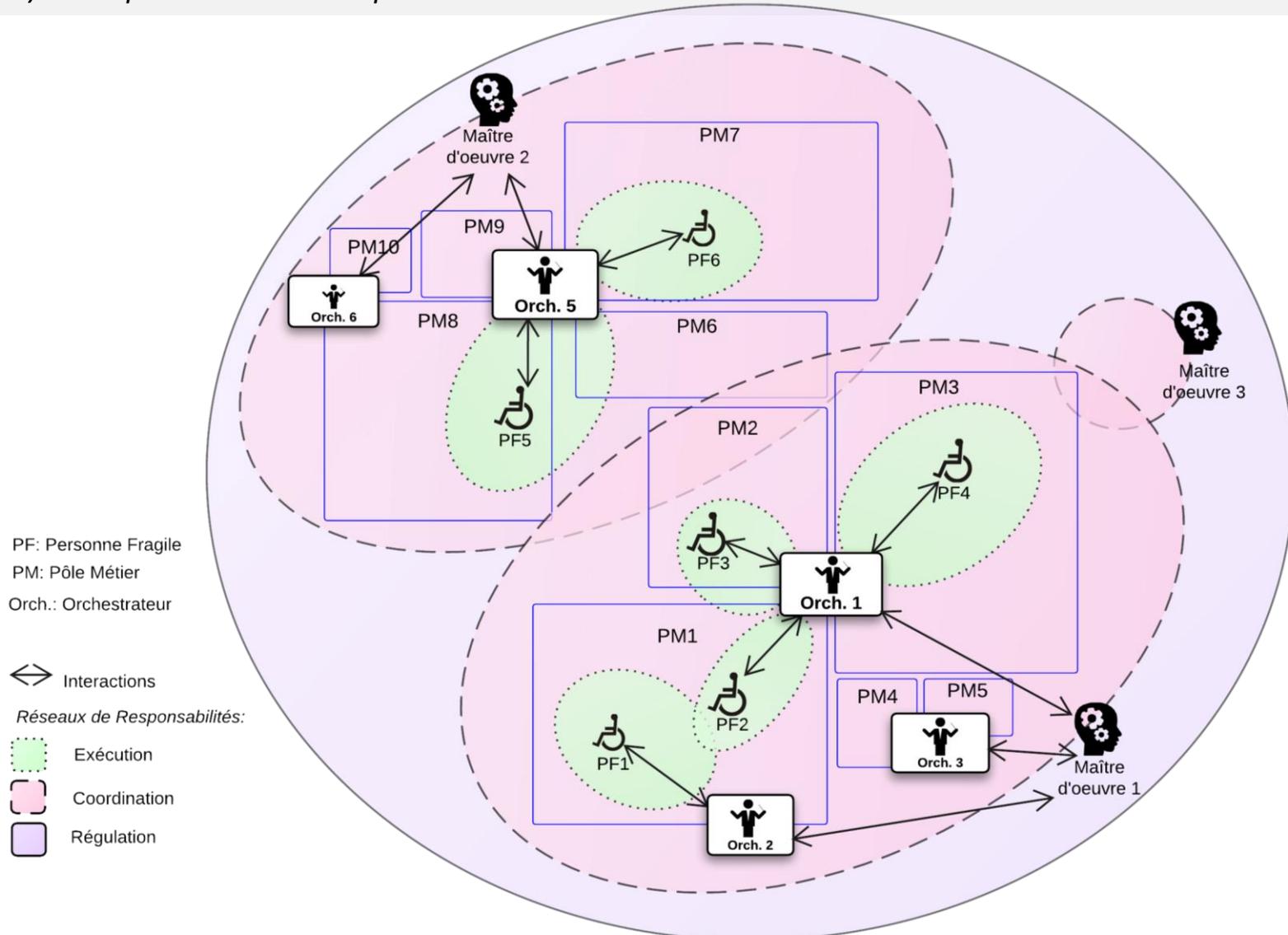


PF: Personne Fragile  
PM: Pôle Métier  
Orch.: Orchestrateur

↔ Interactions

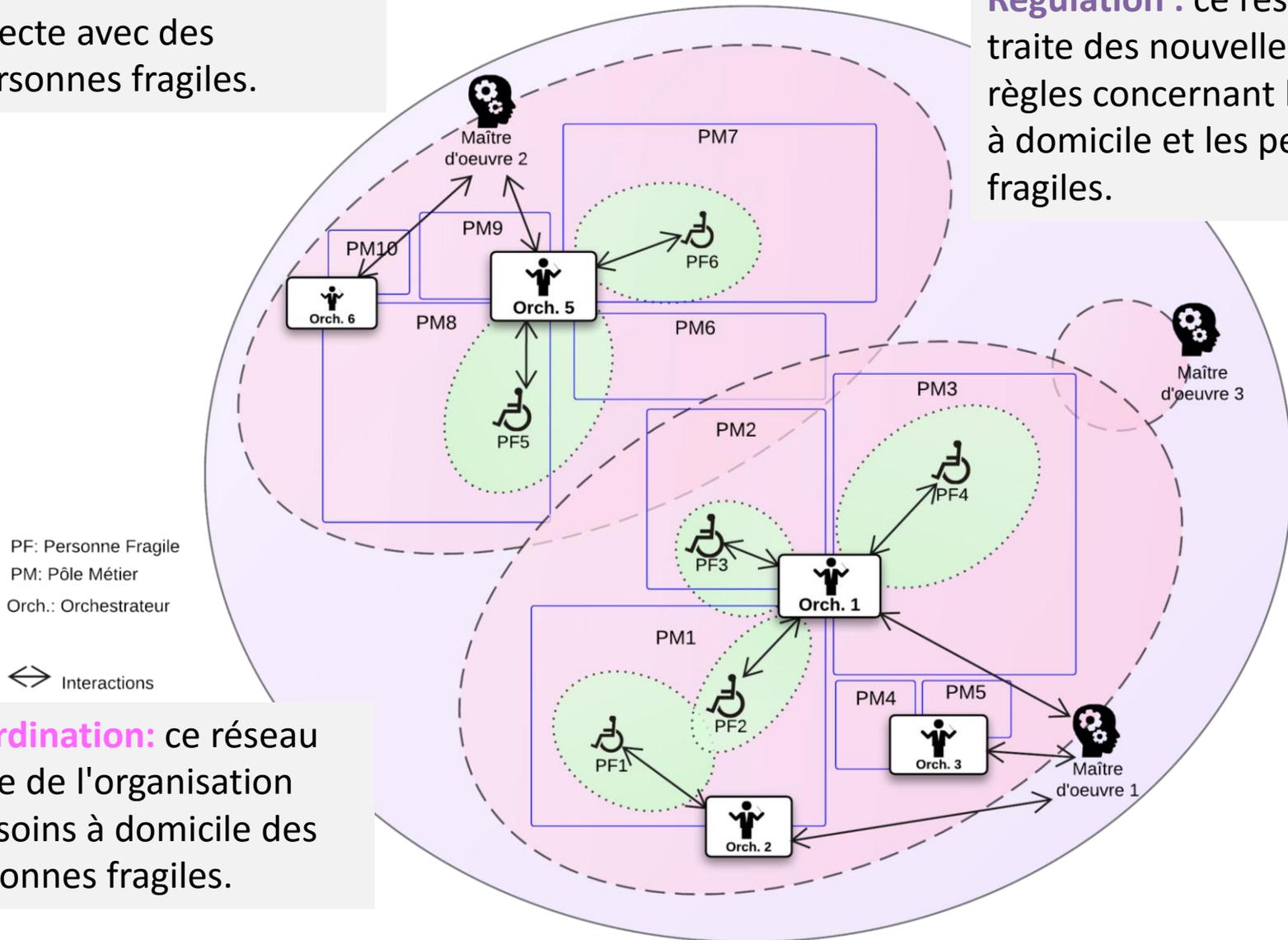
# Réseau de responsabilités

Une **réseau de responsabilités (RR)** et une **vue de l'écosystème d'acteurs déterminée par la proximité** (national, régional, individuel, etc.) entre une cible (e.g., personne fragile) et des préoccupations (e.g., RH, Social, Médical, Financier). Exemple: Réseau de Responsabilité d'Exécution



**Exécution:** ce réseau se focalise sur l'interaction directe avec des personnes fragiles.

**Régulation :** ce réseau traite des nouvelles lois et règles concernant les soins à domicile et les personnes fragiles.



**Coordination:** ce réseau traite de l'organisation des soins à domicile des personnes fragiles.

# Validation

- ◆ utilisation de la méthode CAUTIC (Ph Mallein, 1994)
  - examen des « significations d'usage » d'une innovation pour les acteurs auxquels elle est destinée, selon quatre dimensions :
    - les savoir-faire des acteurs,
    - les pratiques des acteurs,
    - l'identité des acteurs,
    - l'environnement socioéconomique des acteurs.
  - Un « focus groupe » de 11 acteurs représentatifs

# Composition

- ◆ 1 Un médecin, directeur d'une plateforme départementale de santé, représentant l'Union Nationale des Réseaux de Santé,
- ◆ 2 Un consultant en gérontechnologies et innovations pour le maintien à domicile des personnes âgées (PME),
- ◆ 3 Une référente « métiers » dans une association départementale de développement des innovations pour la santé à domicile,
- ◆ 4 La directrice d'une association départementale de développement des innovations pour la santé à domicile,
- ◆ 5 Un consultant en solutions de télémédecine (Start-up),
- ◆ 6 Une infirmière libérale, représentante du Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux,
- ◆ 7 Une directrice régionale d'une société de services en téléassistance et technologies pour la santé à domicile,
- ◆ 8 Le représentant des usagers (personnes fragiles) dans une association régionale des usagers des services de santé
- ◆ 9 Un administrateur d'une société d'assurance-mutuelle privée (Groupe)
- ◆ 10 Un ingénieur/directeur de la R&D Santé à domicile dans un laboratoire public de technologies,
- ◆ 11 Un enseignant-chercheur en gérontologie, gérontechnologies et eSanté (non membre du projet)

# Principaux résultats de la phase de validation /1

- ◆ 1. Tenir compte des propositions Innoserv compte tenu des graves lacunes du système actuel : « **Le système d'aide aujourd'hui n'est pas viable, il est explosif**, il n'est pas viable donc oui, il faut changer » ; « Comment vous voulez construire un parcours de santé avec des services ? puisqu'il y a 3 diagnostics différents ! Il choisit lequel parmi les 3 ? Mais c'est ça tous les jours ! C'est tous les jours comme ça. C'est les gens coûteux. »
- ◆ 2. Innoserv : « c'est une amélioration de l'usage des ressources. On va pas dire optimisation mais les ressources sont mieux utilisées, et donc elles s'épuisent moins, elles sont moins batifolantes et en gros elles sont mobilisées pour moins de bêtises. » ; « c'est à l'échelle du système et de l'organisation : qu'est-ce qu'on fait quand on a plein de ressources ? Si on les utilise mieux , l'approche est l'ensemble du système. C'est macro, c'est l'ensemble du système. »
- ◆ 3. Innoserv s'appuie sur l'existant : « Il s'agit surtout de ne pas rajouter une couche, par contre s'adosser à des organisations en les faisant évoluer, systématiser ce côté orchestrateur, avec des termes [...] sont nouveaux ».
- ◆ 4. Cahier de besoins dynamique et partagé : « par rapport au cahier de suivi, ce serait un gros plus ».
- ◆ 5. Orchestrateur : « L'orchestrateur, ça rejoint la notion de case manager ».

# Principaux résultats de la phase de validation /2

- ◆ 6. Fonds de réserve : « il y a eu des réflexions sur un fond de réserve pour faire des aménagements de logements ».
- ◆ 7. Pôle métier : « la CARSAT veut mettre en place un panier de services. Ça ressemble à ce que vous avez ».
- ◆ 8. Maître d'œuvre : « Une structure pivot a été nommée, qui ressemble pour moi au Maître d'œuvre. Elle va récolter les évaluations faites à domicile pour la CARSAT et elle va mettre en œuvre l'ensemble des acteurs de ce plan d'aide »).
- ◆ 9. Portail collaboratif : « On va vers plus de co-construction, de collaboration, de co-évaluation, enfin le côté co-acteur dans l'orchestrateur, oui ! Si si, ça va arriver. Ça va prendre du temps, ça va être progressif, mais on va y arriver, le numérique étant au service de ce genre de choses. »
- ◆ 10. La base de données des ressources proposée par le pôle métier : « L'ARS essaie de mettre en place le ROR (le Répertoire Opérationnel des Ressources), annuaire sanitaire médico-social. C'est un travail en cours. Donc tout le monde a conscience que c'est nécessaire, mais c'est difficile à faire. »

# Principaux résultats de la phase de validation /3

- ◆ 11. Examen des ressources directes et indirectes des personnes prises en charge : « la petite phrase « on regarde les ressources directes et indirectes de Mr Martin », c'est génial ! (...) bien sûr c'est intéressant, mais vous imaginez tout ce qu'il y a derrière ? ».
- ◆ 12. Une forme d'éducation thérapeutique civique doit être envisagée voire intégrée à la démarche Innoserv : « C'est toute une pédagogie, pour que les acteurs se connaissent les uns les autres. Ça passe par la pédagogie de qu'est ce que je fais, à quoi tu sers et qu'est-ce qu'on peut faire ensemble. Je suis sûr que c'est un très bon modèle, mais la pédagogie va passer avant ça. » ; « C'est donc un changement de mentalité, sinon tout le reste s'effondre. » ; « Pour moi ça, ce modèle, il est bien, mais il va falloir rendre les gens co-acteurs, pas acteurs, il faut qu'ils soient formés ensemble. C'est le compagnonnage, ça suppose coformation. »
- ◆ 13. Un dialogue responsable entre les divers acteurs et corps de métiers est indispensable : « mais ça mérite des changements de posture, je suis désolé, je voulais le dire là, il y a des renoncements à des places antérieures si on veut que ça marche tout ça ! (...) C'est innover aussi que de renoncer à sa place antérieure. C'est innover ! ».

# Conclusion

Le plus compliqué reste à faire !