



Rapport d'évaluation final de l'expérimentation

Handiconsult'34 (HC34)

Unité de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en échec de soins courants en milieu ordinaire



Version du 06 novembre 2023

Direction de projet Lot 1

Marieke Podevin & Mariana Beija

marieke.podevin@argosante.fr

06 79 62 14 49

mariana.beija@govhe.com

06 02 71 49 04

Exécution de la mission en
collaboration avec



GLOSSAIRE

Cette page détaille les acronymes utilisés dans le rapport.

AAH : Allocation aux adultes handicapés

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

ALD : Affection de Longue Durée

CDO-CD-34 : Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes de l'Hérault

CDO-SF-34 : Conseil de l'ordre des sages femmes de l'Hérault

CDS : Centre de Santé

CR : Compte-rendu de consultation

DPI : Dossier Patient Informatisé

ETP : Equivalent Temps Plein

GEP : La Gastrostomie Percutanée Radiologique est la mise en place d'une sonde d'alimentation à travers la peau qui est directement reliée à l'estomac.

HC34 : Handiconsult'34

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

PCH : Prestation de compensation du handicap

PH : Personne handicapée

SESSAD : Service d'éducation spécialisé et de soins à domicile

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

SSR : Soins de suite et de réadaptation

SVP : Sédation vigile procédurale

VNI : La Ventilation Non Invasive est une aide mécanique à la respiration grâce à un ventilateur qui délivre de l'air pressurisé par l'intermédiaire d'un masque sur le visage.

TABLE DES MATIERES

Glossaire.....	2
Table des matières.....	3
I. Synthèse.....	5
II. Contexte de l'expérimentation.....	8
III. Méthodologie évaluative.....	12
IV. Réponses aux questions évaluatives.....	17
Opérationnalité : Q1. Quelles caractéristiques du dispositif permettent de proposer des consultations accessibles, adaptées et accompagnées ?.....	17
Q1.1 Est-ce que les profils de PH inclus (typologie des handicaps, situations individuelles...) correspondent aux objectifs de la structure ?.....	17
Q1.2 Est-ce que la montée en charge s'effectue correctement (communication, inclusions, ressources mobilisées...) et le dispositif est capable de s'adapter en adéquation avec son évolution ?	26
Q1.3 Quelle organisation et processus permettent la facturation des séquences ?.....	36
Q1.4 Quelles coordination et animation des équipes ont été mises en place ?.....	37
Efficacité : Q2. Dans quelle mesure le dispositif répond-t-il aux besoins des personnes en situation de handicap sévère et en échec de soins ?.....	39
Q2.1 Comment les ressources mobilisées sont adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient et quel est l'impact sur la qualité de la prise en charge ?.....	39
Q2.2 Y a-t-il une amélioration de l'accès et de la prise en charge ?.....	42
Q2.3 Est-ce que les modes de communication et de coordination interne utilisés permettent une bonne prise en charge du patient ? Quelles sont les caractéristiques essentielles à un bon fonctionnement ?.....	49
Modèle économique : Q3. Les modalités de financement proposées sont-elles bien dimensionnées pour couvrir les coûts de prises en charge ?.....	51
Q3.1 Est-ce que le calibrage de la prise en charge correspond aux hypothèses de départ (séquences de soins, visites blanches, ...) ?.....	53
Q3.2 Le financement couvre-t-il les coûts de la structure globalement et par forfait et quel est le point d'équilibre ?.....	57
Q3.3 Dans quelle mesure le modèle de financement proposé est-il adapté au profil des patients accueillis et aux prises en charge ? Est-ce que le forfait à la séquence est aligné avec les enjeux économiques du dispositif ?.....	61
Reproductibilité : Q4. Le dispositif est-il suffisamment structuré, non dépendant des spécificités locales et soutenable pour permettre une généralisation ?.....	63
Q4.1 Est-ce que l'échelle départementale est le niveau adapté au dispositif (déplacements, taille critique) ?.....	63

Q4.2 Quels sont les liens de dépendance de la structure avec les autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et institutionnels ?	66
Q4.3 Quels sont les prérequis organisationnels et financiers pour le bon fonctionnement et le succès du dispositif ?.....	72
Q4.4 Le territoire comporte-t-il des spécificités influant sur le dispositif ?	83
Conclusion.....	85

I. SYNTHÈSE

Opérationnalité

Le dispositif Handiconsult'34 a démontré son opérationnalité dès les travaux intermédiaires de l'évaluation.

Les patients inclus correspondent exactement aux objectifs de l'expérimentation : la quasi-totalité des patients (86%) inclus vient de l'Hérault, tous les handicaps et tous les âges sont représentés, et les patients inclus dans le dispositif sont tous en échec de soins dans le milieu ordinaire. Au cours de l'expérimentation, environ 10% des patients sont réorientés, dont 20% pour non-éligibilité au dispositif, et 70% parce que les soins demandés n'existent pas à HC34.

Le dispositif HC34 a fait face à une forte montée en charge avec un doublement du nombre de venues sur les 2 premières années d'expérimentation, à laquelle il a su s'adapter via une hausse des vacations. La demande de soins provient à la fois des établissements sociaux et médico-sociaux et, de plus en plus, des patients eux-mêmes (ou leur aidant naturel).

La montée en charge a été permise par des invariants organisationnels efficaces mis en place au sein du dispositif : des moyens matériels, une équipe impliquée et motivée, une communication à l'intention des adresseurs, une inclusion adaptée dans le dispositif, et des consultations dédiées bien préparées, plus longues et adaptées aux besoins.

Face à la montée en charge, plusieurs changements ont été mis en place : un nouveau système d'information plus adapté, une nouvelle organisation de l'odontologie pour assurer davantage de continuité des soins, un renforcement de l'habituement aux soins. Des consultations déportées en gynécologie ont aussi été lancées, mais ont dû être arrêtées car cette nouvelle charge n'a pas pu être absorbée par l'équipe dans son dimensionnement actuel.

Le dispositif Handiconsult 34 a été limité dans sa montée en charge du fait du plafond du budget FISS pour l'expérimentation, ne permettant pas l'augmentation des ETP de coordination et les vacations de praticiens autant que de besoin.

Un système de facturation a été mis en place. Il fonctionne bien mais pourrait encore être amélioré, en clarifiant les conditions de clôture des séquences de soins, et en rendant possible l'ouverture en simultané de plusieurs séquences dans une même spécialité.

Dans le dimensionnement actuel d'HC34, la communication des équipes est essentiellement orale et peu formalisée, sans que cela ne constitue un frein au bon fonctionnement du dispositif. Le nouveau système d'information est cependant un moyen de formalisation plus précis des dossiers patients.

Efficacité

De nombreuses ressources sont mobilisées pour augmenter les chances de succès des soins : en facilitant l'accès aux soins, en intégrant l'aidant au parcours du patient, et en adaptant les soins à proprement parler. L'adaptation des soins passe par un processus d'inclusion spécifique (fiche de liaison, entretien médecin/patient, ...), une adaptation des locaux et du matériel, et par une habitude aux soins renforcée. C'est aussi la pluridisciplinarité du centre qui permet de limiter l'échec des soins.

La **montée en charge** du dispositif, avec un **afflux continu de nouveaux patients** et des **patients qui reviennent à plusieurs reprises**, témoigne de l'attractivité du dispositif. Les patients et les adresseurs interrogés témoignent de leur **grande satisfaction du dispositif et de la qualité de la prise en charge**. La **communication au sein d'HC34**, en particulier **l'écoute**, est un des **facteurs de réussite** du dispositif : **les patients se sentent accueillis et compris** grâce à la fiche de liaison, et **bien accompagnés** grâce à la mise en place de l'habitué aux soins jusqu'à ce que le patient soit prêt à recevoir des soins.

Cependant, **l'accès aux soins pour les personnes handicapées de la région peut encore être amélioré** : certains patients sont freinés par la **distance à parcourir** et les **délais de RDV**, bien qu'ils aient diminué au cours de l'expérimentation, restent supérieurs au milieu ordinaire, **excepté pour l'ophtalmologie**. Les délais de RDV élevés sont liés au fait que l'offre proposée n'a pas pu être redimensionnée aux besoins constatés dans le territoire, du fait de l'enveloppe budgétaire limitée

Le modèle économique

Un **modèle de financement intégralement forfaitaire (à la séquence de soins)** a été testé à Handiconsult 34 entre juillet 2020 et décembre 2022. Depuis **janvier 2023**, un nouveau modèle économique, **mixte**, est expérimenté, incluant :

- ♦ Une **dotation annuelle** (valorisée à 300 000€ dans le cas de l'année 2023 à HC34) **afin de compenser les charges fixes**.
- ♦ Des **forfaits à la séquence de soins**, pour couvrir les coûts variables de l'activité

Le **nouveau modèle économique mixte a été mis en place** dans une optique de généralisation, car la dotation peut s'adapter à la diversité de dispositifs existants, et donc à la diversité de typologies de coûts fixes dans les différentes structures. Il **a aussi permis de recalibrer les forfaits** et de **les segmenter** pour certaines spécialités dont les soins possibles sont très variés.

La **différenciation des forfaits** dans le nouveau modèle économique et leur **recalibrage** semblent répondre aux enjeux du dispositif. Le **financement couvre les coûts de la structure, globalement et par pôle d'activité**. Contrairement à l'ancien modèle économique où **l'imagerie et les soins somatiques étaient en déficit**, le nouveau modèle semble permettre à toutes les spécialités d'être à l'équilibre, mise à part **l'habitué aux soins** qui ne faisaient pas l'objet d'un forfait à part entière sur la première partie de l'expérimentation.

Il s'agit également de **se pencher sur l'équilibre des forfaits individuellement**. Sur le début de l'année 2023, on observe que **les dépenses réelles imputables au forfait et à la dotation, et le volume d'activité ne correspondent pas toujours aux prévisions**. Cette analyse devra être complétée en fin d'année 2023 avec des données sur la période complète.

Le modèle de financement testé est **adapté au profil des patients pris en charge, et aligné aux enjeux économiques du dispositif** car il **incite les structures et professionnels à prendre en charges les patients en situation de handicap, du fait de la rémunération dédiée**.

La **généralisation du modèle économique est très attendue par les autres dispositifs** de consultations dédiées existants, qui sont actuellement financés par des FIR fixes, facteur limitant de leur montée en charge.

La reproductibilité

L'échelle départementale semble être le minimum pour un maillage territorial adapté des dispositifs handiconsult, pour garder des **distances maximales acceptables** à parcourir par les patients, et pour **adresser tous les besoins** de la population. En fonction du maillage qui sera choisi, il sera important de **trouver des solutions de prise en charge adaptées** pour les **personnes handicapées isolées** et éloignées des dispositifs de consultation dédiées, en articulant les dispositifs handiconsult à d'autres initiatives existantes, par exemple des **équipes mobiles**, ou **d'autres dispositifs existants dans le territoire**, qui pourraient jouer le rôle de **dépistage, d'identification des besoins et d'orientation de cette patientèle vers le lieu dédié handiconsult au besoin.**

Comme le font déjà HC34 et les autres dispositifs interrogés, **capitaliser sur des partenariats solides** avec des acteurs et initiatives territoriaux **sera un facteur de réussite de généralisation**. La présence d'une **structure mère constitue un atout de taille pour la création de dispositifs de consultations dédiées**. Ils permettent de réaliser des économies importantes et facilitent la création du dispositif. Cependant chaque type de structure-mère (hôpital, SMR, centre de santé) présente des avantages et inconvénients, qu'il convient de prendre en compte pour la généralisation. Le **montant d'investissements** nécessaire afin de mettre en place une consultation dédiée **varie en fonction de la structure-mère et des spécialités proposées.**

Un des prérequis à la généralisation du dispositif handiconsult est son **concept pluridisciplinaire** avec la **pérennisation de spécialités socles et de l'habitué aux soins**. Ce dispositif généralisé pourra constituer une **offre de soins nouvelle, en particulier pour des patients qui n'ont pas vocation à revenir en milieu ordinaire**, comme c'est le cas pour la majorité des patients bénéficiant actuellement de consultations dédiées.

On compte **plusieurs prérequis organisationnels** au bon fonctionnement du dispositif et à sa généralisation, parmi lesquels **l'équipe socle de coordination formée au handicap avec un cahier des charges à étendre**, un **système d'information et des locaux adaptés**, et une **communication précise et généralisée aux adresseurs**.

L'adaptation du modèle économique à certains handiconsult déjà existants pourra se révéler **nécessaire** : certains handiconsult ont des fonctionnements bien particuliers et par exemple, certains ne proposent que de la coordination mais pas de lieu dédié aux consultations. De plus, **tous les forfaits n'existent pas encore pour toutes les spécialités**, alors que beaucoup de spécialités différentes sont proposées dans les handiconsult.

Si le modèle économique de HC34 était appliqué, la **généralisation à la France entière des handiconsult d'un dimensionnement équivalent à HC34** (1130 patients distincts pris en charge prévus en 2023¹) avec un **maillage territorial départemental représenterait un coût estimé de fonctionnement** (financement de l'activité forfaitaire) **annuel minimal de 84 millions d'euros**. Ce dimensionnement permettrait la prise en charge d'environ 115 000 patients distincts chaque année.

¹ D'après le cahier des charges HC34

II. CONTEXTE DE L'EXPERIMENTATION

Fiche signalétique

Titre de l'expérimentation	Unité de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en échec de soins courants en milieu ordinaire
Porteur(s)	Centre Mutualiste Neurologique PROPARA (établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), géré par l'Union Mutualiste PROPARA)
Partenaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ARS Occitanie ◆ CPAM de l'Hérault ◆ Conseil départemental de l'ordre des médecins ◆ Conseil départemental de l'ordre des Chirurgiens-Dentistes ◆ Conseil départemental de l'ordre des Sages-Femmes ◆ CHU de Montpellier ◆ CcLPh34 (Comité de coordination et de liaison des personnes handicapées de l'Hérault) ◆ APF France handicap
Territoires concernés	Département de l' Hérault , et marginalement départements limitrophes (Gard, Lozère et Aude)
Nature du projet	Local
Public cible	Personnes en situation de handicap , résidant dans l' Hérault ou un département limitrophe, en échec de soins courants dans le milieu ordinaire.
Volumétrie cible	2 068 patients ; 3 655 venues
Professionnels de santé et structures impliqués	<p>Professionnels salariés de Propara affectés à l'unité HC34 : médecin coordonnateur, radiologue, infirmières de coordination, manipulatrice en radiologie, correspondantes en santé orale, aides-soignantes, secrétaires médicales</p> <p>Praticiens libéraux réalisant des consultations dédiées au sein d'HC34 : chirurgiens-dentistes, sages-femmes, ophtalmologue, ORL, médecin généraliste.</p>
Objectifs principaux	<ol style="list-style-type: none"> 1) Favoriser l'accès des personnes en situation de handicap sévère et en rupture de soins à un dépistage, de la prévention et des soins somatiques 2) Proposer une prise en charge intermédiaire, de qualité, spécifique aux personnes en situation de handicap sévère

	3) Montrer qu'il est possible de pérenniser le dispositif grâce à un financement couvrant les dépenses sans effet inflationniste et à partir d'une structure de soin existante
Objectifs opérationnels	<ol style="list-style-type: none"> 1) Faire connaître le dispositif 2) Proposer un dispositif répondant aux besoins des PH du territoire en échec de soins 3) Encourager la réorientation inclusive des patients pouvant être soignés ou suivis en ville 4) Recueillir l'adhésion au dispositif des usagers 5) Assurer un niveau intermédiaire de consultations accessibles au handicap, adaptées, accompagnées 6) Coordonner des personnels de santé sur des prises en charge spécifiques 7) Apporter un cadre de travail attractif aux professionnels de santé 8) Optimiser la gestion des ressources au sein d'une structure existante 9) Définir un financement à la séquence de soins efficient
Coût prévu de l'expérimentation	FISS : 1 506 964 € FIR : 248 000 €
Dates de début	Arrêté : 12 mai 2020 Première inclusion : 1 ^{er} juillet 2020
Durée	3 ans

Présentation de l'expérimentation

Handiconsult'34 (HC34) est une **consultation dédiée** localisée dans le département de l'**Hérault** qui a pour objectif principal de faciliter l'accès aux **soins courants** des personnes en situation de **handicap, en échec de soins en milieu ordinaire** (ville et hôpital) et résidant dans l'Hérault et les départements limitrophes. Il est porté par le Centre Mutualiste Neurologique **PROPARGA** (Soins de suite et de réadaptation (SSR) privé d'intérêt collectif à but non lucratif).

Le dispositif des consultations dédiées au sein duquel HC34 s'inscrit a pour vocation de rétablir **l'égalité d'accès aux soins, au dépistage et à la prévention** entre personnes en situation de handicap et personnes valides. Il part du constat que les personnes en situation de handicap, notamment sévère, rencontrent des difficultés pour accéder à des soins courants dans le milieu dit « ordinaire » et que les structures elles-mêmes ne sont pas toujours en capacité de répondre à leurs obligations en termes d'accessibilité, d'égalité d'accès et d'adaptabilité des soins au handicap. La mauvaise connaissance du public et de ses besoins, le mode d'organisation mais aussi le mode de tarification en sont les principales raisons. Le dispositif a pour impact recherché **d'améliorer la santé des personnes en situation de handicap et de réduire le recours à l'hospitalisation pour les soins courants**. D'autres types de consultations dédiées sont déployées en France pour faciliter l'accès aux soins courants des personnes en situation de handicap.

Les consultations proposées sont **adaptées** (durées plus longues des consultations, sans délais et bénéficiant d'une expertise spécifique en lien avec les types de handicaps et d'un matériel/équipement adapté), **préparées en amont** (entretien de préparation, visite blanche, acclimatation au matériel utilisé et soins qui seront pratiqués, prémédication, vidéos...), **accompagnées** (support d'un soignant, présence des aidants...), **coordonnées** (médecins et infirmières de coordination, secrétariat...) et **globales** (le soin est intégré dans une démarche globale de prise en charge de la personne intégrant par exemple des démarches comportementales, sédations conscientes, soins sous MEOPA...). Au-delà, comme pour toutes les expérimentations article 51, ces consultations n'impliquent **pas de reste à charge** pour les usagers.

Par rapport aux 34 autres dispositifs de consultations dédiées existants en France, l'expérimentation HC34 porte également sur le modèle économique, qui ne consiste pas uniquement d'une dotation (financée par le FIR) mais sur un financement forfaitaire à la séquence de soins pour chaque spécialité, **facturés à la séquence de soins**. Le modèle économique d'origine de l'expérimentation était uniquement forfaitaire. **En janvier 2023**, un nouveau modèle économique a été mis en place. Il calibre les forfaits pour couvrir les charges variables liées aux soins tandis qu'une dotation annuelle permet de couvrir les charges fixes de fonctionnement. Pour 2023, les prévisions d'activité ont mené à l'estimation d'un FISS forfaitaire de 538 079 € et d'une dotation couvrant les charges fixes de 299 374 €.

Calendrier de l'expérimentation

L'expérimentation dans le cadre de l'Article 51 fait suite à une expérimentation déjà existante, débutée courant 2017 en réponse à un appel à projet lancé par l'ARS Occitanie en 2016 dans le cadre de la stratégie nationale pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Cette expérimentation bénéficiait d'un financement FIR sur 3 ans et également d'un financement propre de la part du porteur. En 2017, Handiconsult'34 se crée avec l'ouverture successive de différentes consultations : imagerie, dentaire, gynécologie et ORL. Le dispositif rentre dans le cadre de l'Article 51 en 2020, en proposant une nouvelle forme de financement dans l'objectif de pérenniser les consultations dédiées au handicap. Ce nouveau mode de financement s'accompagne de l'ouverture de deux nouvelles consultations dédiées : les bilans somatiques et l'ophtalmologie. L'évolution de la prise en charge se poursuit au premier semestre de l'année 2021 avec la mise en place des consultations déportées en gynécologie dans les établissements médico-sociaux.

En 2022, un nouveau cahier des charges est rédigé afin de prendre en compte les évolutions d'HC34. Il permet la mise en place à partir de 2023 d'un nouveau modèle économique. Il s'agit d'un modèle mixte comprenant une dotation fixe et une partie à l'activité sous la forme des forfaits. D'autres forfaits ont été créés de manière à mieux stratifier les types de prises en charges. Ils ont été également recalibrés sur la base des coûts réels constatés lors de la phase initiale de l'expérimentation. Ce nouveau modèle comprend une dotation de 299 374€ pour couvrir les charges fixes de fonctionnement d'HC34, alors que les forfaits ont été recalculés pour compenser les charges variables liées aux soins. HC34 introduit au même moment un nouveau système d'information plus performant qui permet de numériser une partie de ses procédures et de faciliter le suivi des patients.

Schéma : calendrier de l'expérimentation HC34

PARTIE PRÉ- EXPÉRIMENTATION	EXPÉRIMENTATION			
	2017 - 2019	2020	2021	2022
<p>Fin 2017 Lancement du projet</p> <p>Mai 2018 Ouverture de la consultation bucco-dentaire</p> <p>Octobre 2018 Ouverture de la consultation gynécologique</p> <p>Novembre 2018 Ouverture de la consultation ORL</p> <p>2018 Ouverture de la consultation d'imagerie adaptée</p>	<p>1er juillet Inclusion du 1^{er} patient</p> <p>Septembre Ouverture de la consultation d'ophtalmologie</p> <p>Octobre Ouverture de la consultation de bilans somatiques</p>	<p>Mai Expérimentation d'une consultation déportée de gynécologie</p>		<p>1er janvier Nouveau système d'information</p> <p>1er janvier Changement du modèle économique</p> <p>Juillet Fin de l'expérimentation prévue initialement</p> <p>Décembre Prolongement : fin de l'expérimentation réelle</p>

III. METHODOLOGIE EVALUATIVE

Sources

L'évaluation de l'expérimentation s'est réalisée sur la base des informations récoltées auprès des acteurs concernés en utilisant **cinq sources principales** :

<p style="text-align: center;">DOCUMENTS ENVOYES PAR LE PORTEUR</p>	<p>Données utilisées pour les travaux intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nombre de postes salariés (avec ETP) et nombre de vacances annuelles par spécialité ◆ Nombre de recrutements et de départs des salariés intervenant sur HC34 ainsi que le nombre de professionnels libéraux ayant rejoint/quitté HC34 sur les 12 derniers mois ◆ Format de la fiche de liaison ◆ Documents d'information du patient et de l'aidant ◆ Types de compte-rendu par spécialité ◆ Jours et horaires de consultations par spécialité ◆ Effectifs et organigramme de l'équipe, maquette organisationnelle et exemple de planning médical ◆ Flyer à destination des adresseurs et supports de communication à destination des patients et de leurs aidants ◆ Fiches de poste, procédures organisationnelles et protocoles de prise en charge ◆ Comptabilité analytique de l'unité ◆ Liste du matériel <p>Données récupérées pour le rapport final :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Comptabilité analytique de l'unité, comprenant également le nombre de vacances, de venues et de forfaits par spécialité ◆ Base de calcul des forfaits du nouveau modèle économique ◆ Plan d'amortissement de l'unité
<p style="text-align: center;">DONNEES AGREGÉES EXTRAITES DU SYSTEME D'INFORMATIONS DPI DE PROPARA, ENVOYÉES PAR LE PORTEUR</p>	<p>Données récupérées lors des travaux intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Données des patients inclus dont : la typologie de handicap des patients inclus, leur éventuelle ALD, l'appareillage, le motif de recours à HC34, le type d'adresseurs, l'accompagnement nécessaire pour la consultation, le département de résidence, le délai avant les derniers soins ◆ Données concernant le nombre de patients inclus et non inclus dans le dispositif. Pour chaque patient non inclus : le motif de non-inclusion, s'il est réadressé ou réorienté (recours inférieur ou supérieur). Pour chaque

	<p>patient inclus : le nombre de patients inclus par date d'inclusion et par spécialité</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Données sur les rendez-vous incluant : la durée des consultations (prévisionnel et réalisé), la réalisation d'une visite blanche, si cette dernière permet ou non les soins, et le motif associé, le nombre de patients ayant interrompu leur programme de soins, le nombre de séquences terminées et répartition par spécialité, le nombre de venues et de visites blanches par séquence, le délai entre la date de prise de rendez-vous et la date de la première venue pour chaque spécialité, la durée réelle des consultations ◆ Nombre de patients n'ayant qu'une seule fiche de liaison, avec une date de prise de rendez-vous renseignée mais pas de date de rendez-vous (signifiant un rendez-vous annulé) ◆ Nombre de patients inclus total avec une date de premier rendez-vous antérieure à la date d'extraction ou non renseignée <p>Données agrégées pour le rapport final : nombre minimal, maximal et moyen de venues par séquences de soins pour chaque pôle d'activité, du 1^{er} janvier au 15 septembre 2023.</p>
<p style="text-align: center;">DONNEES INDIVIDUELLES ISSUES DU SI DU PORTEUR</p>	<p>Données récupérées pour le rapport final :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Fichiers de facturation, de juin 2020 à mars 2023 ◆ Fichier de RDV, incluant tous les RDV pris par les patients (date de prise de RDV et date de RDV), la spécialité et le motif, de juin 2020 à mars 2023 ◆ Fichier de contrôle incluant toutes les consultations réalisées, la date de la consultation, la date du début et de la fin de la séquence associée, la spécialité, la durée de la consultation, de juin 2020 à mars 2023 ◆ Fichier de description de la patientèle, incluant le ou les handicaps du patient, sa ville de résidence, son lieu de vie, son ou ses appareillages, le motif de recours, l'éventuelle protection juridique et le délai depuis les derniers soins, de juin 2020 à mars 2023
<p style="text-align: center;">DONNEES ISSUES DU QUESTIONNAIRE DE LA DGOS</p>	<p>Données récupérées pour le rapport final :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Informations concernant 35 dispositifs Handiconsult incluant le nom, le type de structure-mère, la ville, la file active, le nombre d'ETP, le type de prise en charge, des données comptables
<p style="text-align: center;">RECUEIL AD HOC PAR L'EQUIPE D'EVALUATEURS</p>	<p>Lors des travaux intermédiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 15 entretiens en présentiel avec les professionnels salariés de PROPARA, entre le 17 novembre et le 15 décembre 2021 ; ◆ 16 entretiens téléphoniques avec les professionnels libéraux intervenant au sein d'HC34, entre le 30 novembre 2021 et le 27 janvier 2022 ; ◆ Une visite sur site 8 juillet 2020

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Observations sur site : suivi AMPPATI² (<i>Annexe IIX</i>) (2 séries de suivis ; 2 venues ; 9 patients/aidants suivis, entretiens auprès des personnes suivies, 3 et 4 mars 2021, 31 mars et 1^{er} avril 2021) ◆ Une enquête en ligne destinée aux adresseurs mise en ligne le 11 décembre 2021 et clôturée le 14 janvier 2022 (37 répondants). <p>Lors de l'évaluation finale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 8 entretiens avec des porteurs de projets de structures de consultations dédiées entre le 7 juin et le 4 septembre 2023 ◆ 5 entretiens avec des professionnels de PROPARA/HC34 : le médecin coordinateur, les trois coordinatrices et la directrice financière entre le 21 août et le 4 septembre 2023 ◆ 2 entretiens avec des référents handicap d'ARS ayant des dispositifs de consultations dédiées sur leur territoire entre le 22 septembre et le 16 octobre 2023 ◆ Un focus group avec des professionnels de différentes structures de consultations dédiées le 5 septembre 2023 ◆ Un focus groupe avec les adresseurs d'HC34 le 19 septembre 2023 ◆ Observations sur site : suivi AMPPATI (1 série de suivis sur 1 venue les 13 et 14 juin 2023, 4 patients/aidants suivis)
--	---

Limites de l'évaluation

Nous avons observé plusieurs limites liées à la collecte ou à la transmission de certaines données, qu'il est nécessaire d'avoir à l'esprit à la lecture du présent rapport.

- ◆ Les évaluateurs n'ont eu accès qu'à une partie des données issues du porteur :
 - **L'année de naissance des patients inclus** n'a pas été transmise, aucune analyse croisée avec les données de parcours n'a donc pu être réalisée sous cet angle. La caractérisation de la patientèle a été réalisée avec des données agrégées transmises par le porteur.
 - Les patients ayant consulté pour la première fois à HC34 à partir de 2023 sont absents du fichier de facturation et du fichier des consultations réalisées, probablement du fait du changement de système d'information opéré en janvier 2023.
 - Les données d'avril à juin 2023 n'ont pas été extraites en raison du délai trop court d'obtention de ces mêmes données, l'analyse des données patients s'étale donc de janvier 2020 à mars 2023

² Perrin A, Thomas G, Payen A, Liautaud S, Gentile P, Beija M, Van Straaten P, Podevin M. Expérimentation du recueil de l'expérience patient avec la méthode Amppati (issue du shadowing) au sein d'une consultation de soins courants dans le secteur du handicap. *Risques & Qualité* 2023;(20)1:23-29. Doi : 10.25329/rq_xx_1_vanstraaten

- ◆ **Certaines données ne sont pas exhaustives** car elles sont issues de questions non obligatoires d'un questionnaire déclaratif soumis aux patients, ou bien n'ont pas été renseignées par les équipes de coordination systématiquement car non nécessaires pour les soins. Pour information, **le taux de données non renseignées est indiqué dans le corps du rapport pour chaque thématique adressée. Seule la donnée du taux de réalisation des soins n'a pas du tout pu être adressée** dans le rapport, car seules 10% des données étaient renseignées.
- ◆ **Certaines données manquent de fiabilité** et peuvent être la source de biais dans l'analyse :
 - ◆ Le **délai de rendez-vous** est parfois négatif, ou supérieur à 1500 jours. Les données ont été filtrées pour ne pas tenir compte de celles manifestement incorrectes et probablement dues à une erreur de saisie.
 - ◆ Les **motifs de rendez-vous** sont indiqués à titre prévisionnel dans le dossier patient, mais pas systématiquement actualisés à la suite de la consultation. Ainsi, ils ne correspondent pas forcément au motif réel de la consultation. Comme il était impossible de chiffrer le taux d'actualisation des motifs de rendez-vous, aucune analyse n'a été réalisée sous l'angle des motifs de rendez-vous.
- ◆ **Les liens entre certaines données ne sont pas possibles**, limitant l'analyse. Le lien entre les rendez-vous pris et les rendez-vous honorés n'a pas pu être fait car les deux données n'étaient pas fournies dans la même base. En l'absence de « numéro de rdv » dans les fichiers, le lien n'a pas pu être établi. De la même manière le lien entre les consultations et les séquence n'a pas pu être établi à l'échelle individuelle en l'absence d'un « numéro de séquence » qui permettrait de faire le lien entre les deux données.

D'autres données peuvent manquer de représentativité ou d'exhaustivité, liées à la collecte ou à la transmission des documents :

- ◆ Les données financières des autres dispositifs de consultations dédiées n'ont **pas pu être obtenues, ou sont non exhaustives**, l'analyse qui en résulte est donc limitée.
- ◆ L'entretien collectif avec les adresseurs n'a pu être mené qu'avec les adresseurs d'Handiconsult³⁴ ; les adresseurs d'autres dispositifs de consultations dédiées n'ont pas pu être intégrés car plus difficiles à mobiliser. Le focus group a permis de collecter des informations spécifiques à cette consultation, sans regard croisé avec les autres consultations dédiées existantes en France.

Certaines limites ont également pu être relevées lors des travaux intermédiaires :

- ◆ Un retard de l'autorisation de la CNIL a retardé la mise à disposition de données individuelles pour analyse par l'évaluateur. A la place, l'évaluation quantitative s'est appuyée sur des données agrégées par le porteur. En revanche les données individuelles ont bien été mises à disposition et utilisées pour la phase finale.
- ◆ Seuls 16 entretiens sur les 20 initialement prévus avec des praticiens libéraux ont pu être réalisés, par manque de temps des praticiens libéraux à consacrer à un échange

- ◆ Certaines données demandées auprès du porteur n'ont pas pu être collectées car non disponibles ou non extractibles sous la forme demandée
- ◆ La crise sanitaire a eu un impact sur cette expérimentation avec le port systématique du masque dans les établissements. Cela a été aussi une contrainte pour la mise en œuvre de la méthode AMPPATI, étant plus difficile de cerner les expressions faciales des usagers.

IV. REPONSES AUX QUESTIONS EVALUATIVES

Opérationnalité : Q1. Quelles caractéristiques du dispositif permettent de proposer des consultations accessibles, adaptées et accompagnées ?

Q1.1 Est-ce que les profils de PH inclus (typologie des handicaps, situations individuelles...) correspondent aux objectifs de la structure ?

L'expérimentation HC34 s'adresse à des patients en situation de handicap et ce quelle que soit la nature du handicap : physique, psychique ou mental. D'après les données fournies, les patients inclus correspondent exactement aux objectifs de l'expérimentation :

- ◆ La quasi-totalité des patients (86%) inclus viennent de l'Hérault
- ◆ Tous les handicaps sont représentés dans la patientèle incluse dans le dispositif, même s'il s'agit essentiellement de handicaps cognitifs (TSA) et moteurs
- ◆ Des patients de tous les âges ont pu bénéficier du dispositif (données datant des travaux à mi-parcours et non actualisables pour le présent rapport final)
- ◆ Les patients inclus dans le dispositif sont tous en échec de soins dans le milieu ordinaire, notamment en raison de l'architecture des lieux de consultations et à un échec de soins expérientiel³. Ils se tournent vers HC34 afin d'avoir accès à des soins qui ne seraient pas possibles en « milieu ordinaire ».

Au cours de l'expérimentation, environ 10% des patients sont réorientés :

- ◆ 20% le sont pour non-éligibilité au dispositif (pas d'échec de soin, zone de résidence non desservie)
- ◆ Et 70% le sont parce que les soins demandés n'existent pas à HC34 (spécialités non offertes comme la dermatologie, ou bien plateau technique insuffisant comme l'absence de bloc opératoire).

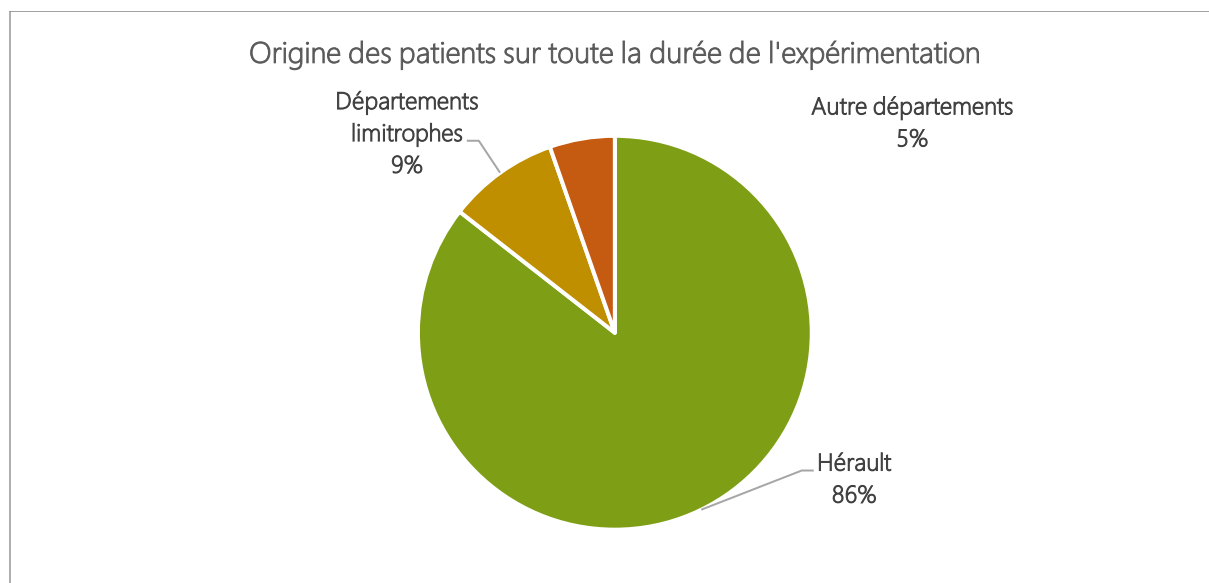
1. La grande majorité des patients qui a accédé au dispositif est originaire de l'Hérault

Le graphique ci-dessous montre que **la plupart des patients est originaire de l'Hérault** avec 1071 patients sur 1252 (86%) sur toute l'expérimentation. On peut aussi noter que la ville de Montpellier concentre 37% des patients (459) sur toute la période. **Il n'y a pas eu d'évolution quant à l'origine des patients** sur la durée de l'expérimentation, puisque les résultats à mi-parcours sont sensiblement les mêmes que ceux de l'évaluation finale.

Tant qu'il n'y a pas de dispositif équivalent opérationnel, HC34 prend également en charge **les zones limitrophes**. En incluant les départements limitrophes, à savoir les départements de l'Aude, du Gard, du Tarn et de l'Aveyron, on atteint **95% des patients reçus**. Seule une part minime des patients (5%) provient de **départements non limitrophes** tels que les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse qui ne font

³ L'échec expérientiel peut faire référence à l'absence d'aide humaine pour les consultations mais aussi à un mauvais accueil de la part des soignants que ce soit au niveau relationnel ou de la prise en charge.

pas partie de la région Occitanie. Ce chiffre reste relativement marginal rapporté au total de la patientèle.



Source : Dossier Patient Informatisé (DPI). De juillet 2020 à mars 2023. 99% des données ont été renseignées.

2. La représentation de tous les types de handicap et tous les âges parmi la patientèle HC34

a) L'expérimentateur a introduit une typologie des handicaps répartie en 6 catégories distinctes

Afin de faciliter la transmission et la compréhension des informations et ainsi pouvoir préparer au mieux les consultations et mieux préparer les différentes unités de consultations dédiées, l'expérimentateur a introduit **une typologie des handicaps répartie en 6 catégories** distinctes :

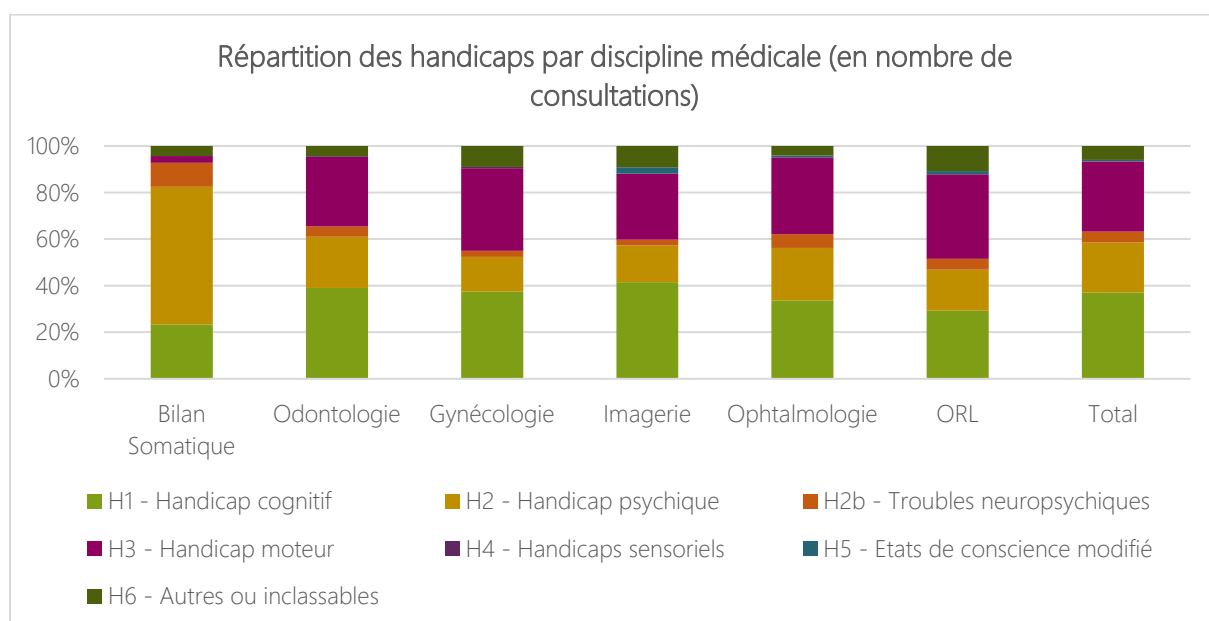
- ◆ **Handicap cognitif (H1)** : Cela regroupe les troubles du neurodéveloppement (hors TSA) avec déficience intellectuelle, les troubles acquis tels que les démences (Alzheimer, ...), les polyhandicaps avec déficience intellectuelle sévère, les troubles dysexécutifs significatifs avec comportement problème (désinhibition, désorientation, agressivité), et les troubles du jugement et/ou du raisonnement.
- ◆ **Handicap psychique et/ou de la relation TSA (H2)** : TSA notamment déficitaire (DI), dyscommunicants
- ◆ **Troubles neuropsychologiques (H2b)** : Autres handicaps psychiques, maladies mentales psychiatriques, psychoses, syndromes anxieux ou phobiques invalidants.
- ◆ **Handicap moteur (H3)** : Cette catégorie regroupe **les patients ayant un handicap moteur** : déficiences motrices, soit sévères (ex : tétraplégies), soit associées à d'autres handicaps (pluri handicap)
- ◆ **Handicaps sensoriels (H4)** : Visuel et/ou auditif sévère ou associé à d'autres handicaps (pluri handicap)

- ◆ **Etats de conscience modifié (H5)** : Etats dits pauci-relationnels, états végétatifs, patients soignés alités.
- ◆ **Autres ou inclassables (H6)** : Diagnostic incertain ou non fait (ex : PEA mélatonine), troubles de santé invalidant autre.

Les informations concernant la typologie du handicap sont renseignées dans la fiche de liaison lors de la prise du rendez-vous, ce qui permet aux infirmières de coordination et aux professionnels de prendre en charge les patients en fonction de leurs besoins et de leurs handicaps. **La typologie de handicap a été affinée au cours de l'expérimentation** et correspond aujourd'hui aux besoins.

b) Une prépondérance des handicaps cognitifs et moteurs à HC34, représentative de la population générale

L'ensemble des consultations sont accessibles à toutes les typologies de handicap. Le graphique ci-dessous montre la stratification des handicaps par discipline médicale : on observe une prépondérance des handicaps cognitifs (H1), qui représentent 37% des consultations dans l'ensemble des disciplines. Viennent ensuite les handicaps moteurs (H3) qui constituent 30% des consultations et les handicaps psychiques (H2) avec 21% des consultations.



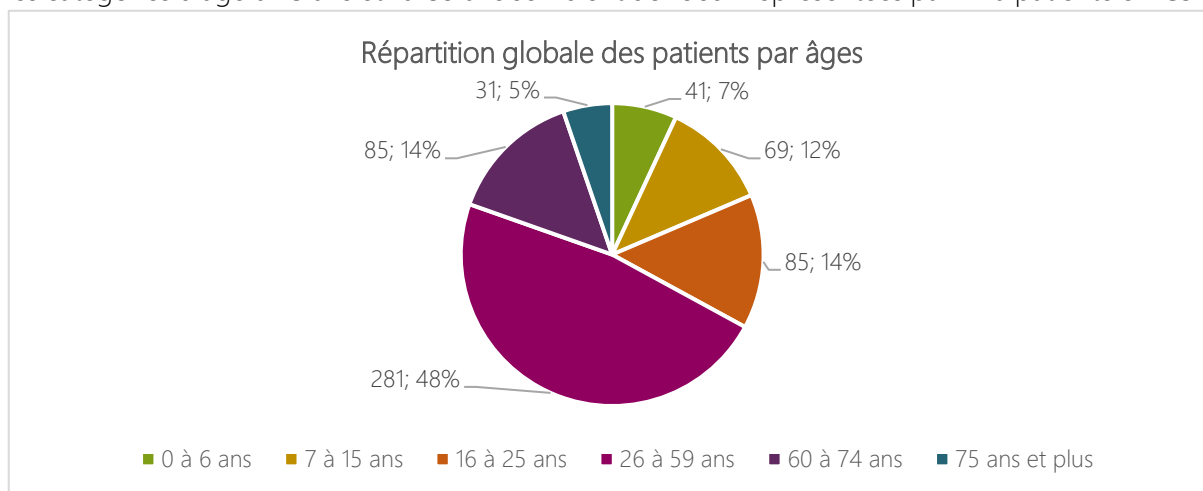
Source : DPI. Handicap principal seulement. 96% de réponses renseignées. De juillet 2020 à mars 2023.

La répartition des handicaps est similaire selon les spécialités, sauf pour le bilan somatique, qui s'adresse en majorité (60%) à des patients ayant un handicap psychique et/ou de la relation TSA (H2). **On peut noter que la répartition des handicaps par spécialité consultée n'a pas évolué depuis la phase intermédiaire.**

La sous-représentation des handicaps H4, H5 et H6 n'est pas due à une sous-inclusion de ce type de patients, mais au fait que ces patients sont moins représentés dans la population générale.

- c) Des patients de tous les âges inclus au dispositif, avec une prépondérance des patients adolescents atteints de handicaps psychiques tandis que les patients adultes souffrent de handicaps moteurs

Le graphique ci-dessous montre que presque **un patient sur deux (à savoir 48%) a entre 26 et 59 ans**. La **proportion de mineurs**, à savoir les patients jusqu'à 15 ans, **est de 19%**. La proportion de patients de **plus de 60 ans** s'élève également à **19%**. La part des patients de plus de 60 ans à HC34 est inférieure à celle de la population générale de l'Hérault, dont 27,9% a plus de 60 ans⁴. A l'inverse les catégories d'âge 0-15 ans et 16-59 ans semblent donc sur-représentées parmi la patientèle HC34.

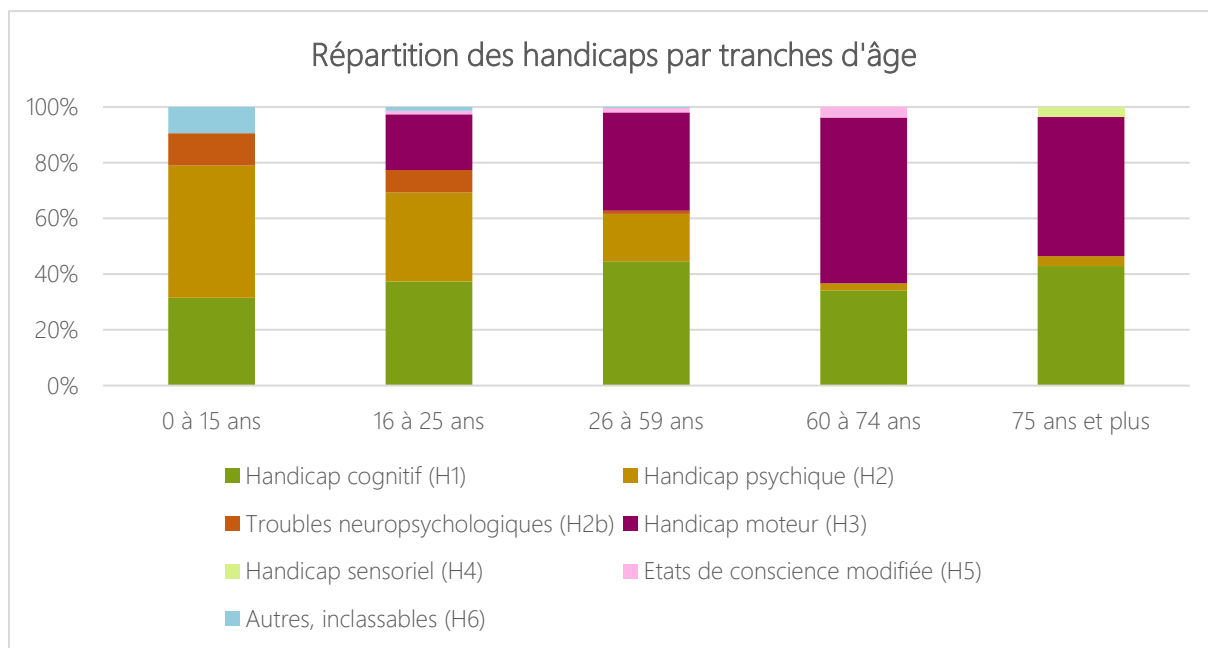


Source : DPI. Les données portent sur la première année de l'expérimentation, soit du 1^{er} juillet 2020 au 30 juin 2021 (données agrégées envoyées par le porteur).

Les résultats des travaux intermédiaires ont montré qu'une large proportion des sujets jeunes (56 patients sur 95), surtout **les enfants de 0 à 15 ans**, qui consultent chez HC34 présente **des comportements spécifiques** à savoir les handicaps psychiques et/ou de la relation TSA (H2) et les troubles neuropsychologiques (H2b). Jusqu'à aujourd'hui, aucun des patients de cette tranche d'âge ne présente un **handicap moteur**.

Au contraire, **les patients âgés de plus de 60 ans**, et principalement entre 60 et 74 ans avec 47 patients sur 79 sont majoritairement atteints de **handicaps moteurs**. Une proportion homogène dans toutes les tranches d'âges des patients (entre 32 et 42%) est atteinte de handicaps cognitifs.

⁴ INSEE

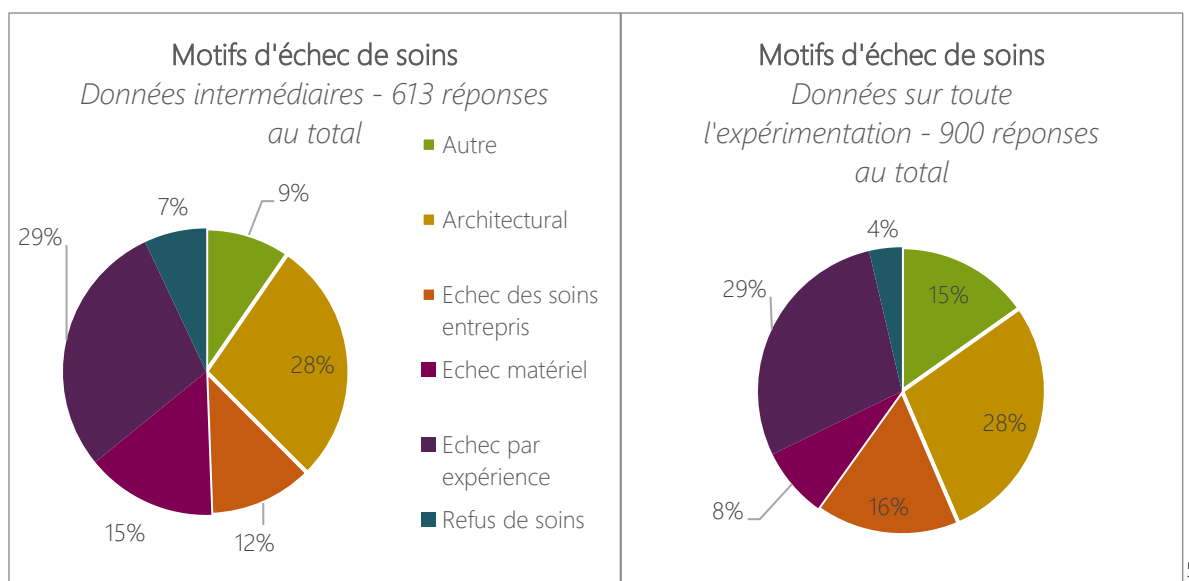


Source : DPI. Les données portent sur la première année d'expérimentation, soit du 1^{er} juillet 2020 au 30 juin 2021 (données agrégées envoyées par le porteur).

3. Le recours à Handiconsult'34 est systématiquement motivé par l'échec de soins

d) Deux motifs principaux sont à l'origine du recours : l'inaccessibilité des lieux et l'échec expérientiel

Le motif d'échec de soins est **un des indicateurs principaux** permettant le recours à HC34 et est renseigné dans la fiche de liaison. La notion d'échec de soins fait référence aux **difficultés majeures ou totales** ne permettant pas une réalisation complète ou correcte des soins, des bilans ou des consultations requis. **On ne remarque pas de changement majeur dans la distribution des motifs d'échec de soins, qui reste globalement la même entre les travaux intermédiaires et le présent rapport final.**



Source : DPI. Cette donnée n'a pu être renseignée que dans 61% des cas pour toute l'expérimentation et dans 82% des situations pour les données des travaux intermédiaires, les données sont donc fortement sujettes à caution. Données intermédiaires = de juillet 2021 à juin 2022. Données sur toute l'expérimentation = de juillet 2021 à mars 2023.

La première raison pour laquelle les patients semblent avoir besoin d'HC est l'échec expérientiel (29%, 257 patients), c'est-à-dire lié aux conditions relationnelles ou à l'absence d'aide humaine pour la réalisation des soins. La deuxième raison semble être l'architecture des lieux de consultations en milieu ordinaire, qui ne permet pas l'accès aux personnes handicapées (28%, 255 patients). Ce deuxième motif marque la difficulté des personnes avec une aide technique à se faire soigner. Ces derniers représentent près de 37% (933 sur 1474) de la patientèle d'HC34, ce qui constitue une part non négligeable des patients.

e) Un lien direct entre échec en milieu ordinaire et appareillage des patients

Les aides techniques utilisées par les patients en situation de handicap représentent ainsi un indicateur important dans l'échec de la prise en charge en milieu ordinaire. Près de 26% des patients venant à HC34 utilisent un fauteuil roulant pour se déplacer (387 patients sur 1474). Ces chiffres sont liés au nombre important de patients concernés par un handicap moteur dit « principal ». Cependant, 30% des patients avec des troubles cognitifs dominants (H1 selon la catégorisation des handicaps) sont aussi utilisateurs d'un fauteuil roulant. Cette donnée permet donc d'observer qu'il s'agit de personnes pluri ou polyhandicapées.

Le graphique ci-dessous montre les appareillages selon le type de handicaps : ce sont principalement les personnes porteuses d'un handicap moteur (H3) ou dans un état de conscience modifié (H5) qui ont besoin d'un appareillage, puisque respectivement 63% et 92% d'entre eux en

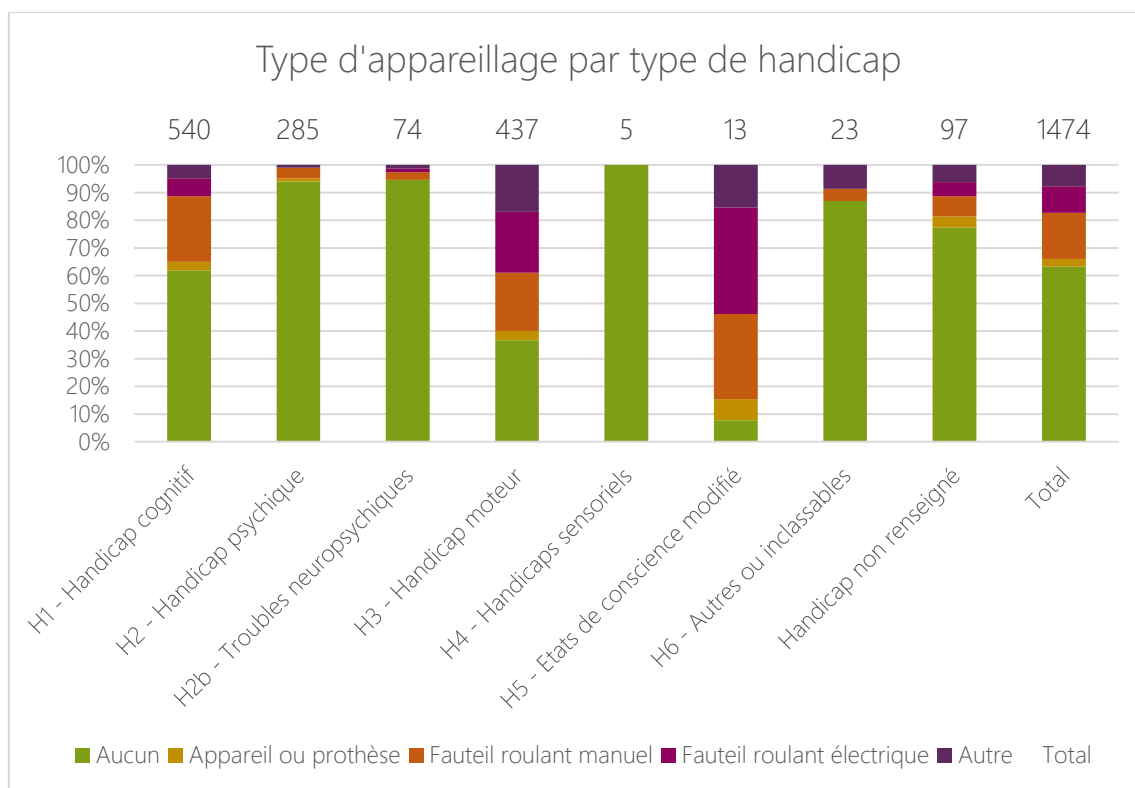
⁵ Echec expérientiel : absence d'aide humaine pour les consultations ou mauvais accueil de la part des soignants que ce soit au niveau relationnel ou de la prise en charge.

Echec architectural ou matériel : les locaux ou le matériel ne sont pas adaptés à la prise en charge, ne permettent pas la réalisation des soins.

Refus de soins : le professionnel ou l'établissement a refusé de réaliser les soins.

Echec des soins entrepris : soins initiés mais n'ont pas pu être complétés.

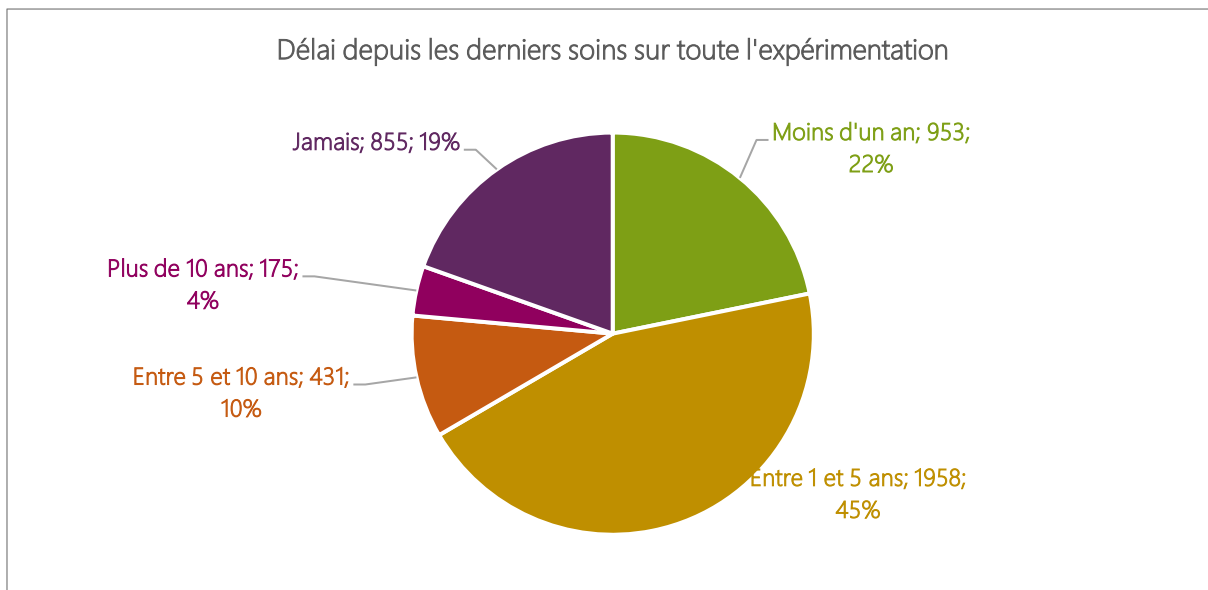
ont. Viennent ensuite les personnes avec un handicap cognitif dont 60% ont un appareillage, principalement un fauteuil roulant manuel. Enfin, les personnes porteuses de handicaps psychiques, neuropsychiques, sensoriels n'ont quasiment pas d'appareillage.



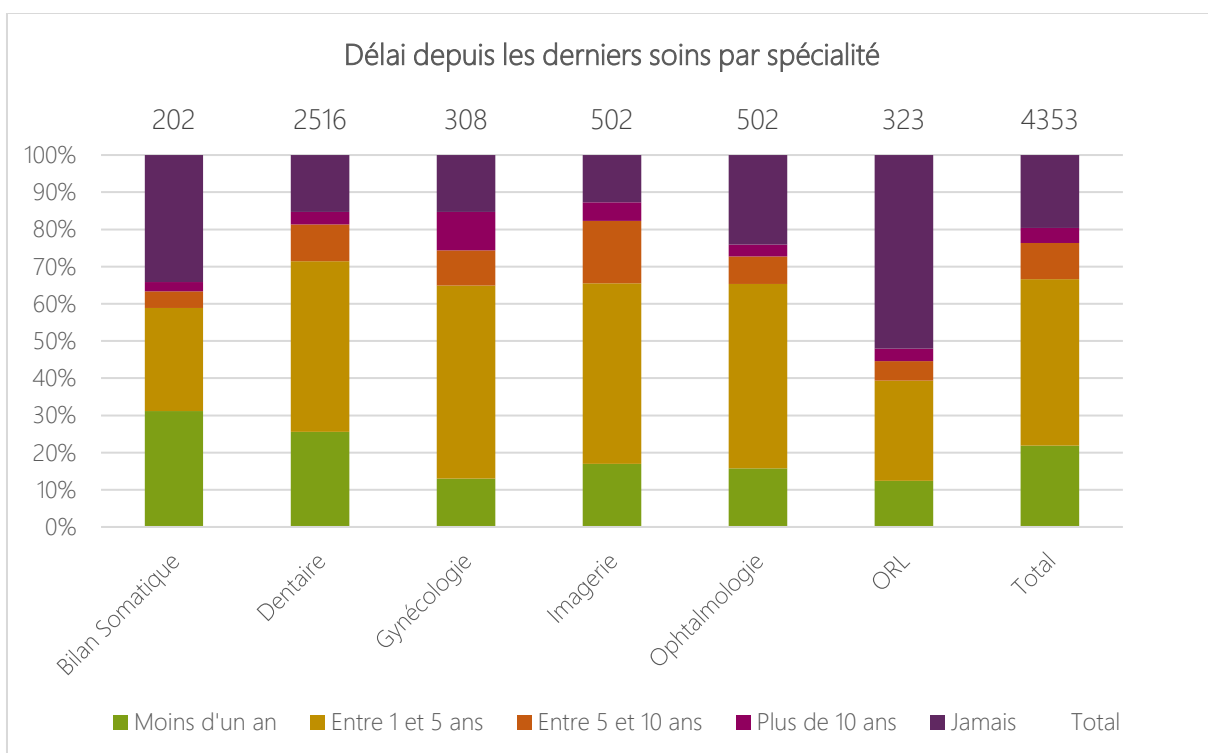
Source : DPI. De juillet 2020 à mars 2023. Parmi les « autres types d'appareillage » (8%), on peut compter les dispositifs de drainage urinaire ou fécal, les GEP (gastrostomies endoscopiques percutanées), les ventilations non invasives, les trachéotomies ou les colostomies. 7% des patients n'ont pas de handicap renseigné (« Handicap non renseigné »). Les chiffres en haut des barres correspondent au nombre d'effectifs concernés.

f) Les délais depuis les derniers soins témoignent de l'échec de soins en milieu ordinaire

D'un point de vue global, on observe que pour **45% des patients**, les derniers soins avant l'entrée dans l'expérimentation datent de **1 à 5 ans** et que **le tiers d'entre eux** n'a pas bénéficié d'une consultation ou de soins **depuis plus de 5 ans**, et même « **jamais** » pour **19%**. Ces chiffres ne prennent pas en compte les **14% des patients qui ne s'en souviennent pas ou qui ne savent pas**, lesquels sont souvent associés à des soins antérieurs très anciens. On remarque que seulement **une minorité des patients inclus** dans le dispositif HC34 a pu recevoir des soins dans l'année écoulée (ceux-ci pouvant être des soins non aboutis et/ou non satisfaisants). **Les résultats sont sensiblement les mêmes que ceux observés lors des travaux intermédiaires.**



Source : Dossier Patient Informatisé. De juillet 2020 à mars 2023. Les données sont issues des formulaires remplis par les patients à leur arrivée dans le dispositif. Elles ont été renseignées dans 66% des cas, 20% n'ont pas été renseignées, 2% ne « s'en souvenaient pas » et 12% « ne savaient pas ».



Source : Dossier Patient Informatisé. De juillet 2020 à mars 2023. Les données sont issues des formulaires remplis par les patients à leur arrivée dans le dispositif. Elles ont été renseignées dans 66% des cas, 20% n'ont pas été renseignées, 2% ne « s'en souvenaient pas » et 12% « ne savaient pas ».

Les spécialités ORL ou bilan somatique font l'objet de délais élevés depuis les derniers soins car ces consultations sont, de manière générale, moins courantes que d'autres spécialités plus sollicitées comme le dentaire, la gynécologie ou l'ophtalmologie.

Ainsi, le long délai depuis les derniers soins, ou même leur absence, sont révélateurs d'un défaut d'accès ou d'un renoncement aux soins des patients en situation de handicap car ces derniers ne pouvaient, avant HC34, bénéficier de soins en milieu ordinaire adaptés à leurs besoins.

Tableau issu du rapport d'activité année III d'HC34 : corrélation entre le délai depuis dernier soins, et l'âge et le handicap des patients.

Age	Moins d'1 an		1 à 2 ans		3 à 5 ans		6 ans ou +		Jamais		Ne sais plus		Total	
0 à 6 ans	7	19%	8	22%	2	6%		0%	18	50%	1	3%	36	100%
7 à 15 ans	17	33%	12	24%	9	18%	2	4%	9	18%	2	4%	51	100%
16 à 25 ans	13	32%	9	22%	8	20%	2	5%	5	12%	4	10%	41	100%
26 à 59 ans	32	29%	19	17%	24	22%	8	7%	11	10%	15	14%	109	100%
60 à 74 ans	6	15%	12	30%	7	18%	2	5%	5	13%	8	20%	40	100%
75 ans et plus	5	28%	4	22%	5	28%		0%	1	6%	3	17%	18	100%
Total général	80	27%	64	22%	55	19%	14	5%	49	17%	33	11%	295	100%
Handicap	Moins d'1 an		1 à 2 ans		3 à 5 ans		6 ans ou +		Jamais		Ne sais plus		Total	
H1	47	33%	30	21%	27	19%	7	5%	21	15%	9	6%	141	100%
H2	20	27%	16	22%	11	15%	1	1%	21	29%	4	5%	73	100%
H2b	13	25%	12	24%	9	18%	8	16%	7	14%	2	4%	51	100%
H3	31	26%	23	20%	22	19%	4	3%	10	9%	27	23%	117	100%
H4	4	25%	8	50%		0%		0%	4	25%		0%	16	100%
H5	1	25%		0%	1	25%	1	25%		0%	1	25%	4	100%
Total général	116	29%	89	22%	70	17%	21	5%	63	16%	43	11%	402	100%

Source : rapport d'activité année III d'HC34

On voit dans le tableau ci-dessus issu du rapport d'activité HC34 année III, que le délai depuis les derniers soins varie en fonction :

- ♦ De l'âge du patient : les variations sont parfois importantes mais non linéaires. La moitié de la tranche d'âge 0-6 ans n'avait jamais eu les soins visés avant de venir sur l'unité de consultations dédiées ; à l'inverse, comme la réponse "ne sait pas / plus" correspond très généralement à des soins antérieurs très anciens, on notera qu'entre un quart et un tiers des adultes (de 15 ans à 75 ans) n'avaient pas eu les soins requis depuis plus de 5 ans.
- ♦ De la nature du handicap : on observe l'absence complète des soins requis pour près d'un tiers des personnes avec TSA.

4. Pour les patients réorientés : le motif principal est une non-éligibilité à Handiconsult'34

Les réorientations par l'équipe de coordination HC34 vers le milieu ordinaire ou d'autres structures ont dû faire l'objet d'un recueil d'information hors DPI car les patients réorientés avant toute venue n'ont, par définition, pas de dossier « créé » sur HC34 ni de recueil d'information préalable (à savoir la fiche de liaison). Il est donc **impossible de connaître le profil type des personnes réorientées** et donc le type de recours.

Au total, **49 patients sur 592 ont été réorientés** avant ou après une première venue sur la première année d'expérimentation (du 1^{er} juillet 2020 au 30 juin 2021), cela équivaut à environ **8% des patients**. La proportion de réorientations a peu évolué au cours de l'expérimentation : on note **67 réorientations sur le premier semestre 2023, soit 10% des patients**.

Quatre motifs de non-inclusion ont été définis :

- ◆ **La réorientation vers le milieu ordinaire** : il s'agit de patients non éligibles à HC34 car **leur handicap leur permet d'être soignés en milieu ordinaire**. Sur 49 patients de la première année d'expérimentation, ce motif concerne 20 patients, à savoir 40% des patients réorientés. Il ne concerne plus que 20,8% des patients réorientés sur le 1^{er} semestre 2023. La baisse en proportion des réorientations vers le milieu ordinaire peut être due à une meilleure communication d'HC34 sur les conditions d'accès au dispositif.
- ◆ **Discipline médicale demandée non disponible sur HC34** : cela concerne 6 patients des 49 réorientés la première année et les disciplines demandées sont la dermatologie pour 3 d'entre eux, la réalisation d'un examen paraclinique (mammographie ou EMG) et d'autres spécialités hors soins courants (ex : orthopédie), donc ne rentrant pas dans les objectifs de l'expérimentation. Au premier semestre 2023, les demandes d'autres disciplines médicales sont prépondérantes avec 16 des 67 patients réorientés au 1^{er} semestre 2023, soit 23,4% des réorientations. Au moins **62% des réorientations pour ce motif sont pour des demandes de soins en dermatologie**. Cette spécialité pourrait être envisagée pour la généralisation du dispositif.
Lorsque la spécialité demandée n'existe pas à HC34 ni dans un autre dispositif de consultations dédiées à proximité, la réorientation se fait vers le milieu ordinaire, et peut de ce fait aboutir à un échec de soins en milieu ordinaire. C'est à cette problématique que doit répondre la réflexion sur le maillage territorial et le socle de spécialités des dispositifs de consultations dédiées.
- ◆ **La réorientation vers le milieu spécialisé** : le **plateau technique d'HC34 est insuffisant** à la prise en charge demandée, comme la nécessité d'anesthésie générale, une chirurgie au bloc opératoire ou demande d'imagerie non disponible comme des IRM ou des scanners. Ce motif concerne 1 patient sur les 49 réorientés la première année, et 3 patients sur les 67 réorientés au 1^{er} semestre 2023.
- ◆ **Demandes hors territoire de santé desservi ou hors région** : cela concerne 4 patients parmi les 49 réorientés la première année, et 3 patients parmi les 67 réorientés au 1^{er} semestre 2023.

Q1.2 Est-ce que la montée en charge s'effectue correctement (communication, inclusions, ressources mobilisées...) et le dispositif est capable de s'adapter en adéquation avec son évolution ?

Le dispositif HC34 a fait face à une forte montée en charge avec un doublement du nombre de venues entre le S2 2020 et le S2 2022 (de 567 à 1155) du fait de son attractivité, à laquelle il a su s'adapter notamment via une hausse des vacations (97 à 192 sur la même période). La demande de soins provient à la fois des établissements sociaux et médico-sociaux et des patients eux-mêmes (ou leur aidant naturel).

La montée en charge a été permise par des invariants organisationnels efficaces mis en place au sein du dispositif :

- ◆ Des moyens matériels
- ◆ Une équipe impliquée et motivée

- ◆ Une communication à l'intention des adresseurs
- ◆ Une inclusion adaptée et personnalisée dans le dispositif
- ◆ Des consultations dédiées bien préparées, plus longues et adaptées aux besoins

Face à cette montée en charge, plusieurs changements ont été mis en place :

- ◆ Un nouveau système d'information plus adapté a permis une digitalisation d'une partie des procédures et un gain de temps considérable pour les coordinatrices
- ◆ L'organisation de l'odontologie a été revue pour assurer davantage de continuité des soins pour les patients
- ◆ L'habitude aux soins a été renforcée, faisant à présent partie intégrante de l'offre de soins avec un forfait dédié.
- ◆ Les équipes HC34 ont lancé des consultations déportées en gynécologie, qui ont dû être arrêtées car cette nouvelle charge n'a pas pu être absorbée par l'équipe dans son dimensionnement actuel. Le dimensionnement actuel du nombre de coordinatrices n'a pas pu être revu à la hausse du fait du budget FISS limité.

Le dispositif Handiconsult 34 a cependant été freiné dans sa montée en charge du fait du budget FISS limité, ne permettant pas l'augmentation des ETP de coordination et les vacations de praticiens autant que de besoin.

1. Des éléments organisationnels efficaces mis en œuvre au début de l'expérimentation qui ont permis une forte montée en charge du dispositif

a) Une équipe socle dédiée à la coordination et à l'accompagnement des personnes

Le dispositif HC34 repose sur une équipe socle composée de 5 types de professionnels. Leur plus-value est la connaissance du handicap et pas forcément les formations réalisées. En effet, parmi eux, peu ont des formations spécifiques au handicap préalables à leur intégration au dispositif mais nombreux sont des professionnels ayant une expérience préalable dans le handicap.

- ◆ **Le porteur / coordinateur général (0,3 ETP) :** Le porteur de projet est centré sur l'**organisation opérationnelle du projet** : il se charge de l'organisation des coordinatrices, développe les partenariats et les relations extérieures.
- ◆ **L'équipe de coordination (2,55 ETP) :** Les coordinatrices ont suivi toutes les trois des formations initiales différentes, deux d'entre elles sont infirmières dont une infirmière puéricultrice de formation et la troisième dispose d'une formation d'aide-soignante. Cependant, elles ont toutes les trois une expérience dans le handicap acquise dans leurs expériences professionnelles précédentes.

- ◆ **Les aides-soignantes (1 ETP) et les correspondantes en santé orale (0,85 ETP)** : avant de venir sur Handiconsult'34, elles travaillaient toutes les deux à PROPARA⁶, ce qui fait qu'elles ont également **une très bonne connaissance du handicap**.
- ◆ **La secrétaire (0,6 ETP)** : son rôle est principalement centré sur **l'accueil téléphonique et physique**. Elle travaille très régulièrement avec les coordinatrices.
- ◆ **La responsable facturation (0,15 ETP)** : **travaille en binôme avec une des coordinatrices** pour réaliser la facturation.

b) Des professionnels motivés et impliqués qui ont contribué à la réussite du dispositif

L'ensemble des professionnels faisant partie de l'équipe de HC34 a été quasiment **unanime concernant leurs motivations pour participer au projet**. Les motivations principales étaient soit personnelles, avec, en général, un proche en situation de handicap, soit professionnelles (une nouvelle expérience, une progression professionnelle ou tout simplement l'envie de participer à un projet à fort impact humain et social).

Il est également à noter le **très faible taux de turnover des professionnels**. Une fois dans le dispositif, autant les professionnels de l'équipe socle comme les professionnels libéraux restent engagés.

c) Des moyens matériels efficaces ont été mis en place

En fonction de la nature de leur handicap, les patients venant à HC34 n'ont pas tous les mêmes besoins en termes de prise en charge et dans ce cas précis, en termes d'installation pour les soins. Au stade des travaux intermédiaires, **près de deux tiers (63%) des patients avaient été soignés ou examinés de façon non conventionnelle** grâce à des **aides techniques** (aide à l'installation de type transfert-filet, transfert-pivot, ou planche adaptée) ou **directement sur leur moyen de mobilité** (fauteuil ou brancard). Ces données témoignent de la capacité du dispositif HC34 à s'adapter aux besoins spécifiques des patients.

Par ailleurs, chaque pièce des locaux HC34 est **équipée de rails de transferts**. Des **matériels portables** peuvent être utilisés pour la consultation sans que le patient ne soit installé de manière conventionnelle : c'est le cas pour les consultations dentaires ou pour les bilans somatiques. **Le gaz MEOPA est également un élément indispensable** dans la réalisation des consultations. Il peut être utilisé sur l'ensemble des spécialités, même si cela reste très rare pour certaines comme l'imagerie et dans environ 10% des cas en gynécologie. Les consultations dentaires, ORL et ophtalmologiques ont toutes été pensées pour ressembler le plus possible à une consultation pouvant être réalisée en ville. De ce fait, **ces salles sont toutes équipées, comme dans un cabinet conventionnel**, avec l'ensemble du matériel adapté et nécessaire. Concernant la radiologie, le matériel est partagé avec le SSR.

Afin de faciliter la montée en charge de l'ensemble des consultations, le dispositif HC34 met à disposition des professionnels **une importante liste de matériels spécifiques** à chaque spécialité et aux besoins de chacun. Cette liste est **en constante évolution** puisque PROPARA et plus

⁶ Centre de Rééducation Neurologique à Montpellier, établissement accueillant le dispositif HC34

spécifiquement les coordinatrices de soins répondent très rapidement aux besoins exprimés par les professionnels libéraux intervenants sur la structure.

2. Un processus d'inclusion précis et personnalisé

L'inclusion au dispositif se déroule en plusieurs étapes bien définies :

1. La fiche de liaison : elle permet **d'identifier le patient, la nature de son handicap et surtout ses besoins d'aide, d'assistance, d'habituatation ou de facilitation aux soins** nécessitant une anticipation sur la mise en place de la consultation. C'est dans cette fiche de liaison que sont également renseignés des éléments de personnalisation qui permettront d'optimiser les conditions dans lesquelles les soins pourront être conduits (lumière, musique, dessin animé etc.). Elle permet également de vérifier que le patient est bien éligible au dispositif.
2. **L'habituatation aux soins / les visites blanches** : la possibilité de réaliser une visite blanche est reconnue par les professionnels comme étant un des **facteurs de réussite du dispositif**. La visite blanche consiste en un premier accueil au sein d'HC34 afin de faire découvrir les lieux ainsi que les soignants aux patients. Elle est surtout proposée aux **personnes ayant des troubles cognitifs ou psychiques** comme des troubles de la relation, une phobie des soins ou des comportements perturbateurs par exemple. Ces visites sont programmées sur les vacances des consultations voulues et permettent régulièrement de réaliser d'emblée les soins ou du moins une première consultation diagnostique. Elles peuvent être répétées dans des situations difficiles.
3. **L'entretien médical** : consiste en **un entretien, souvent téléphonique, avec le médecin coordonnateur**. Il est réalisé lorsqu'il existe une problématique liée à l'état de santé du patient nécessitant un regard médical ou lorsque la consultation s'inscrit dans un parcours de soins ou de vie complexe impliquant la prise en compte de facteurs multiples.

3. Des consultations longues, adaptées aux besoins du patient, et anticipées pour limiter les temps d'attente

Un des enjeux majeurs dans la prise en charge du patient est **la réduction, autant que possible, des temps d'attente sur place**. Pour ce faire, lors des entretiens téléphoniques, les coordinatrices pondèrent le temps moyen de consultation en fonction du type de handicap du patient et des éléments d'assistances nécessaires, préalablement remplis dans la fiche de liaison. Certains éléments comme la nécessité d'un « transfert-filet » peut impliquer une majoration de 15 minutes dans la durée de consultation.

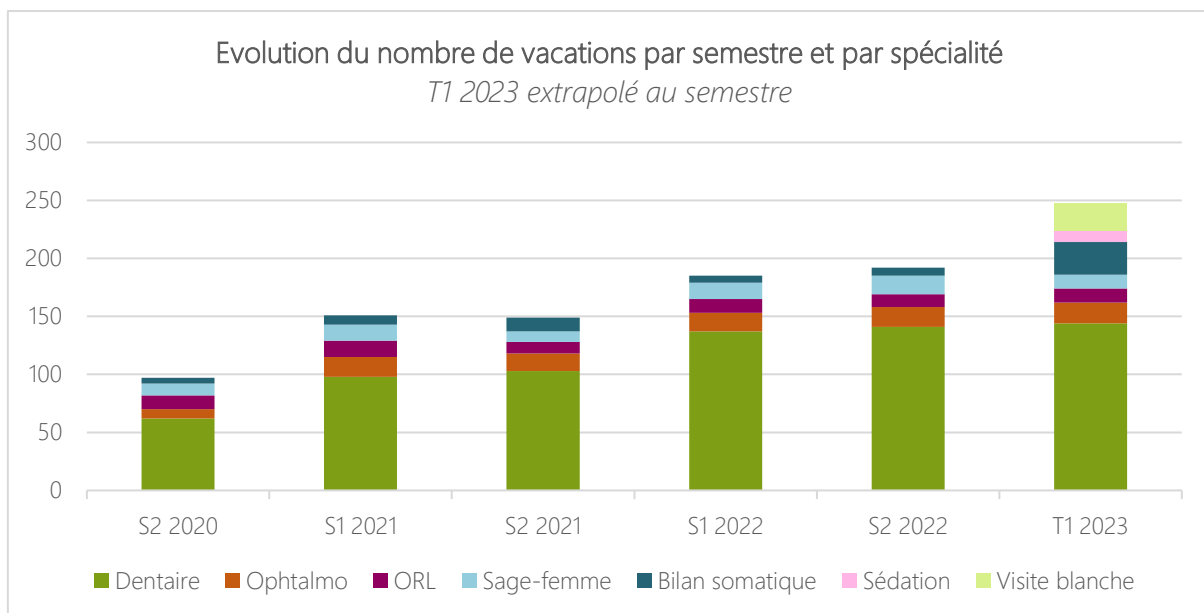
Les consultations sont donc **prévues pour être longues** afin de permettre une prise en charge adaptée et personnalisée. En moyenne, les consultations durent 40 min. On observe que les consultations somatiques ainsi que les consultations de gynécologie durent approximativement une heure. **Nos entretiens avec les professionnels libéraux intervenants à HC34 ainsi que les suivis des usagers sur place confirment ces données**. D'un point de vue global, les consultations pour l'ensemble des spécialités prennent le double de temps qu'en cabinet libéral.

4. Une forte montée en charge depuis le début de l'expérimentation et une variété d'adresseurs

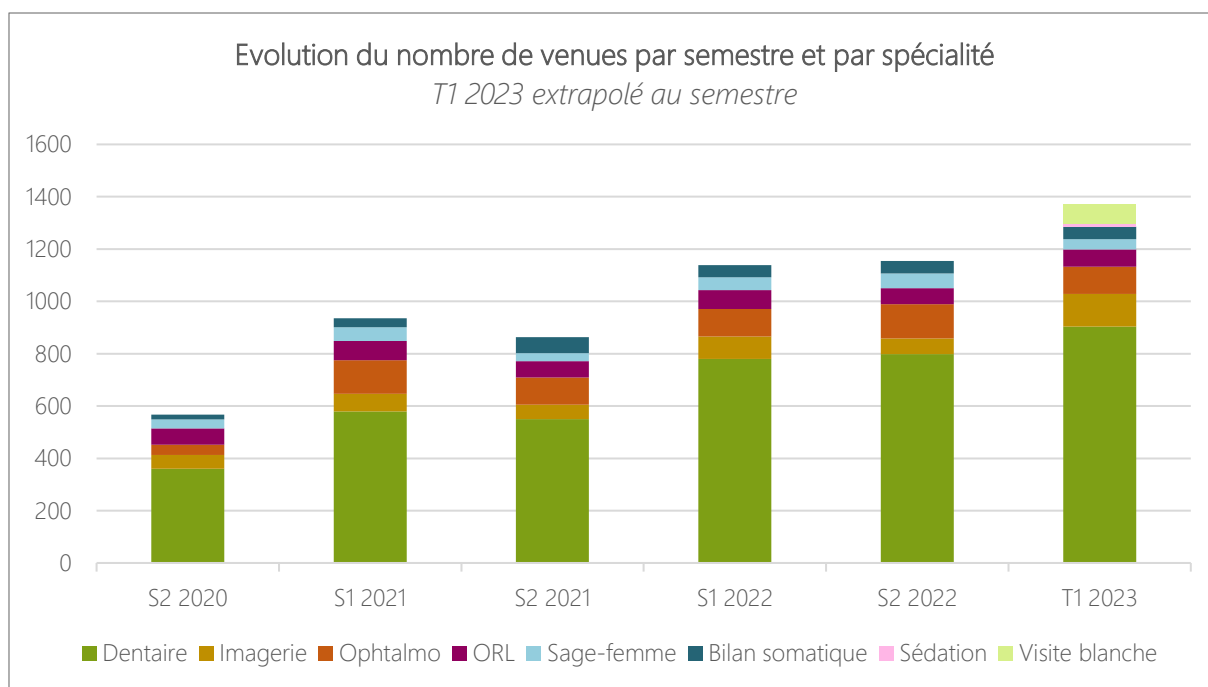
d) Une forte montée en charge, absorbée par une hausse des vacances

HC34 a fait l'objet d'une hausse du nombre de venues de 33% entre la première et la deuxième année, puis de 26% de l'année 2 à l'année 3 (en extrapolant le 1^{er} trimestre 2023 au semestre). Il faut noter que le cahier des charges de l'expérimentation prévoyait initialement entre 1000 et 1500 venues à terme, objectif déjà atteint en fin de première année.

Face à la hausse des demandes, le nombre de vacances de praticiens a également augmenté pour suivre la courbe de la demande de soins : de 97 vacances au S2 2020, à 107 vacances pour le seul T1 2023, soit 248 rapporté au semestre (avec les nouvelles vacances de sédation et visites blanches incluses), ce qui représente une multiplication par deux du nombre de vacances au cours de l'expérimentation.



Source : Fichier de comptabilité analytique. L'imagerie ne comporte pas de vacation puisque le radiologue est salarié.



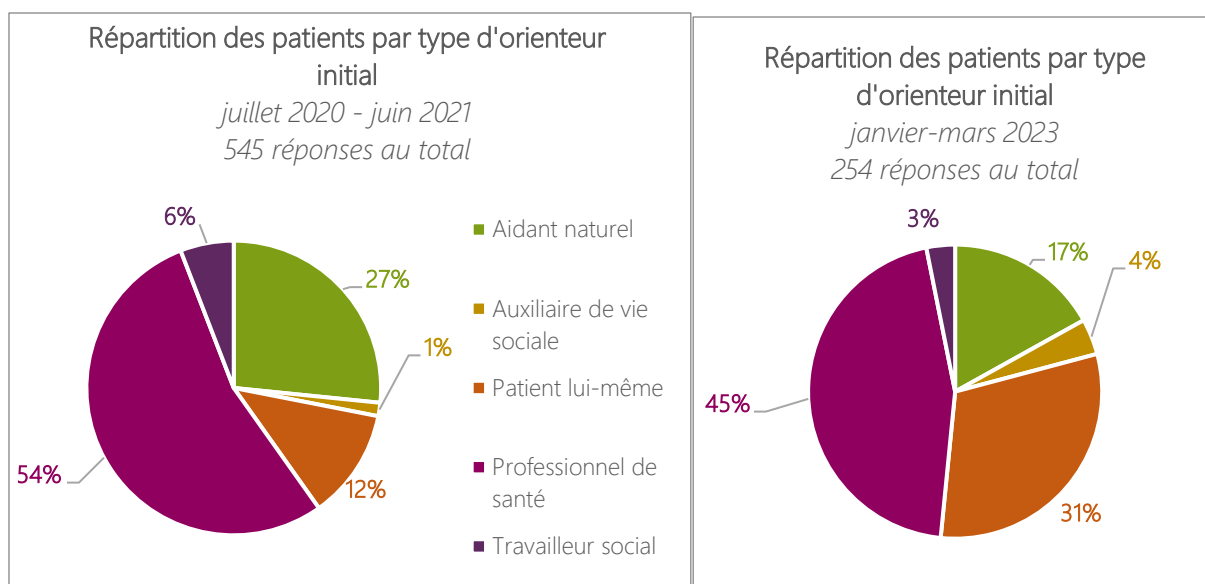
Source : Fichier de comptabilité analytique.

Cependant, même avec une telle hausse de l'offre de soins HC34, **tous les besoins du département de l'Hérault ne sont pas couverts**. Effectivement, HC34 a arrêté de communiquer aux adresseurs du département car il n'y avait plus de marge d'absorption d'activité supplémentaire.

e) Une demande de prise en charge majoritairement faite par les professionnels de santé

L'orienteur est la personne ayant **effectué la demande de prise en charge** via le numéro vert, par mail ou via le formulaire en ligne. Dans la majorité des cas, c'est également cette personne qui va remplir la fiche de liaison et prendre le rendez-vous.

La répartition des patients selon leur orienteur principal (la personne demandant leur prise en charge par HC34) lors de la réalisation des travaux intermédiaires d'évaluation (à gauche) et lors de l'évaluation finale (à droite) est représentée ci-dessous :



Source : Dossier Patient Informatisé.

Les professionnels de santé (médicaux ou paramédicaux) sont à l'origine de quasiment la moitié des demandes de prise en charge. Il faut également ajouter à ce chiffre les travailleurs sociaux et les auxiliaires de vie qui, sans exception, travaillent dans des Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS). En tout, on observe donc que 52% des demandes émanent d'un professionnel ou d'une structure de soins sur le T1 2023 (61% sur juillet 2020-juin 2021).

On observe que les patients sont, en proportion, de plus en plus à l'initiative des demandes de soins à HC34 (12% à 31% des demandes). Au 1^{er} trimestre 2023, près de 31% des demandes viennent directement des patients, alors que les demandes émanant de l'aidant passent de 27 à 17% entre le début et la fin de l'expérimentation. L'augmentation des demandes de rendez-vous à l'initiative des patients eux-mêmes peut être due au fait que certains patients reviennent se faire soigner et prennent suffisamment d'aisance à HC34 pour gagner en capacité et prendre des rendez-vous par eux-mêmes.

5. Une communication efficace à l'intention des adresseurs et des usagers, mais qui gagnerait à être plus élargie

Avant même l'expérimentation Article 51 et le lancement du projet HC34, un travail de communication auprès des différents adresseurs avait été réalisé par le porteur du projet.

Au stade des travaux intermédiaires qui avaient été réalisés, la structure HC34 avait mis en place plusieurs éléments de communication à destination du public afin de faire connaître le dispositif :

- ◆ Un flyer à destination des adresseurs qui présentait les différentes spécialités et les différentes consultations dédiées ainsi que les partenariats et des informations pratiques telles que le plan et le numéro vert pour joindre la structure sont également présentes.
- ◆ Un site internet [Handiconsult'34](#) regroupant l'ensemble des informations et proposant une visite virtuelle sous forme de diaporama.

L'enquête menée auprès des adresseurs lors des travaux intermédiaires avait révélé une efficacité toute relative des canaux de communication formels, type site internet et flyers. Le dispositif

bénéficiait en effet de canaux de communication informels de type bouche-à-oreille, que cela soit parmi les professionnels ou dans le milieu associatif. **Ces canaux permettaient aussi d'assurer une certaine notoriété du dispositif.** Les adresseurs interrogés en groupe ont regretté que la communication autour du dispositif soit trop restreinte et que les médecins généralistes notamment n'aient pas connaissance de l'existence du dispositif. Effectivement, la cible de communication d'HC34 pour l'adressage de patients a été : les associations de PSH, le secteur médico-social (et à travers celui-ci les patients et les familles), les personnes qui ont déjà adressé des patients. Les ordres professionnels, l'URPS, la FEHAP, sont des acteurs de relai de l'information.

Les outils de communication externes ne représentent pas non plus le mode d'accès premier des patients au service, ils sont en général orientés par un personnel médical ou paramédical ou une association. Comme une partie importante des demandes (30 à 50%) pour les bilans somatiques et les consultations dentaires sont faites par les aidants, il semble qu'il serait utile d'améliorer la communication envers les familles, avec un meilleur référencement du site internet, par exemple.

Cependant, **ne pouvant plus accueillir davantage de patients en 2023, HC34 a décidé de stopper la communication aux adresseurs afin de ne pas déclencher de demande supplémentaire à laquelle le dispositif n'aurait pas pu répondre.**

Par ailleurs, si l'enquête auprès des adresseurs a révélé que **la connaissance du dispositif est suffisante pour orienter les personnes qui répondent aux critères d'inclusion**, elle a souligné un **souhait de leur part de mieux connaître le dispositif en soi** (coût du service, adaptation des équipements, public accueilli et type de prise en charge). Interrogés en groupe lors des travaux d'évaluation finale, les adresseurs de HC34 ont exprimé un besoin de mieux connaître la liste exhaustive des spécialités proposées par HC34, les spécificités des séances d'habituation aux soins et la fonction des bilans somatiques qu'ils n'étaient pas en mesure d'expliquer.

6. Plusieurs évolutions dans l'activité d'HC34 depuis les travaux intermédiaires d'évaluation

f) Le nouveau SI permet de traiter les patients et les consultations plus rapidement

Un nouveau système d'information a été développé à HC34, dans l'objectif de correspondre aux spécificités du dispositif. Le logiciel a été développé par une société privée. Le devis initial était de 38 400 € avec une remise commerciale de 20% (8000 € HT), et une maintenance/support/licences de 8 000 euros par an. **Ce nouveau SI structure les données par séquence de soin et non par venue.** Ce système par séquence correspond au modèle économique de l'expérimentation : il facilite le processus de facturation et de suivi des dossiers pour les coordinatrices. Par ailleurs, le nouveau système d'information est composé de plusieurs fonctionnalités :

- ◆ La **fiche de liaison est à présent remplie en ligne par la personne qui fait la demande de consultation**, ce qui évite un grand nombre d'appels téléphoniques.
- ◆ Le nouveau SI permet aussi de faire des **rappels automatiques** des rendez-vous.
- ◆ Le nouveau SI est également doté d'un **espace patient sécurisé**, ce qui permet aux patients et aux établissements (via un espace institutionnel) d'accéder aux comptes-rendus des consultations.
- ◆ La fonctionnalité de **calendrier et de réservation de créneaux** est en cours de développement.

- ◆ Le nouveau SI intègre également un **espace professionnel**, permettant à l'équipe de coordination d'avoir accès à **un tableau de bord ergonomique** permettant notamment d'accéder aux patients ayant rempli une fiche de liaison, et à ceux pour lesquels une fiche de liaison est en cours de remplissage.

Le nouveau système d'information a eu un fort impact sur la coordination d'HC34, puisqu'il est parfaitement adapté au parcours patient HC34, à la différence du précédent qui était celui du SSR PROPARA.

Dans une optique de généralisation, **les caractéristiques du SI HC34 seraient à être reproduits dans SI des autres dispositifs**. Certains Handiconsult envisagent déjà de reprendre le SI d'HC34. Cependant, l'entretien collectif avec les professionnels d'autres dispositifs a mis en évidence la **nécessité d'interopérabilité du SI handiconsult avec le SI de la structure mère**. Une **inquiétude des professionnels est de devoir alterner entre différents logiciels métiers**. U

g) Une nouvelle organisation pour les consultations en odontologie a été mise en place pour favoriser la continuité des soins

Pour faire face à la montée en charge de la demande en soins buccodentaires, la fréquence des vacations a été augmentée de 5 à 6 par semaine. L'augmentation des vacations s'est accompagnée d'une réorganisation des vacations des chirurgiens-dentistes : des binômes de professionnels ont été formés (2 chirurgiens-dentistes le mardi, 2 le jeudi, et 2 le vendredi). Cette organisation par binôme permet davantage de fluidité et davantage de cohérence dans la mise en place du plan de traitement du patient. Surtout, l'organisation par binôme a été mise en place pour pouvoir plus facilement faire en sorte que le patient voit au maximum 2 professionnels différents au cours de ses séquences, en le faisant venir à chaque fois le même jour de la semaine.

h) Les consultations gynécologiques déportées ont été lancées mais n'ont pas été poursuivies

Les consultations gynécologiques déportées sont des consultations réalisées directement dans les ESMS par les sage-femmes, elles permettent donc aux patientes et aux aidants de ne pas se déplacer. Elles sont principalement dédiées à des patientes avec un handicap sévère rendant plus difficile le déplacement vers HC34. Ces déplacements dans les ESMS sont aussi l'occasion pour les professionnels de faire de la prévention et de la sensibilisation aux enjeux du suivi gynécologique. La facilité d'accès aux consultations pour les patientes permet de toucher une patientèle dans le besoin mais dont la demande n'aurait pas forcément été exprimée.

Les consultations déportées ont été lancées mais n'ont pas pu être pérennisées à cause de la charge de travail trop élevée du personnel d'HC34 et de l'enveloppe budgétaire limitée. En effet, compte tenu des ressources humaines déployées actuellement sur le projet, le temps de coordination n'est pas suffisant pour pouvoir organiser ces consultations déportées. Par ailleurs, le coût lié au transport n'est pas pris en compte dans les forfaits.

Dans une optique de généralisation, la possibilité pour les coordinatrices et sage-femmes d'aller vers les ESMS avec un financement dédié pourrait être envisagée, ce financement prendrait en compte le transport. Pourraient être incluses dans le cahier des charges :

- ◆ Des consultations déportées de soins

- ◆ Des consultations déportées de dépistage
- ◆ De la sensibilisation auprès des équipes des ESMS et des patientes

i) Les habituations aux soins ont été renforcées et pérennisées

Le recours à l'habitué aux soins s'est renforcé à HC34 depuis les travaux intermédiaires, grâce à une formation, à la fois théorique et pratique, adressée à l'équipe socle et aux praticiens qui leur a permis de monter en compétence sur cet aspect. Sur le plan théorique, une formation portant sur les techniques de communication avec les personnes atteintes de troubles du spectre autistique a été réalisée. Sur le plan de la pratique, une intervenante spécialiste de la prise en charge du handicap est venue observer les consultations afin de donner des conseils aux praticiens et à l'équipe socle d'Handiconsult 34.

Ces formations ont permis l'évolution de la visite blanche (visite des locaux sur les temps de vacances pour familiariser le patient aux lieux et personnels, qui permettaient parfois de réaliser les soins) vers une véritable séance d'habitué aux soins. Celle-ci est réalisée avec une coordinatrice uniquement et formalisée par une grille permettant d'objectiver **l'évaluation initiale**, pour valider si les prérequis sont remplis ou non avant de passer à une consultation réelle, et pour connaître les étapes à travailler avec le patient pour parvenir à la réussite de la consultation avec le praticien. Grâce aux informations renseignées dans les fiches de liaison et au ressenti lors de la prise de rendez-vous par téléphone, les coordinatrices choisissent ou non de proposer une **habitué aux soins**, afin de permettre un meilleur taux de réussite des soins à pratiquer lors des consultations programmées.

Enfin, lors de la republication du cahier des charges, un **nouveau forfait de 216€** a été créé pour permettre la réalisation des habitués aux soins. Ce forfait permet de prendre en compte et valoriser le travail d'habitué aux soins des coordinatrices, de considérer l'habitué aux soins comme un acte à part entière des consultations dédiées, et de la pérenniser.

7. Encore des facteurs limitant la montée en charge

j) Des moyens financiers limités, bloquant l'augmentation des ETP de coordination et praticiens

Pour soutenir la montée en charge, le nombre d'ETP des coordinatrices est passé de 2 à 2,5. Le **nombre d'ETP de coordination n'a pas pu être augmenté davantage du fait des limites du budget FISS**. Aussi malgré l'augmentation de 2 à 2,5 ETP, **le dispositif se trouve actuellement saturé et ne peut pas absorber de charge supplémentaire** :

- ◆ L'activité de **consultations déportées a dû être stoppée** car elle représentait une charge non absorbable pour les coordinatrices
- ◆ La **démarche d'aller-vers les établissements médicaux sociaux pour faire de la sensibilisation et de la prévention n'a pu être réalisée** car les coordinatrices n'avaient pas de temps disponible, et cette démarche aurait déclenché l'arrivée d'une nouvelle demande de soins, difficilement absorbable par le dispositif dans son dimensionnement actuel.

- ♦ La démarche de **communication sur l'existence du dispositif auprès des ESMS et des professionnels de ville a été stoppée** également, car le dispositif ne pouvait pas absorber l'arrivée d'une nouvelle demande.

Les entretiens qualitatifs réalisés témoignent d'une insuffisance d'ETP de coordination pour un fonctionnement optimal du dispositif. Aussi, le dimensionnement du nombre d'ETP de coordination au sein d'un dispositif handiconsult doit être réfléchi sous l'angle de plusieurs critères :

- ♦ **Le cahier des charges des coordinatrices.** Dans le contexte HC34, les coordinatrices s'occupent non seulement de la coordination, mais aussi de l'habitué aux soins, des fonctions supports (achats, stocks, ...), de l'accueil des patients et de la relation aux familles, de la facturation, de la charge administrative. L'étendue du cahier des charges a un impact sur le nombre d'ETP nécessaires pour un fonctionnement optimal.
- ♦ **Le volume d'activité.**
- ♦ **La diversité de l'activité.** Le nombre de spécialités couvertes a un impact sur la charge de travail de coordination : plus elles sont nombreuses, plus la charge de travail est importante.

De ce fait, dans une logique de généralisation, une réflexion devra être menée pour dimensionner l'équipe de coordination en fonction des prévisions d'activité du dispositif.

k) La stérilisation

La stérilisation est le facteur matériel limitant la montée en charge. Pour l'instant, la stérilisation ne se fait pas entièrement sur place, les dispositifs médicaux sont envoyés au CHU où ils sont stérilisés avant retour sur site, ce qui engendre plusieurs complications. Tout d'abord, certains stocks de matériels dentaires doivent être dupliqués. De plus, le circuit actuel ne permet pas le retour des dispositifs médicaux stériles à temps entre deux journées de consultations et certains dispositifs sont perdus. Le fait d'externaliser la stérilisation représente également un coût supplémentaire pour la structure.

Pour d'autres structures handiconsult interrogées, la stérilisation est directement possible dans les locaux car la structure mère prévoit déjà cette activité. Le coût lié à la stérilisation est donc très variable en fonction du type de structure qui héberge le dispositif. La stérilisation est incluse dans la partie dotation du financement, ce qui permet sa variation en fonction des dispositifs en cas de généralisation.

Q1.3 Quelles organisations et processus permettent la facturation des séquences ?

1. Le processus de facturation est efficient mais pourrait être clarifié pour la spécialité dentaire

La responsable facturation **travaille en collaboration avec les coordinatrices**, cependant les trois coordinatrices sont également à même de réaliser la facturation. **Pour chaque spécialité, deux codes forfaits différents existent : l'un sert à facturer à l'ouverture de la séquence, l'autre à facturer à la clôture** de la séquence. Les deux sont d'un montant égal, de 50% du montant total du forfait.

A l'arrivée du patient, les secrétaires ouvrent une séquence. Si des soins ont pu être réalisés, la séquence de soins initialement prévue est ouverte, sinon une séquence d'habitude aux soins est ouverte. Deux anomalies ont été détectées au sujet du processus de facturation concernant les soins dentaires :

- ◆ Il est impossible d'ouvrir pour un patient plusieurs séquences de soins d'une même spécialité simultanément. Ce système nécessite parfois du « bricolage » de facturation lorsqu'un patient réalise, par exemple, des soins avec et sans prothèse en parallèle.
- ◆ Il est parfois difficile de déterminer à quel moment fermer la séquence, ce qui conduit à des pratiques de facturation hétérogènes. Lorsque des soins sont particulièrement longs, qu'ils doivent intervenir sur plusieurs zones de la bouche dans le cas du dentaire, plusieurs séquences sont parfois facturées.

D'après les entretiens individuels réalisés avec les coordinatrices, ces doutes de facturation se posent essentiellement pour la spécialité dentaire et moins pour les autres spécialités pour lesquelles les soins font l'objet d'un nombre similaire et limité de venues en fonction des patients. Il pourra donc être recommandé dans un cadre de généralisation de mieux définir les critères d'ouverture et de clôture de séquences de soins, en particulier pour la spécialité dentaire. Des conditions nécessaires à la généralisation du dispositif sont détaillées dans la partie reproductibilité du présent rapport.

Q1.4 Quelles coordination et animation des équipes ont été mises en place ?

Dans le dimensionnement actuel d'HC34, la communication des équipes est essentiellement orale et peu formalisée. Le nouveau système d'information est cependant un moyen de formalisation plus précis des dossiers patients.

1. La « coordination orale » prévaut sur les outils de pilotage formels

Bien que les fiches de postes des salariés d'HC34 soient **rédigées et formalisées** ainsi que les protocoles de prise en charge⁷, les procédures organisationnelles entre les coordinatrices et les professionnels libéraux **ne sont pas rédigées dans un document mais restent tout de même très fonctionnelles et organisées**. Pour ce qui est de l'achat de matériels, les professionnels remontent leurs besoins aux coordinatrices qui par la suite commandent les éléments nécessaires.

Le principal canal de communication au sein du dispositif est la communication orale :

- ◆ **Entre la structure et les praticiens libéraux** : les coordinatrices gèrent le planning des praticiens en fonction des plages horaires disponibles et en général elles contactent les praticiens par téléphone pour confirmer les rendez-vous. Pour des demandes de matériel, les praticiens viennent directement voir les coordinatrices pour leur demander de commander ce qui leur manque. Même si le processus n'est pas formalisé, les échanges sont efficaces.

⁷ Notamment, des protocoles spécifiques ont été rédigés pour la prise en charge des patients dans la structure en période de crise sanitaire liée à la Covid-19.

- ◆ **Entre les membres de l'équipe de coordination** : la communication est majoritairement informelle, possiblement liée au fait que toute l'équipe est dans le même bureau. Toujours dans l'optique de formaliser plus amplement les échanges, une réunion de coordination entre les coordinatrices et le médecin coordonnateur est organisée tous les quinze jours.
- ◆ **Au sujet des patients** : les praticiens libéraux échangent régulièrement entre eux afin de partager leur retour sur certaines expériences.

Cependant, grâce au **nouveau système d'information** mis en place en 2023, on observe **davantage de formalisation** :

- ◆ Les fiches de liaison sont informatisées
- ◆ Les comptes rendus de consultation sont accessibles en ligne par le patient et par l'équipe.

Efficacité : Q2. Dans quelle mesure le dispositif répond-t-il aux besoins des personnes en situation de handicap sévère et en échec de soins ?

Q2.1 Comment les ressources mobilisées sont adaptées aux besoins spécifiques de chaque patient et quel est l'impact sur la qualité de la prise en charge ?

De nombreuses ressources sont mobilisées pour adapter les soins aux besoins des patients. Aussi un travail a été réalisé pour faciliter l'accès aux soins, pour intégrer l'aidant au parcours du patient, et adapter les soins à proprement parler pour les faciliter pour le patient, ses proches et pour le praticien.

1. Un accès aux soins facilité

Plusieurs conditions ont été mises en place à HC34 pour permettre un bon accès aux soins pour les patients :

- ♦ **La prise de RDV est adaptée** : les patients et/ou leurs aidants, interrogés en amont des suivis AMPPATI indiquent avoir été rappelés immédiatement après leur prise de contact en ligne, et les délais de RDV leur ont semblé satisfaisants.
- ♦ **L'accès physique à la consultation** est facilité par la présence d'un parking à proximité immédiate du lieu de consultation. Cependant, le fait que le parking soit payant induit une charge pour les patients et leur famille. Par ailleurs certains patients n'ont pas trouvé tout de suite l'entrée dédiée pour les consultations handiconsult : il est donc nécessaire de noter l'importance de la clarté de la signalisation. Ces éléments ont été pris en compte par les équipes HC34, qui ont prévu un plan d'actions associé. Les actions d'amélioration de l'accès physique au dispositif seront mises en œuvre dès la fin des travaux de déménagement de l'HDJ Propara.
- ♦ **Des locaux réorganisés** : Des améliorations concernant l'accessibilité sont prévues afin de mieux les accueillir les PH. Le bureau des infirmières de coordination sera situé à l'entrée des locaux pour accueillir les PH dès leur arrivée. **Une radio panoramique sera installée à proximité de la salle de consultation dentaire** pour que le dentiste soit autonome, cela permettrait à la PH de ne pas avoir à traverser le bâtiment et au dentiste de ne pas avoir à s'adapter au planning de l'imagerie. Cependant, les nouveaux flux liés à la construction de l'hôpital de jour vont déporter l'accueil à l'autre extrémité du couloir d'HC34. Les patients devront donc parcourir ce couloir pour arriver à l'accueil, alors que la configuration actuelle permet un accueil directement au niveau du secrétariat.

Cependant, **l'accès aux soins est limité par la distance à parcourir pour certains patients** pour accéder au centre de consultations HC34. Ces éléments sont développés plus loin dans l'analyse car ils **ne dépendent pas des ressources mises en place par les équipes HC34**, mais du maillage territorial de l'offre de consultations spécialisées.

2. L'aidant est intégré au parcours patient de la prise de rendez-vous à la sortie

- ◆ **Les aidants sont rassurés dès le premier contact** : dès l'entretien téléphonique, la coordinatrice répond aux questions des aidants, et fait en sorte de positionner les RDV de façon à bouleverser le moins possible les agendas des PH et des aidants.
- ◆ **L'aidant est intégré en amont des soins** : l'équipe est à l'écoute des besoins de la PH et des appréhensions des aidants. Un temps pédagogique est réservé avec l'aidant autour de l'effectivité des soins pour que l'absence de soins ne soit pas vécue comme un échec. L'aidant participe également aux visites blanches.
- ◆ **Lors des soins, les aidants font partie de l'équipe de soins** : L'aidant participe à l'installation de la PH avant les soins, et accompagne la PH pendant les soins. Cette coopération à trois (soignant, PH, aidant) permet non seulement de rassurer la PH mais aussi de rendre l'aidant acteur de la prise en charge de la PH. En cas de tensions entre la PH et l'aidant, les professionnels d'HC34 prennent le relais.
- ◆ **Les aidants sont aussi associés à la restitution** : c'est l'aidant qui reçoit le compte-rendu sur l'espace informatique d'HC34. Par ailleurs, la fin de la consultation est aussi l'occasion pour lui/elle de souffler tandis que des membres de l'équipe prennent le relais.

3. La prise en charge à proprement parler est adaptée aux besoins des patients

a) Différents processus sont déployés pour faciliter l'adaptation aux patients

- ◆ **La fiche de liaison est le premier contact avec Handiconsult** : malgré sa longueur et la complexité des questions, le contenu de la fiche est jugé (par les patients/aidants interrogés en amont du suivi AMPPATI et les adresseurs interrogés en groupe) pertinent et patient-centré pour adapter les consultations aux besoins spécifiques des PH. En cas de difficulté, les aidants peuvent appeler HC34.
- ◆ **L'entretien permet de déterminer plus précisément le profil du patient** : il permet de juger de la nécessité d'une visite blanche ou d'autres adaptations comme un « transfert-filet ». Il permet de compléter les informations obtenues via la fiche de liaison. Pour le bilan somatique, des tableaux de description précisent les troubles du comportement qui amènent à consulter, une consultation en visioconférence est ensuite systématiquement réalisée pour préparer la consultation en présentiel.
- ◆ **Les différents moyens d'information du patient et de l'aidant lors de la prise en charge** : la consultation par téléphone sert à rassurer les aidants et complète des informations ; les outils numériques et papier permis par la formation théorique et pratique sur l'autisme ont permis de mettre à disposition des photos/vidéos des locaux disponibles sur le site internet d'HC34 ou des images plastifiées pour montrer le déroulement de la consultation ; l'ensemble des documents liés à la prise en charge est disponible sur l'espace patient accessible dès la prise de rendez-vous.
- ◆ **Le lieu et l'environnement sont adaptés à la prise en charge du handicap** : l'ambiance est calme et « différente de l'hôpital », via un environnement démedicalisé, mais aussi des jeux ou du mobilier adapté. Les patients ont aussi une grande liberté de mouvement, et peuvent être soignés aussi bien en salle de consultation, sur un lit ou sur un coussin, que dans le

couloir, le confort de la PH est privilégié. Des équipements Snoezelen⁸ ont aussi été mis en place pour les patients.

- ◆ **Le discours et le matériel sont aussi adaptés** : des rails de transfert sont disponibles dans chaque salle, le MEOPA peut être utilisé, tout comme les images Santé BD, les patients peuvent aussi ramener leurs jouets/peluches. Concernant le discours, chacun des gestes est expliqué et la communication est rassurante et bienveillante.

b) Les visites blanches et les habituations aux soins sont un élément clé des consultations dédiées

Environ 12,5% des patients ont bénéficié d'habituations aux soins, et 80% des consultations de ce type ont été réalisées pour l'odontologie. Cela est justifié par le fait que le matériel est plus impressionnant (soufflerie, outils, masque) et par la nécessité d'ouvrir la bouche, ce qui demande une préparation plus importante des personnes et des aidants. **L'habituations aux soins⁹ est dorénavant reconnue comme partie intégrante du parcours** de soins des patients grâce à la **mise en place d'un forfait dédié**. L'habituations aux soins a pris une place importante dans l'offre de soins HC34, avec une **formation pratique et un accompagnement à la prise en charge de l'autisme par une professionnelle** qui ont permis à l'équipe socle et aux professionnels de santé de se former sur le sujet.

c) La pluridisciplinarité des consultations dans un seul lieu permet une prise en charge spécifique du handicap

L'union de plusieurs spécialités dans un même lieu est aussi **rassurante pour le patient**, en particulier celui avec un handicap cognitif. Le fait de **pouvoir revenir au même endroit**, avec les **mêmes professionnels** de coordination, est un **facteur permettant de limiter l'échec de soins**.

La **pluridisciplinarité des consultations** dans un seul lieu permet de s'adapter à la spécificité et à la complexité des situations : les aidants/patients apprécient la vision transversale des soignants et paramédicaux acculturés et formés au handicap qui leur permet de prendre en charge la personne handicapée dans sa globalité.

⁸ Equipement de stimulation multi-sensoriel visant à apaiser et faciliter le contact avec les patients.

⁹ Les termes « visite blanche » et « habitude aux soins » sont utilisés au même titre dans ce rapport. Une « consultation blanche » s'entend soit comme un temps de rencontre planifié (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes, etc) soit comme une consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pu être réalisés. (handicap.gouv.fr).

Q2.2 Y a-t-il une amélioration de l'accès et de la prise en charge ?

La **montée en charge** du dispositif, avec un **afflux continu de nouveaux patients** et des **patients qui reviennent à plusieurs reprises** réaliser des soins à HC34, témoigne de l'attractivité du dispositif. Les patients et les adresseurs interrogés témoignent de leur grande satisfaction du dispositif et de la qualité de la prise en charge.

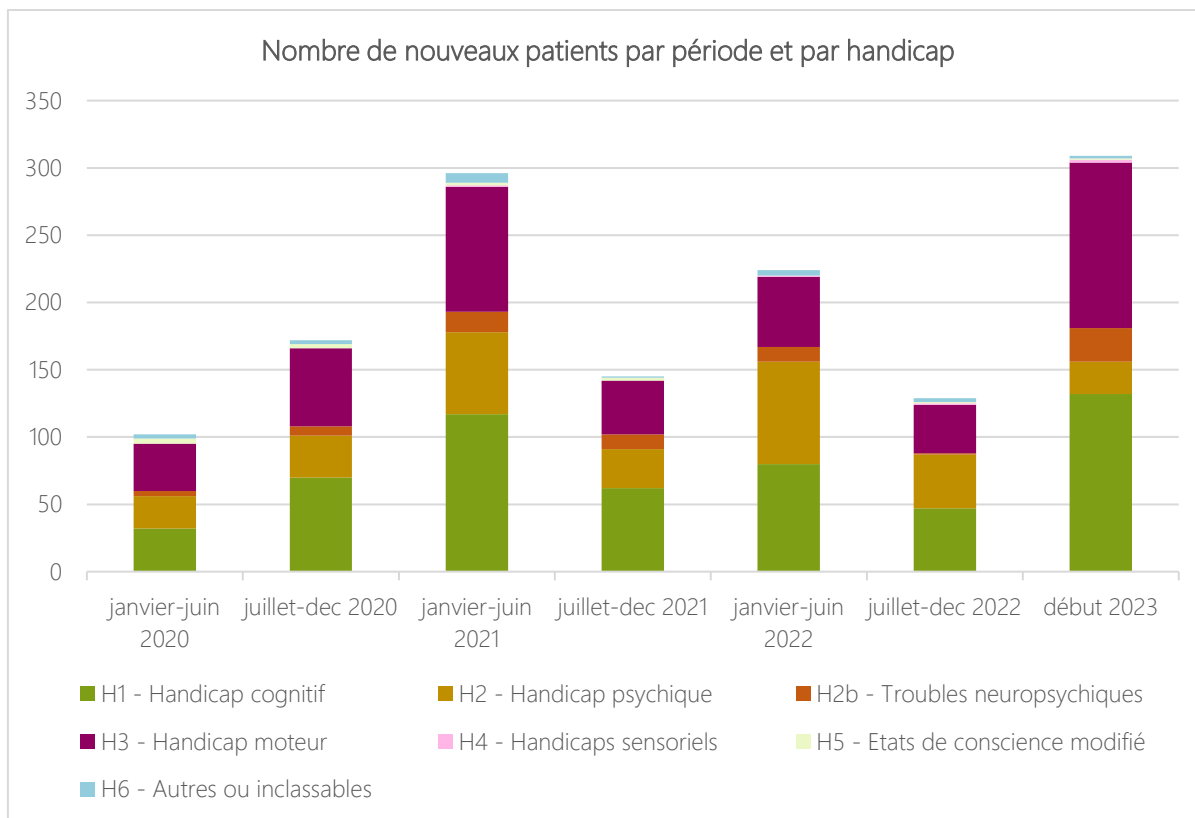
Cependant, **l'accès aux soins pour les personnes handicapées de la région peut encore être amélioré** :

- ◆ Certains patients sont freinés par la **distance à parcourir**,
- ◆ Les **délais de RDV**, bien qu'ils aient diminué au cours de l'expérimentation, restent supérieurs aux délais de RDV pour la population générale en milieu ordinaire, **excepté pour l'ophtalmologie**. A titre d'exemple, le délai moyen d'accès à un rendez-vous pour le dentaire est de 78 jours à HC34, contre 28 jours dans le milieu ordinaire. Les délais de RDV élevés peuvent s'expliquer par le fait que l'offre proposée ne couvre pas tous les besoins du territoire, le dispositif se retrouvant dans une situation de surcharge, son développement étant bloqué par l'enveloppe budgétaire allouée.

1. Une forte montée en charge du dispositif révélatrice de son attractivité

a) Le dispositif accueille des nouveaux patients en continu

On observe que **le dispositif accueille toujours des nouveaux patients, avec plus de 300 nouveaux patients début 2023**. Le graphique suivant montre la **tendance à la hausse du nombre de nouveaux patients**, même s'il y a une fluctuation selon les périodes, au sein du dispositif, témoin de la demande pour une telle offre de consultations dédiées, et de la qualité de la prise en charge. D'ailleurs, selon le médecin coordinateur d'HC34, même s'il y a eu une montée en charge et même si la demande n'est pas illimitée, elle est supérieure à l'offre proposée par HC34.

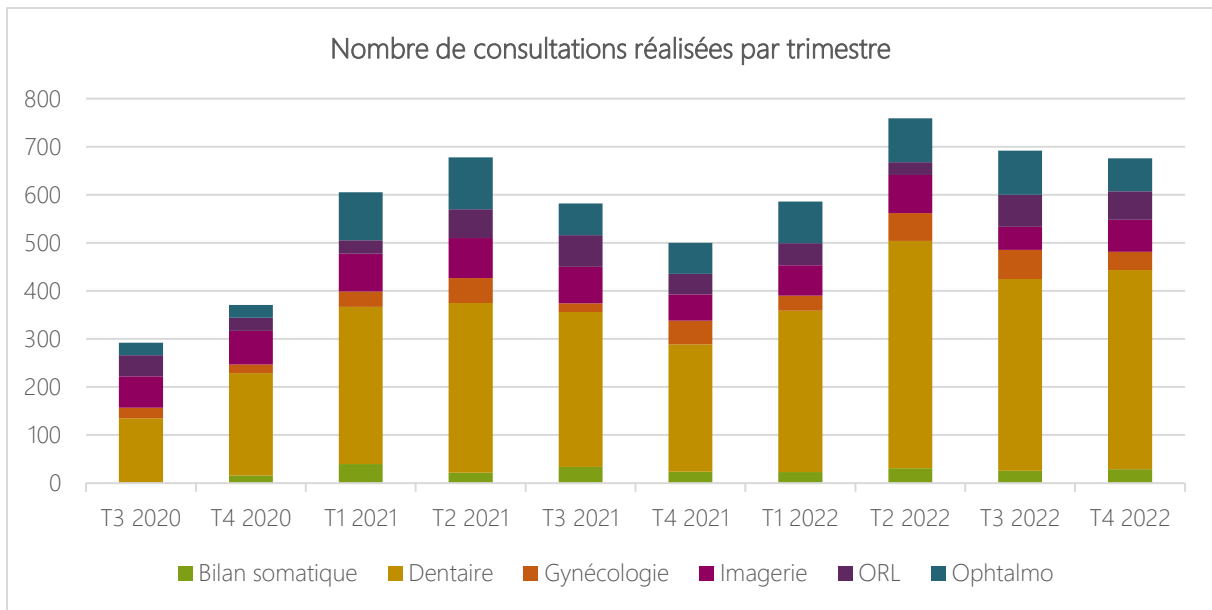


Source : DPI. De janvier 2020 à mars 2023. Seules 93% des données sont renseignées.

On observe un frein de l'accueil de nouveaux patients sur les périodes juillet-décembre de chaque année. D'après les échanges avec le porteur de l'expérimentation, la courbe n'est pas linéaire du fait des périodes estivale et des fêtes hivernales où l'activité est plus modérée, toutes deux incluses dans le semestre juillet-décembre. En effet, d'après le porteur, « juillet-août sont les congés des équipes médico-sociales qui sont le premier prescripteur de HC34 ; en décembre et en août, il y a une semaine de fermeture de HC34 pour congés ».

b) Une forte montée en charge du nombre de rendez-vous

On observe également une **tendance à la hausse du nombre de rendez-vous** tout au long de l'expérimentation, avec une courbe qui suit directement celle de l'afflux de nouveaux patients. Le graphique suivant représente l'évolution du nombre de consultations par trimestre et par spécialité au cours de l'expérimentation, et **témoigne de la montée en charge vécue par le dispositif**. La hausse observée est de près de 40% sur 18 mois (entre le début de l'expérimentation en juillet 2020 et décembre 2022).

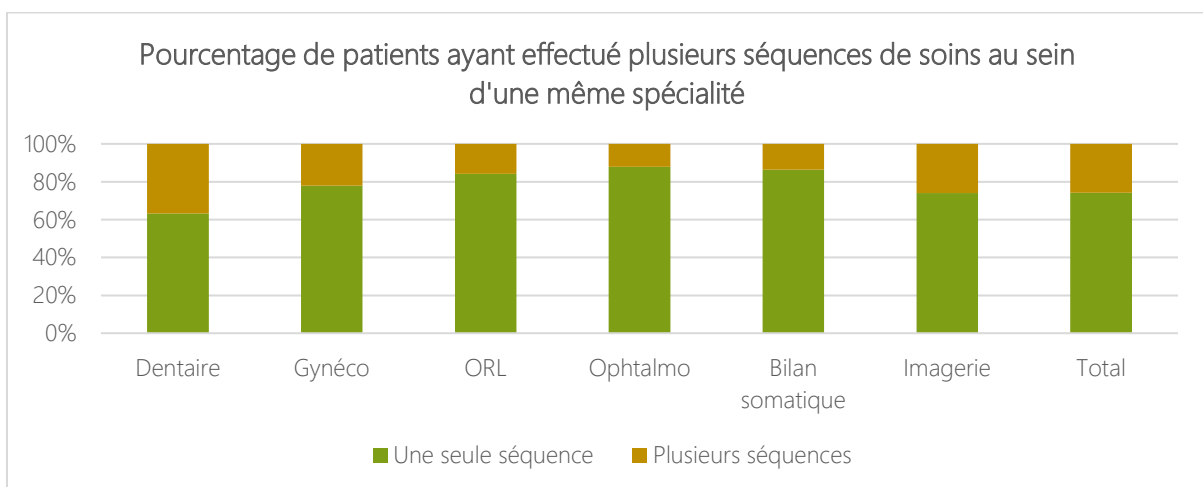


Source : DPI. De juillet 2020 à janvier 2023.

Ce graphique montre, comme le précédent, une **activité en forte hausse jusqu'à mi-2021**, puis une **légère baisse au second semestre 2021**, avant de repartir à la hausse. La **montée en charge semble avoir atteint son plafond mi-2022**, du fait de la limite budgétaire de l'expérimentation.

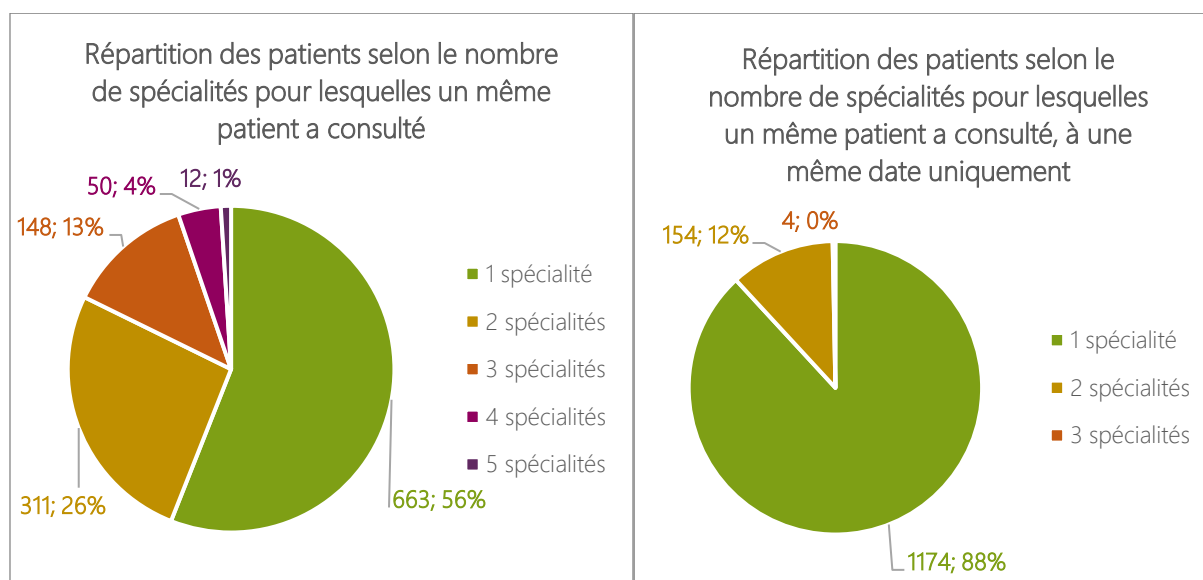
2. Pour au moins la moitié des patients, HC34 n'est pas une transition vers le milieu ordinaire mais le lieu adapté à la prise en charge de leurs soins courants

En moyenne, les patients ont réalisé **2,2 séquences de soins à Handiconsult** sur toute la durée de l'expérimentation, et **1,4 séquences au sein d'une même spécialité**. Les spécialités où les patients bénéficient de plusieurs séquences de soins sont le dentaire (37% des patients) et l'imagerie (26%). En tout, près de 26% des patients ont bénéficié de plusieurs séquences de soins dans une même spécialité, ce pourcentage est tiré vers le haut en partie en raison du nombre élevé de séquences en dentaire. Parmi les patients ayant réalisé un bilan somatique, 13,6% sont venus pour une seconde séquence somatique : le besoin est moins fréquent que pour le dentaire, mais quand un bilan somatique débouche sur des explorations complémentaires et, il faut revoir le patient.



Source : DPI. De juillet 2020 à mars 2023.

Le graphique suivant montre que 44% des patients inclus au dispositif ont bénéficié de séquences de soins dans plusieurs spécialités différentes. On voit aussi que 12% des patients ont déjà consulté plusieurs spécialistes différents au cours d'une même journée.



Source : DPI. De juillet 2020 à mars 2023. Attention, ces données peuvent être biaisées par le fait que la radiologie est souvent associée à une autre spécialité, en effet, un patient ayant besoin d'une radio pour une autre spécialité aura donc réalisé deux séquences différentes.

Ces éléments montrent que **les patients sont satisfaits du dispositif et viennent bénéficier du dispositif pour d'autres spécialités**, pour près de la moitié d'entre eux. **Le comportement des patients de revenir se faire soigner à HC34** montre que **le dispositif ne constitue pas une transition** vers le milieu ordinaire, mais une **nouvelle offre de soins** qui correspond à un besoin réel et n'est pas adressé dans le milieu ordinaire. Les coordinatrices de soins interrogées à ce sujet disent également qu'il est très rare que ce soit possible de faire la transition vers le milieu ordinaire car les conditions nécessaires pour la bonne prise en charge des patients ne sont pas réunies. C'est également l'avis des aidants d'enfants handicapés.

3. Plusieurs facteurs d'attractivité selon les usagers et les adresseurs.

c) Le dispositif Handiconsult 34 est très attractif pour les patients et leurs aidants

Le fait que la prise en charge soit adaptée aux patients, et spécifique à leurs besoins, est le principal élément explicatif de la réussite du dispositif.

En effet, lorsqu'on demande aux patients et/ou à leurs aidants quels sont **les éléments différenciants** quand ils consultent à HC34, les principaux éléments mis en avant et qui explicitent l'amélioration de la prise en charge par rapport au circuit classique sont les suivants :

- ◆ le calme : du lieu comme des personnels

- ◆ l'aspect rassurant
- ◆ le temps qui n'est pas compté, la patience du personnel
- ◆ le sentiment d'être compris, par rapport au milieu ordinaire dans lequel les handicaps ne sont pas connus et pas toujours bien appréhendés, facilité par la fiche d'information, qui donne l'impression au patient/aidant que le personnel les connaît avant même qu'ils consultent. « *c'est bien la première fois qu'on me pose ce genre de questions* » (mère d'un patient)

d) Du point de vue des adresseurs, le dispositif est intéressant mais il y a encore des améliorations à apporter

Les adresseurs interrogés en groupe pensent que des lieux comme HC34 favorisent le soin pour des personnes qui n'y auraient pas accès en milieu ordinaire, et ce pour différentes raisons, dont les principales se recoupent avec les facteurs d'attractivité pour les patients :

- ◆ Solution apportée à des personnes en échec de soins, qui ne pourraient pas se soigner en « milieu ordinaire », adaptations spécifiques à leurs besoins (ambiance sereine, écrans, musique, personnel rassurant...)
- ◆ Analyse des besoins des patients en amont (via la fiche de liaison très précise) qui permet non seulement de bien préparer la PH aux soins mais aussi de faire réfléchir les adresseurs sur leurs pratiques et de les faire évoluer, voire aussi de faire levier sur les pratiques de l'hôpital en matière d'adaptation d'un examen, soin ou consultation
- ◆ Visite blanche (ou séance d'habituatation aux soins) et vidéos des lieux sur le site internet d'HC34 qui permettent de préparer la personne et de favoriser l'acceptation du soin (évite le vécu traumatisant des soins)
- ◆ Temps consacré aux PH et à leurs aidants (familiaux ou professionnels) et absence de pression pour préparer, adapter et soigner (évite le vécu traumatisant des soins)
- ◆ Absence de temps d'attente et visibilité donnée sur ce temps d'attente s'il se produit, tout en constatant une adaptation aux capacités d'attente des patients le cas échéant
- ◆ L'utilisation du MEOPA sans facturation pour les PH
- ◆ Les outils d'accompagnement dans le soin (écrans, salle de Snoezelen, etc.)
- ◆ Des soins de qualité, une gestion efficace de la douleur (traitements adaptés)
- ◆ La plateforme « dossier patient » qui permet de retrouver en ligne les CR, l'agenda du patient, et autres informations utiles pour programmer et suivre les soins
- ◆ Le regroupement des consultations en un seul lieu, fondamental pour ne pas multiplier les lieux pour les patients (chaque nouveau lieu générant une nouvelle habituatisation) et pour les adresseurs en termes de démarches administratives

Ceux-ci ont exprimé quelques difficultés :

- ◆ La création du compte patient sur la plateforme en ligne
- ◆ Les jours et créneaux des RDV ne sont pas toujours compatibles avec les fonctions des adresseurs et l'organisation de leur service (certains adresseurs se sont mis en difficulté en

n'assistant pas à des réunions d'équipe ou de direction pour pouvoir accompagner la PH en consultation HC34)

- ◆ La distance peut représenter une difficulté, au-delà de 1h de route
- ◆ Difficultés rencontrées avec des patients qui ont une pathologie spécifique et qui nécessitent l'expertise d'un centre de référence (notamment sur des soins de spécialité, mais pas uniquement ex. des malades neuromusculaires qui ont des problématiques ophtalmologiques requérant une connaissance pointue de la pathologie du patient y compris pour des soins ophtalmologiques plus courants)

Néanmoins, ils n'expriment **aucune réserve quant à l'amélioration de l'accès et de la prise en charge pour les patients** qu'ils adressent et/ou accompagnent. Ils décrivent une « *impression que tout est possible [à HC34]* » y adressant tous leurs patients qui en présentent le besoin, et seulement ceux-là ; la notion de ne pour autant pas surcharger le dispositif en en faisant une solution de facilité étant très présente dans leur discours.

4. Un accès aux consultations dédiées qui n'égale pas encore le milieu ordinaire

e) Une sous-représentation de la population la plus éloignée de la structure parmi la patientèle HC34

Près de la moitié des patients d'HC34 (48%) résident à moins de 5km du centre de consultations HC34, alors que seuls 28% de la population générale de l'Hérault y réside. Aussi, seuls 13% des patients HC34 résident à plus de 42 km du centre HC34, alors qu'un quart de la population de l'Hérault y réside. La non-représentativité de la patientèle HC34 au regard de la zone géographique de résidence témoigne du fait que **la distance à parcourir pour accéder aux soins est un frein** pour les patients.

Segmentation de la population de l'Hérault et de la patientèle HC34 selon la distance de leur commune de résidence à l'adresse d'HC34

	Population de l'Hérault	Patientèle de HC34
Moins de 5 km	28%	48%
Entre 5 et 19 km	22%	21%
Entre 19 et 42 km	25%	18%
Plus de 42 km	25%	13%

Source : DPI pour HC34 et INSEE pour l'Hérault (population, latitude et longitude des communes). Données DPI recueillies de juillet 2020 à mars 2023. Ne concerne que les patients du département de l'Hérault.

Les aidants/patients interrogés lors du suivi AMPPATI, au vu de la qualité perçue de la prise en charge, mais également de la contrainte pour le patient d'effectuer de longs trajets, ont indiqué en moyenne, **qu'ils seraient prêts à faire 1h30 de trajet aller** pour se rendre sur ce type de consultation.

Un rayon de 1,5 heures autour de Montpellier ne couvre pas l'ensemble du département et amène à s'interroger sur deux aspects dans le cadre d'une généralisation :

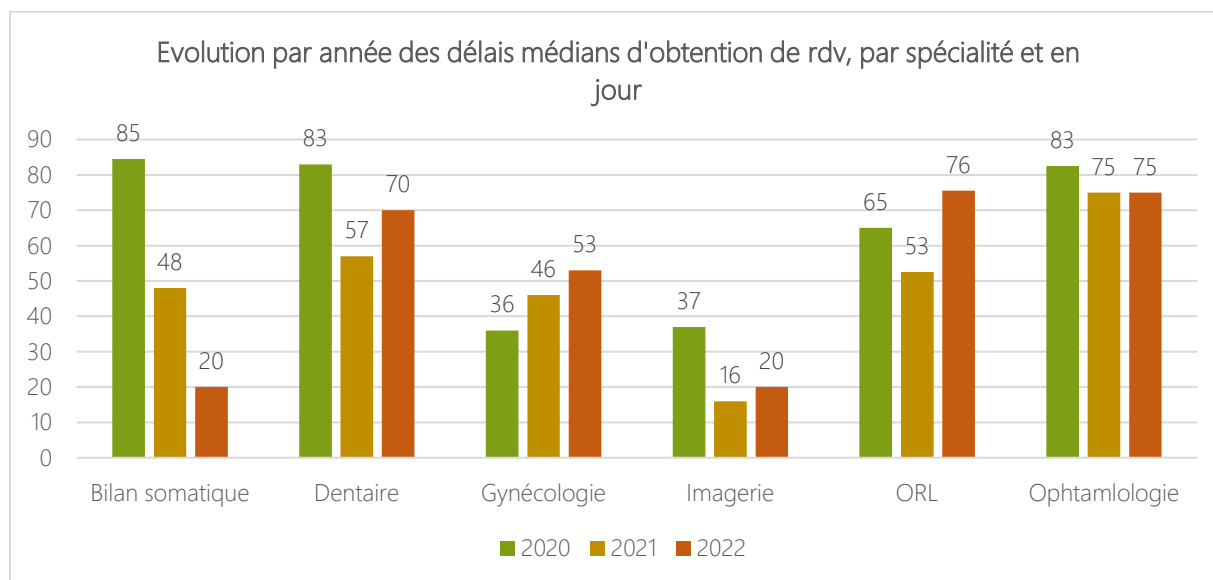
- ♦ la pertinence de l'échelle départementale quand le public ciblé serait plutôt enclin à réfléchir en termes de distance tolérable.
- ♦ la nécessité de prendre en compte cette distance et donc, cette notion d'accessibilité dans un déploiement plus généralisé sur le territoire.

De leur côté, les adresseurs interrogés en groupe estiment également qu'une heure trente de trajet paraît envisageable étant donné la qualité de la prise en charge et le fait que ce dispositif soit le seul à leur apporter une solution.

f) Un délai de rendez-vous réduit au cours de l'expérimentation, mais toujours plus importants que les délais de rendez-vous dans le milieu ordinaire pour la population générale

En moyenne, le temps d'attente est passé de 102 jours sur toute l'année 2020 à 81 jours en 2021 jusqu'à atteindre **74 jours en 2022**. Malgré des délais de rendez-vous moyens élevés pour chaque spécialité, on observe tout de même une baisse significative des délais moyen d'attente pour certaines spécialités au cours de l'expérimentation. Les délais d'attente tendent globalement à se rapprocher du milieu ordinaire (voir tableau situé plus bas).

Le graphique suivant affiche l'évolution par année des délais de rdv par spécialité. Les données agrégées montrent une baisse significative des délais au cours de l'expérimentation pour les bilans somatiques (-65 j), le dentaire (-13j), l'imagerie (-17j) et légère pour l'ophtalmologie (-8). En revanche, les délais de rdv pour la gynécologie (+17j) et l'ORL (+11j) ont augmenté.



Source : DPI. De juillet 2020 à décembre 2022 (date de rdv). Les résultats peuvent comporter des erreurs dues à des données erronées car les dates ont été rentrées à la main. Par exemple, certains délais de rdv étaient inférieurs à 0 jours, lorsque d'autres étaient supérieurs à 1000, les données inférieures à 0 et supérieures à 300 ont été retirées de l'analyse. L'analyse porte sur un total de 3522 rdv.

Le tableau suivant compare les délais d'attente moyen entre le milieu ordinaire (premier recours, population générale) en France et HC34 en 2022. On observe que les délais à HC34 restent 2 à 7

fois supérieurs au milieu ordinaire constatés en 2018¹⁰, excepté pour l’ophtalmologie qui a atteint les délais du milieu ordinaire.

Tableau : délai d’obtention d’un RDV dans le milieu ordinaire et à HC34, en jours et par spécialité

Spécialité	Milieu ordinaire*	HC34 en 2022
<i>Bilan somatique</i>	6 (généraliste)	43
<i>Odontologie</i>	28	78
<i>Gynécologie</i>	44	62
<i>Imagerie</i>	21	43
<i>ORL</i>	N/A	85
<i>Ophtalmologie</i>	80	82

Source : Etudes et Résultats, n°1085, 2018, DREES pour le milieu ordinaire, et DPI pour HC34. Données DPI recueillies dans toute l’année 2022.

Par ailleurs les **aidants interrogés** lors des suivis AMPPATI ont **évoqué des délais de rendez-vous de 2 à 3 mois, ce qui leur paraissait tout à fait acceptable** au regard des délais de rendez-vous pour des consultations dentaires qui leur étaient proposées en milieu ordinaire. Contrairement aux résultats issus des données du SI porteur, les **adresseurs interrogés** en entretien collectif ont le **sentiment que les délais de rendez-vous se sont allongés** depuis le début de l’expérimentation et **les jugent trop longs**, en particulier pour les patients souffrant pour lesquels des soins dentaires sont nécessaires. Ils apprécient toutefois la capacité du dispositif à limiter ces délais en leur proposant systématiquement d’avancer le rendez-vous lorsqu’un désistement se produit avant leur date prévue.

Q2.3 Est-ce que les modes de communication et de coordination interne utilisées permettent une bonne prise en charge du patient ? Quelles sont les caractéristiques essentielles à un bon fonctionnement ?

La communication au sein d’HC34 est un des facteurs de réussite du dispositif : les patients se sentent accueillis et compris grâce à la fiche de liaison, et bien accompagnés grâce à la place de l’habitude aux soins jusqu’à ce que le patient soit prêt à recevoir des soins.

1. Un circuit d’information efficace concernant le patient

Dès le premier contact avec le personnel d’HC34, après remplissage en ligne de la fiche d’information préalable à la première consultation, les patients et leurs aidants font part d’une **impression que les personnels connaissent déjà leur proche**, avant même de l’avoir rencontré.

L’observation de l’accueil des patients et de leur prise en charge par les praticiens et les infirmières permet de comprendre qu’ils **ont effectivement intégré les informations indiquées par les patients** dans la fiche de préparation à la consultation.

¹⁰ *Etudes et Résultats, n°1085, 2018, DREES*

Par ailleurs, la volonté de sécuriser les patients en leur proposant systématiquement des consultations ou séances d'habituations aux soins **avec le même intervenant** limite de facto la nécessité de transmettre les informations et donc la perte d'information entre professionnels de santé.

Enfin, la **formalisation de l'évaluation initiale** (création d'une grille permettant de valider progressivement pour chaque patient les prérequis permettant de passer à une consultation réelle, et de suivre leur évolution) permet de gagner en efficacité en travaillant spécifiquement avec le patient les étapes nécessaires.

2. Plusieurs conditions essentielles à un bon fonctionnement

L'observation des consultations du point de vue des patients/aidants et l'interrogation des aidants ont permis de dégager les **éléments qui permettent d'optimiser la communication au sujet du patient** et ainsi une **adaptation des soins à ses besoins** spécifiques :

- ◆ **Limitation au maximum du nombre d'interlocuteurs** entrant en contact avec le patient et/ou son aidant (réassurance des patients et limitation de la déperdition d'information)
- ◆ **Extrême précision de la fiche d'information** préalable et vérification avec l'utilisateur en cas de questions
- ◆ **Création d'outils de suivi spécifiques** et adaptés au handicap pour assurer une continuité dans l'habituations aux soins (jeu de pictogrammes et autres imageries par exemple)
- ◆ **Infirmière « de couloir »** collectant les informations directement auprès des soignants (nombre et types de rendez-vous de suivi à prévoir)
- ◆ **Personnel perçu comme disponible** en cas de question et **à l'écoute** (absence de « jugement » sur le comportement de la PH) : la possibilité de les appeler en cas d'interrogation/de problème est régulièrement rappelée.

Modèle économique : Q3. Les modalités de financement proposées sont-elles bien dimensionnées pour couvrir les coûts de prises en charge ?

3. De juillet 2020 à décembre 2022 : un premier modèle forfaitaire est testé

Dans le cadre de l'expérimentation Article 51, un modèle de financement forfaitaire à la séquence de soins est testé à Handiconsult 34. Ce modèle économique, basé sur un **financement à l'activité**, devait **permettre une montée en charge qui n'était pas possible avec une dotation fixe du FIR**, qui devait être renégociée tous les ans ou tous les deux ans. Un financement à l'activité permettait de **pérenniser l'offre de consultations dédiées au handicap** grâce à des recettes stables. Cinq forfaits avaient été créés, un pour chacune des spécialités : dentaire, ophtalmologie, gynécologie, ORL, soins somatiques.

Les forfaits avaient été créés pour pouvoir absorber les coûts fixes (locaux, investissements, ...) et les coûts variables (équipe de coordination, rémunération des praticiens) **tels qu'ils sont dimensionnés à HC34. Ce modèle économique a été abandonné après 2 années et demie de test**, pour répondre à quatre enjeux :

- ◆ **Les forfaits n'avaient pas été dimensionnés sur frais réels** puisqu'il s'agissait de la première expérimentation de ce modèle forfaitaire. On a donc observé une **nécessité de recalibrer les forfaits**.
- ◆ Pour certaines spécialités, une **grande diversité de types de soins était possible, associés à des coûts très différents**. De ce fait il a été proposé de **stratifier les forfaits** de certaines spécialités pour mieux correspondre aux soins réalisés.
- ◆ **L'habitude aux soins**, de plus en plus utilisée pour réduire l'échec de soins, **devait faire l'objet d'un forfait à part entière** pour être valorisée comme telle.
- ◆ Le **modèle économique était basé uniquement sur les coûts d'HC34**, et étant donné la grande variété des dispositifs de consultations dédiées, hébergé dans différents types de structures mère, **le modèle économique serait plus difficilement généralisable**.

4. Depuis 2023 : un modèle économique mixte est testé à HC34

Depuis janvier 2023, un nouveau modèle économique est expérimenté au sein du dispositif HC34, conçu pour répondre aux enjeux mentionnés plus haut.

Le nouveau modèle est un modèle mixte qui intègre :

- ◆ Une **dotation annuelle** (valorisée à 300 000€ dans le cas de l'année 2023 à HC34) **afin de compenser les charges fixes** (médecin coordonnateur, fonctions support, structure, investissements et maintenance, stérilisation). La dotation permet de palier une éventuelle baisse d'activité car elle couvre les charges fixes. Elle permet aussi au modèle économique d'être généralisable puisque dans cette optique, la dotation peut s'adapter à la diversité de dispositifs existants, et donc à la diversité de typologies de coûts fixes dans les différentes structures.

- ◆ Des **forfaits à la séquence de soins**, pour couvrir les coûts variables de l'activité (rémunération des praticiens, coordinatrices, consommables, ...), qui sont similaires selon les différents dispositifs handiconsult. **Les montants des forfaits ont été ajustés**, et intègrent les coûts variables réels de chaque prise en charge. Les nouveaux forfaits sont plus nombreux : certaines spécialités ont été stratifiées correspondant à différents types de prise en charge (cf. tableau ci-dessous). Aussi **les activités de visites blanches / habituations aux soins** (3,5 venues estimées) **et les sédations, jusqu'ici intégrées de manière transversale dans tous les forfaits, sont à présent des forfaits valorisés à part entière.**

Ci-dessous le tableau récapitulatif de l'ancien et du nouveau modèle économique.

Tableau : tableau récapitulatif des montants forfaitaires et fixes prévus par l'ancien et le nouveau modèle économique HC34

	Ancien modèle économique	Nouveau modèle économique
Dotation		
	0 €	299 374 € (2023)
Forfaits		
Dentaire	1060 €	
Dentaire parcours prothétique		806 €
Dentaire soins hors prothèse		579 €
Dentaire suivi préventif		441 €
Imagerie	412 €	487 €
Ophthalmologie	625 €	245 €
ORL	625 €	
ORL CS seul		206 €
ORL CS + bilan déglutition		307 €
Gynécologie	589 €	269 €
Bilan somatique	353 €	
Bilan somatique complet		496 €
Bilan paraclinique somatique		153 €
Suivi préventif somatique		329 €
Sédation vigile	Pas de forfait	776 €
Visite blanche / habitude aux soins	Pas de forfait	216 €

Source : cahier des charges handiconsult 34

5. Une analyse du modèle économique limitée par une durée courte d'expérimentation du nouveau modèle.

Les données transmises pour l'analyse du nouveau modèle économique portent sur une durée de 3 mois : janvier-mars 2023, ce qui pose plusieurs limites :

- ◆ La période de 3 mois d'expérimentation du nouveau modèle économique est trop courte pour réaliser une évaluation suffisamment fiable du modèle.
- ◆ Sur la période janvier-mars 2023, **un certain nombre de patients étaient à cheval entre les deux modèles économiques** : avec un début de séquence en 2022 et une fin de séquence en 2023. De ce fait, les recettes engendrées sur la période janvier-mars 2023 sont un mélange de clôtures de séquences de l'ancien modèle économique, et d'ouverture de séquences du nouveau. **La période janvier-mars 2023 sur laquelle notre analyse porte est donc davantage un modèle mixte, et ne constitue pas une bonne mesure d'évaluation du nouveau modèle économique.**

Initialement, il avait été prévu de réaliser une simulation du résultat financier du dispositif depuis 2020 si le nouveau modèle économique avait été appliqué depuis le début de l'expérimentation. Cependant, la structure de la base de données n'a pas permis d'identifier de manière fiable les motifs de consultation pour permettre de retracer les forfaits qui auraient pu être facturés pendant cette période.

Dans l'optique d'une éventuelle généralisation, il serait intéressant de réaliser une analyse du nouveau modèle économique à partir des données du deuxième semestre 2023, au cours duquel tous les anciens forfaits auront été clôturés.

Q3.1 Est-ce que le calibrage de la prise en charge correspond aux hypothèses de départ (séquences de soins, visites blanches, ...) ?

Le calibrage de la prise en charge des forfaits initiaux (testés de juillet 2020 à décembre 2022) ne correspondait pas exactement aux hypothèses de départ :

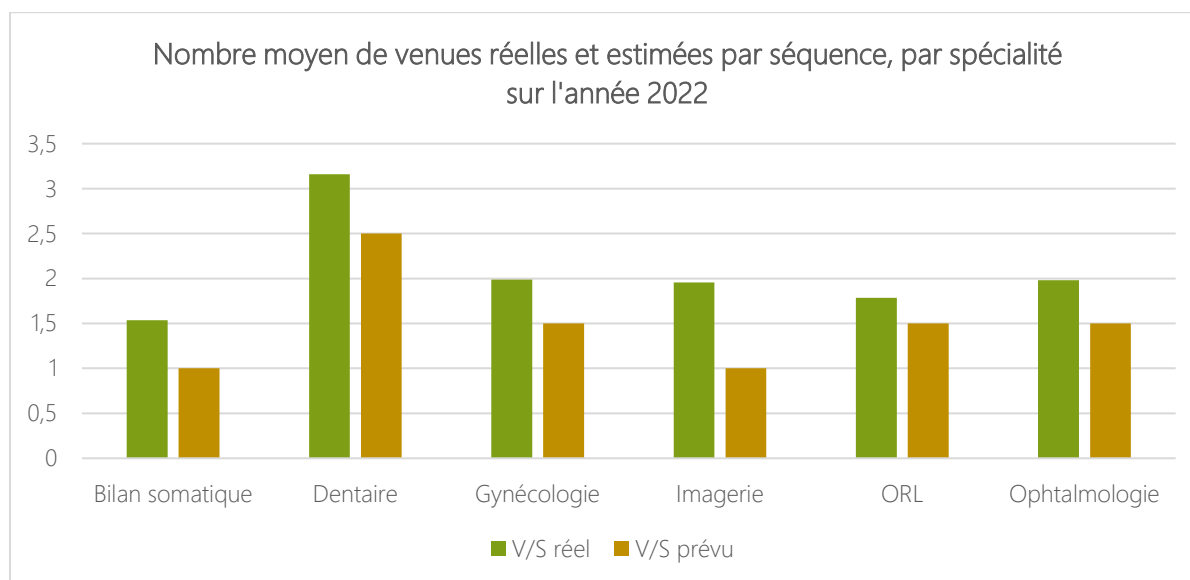
- ◆ Le nombre de venues par séquence était **plus élevé qu'anticipé**
- ◆ Le nombre de venues par séquence était très **variable** ce qui rend le calibrage difficile à réaliser

La différenciation des forfaits dans le nouveau modèle économique et leur recalibrage semblent **répondre aux enjeux** du dispositif. Dans l'**optique d'une généralisation** du modèle économique d'Handiconsult 34, il serait pertinent de mettre en place des critères objectifs et/ou cliniques de clôture et d'ouverture de séquences et de rendre possible l'ouverture de plusieurs séquences de soins en même temps.

6. Le nombre de venues par séquence en 2022 était plus élevé qu'anticipé, d'où le recalibrage des forfaits

Les données de l'année 2022 montrent que **le nombre de venues moyen par séquence avait été sous-estimé** à la conception du modèle économique HC34, et ce dans toutes les spécialités. Le

graphique suivant montre la différence entre le nombre de venues moyen en 2022 et les prévisions : en fonction des spécialités, on observe **entre 13% et 95% de venues supplémentaires par rapport à ce qui avait été prévu**. D'après le porteur du dispositif, la sous-estimation peut être liée au fait qu'en 2022 ont commencé des échographies cardiaques (que ne faisait pas l'ancien radiologue) qui correspondent à une demande forte des personnes touchées par des troubles cognitifs et psychiques (surveillance systématique de certains psychotropes du fait des effets indésirables).

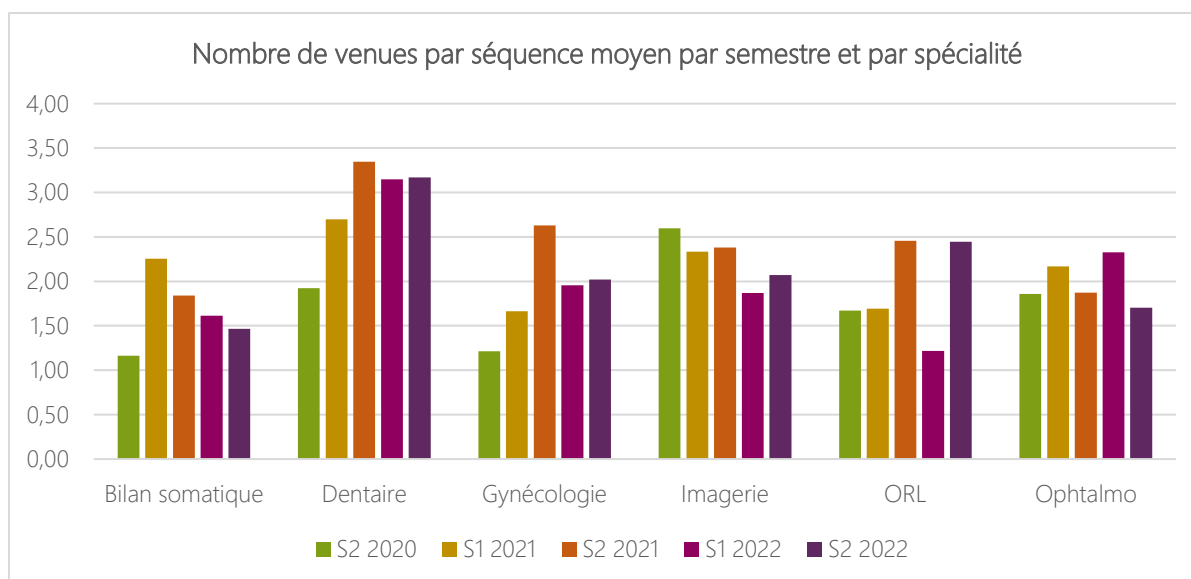


Source du nombre réel de venues par séquence : DPI. De janvier 2022 à décembre 2022.

Source du nombre prévu de venues par séquence : travaux intermédiaires

7. Des forfaits recalibrés sur la base d'hypothèses de venues par séquence variables

On observe que le **nombre de venues moyen par séquence est variable dans le temps**. La variabilité du nombre de venues par séquence dans le temps est non seulement dû à la variabilité des besoins des patients, mais aussi à **des pratiques hétérogènes de facturation, liées au fait que les critères de clôture de séquence ne soient pas strictement définis**, en particulier pour la spécialité dentaire. Par exemple, pour un patient venant un grand nombre de fois car ayant besoin de soins particulièrement complexes, il peut sembler pertinent à la facturation de facturer plusieurs séquences dentaires, comme d'en facturer une seule pour l'ensemble des soins. Si un patient doit avoir une prothèse à la fois sur le bas et sur le haut de la bouche, plusieurs pratiques de facturation sont possibles : facturer une séquence pour le bas de la bouche et une autre pour le haut, ou bien une seule séquence pour l'ensemble des soins. **Les conditions de clôture de séquence manquent de critères objectifs** source de variation dans le temps du nombre de venues par forfait.



Source : DPI. De juillet 2020 à décembre 2022. Le calcul du nombre de venues par séquence moyen, est calculé de la manière suivante sur le semestre : $\text{nombre de venues totales} / (\text{nombre d'ouvertures de séquence} / 2 + \text{nombre de fermetures} / 2)$, ce mode de calcul a été choisi ainsi car les séquences peuvent s'étaler sur plusieurs semestres

Le nombre de venues par séquence a une forte incidence sur le coût des forfaits et l'équilibre des comptes puisque lorsque le nombre de venues par séquence augmente, le coût de la séquence augmente proportionnellement, sans que les recettes associées ne varient. Il constitue donc un élément essentiel à la valorisation des forfaits.

De ce fait, si les nouveaux forfaits ont été calibrés sur la consommation de soins réelle des patients, **l'hypothèse utilisée du nombre de venues par séquence reste soumise à caution**. Aussi, bien que le calibrage réalisé fin 2022 apporte des précisions, il devra potentiellement être revu en fonction des résultats de l'année 2023, lorsque des données sur la consommation de soins associée aux nouveaux forfaits stratifiés seront disponibles et plus complètes.

Indépendamment de la nécessité de vérifier le calibrage des forfaits en fin de période 2023, et dans une **optique de généralisation**, il serait **pertinent de clarifier les conditions de clôture de séquence** sur la base d'un ou de plusieurs critères objectifs, car à ce jour les conditions permettent des pratiques différentes. Les critères pourraient être, par exemple :

- ◆ Une **limite clinique** bien définie (ex : une séquence par zone de soin, une séquence par dent à soigner, ...)
- ◆ Une **limite temporelle** prédéfinie (ex : 3 mois après l'ouverture de la séquence)
- ◆ Une **limite en volume de consommation de soins** (ex : ouverture d'une nouvelle séquence à partir de la 5^{ème} visite de soins)

. Cette clarification permettrait :

- ◆ De **faciliter le travail de facturation** des équipes socles de coordination
- ◆ De **réduire les risques de situations de déséquilibre financier**
- ◆ De **fiabiliser et d'objectiver le système** de facturation, et éviter le risque de dérives

8. La différenciation des forfaits dans le nouveau modèle économique semble partiellement répondre aux enjeux

Le nouveau modèle économique a permis de faciliter le travail de facturation puisque pour plusieurs spécialités, **plusieurs forfaits ont été différenciés**.

Le tableau suivant montre les nombres de venues minimal et maximal pour une séquence par nouveau forfait, portant uniquement sur le nouveau modèle économique. Il indique également le nombre de venues moyen par séquence. Il porte sur des données agrégées par le porteur, sur la période 01/01/2023 – 15/09/2023 :

Tableau : nombre de venues minimal, maximal et moyen par séquence sur la période 1^{er} janvier – 15 septembre 2023.

Forfait	Nombre minimal de venues	Nombre maximal de venues	Nombre de venues moyen par séquence
<i>Dentaire – parcours prothétique</i>	1	8	2,6
<i>Dentaire – soins hors prothèse</i>	1	7	1,7
<i>Dentaire – Suivi préventif</i>	1	1	1,0
<i>Gynécologie – forfait unique</i>	1	2	1,1
<i>Imagerie – forfait unique</i>	1	2	1,0
<i>Ophthalmologie</i>	1	2	1,2
<i>ORL – consultation ORL seule</i>	1	2	1,1
<i>ORL – CS ORL + bilan déglutition</i>	1	1	1,0
<i>Sédation vigile</i>	1	1	1,0
<i>Somatique – bilan complet</i>	1	2	1,4
<i>Somatique – bilan paraclinique</i>	1	2	1,1
<i>Somatique – suivi préventif</i>	1	1	1,0
<i>Visite blanche habitude aux soins</i>	1	5	1,4

Source : données agrégées par le porteur de projet

Comme on l'observe, **l'amplitude du nombre de venues par séquence est faible** (entre 1 et 2 venues par séquence), **hormis pour les visites blanches et le parcours de soins dentaires avec et sans prothèse**. Le nouveau modèle économique semble donc avoir objectivé des parcours de soins plus stables, chacun avec un forfait associé.

En ce qui concerne le **forfait d'habitude aux soins**, l'amplitude du nombre de venues par séquence est **normale** puisque **l'habitude aux soins repose sur le niveau d'acceptation du patient à recevoir des soins**, et la séquence doit pouvoir durer jusqu'à ce que le patient soit prêt à recevoir des soins.

Les entretiens qualitatifs réalisés auprès de l'équipe de coordination HC34 ont aussi permis d'identifier qu'il est à ce jour **impossible d'avoir plusieurs séquences ouvertes par patient et par spécialité en même temps**. Or, il est tout à fait possible qu'un patient, notamment s'il était dans des situations d'échec de soins, ait besoin de recevoir plusieurs traitements en parallèle au sein d'une même spécialité (ex : des soins hors prothèse en haut de la bouche et un parcours prothétique pour

le bas de la bouche). Cette contrainte rend les pratiques de facturation plus compliquées car concrètement, lorsqu'un patient a besoin de soins et de prothèses, les **équipes de coordination sont obligées d'ouvrir puis de fermer ces séquences les unes après les autres** et, artificiellement, d'imputer telle consultation à telle séquence.

Dans une optique de généralisation, il serait donc **important de rendre possible l'ouverture de plusieurs séquences à la fois dans une même spécialité** pour un même patient.

Q3.2 Le financement couvre-t-il les coûts de la structure globalement et par forfait et quel est le point d'équilibre ?

Le financement couvre les coûts de la structure, globalement et par pôle d'activité.

Contrairement à l'ancien modèle économique où l'imagerie et les soins somatiques étaient en déficit, le nouveau modèle semble permettre à toutes les spécialités d'être à l'équilibre, mise à part l'**habitué aux soins** qui ne faisait pas l'objet d'un forfait à part entière sur la première partie de l'expérimentation.

Il s'agit également de **se pencher sur l'équilibre des forfaits individuellement**. Sur le début de l'année 2023, on observe que **les dépenses réelles imputables au forfait et à la dotation, et le volume d'activité ne correspondent pas toujours aux prévisions**. Cette analyse devra être complétée en fin d'année 2023 avec des données sur la période complète.

9. Un résultat économique globalement positif sur l'expérimentation, pérennisé par le nouveau modèle économique

Quelles que soient les années, le dispositif est, sinon excédentaire, au moins à l'équilibre. En raison de la forte montée en charge des consultations, le résultat de la dernière période est plus élevé qu'auparavant, avec 52 574€ de recettes engendrées en 3 mois, soit une augmentation 500% si l'activité suit le même rythme tout au long de l'année.

Tableau : résultat économique d'HC34 par période

	Ancien modèle			Nouveau modèle
	07/2020-06/2021	07/2021-06/2022	07/2022-12/2022 (6 mois)	01/2023-03/2023 (3 mois)
Revenus	705 334 €	745 199 €	432 865 €	263 792 €
<i>Dont revenus liés à la dotation</i>	0 €	0 €	0 €	74 844 €
<i>Dont revenus liés aux forfaits</i>	705 334 €	745 199 €	432 865 €	188 948 €
Charges	580 886 €	745 308 €	398 844 €	211 218 €
<i>Dont charges imputables à la dotation</i>	249 578 €	295 924 €	150 540 €	82 912 €

<i>Dont charges imputables aux forfaits</i>	331 308 €	449 384 €	248 304 €	128 306 €
Résultat	124 448 €	-109 €	34 020 €	52 574 €

Source : comptabilité analytique d'HC34

Aussi, le nouveau modèle économique est conçu pour permettre à la structure d'être globalement soutenable, car il couvre tous les coûts fixes grâce à une dotation dimensionnée annuellement selon les prévisions d'activité. Avec le nouveau modèle il n'est donc plus réellement question de point d'équilibre et du niveau minimum d'activité. Cependant, on voit dans le tableau ci-dessus que les charges imputables à la dotation ont été plus importantes que prévues sur le premier trimestre 2023. A l'inverse, les revenus forfaitaires dépassent de 47% les charges imputables aux forfaits. Ce déséquilibre sur le début d'année 2023 pourrait cependant être équilibré sur l'année, d'où la nécessité de prévoir une nouvelle analyse en fin d'année 2023.

Tableau : Charges fixes par catégorie et par période

	2020/2021	2021/2022	S2 2022	T1 2023
<i>Coordination médecin</i>	40 121 €	43 529 €	25 172 €	10 304 €
<i>Secrétariat</i>	35 971 €	24 570 €	13 723 €	7 059 €
<i>Fonctions support</i>	55 895 €	58 291 €	29 631 €	16 005 €
<i>Structure</i>	47 997 €	88 409 €	42 398 €	29 324 €
<i>Investissement</i>	44 866 €	53 096 €	26 807 €	13 564 €
<i>Stérilisation</i>	13 326 €	14 153 €	8 090 €	4 456 €
<i>Maintenance</i>	11 402 €	13 875 €	4 719 €	2 200 €
<i>Total</i>	249 578 €	295 924 €	150 540 €	82 912 €

Source : comptabilité analytique d'HC34

10. Un résultat économique par pôle d'activité à l'équilibre au 1^{er} trimestre 2023, sauf l'habitation aux soins

Parmi les spécialités proposées, seuls l'imagerie et les soins somatiques étaient déficitaires dans l'ancien modèle économique. Le tableau suivant donne le résultat par spécialité du second semestre 2022 : on observe le déficit important de l'imagerie et relativement moindre des soins somatiques. Le déficit de l'imagerie est lié à la sous-valorisation du forfait dans l'ancien modèle économique : il était d'un montant de 412 euros, alors que le coût moyen par séquence était de 614 euros sur le S2 2022. La même logique est observable pour expliquer le déficit léger des soins somatiques, où le forfait de 353 euros ne couvrait pas les coûts réels, de 371 euros par séquence sur le S2 2022.

Tableau : Résultat par pôle d'activité pour la période juillet-décembre 2022 (6 mois)

	Dentaire	Imagerie	Ophtalmologie	ORL	Gynécologie	Soins somatiques
<i>Revenus</i>	274 010 €	23 278 €	60 313 €	32 813 €	28 861 €	13 591 €

<i>Charges</i>	257 774 €	34 710 €	41 642 €	26 900 €	23 523 €	14 296 €
Résultat	16 236 €	- 11 432 €	18 671 €	5 913 €	5 338 €	- 705 €

Source : comptabilité analytique d'HC34

Tableau : Résultat par pôle d'activité pour la période janvier 2023 à mars 2023 (3 mois)

	Dentaire	Imagerie	Ophtalmologie	ORL	Gynécologie	Bilan somatique	Sédation vigile	Habitude aux soins
<i>Revenus</i>	148 284 €	44 804 €	21 230 €	17 195 €	11 104 €	11 193 €	5 280 €	4 702 €
<i>Charges</i>	127 042 €	24 288 €	17 447 €	13 935 €	8 574 €	7 980 €	5 172 €	6 780 €
Résultat	21 242 €	20 516 €	3 783 €	3 261 €	2 529 €	3 213 €	108 €	- 2 078 €

Source : comptabilité analytique d'HC34

Le nouveau modèle économique est venu **recalibrer les forfaits**, de sorte à **remettre à l'équilibre tous les pôles d'activité**. D'après le résultat des 3 premiers mois de 2023, les forfaits nouvellement mis en place permettent à toutes les spécialités d'être à l'équilibre, **excepté pour le forfait habitude aux soins** qui a un résultat limite de -2078 euros sur trois mois. Le déficit en début de période du forfait habitude aux soins semble **lié à la sous-estimation du besoin en dotation** pour 2023. On observe les coûts réels suivants sur le 1^{er} trimestre 2023 :

- ♦ 209€ par forfait pour les charges imputables au forfait, pour un forfait à 216€. **Ce forfait semble donc bien dimensionné.**
- ♦ 3 431€ au total pour les charges imputables à la dotation ont été consommés sur le 1^{er} trimestre 2023, pour une prévision de 3 255€ sur l'année. **Les charges imputables à la dotation semblent donc plus de 4,2 fois supérieures aux prévisions au global.** Plus précisément, les charges liées aux amortissements, au secrétariat, et aux frais de structure sont environ 8 fois plus élevés que prévu alors que les fonctions support ont coûté 4 fois plus cher que prévu et la coordination médecin 1,4 plus cher que prévu.

Ce déséquilibre met en avant **l'importance du dimensionnement de la dotation** dans ce modèle économique. D'après les **échanges avec la direction administrative et financière d'HC34**, le déséquilibre est lié à une erreur sur le paramètre de l'activité au moment du calcul de la dotation. En effet, la dotation a été prévue pour 13 forfaits et 77 venues et non pas pour les 72 forfaits et 300 venues affichés dans le cahier des charges et correspondant à la réalité. Les clefs de répartition des éléments contenus dans la dotation étant majoritairement « le nombre de venue » ou « le nombre de forfait » : ces 2 paramètres influencent fortement le montant et expliquent la consommation rapide de la dotation en fin de premier trimestre 2023.

11. A l'échelle des forfaits, les dépenses réelles ne correspondent pas toujours aux prévisions

Comme montré plus haut, **toutes les spécialités excepté le pôle d'activité de l'habitué aux soins, sont à l'équilibre** sur le début d'année 2023. Cependant, il s'agit de **réaliser une analyse par forfait** pour **comparer** la consommation de soins, et les dépenses imputables à la dotation et au forfait, aux prévisions réalisées pour calibrer le nouveau modèle économique. L'analyse du dimensionnement de la dotation et des nouveaux forfaits sur la base de l'activité du premier trimestre 2023 pourra à nouveau être menée en fin d'année 2023 lorsqu'une visibilité sur l'ensemble de l'année sera disponible.

Au stade du 31 mars 2023, **les dépenses réelles ne correspondent pas toujours aux prévisions** qui ont servi à calibrer le montant des forfaits et de la dotation.

ORL, Ophtalmologie, Gynécologie :

- ◆ Pour certains forfaits, on observe des **dépenses imputables au forfait et à la dotation entre 0 et 25% inférieures aux montants prévus pour les couvrir**. C'est le cas des forfaits **Ophtalmologie, ORL avec et sans bilan déglutition, et gynécologie**. Pour ces forfaits, la consommation de soins (nombre de venues et nombre de forfaits facturés) correspond aux prévisions et **les coûts associés à ces activités sont proches des prévisions sans toutefois les dépasser**.

Dentaire :

- ◆ Pour d'autres forfaits, on observe un **nombre de venues par séquence inférieur aux prévisions**, influant sur un **coût par séquence inférieur aux prévisions** (montant du forfait) à ce stade. C'est le cas des **forfaits dentaire soins hors prothèses et suivi préventif**. Les dépenses imputables à la dotation correspondent aux prévisions pour le forfait soins hors prothèse, mais dépassent de 86% les prévisions pour l'activité de suivi préventif. Cette conclusion doit être interprétée avec précaution, car, comme décrit précédemment, l'impossibilité de facturer deux parcours dentaires en parallèle pourrait conduire parfois à une clôture prématurée de la séquence.
- ◆ Le **parcours prothétique** a fait l'objet d'une **consommation de soins de 80% inférieure aux prévisions** (nombre de venues comme nombre de séquences facturées). On observe une **sous-utilisation de la dotation de 84%** et un **coût réel par séquence facturée de 21% inférieur au montant du forfait**. Il est difficile de juger du calibrage du forfait dans cette situation où la consommation de soins ne correspond pas aux prévisions. Cependant, il s'agira d'adopter une **vigilance toute particulière au regard de la valorisation de ce forfait**, pour lequel les professionnels interrogés ont exprimé des doutes.

Soins somatiques :

- ◆ Pour les **forfaits bilan somatique complet et paraclinique**, la consommation de soins correspond aux prévisions mais les **coûts engendrés imputables au forfait sont inférieurs aux prévisions** de 41% et 39% respectivement. En revanche, pour ces deux forfaits on observe une **surutilisation de la dotation de 40% et 56% respectivement**. Le pôle d'activité des soins somatiques est à l'équilibre comme montré précédemment, mais on voit ici qu'au niveau micro, les dépenses ne correspondent pas exactement aux prévisions.

- ◆ Le suivi préventif somatique n'a fait l'objet d'aucun forfait sur cette période, il n'est donc pas inclus dans l'analyse.

Imagerie : L'activité d'imagerie est 1,6 fois plus élevée que prévue. On observe également un coût réel par séquence facturée de 65% inférieur aux prévisions (montant du forfait). Ce décalage face aux prévisions est peut-être lié au volume d'activité largement supérieur aux estimations, avec des ressources mobilisées qui n'ont pas dû augmenter au même rythme, faisant artificiellement baisser le coût réel par séquence. Une variation du coût lié au salaire du praticien a également été constatée avec le départ à la retraite du médecin radiologue et son remplacement avec un médecin ayant un salaire moins élevé.

Sédations vigiles et habitude aux soins :

- ◆ Le forfait sédation vigile est juste à l'équilibre. On observe un léger dépassement des coûts réels par rapport aux prévisions avec un coût réel imputable au forfait de 7% supérieur au montant du forfait. Le pôle d'activité s'équilibre car on observe une sous-utilisation de la dotation à ce stade (27% inférieur aux prévisions)
- ◆ Comme mentionné précédemment, l'activité d'habitude aux soins génère des coûts imputables à la dotation de 322% supérieurs aux prévisions.

Q3.3 Dans quelle mesure le modèle de financement proposé est-il adapté au profil des patients accueillis et aux prises en charge ? Est-ce que le forfait à la séquence est aligné avec les enjeux économiques du dispositif ?

Le modèle de financement testé par l'expérimentation HC34 est adapté au profil des patients pris en charge, et aligné aux enjeux économiques du dispositif car il incite les structures et professionnels à prendre en charges les patients en situation de handicap, du fait de la rémunération dédiée.

La généralisation du modèle économique est très attendue par les autres dispositifs de consultations dédiées existants, qui sont actuellement financés par des FIR fixes, facteur limitant de leur montée en charge.

12. Le modèle de financement est adapté au profil des patients accueillis et aligné aux enjeux économiques du dispositif

D'après les entretiens individuels réalisés, le financement à la séquence et non à l'acte des soins courants pour les personnes handicapées est essentiel pour assurer une prise en charge adéquate : ce modèle de financement permet de sortir de la logique d'efficacité de l'acte pour entrer dans une logique de résultat. L'objectif est de pouvoir réaliser les soins courants nécessaires aux patients en situation de handicap et en échec de soins dans le milieu ordinaire. Le modèle de financement proposé permet de rémunérer le temps passé (par l'habitude aux soins, les consultations plus longues, ...), normalement plus long que celui observé dans le milieu ordinaire, pour aboutir au résultat escompté.

Les patients suivis par AMPPATI ont indiqué n'avoir **aucun reste à charge**, en dehors des frais de transport et de parking pour ceux qui se sont déplacés avec leur propre véhicule, ce qui peut représenter un coût pour les patients venant de l'extrémité du département. A noter qu'une patiente interrogée avant la consultation, ne savait pas dire si elle devrait payer en sortie de consultation.

Les aidants, en grande partie, n'avaient pas d'activité professionnelle ou s'étaient organisé pour fixer le rendez-vous une journée où ils ne travaillaient pas, limitant ainsi les éventuelles pertes salariales ou de congés pour l'aidant. Nous avons constaté **une prise en compte systématique des contraintes professionnelles des aidants familiaux** dans la prise des rendez-vous. C'est un élément essentiel pour ne pas augmenter les coûts indirects pour les familles, même si celles-ci sont en général accoutumées à devoir poser des jours de congés pour accompagner leurs enfants à des rendez-vous médicaux ou paramédicaux. Aucune autre dépense n'a été indiquée par les patients ou leurs aidants.

13. Le modèle de financement est globalement généralisable et très attendu par l'écosystème des consultations dédiées

Le nouveau modèle a aussi été pensé pour pouvoir s'adapter aussi bien aux nouvelles entités qu'à celles disposant déjà d'investissements, en séparant les charges fixes (couvertes par la dotation) des charges variables (couvertes par des forfaits à la séquence).

Les autres structures de consultations dédiées interrogées disposent d'une dotation FIR fixe, négociée avec leur ARS tous les ans ou tous les deux ans. **La plupart des Handiconsult interrogés ne considèrent pas la dotation fixe comme une situation pérenne**, car ils sont soumis aux négociations avec les ARS et ne peuvent monter en charge autant que de besoin car les dotations fixes ne permettent pas de dépasser un nombre de venues/séquences pour pouvoir rester à l'équilibre.

D'après les entretiens qualitatifs menés avec les divers dispositifs de consultations dédiées, la génération des recettes est actuellement différente selon les structures : alors qu'Handiconsult 74 est financée sur 1600 venues, Handiconsult Evrard dispose d'une dotation fixe annuelle pour un certain volume d'activité, mais avec une part variable une fois le volume d'activité dépassé. Pour Handiacès 29, c'est le CHRU de Rennes qui reçoit le FIR qui est ensuite redistribué à la Fondation ILDYS. Enfin, au CHU de Brest, des consultations pluriprofessionnelles sur la forme de HDJ sont organisées pour les patients, facturées via la circulaire frontière¹¹. La circulaire frontière est utilisée dans plusieurs structures hospitalières de consultations dédiées, d'après les entretiens réalisés avec les ARS et les professionnels des structures interrogées.

De ce fait, la généralisation du dispositif est très attendue par les autres dispositifs de consultations dédiées existants. Cependant, des **adaptations pourront être envisagées** devant la diversité des types de prises en charge proposées pour la prise en charge des soins courants des personnes handicapées en échec de soins dans le milieu ordinaire. Les prérequis financiers sont développés dans la partie reproductibilité du présent rapport.

¹¹ D'après l'instruction N°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010, un GHS (groupement homogène de séjour) ne peut être facturé que si l'état de santé du patient présente les caractéristiques suivantes : un caractère instable ou un diagnostic reste incertain (1), nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation (2), nécessite la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques (3).

Reproductibilité : Q4. Le dispositif est-il suffisamment structuré, non dépendant des spécificités locales et soutenable pour permettre une généralisation ?

Q4.1 Est-ce que l'échelle départementale est le niveau adapté au dispositif (déplacements, taille critique) ?

L'échelle départementale semble être le minimum pour un maillage territorial adapté des dispositifs handiconsult, et ce pour plusieurs raisons :

- ◆ Pour garder des distances maximales acceptables à parcourir par les patients
- ◆ Pour adresser tous les besoins de la population

Pour définir le maillage territorial des dispositifs de consultations dédiées, il pourrait être pertinent de sortir de la logique départementale, en réfléchissant en termes de distances maximales à parcourir pour accéder aux soins.

Dans tous les cas, il serait également important de trouver des solutions de prise en charge adaptée des soins courants pour les personnes handicapées isolées et éloignées des dispositifs de consultation dédiées, en articulant les dispositifs handiconsult à d'autres initiatives existantes, par exemple des **équipes mobiles qui pourraient jouer le rôle d'identification des besoins et d'orientation de cette patientèle vers le lieu dédié handiconsult au besoin.**

En même temps, il semble primordial de privilégier le concept de pluridisciplinarité des pôles de consultations dédiées lors de la réflexion sur leur maillage.

1. L'échelle départementale est un maillage minimum voire insuffisant d'après les acteurs clés interrogés

Les entretiens menés auprès de **plusieurs acteurs clés de l'écosystème des consultations dédiées** ont tous conclu au fait **qu'un minimum d'un handiconsult par département serait souhaitable.**

- ◆ Interrogés en groupe, **les adresseurs de HC34 ont indiqué que le périmètre idéal serait le niveau départemental pour limiter le temps de transport et limiter les engorgements actuels d'HC34.** Par exemple, deux adresseurs « *préservent* » le dispositif HC34 et n'envoient que les patients qui en ont le plus besoin pour réserver l'accès à des patients qui ne peuvent pas faire autrement que de consulter chez HC34.
- ◆ Les entretiens réalisés avec les **référénts handicap des ARS** ont conclu au **besoin d'un handiconsult par département au minimum**, car les associations de patients soutiennent que les temps de trajets actuels sont trop élevés du bout d'un département à l'autre. **Pour certains référénts, un dispositif par département semble insuffisant.**
- ◆ Les aidants et patients interrogés sont prêt à faire 1h30 de trajet aller, or un rayon de 1h30 autour de Montpellier ne couvre pas l'ensemble du département.

2. Pour définir le maillage idéal des consultations dédiées, l'angle des distances à parcourir par les patients est à envisager

Les données montrent également que la distance peut constituer un frein à l'accès aux soins. On observe dans le tableau suivant que la patientèle d'HC34 n'est pas représentative de l'origine de la population de l'Hérault, avec la population la plus éloignée moins bien représentée parmi la patientèle HC34.

Tableau : Segmentation de la population de l'Hérault et de la patientèle HC34 selon la distance de leur commune de résidence à l'adresse d'HC34

	Population de l'Hérault	Patientèle de HC34
<i>Moins de 5 km</i>	28%	48%
<i>Entre 5 et 19 km</i>	22%	21%
<i>Entre 19 et 42 km</i>	25%	18%
<i>Plus de 42 km</i>	25%	13%

Source : INSEE, DPI

De ce fait, il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence de l'échelle départementale pour mailler les dispositifs handiconsult dans une optique de généralisation. Il semblerait **plus pertinent de définir un maillage réfléchi selon la distance maximale à parcourir pour accéder aux plateaux de consultations dédiées.**

Si l'échelle départementale est choisie, il serait **pertinent de trouver des solutions pour faciliter l'accès aux patients isolés** se situant à plus d'1h30 d'un dispositif handiconsult. Une possibilité pourrait être la mise en place d'équipes mobiles pour aller directement vers les patients les plus isolés. **Un financement dédié aux transports et au déplacement pourrait être envisagé.** Une synergie avec d'autres dispositifs existants est également à envisager dans ce contexte, comme les bus buccodentaires. Il est nécessaire de garder à l'esprit que les bus buccodentaires et autres initiatives n'ont pas vocation à se substituer aux consultations dédiées, mais bien à les compléter. Ils ne prennent pas en charge le même type de patientèle et n'ont pas la possibilité de réaliser des soins aussi poussés qu'au sein des centres de consultations dédiées. La coordination avec ce type de dispositif est néanmoins essentielle, dans une optique de parcours patient : la démarche d'aller vers le lieu de vie du patient pourrait permettre par exemple l'identification des besoins auprès de patientèles isolées, et d'orientation en fonction des besoins vers les dispositifs de consultations dédiées ; ou encore intervenir en aval des soins dans un centre de consultations dédiées pour une patientèle dont le déplacement au centre est difficile, afin de réaliser un suivi post-soins.

14. L'échelle départementale est le maillage minimum pour répondre à un besoin actuellement non couvert

Par ailleurs, l'échelle départementale est le minimum pour pouvoir **répondre au besoin de soins courants pour les personnes handicapées.** Comme montré précédemment, HC34 a arrêté de communiquer auprès de ses adresseurs potentiels, car le dispositif ne pouvait pas absorber davantage de charge. Le tableau suivant montre que **sur les plus de 700 établissements adresseurs potentiels du département, HC34 ne compte réellement que 37 adresseurs.** Le besoin de la population est loin d'être complètement converti en demande, du fait de la communication limitée sur cette nouvelle offre de soins. De ce fait, il ne semble pas envisageable de prévoir moins d'un

dispositif de consultations dédiées par département, en considérant l'objectif de répondre aux besoins de la population.

Tableau : nombre d'adresseurs potentiels et effectifs pour HC34 dans l'Hérault, par catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement	Nombre d'adresseurs potentiels dans le département	Nombre d'adresseurs réels d'HC34
Etablissement avec hospitalisation	72	0
Centre de santé/cliniques	163	2
Etablissement psychiatrique	33	0
Etablissement accueillant des enfants ou adolescents handicapés	112	11
Etablissement accueillant des personnes âgées	184	9
Etablissement accueillant des adultes handicapés	131	12
SSIAD	38	0
Autres (associations, agences, ...)	Non chiffrable	3

Source : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux pour les établissements. « Effectif et densité de professionnels de santé libéraux par département » pour les libéraux en 2021. Le tableau ne prend pas en compte ni les cabinets de consultations, ni les laboratoires ou pharmacies.



Sources : liste des adresseurs fournis par HC34 et Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux. Ces graphiques ne prennent en compte que les établissements adresseurs, et non les potentiels adresseurs individuels.

Il est nécessaire de **réfléchir le maillage territorial des dispositifs de consultations dédiées selon les besoins populationnels** : si un dispositif venait à être créé dans chaque département, il faudrait que le dimensionnement corresponde aux besoins et aux densités de population du département.

15. L'intérêt de maintenir un lieu unique de consultations pour les personnes handicapées

Un des facteurs de réussite du dispositif handiconsult 34 semble être la pluridisciplinarité du centre de consultation, permettant aux patients de réaliser tous leurs soins courants au même endroit. Le fait de revenir au même endroit et de rencontrer les mêmes professionnels d'une fois sur l'autre est un **élément rassurant et facteur de réussite des soins chez les patients handicapés**, spécifiquement pour ceux touchés par un handicap cognitif. On remarque d'ailleurs comme mentionné plus haut dans le présent rapport, que **les patients effectuent en moyenne plus de 2 séquences de soins** chacun au sein du dispositif.

La réflexion sur le maillage territorial et sur l'accès aux soins pour les patients amène à envisager à une éventuelle segmentation des dispositifs dans plusieurs zones géographiques. Cependant, **regrouper les spécialités de consultations dédiées ensemble est un tel facteur de réussite et d'attractivité qu'il semble important de privilégier cette caractéristique.**

Q4.2 Quels sont les liens de dépendance de la structure avec les autres acteurs sanitaires, médico-sociaux et institutionnels ?

De nombreux partenariats ont été créés entre HC34 et les autres acteurs de l'Hérault (ordres de médecins et de sage-femmes, CH/CHU, adresseurs). Les autres dispositifs de consultations dédiées ont également établi des partenariats à l'échelle territoriale pour faciliter leur développement. C'est d'ailleurs sur l'écosystème existant d'initiatives et de partenariats qu'il serait pertinent de capitaliser pour la généralisation d'handiconsult.

La dépendance d'HC34 à Propara est adaptée aux besoins d'HC34 : seuls les fonctions support, les locaux, la radiologie sont des éléments partagés entre les deux structures. Le logiciel l'était aussi, mais HC34 a développé son propre logiciel patient.

La présence d'une structure mère constitue un atout de taille pour la création de dispositifs de consultations dédiées. Ils permettent de réaliser des économies importantes et facilitent la création du dispositif.

1. HC34 a lié des partenariats clés avec plusieurs acteurs du territoire, comme les autres dispositifs handiconsult en France

a) Les partenariats d'HC34

Tout d'abord, HC34 s'appuie sur de nombreux acteurs du territoire afin de se développer et d'accompagner au mieux les patients souffrant de handicaps, parmi eux, on compte :

- ◆ **Les ordres de médecins et de sage-femmes**, qui diffusent les offres de vacations à leurs membres et permettent ainsi le recrutement de personnel médical
- ◆ **Le CHU de Montpellier** grâce auquel Handiconsult peut stériliser son matériel médical, et dont le nouveau radiologue est détaché
- ◆ **Le CHU de Nîmes** avec qui un projet de construction d'un Handibloc, solution de dernier recours lorsqu'une anesthésie générale sera nécessaire, est en cours
- ◆ **Les différentes ESMS et cabinets de consultations**, qui réorientent les patients éligibles vers HC34 lorsque nécessaire

Les adresseurs interrogés en groupe ont confirmé qu'ils notaient l'influence d'autres projets sur le territoire bien qu'il en existe très peu à ce jour. Ont été cités :

- ◆ **Oncodéfi**, qui permet un accompagnement de personnes déficientes intellectuelles dans la prise en charge de cancers
- ◆ **Le centre de référence des maladies neuromusculaires**, au sein du CHU, et l'Institut Saint Pierre, dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire très spécifique et dédiée
- ◆ **Les dentistes libéraux** qui effectueraient des soins sous MEOPA

Les 2 premiers services sont identifiés comme étant complémentaires de HC34 dans les cas très spécifiques concernés et le troisième comme un moyen de décharger HC34, à condition de pouvoir les identifier et de lever le frein du remboursement du MEOPA en libéral. D'après une recherche empirique, le reste à charge pour les patients en dehors d'HC34 dépend de la structure (hospitalière ou privée libérale), parfois de la quantité de gaz utilisée pendant la séance, et de la mutuelle du patient. Les séances de MEOPA sont proposées à environ 30 euros en structure hospitalière, et peuvent aller jusqu'à 120 euros en cabinet libéral.

Les synergies observées par les adresseurs seraient plutôt dans un sens de HC34 vers les autres services de soins dans la mesure où les professionnels qui ont accompagné des patients à HC34 sont ensuite en mesure de mieux préparer leurs patients ou de suggérer des aménagements de prise en charge lors des consultations de leurs patients dans un autre lieu que HC34.

Les autres structures de consultation dédiées interrogées ont également noué des partenariats stratégiques sur leur territoire : sur les 8 structures interrogées, 6 en ont un avec des CH ou CHU, 4 avec la Société française des consultations dédiées, 4 avec des ESMS, 2 avec une clinique, 2 avec des associations de patients et une seule avec l'industrie pharmaceutique (mécénat via du don de matériel à Handiconsult 74). On remarque que **les CH/CHU occupent une place prépondérante dans les partenariats** : soit la structure-mère est un CH/CHU, soit la structure construit un partenariat avec le CH/CHU.

Par ailleurs, HC34 a la particularité de s'appuyer sur les ordres de médecins pour recruter des vacataires, c'est le seul à avoir ce type de partenariat puisque la plupart des autres structures ont des praticiens salariés ou détachés.

Ces partenariats et synergies se révèlent être **indispensables au bon fonctionnement d'HC34** et constituent une aide précieuse, à l'instar des ordres de médecin et de sage-femmes, qui permettent

le recrutement de personnel médical malgré la pénurie de professionnels de santé. De même, la stérilisation du matériel médical est indispensable, surtout pour la spécialité dentaire.

b) Des partenariats similaires ont été formés dans les autres territoires

Les ARS interrogées, qui ont une visibilité globale de l'écosystème de la prise en charge des soins courants pour les personnes handicapées sur leur territoire, ont témoigné d'écosystèmes solides avec beaucoup d'interactions entre les différentes initiatives :

- ◆ Entre les différents dispositifs de consultations dédiées au sein d'un territoire
- ◆ Entre les dispositifs de consultations dédiées et d'autres initiatives, comme les bus buccodentaires. Parfois toutes ces initiatives sont coordonnées, comme en Bretagne par le groupement associatif Breizh Handicap, une structure d'appui aux professionnels et dispositifs intervenant dans le champ du soin et du handicap en Bretagne.

Dans une optique de reproductibilité, il serait pertinent d'envisager la généralisation des dispositifs handiconsults en s'appuyant sur les dispositifs, initiatives et synergies existants.

2. Un lien de dépendance inévitable avec la structure-mère, à utiliser comme un levier

a) Beaucoup de postes de dépenses sont partagés avec la structure, certains seulement sont dissociables de ceux de la structure mère

Parmi les coûts partagés avec Propara, on identifie :

- ◆ le secrétariat, des fonctions support (Direction générale, DAF, RRH, Assistante RH, Comptable, Assistante direction, Economat, Accueil, Informatique) ;
- ◆ du personnel médical et paramédical (le radiologue, la manipulatrice radio, l'assistance soignante, brancardier, assistance dentaire) ou de pharmacie ;
- ◆ des frais de structure : loyer, énergie (eau, électricité, chauffage), assurances ainsi que d'autres services extérieurs (frais postaux et téléphoniques, nettoyage des locaux).

Le tableau ci-dessous montre tous les pôles de coûts partagés avec la structure PROPARA, et la part des coûts imputée au dispositif HC34.

Tableau : Coûts partagés avec la structure Propara au T1 2023

	Coûts réels pris en charge par HC34	Volume (ETP ou m2) assignés à HC34	Clef de répartition	Pourcentage pris en charge par HC34 sur les coûts totaux
<i>Assistante gestionnaire de flux</i>	1 127 €	0,10	ETP	12%
<i>Secrétaire médicale</i>	5 932 €	0,50	ETP	50%
<i>Direction générale</i>	5 300 €	0,10	ETP	12%
<i>DAF</i>	5 058 €	0,15	ETP	18%
<i>RRH</i>	411 €	0,02	ETP	2%

<i>Assistante RH</i>	298 €	0,02	ETP	2%
Comptable	810 €	0,05	ETP	7%
<i>Assistante direction</i>	1 020 €	0,05	ETP	7%
Economat	873 €	0,05	ETP	6%
<i>Accueil</i>	614 €	0,05	ETP	5%
Informatique	1 622 €	0,10	ETP	12%
<i>Aide-soignant 1</i>	6 213 €	0,50	ETP	100%
Aide-soignant 2	6 996 €	0,50	ETP	100%
<i>Brancardier</i>	507 €	0,03	ETP	3%
Préparatrice en pharmacie	770 €	0,06	ETP	6%
<i>Pharmacienne</i>	2 124 €	0,06	ETP	6%
Médecin imagerie médicale	4 239 €	0,05	ETP	13%
<i>Manipulatrice radio</i>	670 €	0,04	ETP	5%
CSO	4 703 €	0,35	ETP	35%
<i>CSO</i>	7 244 €	0,50	ETP	50%
Loyer	5 708 €	195,59	M2	2,3%
<i>Energie</i>	2 278 €	N/A	M2	2,3%
Assurances	105 €	N/A	M2	2,3%
<i>Autres services extérieurs</i>	2 557 €	N/A	M2	2,3%
Investissement et maintenance de l'imagerie	3 349 €		Volume d'activité	20%

Source : Comptabilité analytique de l'unité

Selon la directrice financière d'HC34, **malgré le nombre élevé de postes de dépense partagés, un certain nombre peuvent, dans l'éventualité d'une entité Handiconsult indépendante, être entièrement séparés :**

- ◆ Les fonctions support et le secrétariat peuvent être pris en charge et gérés par un secrétariat médical.
- ◆ Le loyer, l'assurance et l'énergie peuvent être séparés si l'Handiconsult devient une entité indépendante.

En revanche, **d'autres postes, qui sont indispensables pour le bon fonctionnement du dispositif, mais dont le temps nécessaire est très faible au regard de l'activité d'HC34, semblent plus difficiles à dissocier**, comme le **personnel de pharmacie ou de radiologie**, et le **personnel support** (direction générale, DAF, RH, etc.) qui sont assignés à 0,1% environ à HC34.

De ce fait, **l'existence d'une structure-mère constitue un atout important, facilitant la création de plateaux de consultations dédiées**. Les **freins potentiels** à l'existence de dispositifs autonomes seraient :

- ◆ **les investissements fixes à prévoir**, beaucoup plus importants dans le cas d'une structure indépendante, en particulier concernant certaines spécialités comme l'imagerie.
- ◆ La direction du dispositif : RH, DAF, ... qu'il serait difficile de dimensionner. Dans l'optique d'une généralisation de structures handiconsult indépendantes **pourrait être envisagée une direction générale commune à plusieurs handiconsult**.

b) La dépendance à la structure-mère diffère selon son type, et présente des avantages et inconvénients à identifier

HC34 est rattaché à un centre SSR et il bénéficie d'une grande autonomie vis-à-vis de sa structure-mère. D'une part, **HC34 a su tirer parti des avantages que lui donnait son rattachement à Propara :**

- ◆ Pour la mise en place de **consultations d'imagerie dédiées**, qui auraient nécessité un investissement majeur en matériel sans la structure mère.
- ◆ Pour les **fonctions supports qui sont occupées par des professionnels de Propara détachés une partie du temps** sur HC34 (DAF, direction générale, ...)
- ◆ Pour certains **professionnels médicaux et paramédicaux** comme la manipulatrice radio, la radiologue, brancardier, etc. qui sont également détachés de Propara une partie du temps.

HC34 a aussi su se détacher de sa structure mère lorsque nécessaire, et ce sur plusieurs aspects :

- ◆ La **création de son propre logiciel** en 2023 car celui de Propara ne convenait pas
- ◆ La **constitution de ses propres salles de consultation** dentaire, ophtalmologique, gynécologique, et d'ORL
- ◆ La mise en place d'une **entrée séparée** de celle du centre Propara
- ◆ La création d'un **partenariat avec le CHU de Nîmes** afin de mettre en place un handibloc

Le fait que la structure mère d'HC34 soit un SSR pose tout de même des limites au développement du dispositif, malgré la capacité de ce dernier à s'émanciper de Propara et de nouer des partenariats sur tout le territoire :

- ◆ **L'absence de bloc opératoire oblige certains patients à être réorientés en milieu ordinaire** lorsque l'habitué aux soins ne suffit pas et qu'une anesthésie générale est nécessaire, ou qu'une anesthésie générale est requise dans tous les cas. **Cet élément n'est pas bloquant dans une optique de généralisation** pour qu'un SSR soit une structure mère d'un dispositif de consultations dédiées. Il est important de noter que **dans ce cas, il serait pertinent de nouer des partenariats avec des centres hospitaliers pour la création d'un dispositif Handibloc** comme actuellement en cours entre HC34 et le CHU de Nîmes.
- ◆ **L'absence de stérilisation interne à HC34** freine la montée en charge car la stérilisation est délocalisée au CH de Montpellier.

Des entretiens qualitatifs avec d'autres structures handiconsult ont montré que **le type de structure-mère d'accueil des dispositifs est variable : centres de santé, SSR, ou centres hospitaliers** hébergent des dispositifs handiconsult. Chaque type de dispositif comprend des avantages et des inconvénients, résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau : récapitulatif des avantages et inconvénients du choix de la structure mère d'un dispositif de consultations dédiées

<i>Type de structure mère</i>	Avantages	Inconvénients
SMR	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Présence de professionnels de coordination et praticiens formés au handicap et variés (psychologues, psychomotriciens, ...) ◆ Matériel lié à la rééducation déjà présent ◆ Plateaux techniques développés, avec souvent présence de l'imagerie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pas d'autorisation pour un autoclave pour stérilisation ◆ Pas d'accès à un bloc opératoire ◆ Peu de professionnels liés aux soins courants déjà sur place
<i>Hospitalier</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Un grand nombre de spécialités disponibles ◆ Investissements déjà réalisés ◆ Formation du personnel hospitalier pour une prise en charge du parcours de soins à l'échelle de l'hôpital ◆ Coordination avec le référent handicap ◆ Possibilité d'une prise en charge plus ou moins lourde (handicap léger à lourd) ◆ Selon les services hospitaliers impliqués, possibilité de faire appel à des professionnels ayant une connaissance spécialisée du handicap 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Difficulté à mobiliser les praticiens ◆ Moins de liberté d'organisation ◆ Environnement plus difficilement démedicalisé
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Présence de praticiens des soins courants déjà sur place ◆ Se rapproche davantage du milieu ordinaire donc possibilité de prise en charge mixte ◆ Stérilisation souvent possible 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pas d'accès à des plateaux techniques avancés : peu d'imagerie, pas de bloc opératoire
<i>Pas de structure mère</i>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lieu spécifique à la prise en charge du handicap, aisément identifiable ◆ Connaissance du handicap spécialisée 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ coûts d'entrée conséquents à réaliser ◆ Peu de spécialités disponibles ◆ Spécialistes à recruter ◆ Pas de forme juridique déjà définie ◆ Long démarrage de la structure (construction, installation, recrutement, ...)

Source : entretiens menés auprès de tous les acteurs interrogés (ARS, professionnels, adresseurs, porteurs)

La connaissance du handicap est également un critère clé : il représente un avantage considérable pour la bonne mise en œuvre du dispositif.

On conclut donc que l'existence d'une structure mère pour accueillir les dispositifs handicaps :

- ◆ **N'est pas un prérequis** : une structure handicaps pourrait exister de manière autonome, comme un centre de santé indépendant
- ◆ Permet de **réaliser des économies importantes** sur les fonctions support et les immobilisations (matériels, ...)

Q4.3 Quels sont les prérequis organisationnels et financiers pour le bon fonctionnement et le succès du dispositif ?

Un des prérequis à la généralisation du dispositif handicaps est son **concept pluridisciplinaire** avec la **pérennisation de spécialités socles et de l'habitué aux soins**. Ce dispositif généralisé pourra constituer une **offre de soins nouvelle, en particulier pour des patients qui n'ont pas vocation à revenir en milieu ordinaire**, comme c'est le cas pour la majorité des patients bénéficiant actuellement de consultations dédiées.

On compte **plusieurs prérequis organisationnels** au bon fonctionnement du dispositif et à sa généralisation, parmi lesquels **l'équipe socle de coordination formée au handicap avec un cahier des charges à étendre**, un **système d'information et des locaux adaptés**, et une **communication précise et généralisée aux adresseurs**.

Le **montant d'investissements** nécessaire afin de mettre en place une consultation dédiée **varie en fonction de la structure-mère et des spécialités proposées**. Concernant HC34, les investissements totaux au 31 mars 2023 s'élevaient à 515 860€.

L'**adaptation du modèle économique à certains handicaps déjà existants** pourra se révéler **nécessaire** : certains handicaps ont des fonctionnements bien particuliers et par exemple, certains ne proposent que de la coordination mais pas de lieu dédié aux consultations. De plus, **tous les forfaits n'existent pas encore pour toutes les spécialités**, alors que beaucoup de spécialités différentes sont proposées dans les handicaps.

Si le modèle économique de HC34 était appliqué, la généralisation à la France entière des handicaps avec un maillage territorial départemental représenterait un coût estimé de fonctionnement (forfaitaire uniquement) annuel minimal de 84 millions d'euros.

1. Le concept du dispositif

- a) **Une offre de soins nouvelle à penser permanente et non de transition, pour les patients les plus complexes**

Les entretiens menés avec **tous les acteurs clés de l'écosystème** des consultations dédiées (professionnels praticiens et de coordination, porteurs, ARS, patients, aidants et adresseurs) ont souligné **l'importance de la pérennisation** des consultations dédiées. **Selon tous, la grande majorité des patients avec un handicap sévère ne pourront jamais être soignés en milieu ordinaire** malgré

les habitudes aux soins. De ce fait, pour la plupart des patients **les dispositifs de consultations dédiées** représentent **l'unique accès recours aux soins courants**. Il est donc primordial de se représenter les dispositifs de consultations dédiées comme une **nouvelle offre de soins, et non comme un tremplin de transition vers le milieu ordinaire**.

D'après les entretiens réalisés avec les référents handiconsult des ARS, **les consultations dédiées doivent être réservées à un public au handicap complexe** et leur permettre l'accès à toutes les spécialités. **Pour les patients handicapés moins complexes**, qui pourraient se faire soigner dans le milieu ordinaire, il a été suggéré de **capitaliser sur l'existence des référents handicap**, qui pourraient **coordonner le parcours** de ces patients moins complexes **vers des professionnels du milieu ordinaire sensibilisés à la question du handicap** et vers des **structures adaptées** (accès physique possible pour les handicapés moteurs, ...). Néanmoins, il sera **primordial de penser la valorisation** financière du **temps de coordination** des parcours patients handicapés vers le milieu ordinaire, qu'il soit de la prérogative du référent handicap ou d'un autre acteur.

b) La pérennisation de spécialités socle et de l'habitation aux soins

Les discussions menées auprès des professionnels handiconsult de plusieurs régions de France (Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne), ainsi qu'avec les ARS, ont permis d'identifier des spécialités socles définies comme devant être prioritairement accessibles en consultations spécialisées pour des personnes handicapées :

- ◆ Médecine générale (soins somatiques) dont pédiatrie
- ◆ Ophtalmologie
- ◆ Dentaire
- ◆ ORL
- ◆ Gynécologie
- ◆ Dermatologie
- ◆ Imagerie

Par ailleurs, **l'habitation aux soins qui est financièrement valorisée** en tant que telle dans le nouveau modèle économique d'HC34 constitue un **élément indispensable à la généralisation** du dispositif : elle permet de diminuer significativement l'échec de soins avec les praticiens et de valoriser le temps nécessaire à passer auprès des patients pour faciliter leur prise en soins. L'habitation aux soins comme part entière du modèle économique **rend le dispositif plus attractif** à la fois pour :

- ◆ **Les praticiens qui peuvent réaliser leurs soins** avec davantage de facilité,
- ◆ **Les structures porteuses** qui ont l'assurance de voir le temps passé auprès des patients valorisé,
- ◆ **Les patients** qui ont accès à des professionnels dédiés à l'habitation aux soins

Les adresseurs interrogés en groupe ont aussi préconisé d'adapter le parcours à l'offre de l'ESMS d'accueil du patient, car **dans certains cas, l'habitation aux soins a déjà été pratiquée en amont dans l'établissement**, permettant de réaliser le soin directement et d'éviter d'allonger les délais pour le soin, en particulier pour des patients souffrant (*ex. de l'adresseur qui souligne que cela représente beaucoup de RDV pour certains patients qui doivent revenir alors qu'ils ont mal et seraient prêts à recevoir le soin dans la foulée pour les soulager*). **La réalisation de l'habitation aux soins directement**

au sein des ESMS d'accueil, quand c'est possible, pourrait être un des objectifs d'une démarche d'aller-vers des équipes de coordination.

2. Des prérequis organisationnels

c) Une équipe socle de coordination avec un cahier des charges à étendre

L'équipe socle de coordination tel qu'existante à Handiconsult 34 est un point commun aux autres dispositifs handiconsult interrogés. **L'équipe de coordination est considérée comme un socle de base indispensable** pour la réalisation efficiente et adaptée du cahier des charges Handiconsult. Les prérogatives de coordination et d'accompagnement aux soins permettent aux praticiens d'exercer les soins dans les meilleures conditions auprès des patients mis en confiance grâce au travail des coordinatrices.

Cependant les entretiens réalisés ont mis en évidence le **besoin d'étendre le cahier des charges des équipes de coordination** si le dispositif venait à être pérennisé. En effet, outre les tâches de coordination et d'accompagnement aux soins, les professionnels interrogés estiment nécessaire le fait de **pouvoir « aller vers » les patients**. De plus, la demande enregistrée pour des consultations handiconsult ne correspond pas au besoin réel des populations handicapées car encore un certain nombre de patients ne connaissent pas le dispositif ou bien n'ont simplement pas conscience d'avoir besoin de soins préventifs ou primaires. De ce fait les équipes de coordination pourraient aller vers les patients, en organisant des **visites aux établissements médico-sociaux** incluant des activités de **sensibilisation, de prévention et jusqu'à des consultations déportées** lorsqu'un besoin est identifié. Les adresseurs interrogés ont également témoigné de **l'importance d'avoir un recours à des consultations déportées non seulement en établissement mais au domicile des PH**. Cette démarche d'aller vers serait notamment utile pour les PH isolées ou pour lesquelles sortir à l'extérieur est très anxiogène ou encore pour lesquelles un déplacement représente « un mur à franchir ». Ils estiment également nécessaire **d'augmenter la fréquence des créneaux de consultations et des possibilités dans la semaine**.

d) La formation continue des professionnels

Les entretiens qualitatifs individuels menés avec les coordinatrices de HC34, ainsi qu'avec les responsables et les professionnels d'autres structures Handiconsult, mettent en exergue **l'importance de la formation ou de l'expérience des professionnels**, praticiens comme équipes de coordination, pour assurer une prise en charge optimale des personnes en situation de handicap. La formation au handicap permet une compréhension approfondie des différents types de handicaps, ainsi que des « *besoins spécifiques de chaque individu* ». De ce fait, elle permet une diminution sensible des échecs de soins et augmente l'efficacité du dispositif.

D'ailleurs, les coordinatrices d'HC34 ont **toutes les trois une expérience dans le handicap** acquise dans leurs expériences professionnelles précédentes. **Les CSO et aides-soignantes qui jouent un rôle clé** dans le bon fonctionnement du dispositif, travaillaient à PROPARA ou à la MAS avant HC34, ce qui fait qu'elles ont également **une très bonne connaissance du handicap**. Les aides-soignantes **n'ont pas reçu de formation particulière** concernant les spécialités sur lesquelles elles interviennent à savoir l'ORL, la gynécologie, l'ophtalmologie et les bilans somatiques. Une des deux a tout de même reçu une formation sur l'autisme indépendamment d'HC34. De même, **les correspondantes en santé**

orale ont toutes reçu une formation sur l'autisme et aucune formation initiale sur le dentaire. Elles ont toutes appris en pratiquant avec les différents professionnels libéraux. Le point essentiel, autant pour les aides-soignantes que pour les correspondantes en santé orale, est **leur connaissance et leur expérience du handicap**.

Cependant, les professionnels interrogés affirment qu'il serait **possible de faire appel à des professionnels débutants**, qui seraient **formés et accompagnés** à la prise en charge spécifique du handicap de manière continue une fois en poste.

Outre les formations continues existantes dans le champ du handicap, une autre modalité de formation est testée par HC34 et recommandée par les coordinatrices interrogées : la supervision des soins par un professionnel formé. Au sein d'HC34, cette supervision a été organisée pour le lancement de l'habituation aux soins, avec une professionnelle venant assister aux consultations pour accompagner les professionnels en cours de formation. Cette modalité de formation pratique pourrait être mise en place dans le cadre d'une généralisation.

e) Le statut des professionnels médicaux intervenant au dispositif

Alors que les professionnels intervenant à HC34 sont des professionnels libéraux, à l'exception du radiologue qui est salarié de Propara, tous les autres dispositifs de consultations dédiées interrogés font appel à des professionnels salariés, détachés de la structure mère pour intervenir au centre de consultations dédiées. D'après les entretiens réalisés avec les professionnels libéraux et salariés d'HC34 et d'autres structures, ainsi qu'avec les différents porteurs, **les deux statuts semblent également adéquats à l'intervention dans des dispositifs handiconsult**. Chacun a néanmoins ses avantages et inconvénients :

- ◆ dans le cas des **professionnels libéraux** : il y a plus de flexibilité pour s'adapter aux fluctuations de l'activité. Cependant le statut libéral nécessite davantage d'adaptation de la structure au professionnel, qui doit coupler les consultations dédiées à son activité libérale d'origine. Par ailleurs cela implique une multiplication des intervenants qui impacte la continuité des soins pour les patients.
- ◆ Dans le cas de **professionnels salariés détachés de la structure mère** : ce modèle permet aussi de la flexibilité pour s'adapter aux fluctuations d'activité et ne nécessite pas d'adaptation particulière de la structure au professionnel. En revanche en fonction des possibilités de détachement, ce statut peut également nécessiter la multiplication des intervenants, qui impacte la continuité des soins.

Dans ces deux cas (professionnels libéraux ou salariés détachés de la structure mère), **un prérequis à la qualité de la prise en charge est la continuité des soins** et des praticiens intervenant auprès des patients. **Un facteur de succès du dispositif est effectivement la possibilité pour le patient d'être soigné par le même praticien** d'une visite à l'autre, ou en tout cas de **minimiser le nombre de praticiens différents** intervenant auprès d'un même patient et de mettre en place de processus permettant la continuité du parcours du patient.

- ◆ dans le cas des **professionnels salariés** : cela représente une charge fixe qui doit ainsi être couverte par un niveau d'activité relativement stable. Avoir un professionnel salarié permettrait aussi davantage de continuité des soins pour les patients car moins d'intervenants différents sont requis pour assurer les soins.

Sur le plan financier, il semble qu'il revient au même en termes de coûts d'avoir un praticien libéral ou salarié.

f) Un système d'information adapté et interopérable avec la structure mère et les adresseurs

La coordination que nécessite la mise en œuvre d'un dispositif du type handiconsult, incluant à la fois la **facturation forfaitaire** et le **recueil d'informations poussées sur le patient** pour pouvoir personnaliser les consultations à ses besoins et à suivre la réalisation des séquences de soins, nécessite un **système d'information adapté**. Le SI développé pour HC34 et utilisé depuis 2023 correspond aux besoins de coordination et ses fonctionnalités pourraient être reproduites dans les systèmes d'information d'autres dispositifs dans l'optique d'une généralisation. Le SI HC34 a été développé par une société privée. Le devis initial pour le développement du logiciel était de 38 400 euros, et de 8 000 euros par an de maintenance, licences et support technique. Comme expliqué précédemment, pour les professionnels et adresseurs, un SI handiconsult doit à minima permettre de :

- ◆ Coller avec l'organisation des consultations et être bien lisible, pour pouvoir voir ce qui a été réalisé à tous les stades (passage au secrétariat, consultations, CR, ...)
- ◆ Avoir un tableau de bord avec toutes les informations du patient
- ◆ Contenir le registre patient avec CR de consultation et le formulaire en ligne, dans un espace sécurisé et accessible aux patients, mais aussi aux ESMS (via un espace institutionnel)
- ◆ Être adapté à la facturation, si cette dernière est au forfait
- ◆ Contenir un agenda, avec les rendez-vous programmés, qui fasse des rappels automatiques
- ◆ Être interopérable au SI de la structure-mère du dispositif, qu'il s'agisse d'un centre hospitalier, d'un centre de santé ou d'un SMR.
- ◆ Permettre aux adresseurs, aidants et autres professionnels de capitaliser sur les informations collectées concernant les adaptations nécessaires à la prise en charge de leurs patients et de faciliter l'organisation des soins de leurs patients/résidents lorsqu'elle est conjointe avec la famille, à travers notamment la notification des changements dans les dates de rendez-vous ainsi que des CR détaillés avec informations sur les protocoles de soins, les gestes pratiqués, des visuels des dents soignées et des adaptations utilisés (aménagement utilisés lors des soins, produits tolérés et efficaces, ambiance à privilégier...) pour la PH pour éviter de répéter des séances d'habituations aux soins (si changement de lieu de soin ou de professionnel par exemple) et pour pouvoir échanger avec le patient sur les soins réalisés et organiser le suivi des soins.

g) Des locaux facilement adaptables

Les 9 différentes structures handiconsult interrogées (dont HC34) sont hébergées par des structures mères aux statuts divers (centres hospitaliers, SMR, centres de santé), et sont de ce fait composées de locaux différents. Tous les professionnels et porteurs interrogés affirment que **les consultations dédiées handiconsult peuvent être réalisées dans tout type de locaux**, tant que les salles de consultation sont adaptées aux soins de la spécialité concernée. Ils préconisent du moins quelques aménagements à réaliser :

- ◆ **Démédicaliser l'environnement** : les professionnels interrogés préconisent de rendre l'environnement le moins médicalisé possible afin d'apaiser le patient. Cet aménagement est facile à mettre en place d'après tous les porteurs interrogés, grâce à des éléments de décoration (coussins, etc.) simples pour « camoufler » l'environnement médical.
- ◆ **Investir dans des outils d'apaisement** : les chariots Snoezelen ou autre outil d'apaisement sont évoqués par les professionnels interrogés car ils permettraient de faciliter l'habitué et la prise en charge des patients, en particulier pour les profils dyscommunicants. Ces investissements ne sont cependant pas définis comme indispensables par les professionnels interrogés.

Photo : Exemple de chariot Snoezelen



h) Une communication précise auprès des adresseurs est indispensable

Les adresseurs interrogés en groupe ont indiqué qu'une coordination optimale pouvait être assurée par différents moyens :

Des outils de communication adaptés : une ligne de téléphone directe et une adresse mail en plus de la plateforme afin d'assurer aux adresseurs d'être en mesure de contacter l'équipe y compris sur des horaires décalés. Des CR transmis informatiquement et en version papier en sortie de consultation.

Des interlocuteurs clairement identifiés : les coordinatrices sont leurs interlocutrices uniques et le rôle de chacune d'elle doit être précisé afin d'assurer une communication efficace au sujet du patient.

Une connaissance précise du dispositif : En premier lieu, l'ensemble des adresseurs potentiels (médecins généralistes, dispositifs spécifiques aux PH dans le département) doit être informé de l'existence d'HC34 et de ses spécificités pour pouvoir adresser les patients qui relèvent de cette prise en charge. Une fois la structure identifiée, ils ont besoin de connaître dans les détails les différentes spécialités proposées et le fonctionnement d'HC34 tant en manière d'organisation que de spécificité

des séances d'habitation au soin et soins proposés. Il pourra également être pertinent de prévoir une sensibilisation des adresseurs aux besoins des patients handicapés, et notamment sur la question des soins somatiques qui semblent encore peu connus des adresseurs.

Des outils mutualisés : les adresseurs qui ont la possibilité de réaliser en interne des séances d'habitation aux soins jugent utile d'avoir accès aux outils (ustensiles et images) utilisés lors de la consultation pour uniformiser les outils de communication et de préparation avec les PH.

3. Les prérequis financiers à la généralisation des dispositifs handiconsult

i) Des investissements au démarrage inégaux en fonction des spécialités et de la structure mère.

Selon le plan d'amortissement des investissements fourni par le porteur, **le montant total des investissements matériels pour la mise en place du dispositif a été de 515 860€**, pour un dispositif accueillant environ 1500 venues en première année d'expérimentation et environ 3000 venues prévues la dernière année. Cette somme est répartie selon les spécialités et les catégories de la manière suivante. Comme on l'observe dans le tableau, certaines spécialités ont nécessité des investissements plus ou moins importants au démarrage.

Tableau : montant des investissements réalisés par HC34 par spécialité

<i>Spécialité</i>	Montant investi par le dispositif HC34
Dentaire	179 323 €
<i>Imagerie</i>	89 473 €
Ophtalmologie	60 194 €
<i>ORL</i>	68 251 €
Gynécologie	12 806 €
<i>Bilan somatique</i>	3 931 €
Stérilisation	31 618 €
<i>Dépenses HC34 générales</i>	70 263 €
Total général	515 860 €

Source : comptabilité analytique HC34

On remarque que **le dentaire représente la plus grande part des investissements** parmi les spécialités, de même, c'est le matériel qui se trouve être le plus coûteux. Ces investissements sont cependant amortis sur le long terme (jusqu'à 15 ans) afin de couvrir les dépenses effectuées.

L'imagerie ne représente que 89 473 euros d'investissement, car les **appareils d'imagerie sont loués en crédit-bail, dont 20% seulement est attribué à HC34**, et ne sont pas pris en compte dans les immobilisations. La location en crédit-bail des appareils d'imagerie coûte au total environ 27 100 euros par an pour la table de radiographie, et 12 500 euros par an pour l'échographe. En plus des 89 473 euros investis pour des immobilisations, s'ajoutent des charges de maintenance (18 000 euros par an pour la radiographie et l'échographe). **L'imagerie constitue donc une spécialité pour laquelle les investissements à réaliser pour une structure autonome sont très importants, et pour laquelle un partage de locaux avec une structure mère semble adapté.**

Les autres spécialités, créées de manière autonome par HC34, nécessitent des investissements égaux ou inférieurs à 60 000 euros. **La gynécologie et les bilans somatiques sont les spécialités les plus faciles à mettre en place en termes d'investissements en matériel** à réaliser.

Le tableau ci-dessous fait état des investissements réalisés par pôle de dépense : on observe que le **matériel médical représente la part du budget d'investissement la plus importante**. Viennent ensuite :

- ♦ **L'aménagement**, qui constituerait une dépense variable en fonction des locaux d'origine du dispositif Handiconsult.
- ♦ **L'informatique**, qui constituerait une dépense moins importante **si le logiciel venait à être répliqué** dans d'autres dispositifs handiconsult. Cependant des dispositifs pourraient choisir d'autres éditeurs de logiciel, ce qui ne signifie pas forcément moins de coûts.

Tableau : montant des investissements réalisés par HC34 par pôle de dépense

<i>Catégorie</i>	Montant investi
Aménagement	105 949 €
<i>Matériel</i>	260 990 €
Informatique (matériel)	12 293 €
<i>Informatique (logiciel)</i>	93 466 €
Mobilier	43 162 €
Total	515 860 €

Source : comptabilité analytique d'HC34

Le prérequis à la généralisation des dispositifs handiconsult est donc un investissement conséquent et dans chaque spécialité, mais très variable en fonction :

- ♦ Du niveau de matériel médical déjà acquis par la structure mère, s'il y a une structure mère
- ♦ Du niveau d'aménagement de l'espace des locaux initiaux à l'activité des consultations spécialisées

j) Des coûts fixes variables en fonction des structures mères

Le tableau ci-dessous affiche les coûts fixes de 4 dispositifs de consultations dédiées : HC34, Handiacès 35 (Saint-Hélier) et Handiconsult 69 (Lyon), et un dispositif anonyme hébergé dans un centre hospitalier.

Tableau : montant des coûts fixes générés par quatre différents dispositifs de consultations dédiées, par pôle de dépense

	HC34 (SMR)	Saint-Hélïer (SMR)	Lyon (Centre de santé)	[anonyme] (centre hospitalier) ¹²
Personnel de coordination	208 129 €			
Praticiens et assistance	290 808 €	255 276 €	187 723 €	206 817 €
Autre personnel HC34	97 555 €			
Structure	84 796 €	14 010 €	62 581 €	13 648 €
Investissements & Maintenance	63 052 €	21 105 €	27 972 €	
Labo & Stérilisation	16 180 €	11 983 €		
Consommables, pharmacie, petits équipements	37 169 €	2 685 €		391 €

Source : porteurs des dispositifs, ARS

On observe une répartition inégale des coûts fixes en fonction des structures, et des montants également inégaux :

- ◆ La part des coûts RH représente 75% du coût total à HC34, 83%   Saint-H lïer et 67% à Lyon, et 79% dans le centre hospitalier.
- ◆ Le pôle St H lïer a en revanche des coûts de structures particulièrement faibles (4,5% du budget global) alors que ce pôle représente 22% des coûts du dispositif de Lyon, 10,6% des coûts d'HC34, et 5,2% des coûts du dispositif du centre hospitalier.
- ◆ Le dispositif de Lyon n'affiche aucun coût lié à la stérilisation, probablement du fait de son statut de centre de santé. Le dispositif hébergé dans le centre hospitalier n'affiche pas non plus de coût de stérilisation, ni de laboratoire ou d'investissements, et des coûts de structures faibles car sur le plan comptable, ces coûts doivent être imputés à l'hôpital intégralement ou presque intégralement.

Il est donc important de noter que la dotation liée aux coûts fixes du dispositif devra être spécifique à chaque dispositif, et régulièrement réévaluée pour pouvoir suivre leur montée en charge.

k) Un modèle économique qui ne pourrait pas s'appliquer à la diversité organisationnelle des dispositifs de consultations dédiées existants

Lors des entretiens réalisés avec les porteurs de projet d'autres dispositifs de consultations dédiées, nombreux ont été considérer le financement FIR non pérenne, et à solliciter les forfaits à la séquence d'HC34. En effet, les forfaits à la séquence assurent un revenu régulier à la hauteur du

¹² Les charges totales s'élèvent à 261 794  pour ce dispositif, mais seules les charges de personnel, de structure et de matériel sont connues.

nombre de patients, contrairement aux financements FIR qui peuvent s'arrêter du jour au lendemain, de plus, ils permettent de financer la montée en charge des handiconsult, contrairement encore une fois aux FIR qui sont fixes et renégociés tous les ans ou tous les deux ans.

Cependant, la diversité organisationnelle des différents types de dispositifs de consultations dédiées rend **l'application à l'identique du modèle économique difficile**, en particulier **pour les dispositifs réalisant uniquement de la coordination**.

Le tableau suivant montre la répartition des ETP au sein de 3 dispositifs de consultations dédiées : HC34, Handiaccès Brest et Handiaccès 35 (Saint-Hélier).

Tableau : répartition des ETP au sein de trois dispositifs de consultations dédiées, par type de personnel

	HC34	Brest	Saint-Hélier
Personnel de coordination	2,81	2	1,8
Praticiens et assistance	2,39	0,8	2,05
Autre personnel support	1,29	0,6	0,25

Source : porteurs des dispositifs

On observe un plus grand nombre d'ETP pour la catégorie « Praticiens et assistance » à HC34 et à St Hélier qu'à Brest. Cette différence est directement liée au fait qu'à **Brest, la coordination est la partie la plus importante de l'activité**, avec beaucoup d'orientation des patients non pas vers un lieu de consultations dédiées, mais à des professionnels libéraux en ville ou salariés en intra-hospitalier. L'Handiaccès Brest est réparti en 3 niveaux, le 1^{er} niveau consiste à faire appel aux médecins de ville et de proximité, le 2^e niveau s'organise avec des hôpitaux de proximité qui disposent de médecins sensibilisés au handicap. Ces deux premiers niveaux requièrent ainsi surtout de la coordination. Le dernier niveau est le handibloc, ce dernier requiert surtout des praticiens, comme un chirurgien-dentiste ou un médecin-anesthésiste, 0,8 ETP d'infirmière coordinatrice est également consacré au handibloc. A l'hôpital, les soins organisés sont facturés en consultations pluriprofessionnelles : c'est la facturation des GHS (groupements homogènes de séjours) qui permet de prendre en charge les patients handicapés.

De ce fait une réflexion serait à mener pour adapter le modèle économique d'HC34 à la diversité de consultations dédiées existantes. Plusieurs propositions ont été avancées par les acteurs (professionnels, ARS) rencontrés :

- ♦ Le modèle économique pourrait être « à la carte » avec **des handiconsult qui choisiraient les spécialités à mettre en place en fonction de leurs ressources mais surtout des besoins du territoire**, parmi le socle de spécialités mentionné plus haut. Cela implique la **création de forfaits dédiés dans toutes les spécialités**, même celles non proposées par HC34. Bien qu'il faille autoriser les dispositifs à ne pas proposer toutes les spécialités du socle, ce qui pourrait freiner leur développement, rappelons qu'il faudra largement inciter les dispositifs à proposer un certain nombre de spécialités. Le concept du dispositif est bien de créer des dispositifs pluridisciplinaires pour favoriser la continuité des soins pour les patients en

situation de handicap. Par ailleurs, la spécialité odontologie doit être considérée comme une priorité absolue, étant donné qu'elle fait l'objet du besoin le plus élevé.

- ◆ Le **temps de coordination des parcours patients**, à la fois pour les patients au handicap très complexe et les patients pouvant être redirigés vers le milieu ordinaire adapté, devrait faire l'objet d'une **valorisation spécifique**. La valorisation des professionnels de la coordination, pour « *leur temps, leur engagement, leur expertise et le partage de leurs compétences* », semble essentielle. Il serait également possible de capitaliser sur l'existence du référent handicap, qui pourrait prendre en charge une partie du travail de coordination et d'orientation des patients. Dans ce sens, **il pourrait être pertinent de séparer le temps de coordination des forfaits**, avec **par exemple un financement à l'activité** de coordination (nombre de patients reçus en consultation, nombre de patients réorientés).

l) Les forfaits n'ont pas été calculés pour toutes les spécialités des Handiconsult

Dans une optique de généralisation et étant donné qu'à ce jour, **le montant des forfaits a été calculé pour les spécialités proposées à HC34 seulement**, il faudrait **envisager la création de forfaits pour d'autres spécialités socles** et existantes dans d'autres dispositifs, **comme la dermatologie qui est beaucoup demandée dans l'Hérault**.

En effet, les **spécialités proposées divergent selon les handiconsult**, même si certaines spécialités sont davantage présentes parmi les dispositifs interrogés : le **dentaire** et la **gynécologie** sont présents dans 7 des 8 structures interrogées, viennent ensuite le **bilan somatique** et l'**ophtalmologie** (6/8), l'**ORL** (3/8), et enfin la **douleur**, la **MPR** (médecine physique et de réadaptation), la **neuropédiatrie**, l'**allergologie**, et l'**orthopédie**, l'**endocrinologie** ne sont proposées chacune que dans 2 structures.

Les spécialités ou prises en charge qui ne sont proposées que dans une structure sont les suivantes : l'**urologie**, la **prise en charge de l'épilepsie**, la **nutrition**, la **pédicurie/podologie**, la **dermatologie**, la **cardiologie** et l'**IRM**.

Les **spécialités disponibles ont été choisies en fonction des besoins locaux** (parfois, certains dispositifs prennent déjà en charge des PH pour certaines spécialités), **mais surtout en fonction des ressources humaines disponibles**. Par exemple, auparavant, deux structures supplémentaires proposaient la spécialité ORL, mais ne le peuvent plus depuis le départ de leur praticien. Le nombre de spécialités proposées varie également selon la structure-mère, qui peut détacher certains de ses spécialistes pour la structure handiconsult, à l'image d'Handisoins 86 dont la structure-mère est le CHU Poitiers-Châtellerauld et qui propose plus de 9 spécialités.

Dans une optique de généralisation, il sera nécessaire de **prévoir des forfaits spécifiques pour toutes les spécialités, même celles non proposées à ce jour par HC34**. Les dispositifs handiconsult pourront ainsi mettre en place toutes les spécialités souhaitées en **fonction de leurs ressources et des besoins de leur patientèle**, en utilisant les forfaits créés et dans l'**assurance d'un financement pérenne**, indépendamment du dimensionnement du dispositif.

g) Clarifier les critères de clôture de séquences

Comme mentionné dans la partie modèle économique du présent rapport, les **critères de clôture de séquences de soins pourraient être clarifiés**, en s'appuyant sur des **éléments cliniques**, ou liés au **nombre de venues**, tels que :

- ◆ Le nombre de zones de soins (ex : *1 séquence par dent soignée pour le dentaire*)
- ◆ Le nombre de venues (ex : *déclenchement d'une nouvelle séquence à partir de la 6^{ème} venue*)

La clarification des critères de clôture de séquence permettra :

- ◆ De **faciliter le travail de facturation** des équipes de coordination
- ◆ **D'objectiver les hypothèses** de calibrage des forfaits
- ◆ **D'éviter les risques de dérives** et les situations de déficit ou d'excédent financier.

m) La généralisation des dispositifs handiconsult à 1 dispositif par département représenterait un coût de fonctionnement de 84 millions d'euros chaque année

Le coût forfaitaire (donc uniquement les charges variables) d'Handiconsult 34 s'élève à environ 538 166 € dans son dimensionnement actuel pour l'année 2023.

Si le modèle économique d'Handiconsult 34 venait à être généralisé, avec un dispositif par département de France, soit 101 départements, **le coût global du modèle au forfait serait d'un ordre de grandeur de 54 millions d'euros par an**. On prend l'hypothèse que le dimensionnement d'HC34 correspond à un dimensionnement moyen : certains dispositifs pourraient être davantage dimensionnés dans des départements aux volumes de population plus importants, et inversement. Cependant, l'offre HC34 n'étant toujours pas à la hauteur du besoin dans l'Hérault, il est possible que ce coût soit encore plus élevé.

Ajouté à ce dimensionnement, la partie dotation. Bien qu'elle varie en fonction des différents dispositifs, en reprenant la dotation d'HC34 pour 2023 s'élevant à 299 374 €, on peut envisager un coût de dotation total pour 101 départements à environ **30 millions d'euros supplémentaires par an**.

Au global, la généralisation des dispositifs de consultations dédiées en France avec un maillage à l'échelle départementale, et un dimensionnement équivalent à celui d'HC34, représenterait un coût de fonctionnement de l'ordre de 84 millions d'euros au minimum, sans compter les coûts de lancement. Il permettrait la prise en charge d'environ 115 000 patients distincts chaque année¹³.

Q4.4 Le territoire comporte-t-il des spécificités influant sur le dispositif ?

1. **Le territoire n'a pas de spécificité en termes d'offre de soins ou de besoins des personnes en situation de handicap**

Dans l'Hérault, le nombre de personnes en situation de handicap semble être similaire au reste de la France.

¹³ nombre de patients pris en charge à HC34 par an multiplié par 101 départements

- ◆ En 2021, la part des allocataires AAH est de 4,3% dans l'Hérault contre 3,3% en France. La part de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 5,9% contre 6,1% en France.
- ◆ Le nombre de personnes prises en charges par des mandataires individuels ou des services mandataires pour 1000 personnes est de 6,4 dans l'Hérault contre 7,1 en France

L'Hérault semble être moins bien doté en offre d'hébergement pour les personnes en situation de handicap par rapport au reste de la France :

- ◆ Le taux d'équipement en établissements et services pour adultes en situation de handicap est de 3,4 places d'hébergement pour 1000 personnes contre 4,2 en France, mais le taux de places médicalisés est similaire au reste de la France avec 1,5 place dans l'Hérault contre 1,8 en France.
- ◆ L'Hérault a un taux de 5,0 places en établissements d'urgence pour 1000 personnes et 3,4 places en SESSAD contre respectivement 7,0 et 3,4 places en France.

Source : DRESS/Insee – [\[PANORAMA STATISTIQUE\] : Handicap et invalidité — DATA.DREES \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

CONCLUSION

De manière générale, l'expérimentation fonctionne bien et **on observe plusieurs points positifs** au dispositif :

- ◆ **Le dispositif est très opérationnel.** Il accueille le **public cible** et a su **s'adapter à une montée en charge plus importante que prévue** initialement ; et ce, grâce à une organisation efficiente, et des évolutions apportées au cours de l'expérimentation.
- ◆ **Le dispositif est aussi très efficace.** Toutes les ressources mises en place ont permis une **grande satisfaction des patients** pour lesquels les besoins sont adressés. C'est aussi l'afflux des patients qui témoigne de **l'attractivité et du succès du dispositif**.
- ◆ **Le dispositif répond aux enjeux économiques** de la prise en charge des soins courants des personnes handicapées ne pouvant pas se soigner en milieu ordinaire.

De ce fait, le dispositif HC34 évalué **a tout intérêt à être généralisé**. Pour sa généralisation, des prérequis conceptuels, organisationnels et financiers ont été identifiés :

- ◆ Le dispositif pourrait être généralisé en tant qu'**offre de soins nouvelle, pour des patients qui n'ont pas vocation à revenir en milieu ordinaire**, comme c'est le cas pour la majorité des patients bénéficiant actuellement de consultations dédiées.
- ◆ **Parmi les invariants du dispositif à généraliser, on compte** : l'équipe socle de coordination formée au handicap avec un cahier des charges à étendre, un système d'information et des locaux adaptés, et une communication précise et généralisée aux adresseurs.
- ◆ **Enfin, dans un contexte de généralisation, le modèle économique gagnerait à être affiné.** Il serait pertinent de revoir le calibrage des forfaits après une année complète d'expérimentation du nouveau modèle. De même, il serait important de clarifier les conditions de clôture des séquences de soins. La dotation devra être personnalisée aux besoins de chaque dispositif. Le modèle économique pourra aussi s'adapter aux spécificités des autres dispositifs existants : nouvelles spécialités, coordination au centre de l'activité.

Les besoins populationnels et les **distances maximales à parcourir** pour les patients sont des critères essentiels à prendre en compte dans la décision sur le **maillage territorial** des dispositifs handiconsult. Dans le cas d'une généralisation à la France entière des handiconsult avec un maillage départemental, on estime un coût de fonctionnement annuel minimal nécessaire de 84 millions d'euros, dans l'hypothèse que HC34 serait un dimensionnement moyen.

Annexe I: Description de la méthodologie AMPPATI

Historique

- Méthodologie qualitative développée depuis 2006 par le Centre médical de l'université de Pittsburgh aux USA dans le cadre du programme Patient and Family Centered Care (PFCC), basée sur l'immersion d'un suiveur au sein du parcours patient. A pour objectif d'améliorer l'expérience qu'ont les patients et/ou leur entourage de leur prise en charge.
- Arrivée récente de cette méthodologie en France où elle a été développée et protocolisée par l'association CEPPRAL (outils et formations) sous le nom de méthode AMPPATI pour « Amélioration du Parcours vécu par le Patient et son entourage ».
- Expérimentée auprès de 15 établissements sanitaires et 6 EHPAD volontaires de la région Rhône-Alpes en 2013/2014
- Faisabilité et Intérêt de la méthode démontrée auprès des patients comme des professionnels¹⁴
- **Objectif principal de la méthodologie dans le contexte de l'évaluation :**
- Répondre aux questions évaluatives concernant le parcours et le ressenti des patients et/ou de leurs aidants inclus dans le dispositif HC34
- **Objectifs secondaires :**
 - ◆ Recueillir « à chaud » le ressenti du patient ou de son aidant sur l'ensemble du parcours
 - ◆ Soulever les freins et les leviers du dispositif du point de vue du patient
 - ◆ Observer les relations avec les professionnels, à travers le regard des usagers, par immersion

– Déroulement pratique de la méthodologie : Avantages de la méthodologie :



- ◆ **Recueil en direct** de point de vue et des **réactions non verbalisées** des patients/aidants sur leur prise en charge
- ◆ Identification de **problématiques nouvelles** que les professionnels n'auront pas nécessairement soulignées a priori
- ◆ **Moindre sollicitation des patients/aidants** par rapport à des entretiens ou questionnaires qui nécessitent une disponibilité trop importante pour ces personnes en situation de handicap sévère ou leurs aidants.

¹⁴ Claire Chabloz, Perrine Van Straaten, « Le “shadowing” pour recueillir le vécu des usagers et améliorer la qualité des soins : une expérimentation régionale », *Hygiènes*, s. d..

Protocole (phase terrain)

Préparation de la méthodologie :

- *Le format du recueil et les modalités pratiques de suivi des patients sur place (protocole) ont été travaillées en amont avec l'équipe expérimentatrice afin que la méthodologie soit compatible avec l'organisation du service et la nature du handicap des personnes qui vont faire l'objet du recueil.*
- *Un contact préalable avec le CEPPRAAL a été établi afin que la méthodologie soit adaptée au contexte d'évaluation par des suiveurs non professionnels de santé ou de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et que les outils soient exploitables. Une formation des deux suiveurs devra être dispensée afin que la méthodologie soit correctement appliquée.*
- *Le système d'information du porteur a été adapté afin que l'accord et la participation des patients/aidants soient consignés dans les dossiers des patients.*
- *Les dates de venues ont été calées en amont avec l'équipe (optimisation des venues et des suivis par AMPPATI, anticipation du suivi des soins pour chaque consultation, faisabilité de la cible envisagée et de la stratification des patients par âge/typologie de handicap/ type d'aidants).*
-

Kit de recueil :

- ◆ *Journal de bord selon cartographie du parcours, à adapter pour chaque type de consultation*
- ◆ *Kit de restitution (synthèses)*
- ◆ *Enregistrement éventuel des suivis (ou des entretiens en cas de shadowing à distance)*

Déclinaison du suivi sur le terrain :

Le suivi en présentiel se fera de l'arrivée du patient/aidant sur le parking de Propara jusqu'au transfert dans le véhicule lors de sa sortie. Deux suiveurs s'alterneront au cours de la journée pour limiter le nombre de personnes présentes auprès du patient.

Lorsque le handicap ne permet pas un suivi en présentiel ou que le patient/aidant ne le souhaite pas, un suivi à distance (téléphonique) et a posteriori sera proposé au patient/aidant.

Types de consultations concernées : les plus demandées et compatibles avec le suivi AMPPATI

- ◆ *Bucco-dentaire (adultes, enfants)*
- ◆ *Bilans somatiques (adultes, enfants)*

Moments clés concernés :

Etape du suivi

Type de suivi

- ◆ Post-entretien avec l'IDE (inclusion Suivi à distance pour tous les aidants et/ou patients (dans dans le dispositif/prise de contact) les 48h après le 1er contact)
 - ◆ Visite blanche (le cas échéant)
 - ◆ Accueil du patient
 - ◆ Premiers soins
 - ◆ Consultation de suivi (le cas échéant)
 - ◆ Sortie de l'épisode de soins
- Suivi sur site (sauf pour les patients avec un handicap incompatible avec un suivi)

Cible « idéale » de patients :

10 au total selon la stratification représentée ci-dessous.

	H1	H3	H4	H5	H2	H2b
Nb PH	1	2	2	1	2	2
Consultations	5 bucco-dentaires			5 bilans somatiques		
Âges	5 adultes			5 enfants		
Aidant	sans		famille		pro	

Rappel de la typologie des handicaps : H1 : handicap cognitif, H2 : comportement problème : handicap psychique et /ou de la relation, H2b : comportement problème : troubles neuropsychologiques, H3 : handicap moteur, H4 : handicaps sensoriels, H5 : Etats de conscience modifiés.

NB: Le suivi par AMPPATI ne doit pas désorganiser le service ou perturber outre mesure les patients et leurs aidants. Cette cible représente donc la répartition idéale des patients, et pourra être largement modifiée en fonction de la disponibilité/sensibilité des patients/aidants et de l'organisation de l'équipe.

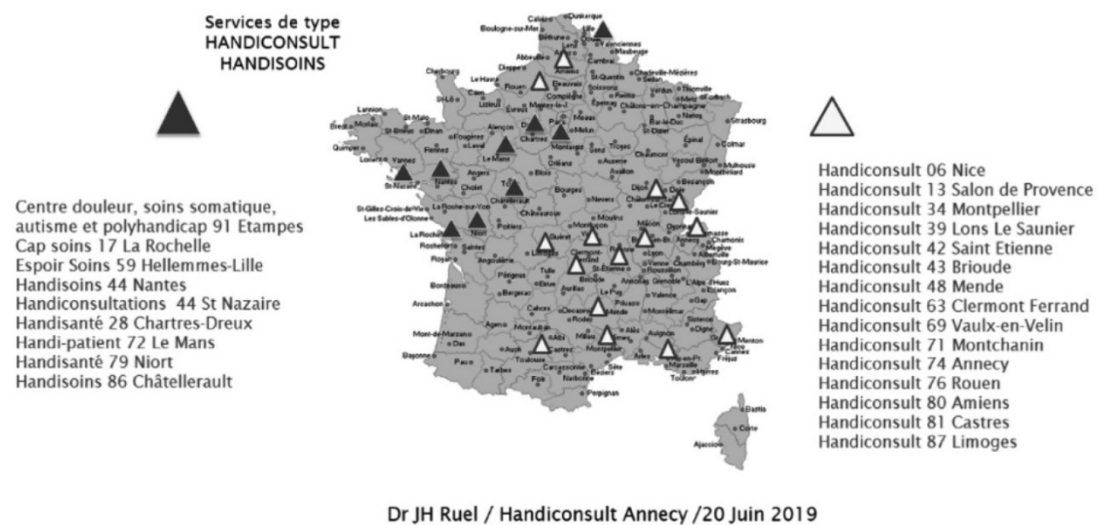
D'autre part, 5 patients pourront être ajoutés pour recueillir d'avantage d'information dans le cas où certains suivis seraient impossibles / annulés / interrompus au cours de l'évaluation.

Les travaux menés dans le cadre de cette évaluation ont été publiés dans la revue Risques et Qualité :

Perrin A, Thomas G, Payen A, Liautaud S, Gentile P, Beija M, Van Straaten P, Podevin M. Expérimentation du recueil de l'expérience patient avec la méthode Amppati (issue du shadowing) au sein d'une consultation de soins courants dans le secteur du handicap. *Risques & Qualité* 2023;(20)1:23-29. Doi : 10.25329/rq_xx_1_vanstraaten

<https://www.risqual.net/publication-scientifique/experimentation-du-recueil-de-l'experience-patient-avec-la-methode-amppati-issue-du-shadowing-au-sein-d'une-consultation-de-soins-courants-dans-le-secteur-du-handicap>

Annexe 2 : Cartographie provisoire des consultations dédiées en France métropolitaine (2019)



Cartographie provisoire issues des consultations dédiées en France métropolitaine [Delcey et al. 2019]

Annexe 3 : Liste du matériel utilisé par spécialité à HC34

Matériels pour le dentaire :

Liste matériels HC34			
Dentaire			
Type	Référence	Fournisseur	Qt
FAUTEUIL + UNIT DENTAIRE		3A dentaire	1
CATTANI/MICROSMART CUBE	Aspiration	Aspiration	1
CATTANI/AC200Q	Compresseur	Compresseur	1
SCIALITIQUE		3 A DENTAIRE	1
Bac à ultrason	SONO CLEAN	GAMASONIC	1
3Shape TRIOS 3 POD PEN	1DB2048202004B	LYRA	1
3Shape Trios scanner	1WA2046S010070B	LYRA	1
3Shape TRIOS Calibration 3D kit	1AB2046TTD0638	LYRA	1
3Shape Trios Calibration Colr Kit	10014774C-Trios3	LYRA	1
PC Portable +alimentation + souris +cable RJ45 + Targus Dongle	4XZ03X2	LYRA	1
3shape Dongle	3958904298	LYRA	1
Moteur endodontie	XSMART plus	Dentsply	1
CAPTEUR Radio (radio numérique) + rallonge USB	WYS 2 SOFTYS	WEEZY0	1
Appareil RX (rétroalvéolaire)		Vatech	1
Lecteur radio + plaques	PSPIX2	acteam	1
Bistouri électrique + jeu Electrodes		Surtron	1
Lampe photos		Mectron	1
Moteur retouche prothèses		Marathon III	1
Mélangeur amalgames	Softly	acteam	1
Decteur de caries		COXO	1
Petit matériel			
Boite de transport stérilisation			
Boite autoclavable (pour transport matériel dentaire fragile)			
Tapis picots silicone (protection pour transport matériel fragile)			
Bol et couteau pour mélange poudre eugénate			
Boites et Paniers de rangements (divers tailles)			
Organiseurs de tiroir pour rangement DMS			
Percuteur carpules			
Kit pour installation digue			
Présentoir porte seringue composite			
Porte fraise			
Equipements Hôtelières			
Salle de stockage et de traitement :			
Placards et tiroirs de stockage			
Banques de travail et de préparation			
Evier pour nettoyage et désinfection des DMS			2
Cabinet dentaire :			
Bureau sur mesure			1
Banque de préparation			
Chaises			3
tabouret de consultation sur roulette			2
Evier rince main			1
Chariot de rangement avec tiroir			1
Coussin cale tête mémoire de forme			1
Chalumeau + recharge Gaz			1
Equipement de radio protection tablier plomb + protège thyroïde			
Rail de transfert			
DMS			
<i>Voir bon de commande Stérilisation dentaire</i>			
Consommables (Attention liste non exhaustive) fournisseur principal GACD			
Type	Référence	Fournisseur	Qt
Endodontie et chirurgie			
Anesthésie			
Carpules UBISTESIN adrénaliné solution injectable	1/200 000	3M espe	
Carpules UBISTESIN adrénaliné solution injectable	1/100 000	3M espe	
Aiguilles 30G 13"X16	Suivant dispo	Suivant dispo	
Aiguilles 25G 5"/16	Suivant dispo	Suivant dispo	
Seringue porte carpule	Suivant dispo	Suivant dispo	
Fraises/limes :			
Assortiments fraises diamantées, aciers, chirurgie	Suivant dispo	Suivant dispo	
Assortiment Lentulo	Suivant dispo	Suivant dispo	
Assortiment fraise GATES	Suivant dispo	Suivant dispo	
Assortiment lime K-Files	Suivant dispo	Suivant dispo	
Assortiment Brelours	Suivant dispo	Suivant dispo	

Assortiment Racleurs	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment Lime réciproque	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment Pointe de gutta percha	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment gutta paper	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment fraise chirurgicale	Suivant dispo	Suivant dispo
Fraises chirurgicales perforantes	Suivant dispo	Suivant dispo
Strip à finir	Suivant dispo	Suivant dispo
Lame stériles acier carbone	Suivant dispo	Suivant dispo
Fil de sutures résorbable 3.0	Suivant dispo	Suivant dispo
Bistouri usage unique	Suivant dispo	Suivant dispo
Eponges hamostatiques	Suivant dispo	Suivant dispo
Ciments et scellement/soins :	Suivant dispo	Suivant dispo
Substitut dentinaire bioactif	Suivant dispo	Suivant dispo
IRM matériel de restauration provisoire	Suivant dispo	Suivant dispo
Ciment Verre de IONOMER	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment Composite + OMNICHROMA	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment Ciment obturation temporaire	Suivant dispo	Suivant dispo
Ciment oxyde de zinc/eugénol	Suivant dispo	Suivant dispo
Pâte hydroxyde de calcium	Suivant dispo	Suivant dispo
Acide phosphorique 35%	Suivant dispo	Suivant dispo
Acide citrique 20%	Suivant dispo	Suivant dispo
Papier à articuler rouge/bleu	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment Coins interdentaires	Suivant dispo	Suivant dispo
Porte matrice pour restauration molaire + matrice + recharges	Suivant dispo	Suivant dispo
Fil de rétraction	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment cône de réparation composite transparent	Suivant dispo	Suivant dispo
Adhésif dentaire automordant	Suivant dispo	Suivant dispo
Ciment de scellement provisoire polymère sans eugenol	Suivant dispo	Suivant dispo
Aiguille irrigation canal	Suivant dispo	Suivant dispo
Colle prothèse temporaire/définitive	Suivant dispo	Suivant dispo
Coffret assortiment disque de polissage	Suivant dispo	Suivant dispo
Pinces jetables	Suivant dispo	Suivant dispo
Brossettes miniatures pour nettoyer et polir	Suivant dispo	Suivant dispo
Cupules en caoutchouc	Suivant dispo	Suivant dispo
Pâte prophylactique goût mentholé	Suivant dispo	Suivant dispo
Chlorure de sodium 0,9%	Suivant dispo	Suivant dispo
Eau oxygénée 10 volumes		
Dosettes EPI		
Hypochlorite de sodium pour dilution		
Xylocaïne gel 2%		
Prothèses		
Coffret enons cylindro coniques	Suivant dispo	Suivant dispo
Poudre alginate empreinte	Suivant dispo	Suivant dispo
Composite pour couronnes et bridges provisoires	Suivant dispo	Suivant dispo
Silicone par addition pour empreintes de haute précision	Suivant dispo	Suivant dispo
Matériau d'enregistrement d'occlusion (vinyl de polysiloxane)	Suivant dispo	Suivant dispo
Support pour empreinte sectorielle	Suivant dispo	Suivant dispo
Liquide pour ciment à bas d'oxyde de zinc	Suivant dispo	Suivant dispo
matériau permanent souple pour rebasage durcissant à froid (sil)	Suivant dispo	Suivant dispo
Système auto adhésif pour restauratio postérieur	Suivant dispo	Suivant dispo
Conditionneur tissulaire pour empreinte fonctionnelle	Suivant dispo	Suivant dispo
Pistolet distributeur pour matériau empreinte + embouts	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment couronnes provisoires polycarbonate	Suivant dispo	Suivant dispo
Acrylique pour restauration provisoire	Suivant dispo	Suivant dispo
Screw-posts plaqués or	Suivant dispo	Suivant dispo
Amalgames à haute teneur en cuivre	Suivant dispo	Suivant dispo
Polissoir silicone pour résine prothétique ou endodontique		
Jeu de fraise meulette universelle		
Divers		
Bavoires	Suivant dispo	Suivant dispo
Rouleaux salivaires	Suivant dispo	Suivant dispo
Kit d'examen usage unique	Suivant dispo	Suivant dispo
Doigtiers	Suivant dispo	Suivant dispo
Protection pour capter digitaux	Suivant dispo	Suivant dispo
Batonnets mousse soins de bouche	Suivant dispo	Suivant dispo
Bain de bouche	Suivant dispo	Suivant dispo
Fil dentaire	Suivant dispo	Suivant dispo
Latex dentaire	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment porte empreinte	Suivant dispo	Suivant dispo
Assortiment Canule aspiration petit et grand model	Suivant dispo	Suivant dispo
Bloc de mélange	Suivant dispo	Suivant dispo
Cupules mélange ciment	Suivant dispo	Suivant dispo
Sachet plastique transparent refermable différentes tailles	Suivant dispo	Suivant dispo
Abaisse langue	Suivant dispo	Suivant dispo
Vaseline officinale	Suivant dispo	Suivant dispo
Lunette de protection	Suivant dispo	Suivant dispo
Ouvre bouche	Suivant dispo	Suivant dispo
Miroir	Suivant dispo	Suivant dispo
Gaz MEOPA		

Matériels pour l'ORL :

Liste matériels HC34			
ORL			
Type	Référence	Fournisseur	Qt
Endoscope	ENG-GP2	Olympus	2
Video process+Lumière	CV-170	Olympus	1
Chariot compact	TC-NE Chariot	Olympus	1
Banque de consultation ORL	BH180105 OTOCOMPACT professional	Euroclinic	1
Microscope N° serie : 6627302649	5100 OPMI pico system	Zeiss	1
Audiomètre	Equinox 2.0	Interacoustics	1
Lampe frontale	ML 4 LED	Heine	1
Otoscope	N°2111-203	Riester	1
Fauteuil examen ORL	OtoP/i Professional	Euroclinic	1
Boucle d'induction portative	LoopHEAR102	geermarc	1
Micro-onde	SHARP R-200	Sharp	1
Ensemble pour examen d'audiométrie (baffles, casque, logiciel...)		Serres	1
Panneau acoustique		Serres	3
			3
Chariot et/ou guéridons de soins			
Petit matériel			
Type	Référence	Fournisseur	Qt
Pincés Hartmann	Ref : INS 474 et INS 178		5
Spéculums auriculaires (différentes tailles 2, 3, 4 et 5)	Ref : 2741, 2751, 2761, 2771	POURET	26
Pince laborde	721-301		1
Canules d'aspiration aiguilles (différentes tailles)		Pouret	26
Casque anti-bruit	EN 352-1-1993	Peltor	1
Miroir de Glatzel	ref : 439200	KARL STORZ	1
Caisse de transport			2
Equipements hôtelier			
Bureau + fauteuil			1
Tabouret de consultation sur roulette			1
Chaises			2
Guéridon avec tiroir			1
Patère			1
Adaptable			1
Rail de transfert			1
Consommables			
Type	Référence	Fournisseur	Qt
Abaisse langue	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
anti fog solution	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Désinfectant de haut niveau (acide peracétique) + neutralisant	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Bandellettes de contrôle bain acide peracétique	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Aérosol silicone en spray	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Champ Opérateur 75X90cm	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Cordon de maintien pour trachéotomie	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Compresse pour trachéotomie	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Crochet à cérumen de moulonguet	Ref 5001007	SPIGGEL THEIS Medizintechnik	
Echangeur d'humidité et de chaleur (Nez pour Trachéotomie)	Ref : 41312	Teleflex Gibeck Trach-Vent+	
Embout pour examen audio ADI assortiment box	ref : 8511445	Sanibel	
Eponges hémostatiqu/ epistaxis	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Eau oxygénée	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
flexible Yankauer	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Gaine fibroscope slide-on endosheath system	Ref : 224401	Medtronic	
Gel uretral en seringue pré-remplie de 10g	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Gants nitrile Grande manchette	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Solution DD pour materiel medical	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Lunettes de protection	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Protection respiratoire contre les gaz vapeur et particules	Ref : 4277 FFABE1P3RD	3M	
Pompe HURRICANE BLOWER	UN-1302	DIRECT-nine UN compagnie	
Fil dentaire	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Sacs aspirations + système manuel de contrôle d'aspiration bleu	2000ML G22323402	SERRES	
Slide on endosheath system	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Spéculum oreille	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Tampon otologique	Suivant choix fournisseur en interne	Suivant choix fournisseur en interne	
Gaz Meopa			
Consommables cuisine			
Sirop	Suivant fournisseur	Suivant fournisseur	
Pailles	Suivant fournisseur	Suivant fournisseur	
Madeleines, compote, biscottes	Suivant fournisseur	Suivant fournisseur	
Eau plate	Suivant fournisseur	Suivant fournisseur	
Eau gazeuses	Suivant fournisseur	Suivant fournisseur	

Matériels pour l'ophtalmologie :

Liste matériels HC34			
Ophtalmologie			
Type	Référence	Fournisseur	Qt
MCP0022- System chart SC-1600P (Polarise)	34607-DF40	nidek	1
DCP0032 - Télécommande SC Chart P (New Model)	34607 - 8400	nidek	1
MLM0017 - Frontofometre auto LM-1800P	31029 - 0140	nidek	1
Loupe volk 30D	CL0031	nidek	1
Test optométrique Parinaud		nidek	1
Autoréfractomètre pédiatrique portable A12R	PD-A12R	Abioz technologi	1
Logiciel d'examen pour A12 (réf CM)	PD-S-CM	Abioz technologi	1
Cable Mini USB pour transfert des fichier rapports pdf sur	PD-ADPCB	Abioz technologi	1
Plusoptix A12R Abioz		Abioz technologi	1
Rosano - Weiss VP		Global Vision	1
Lunette Adulte		Global Vision	1
Malette 232 verres		Global Vision	1
Casque		Heine	1
Retino Horus Scope DSC200	CR100	Miis	1
support portable avec mentonniere		Global Vision	1
Valise transport petite		Global Vision	1
Valise transport grande		Global Vision	1
Module lampe à fente		Global Vision	1
LAF portable modèle	Keeler PSL Classic	Global Vision	1
Tonometrie IC100	ICARE	Global Vision	1
Retinomax K-plus 5 Printer 5		Global Vision	1
Heiss-Weiss complet		Global Vision	1
Equipements hôtelier			
Guridon de soins			2
Etagère de stockage et de rangement			1
Adaptable			1
Gueridon de soins			2
Rail de transfert			1
Petit matériel			
Ecran transclide		MC2 Médical	1
Cube de LANG		MC2 Médical	1
Pictogramme Plastifiés		fabrication maisc	3
Pictogramme en plastique 3D		fabrication maisc	6
Torche Kratz		Bernell	1
Kit ophtalmo stérilisable (sur BC dentaire)	Boite + pince+ ciseau		3
Rail de transfert			
Petit matériel			
Ecran transclide		MC2 Médical	1
Cube de LANG		MC2 Médical	1
Pictogramme Plastifiés		fabrication maisc	3
Pictogramme en plastique 3D		fabrication maisc	6
Torche Kratz		Bernell	1
Kit ophtalmo stérilisable (sur BC dentaire)	Boite + pince+ ciseau		3
Rail de transfert			
Consommables			
Acide Borique - solution pour lavage ophtalmique	Suivant dispo	Suivant dispo	
Chlorhydrate de phényléphrine -collyre	Suivant dispo	Suivant dispo	
Chlorhydrate d'oxybuprocaine -collyre	Suivant dispo	Suivant dispo	
Fluorescéine 0,5% - collyre	Suivant dispo	Suivant dispo	
Skiacol 0,5% - collyre	Suivant dispo	Suivant dispo	
Mydriaticum 2mg/0,4ml unidose	Suivant dispo	Suivant dispo	
Vitamine A Dulcis - pommade ophtalmique	Suivant dispo	Suivant dispo	
Pansement orthoptiques	Suivant dispo	Suivant dispo	
Rondelle oculaire	Suivant dispo	Suivant dispo	
compresses stérile	Suivant dispo	Suivant dispo	
Gaz MEOPA			

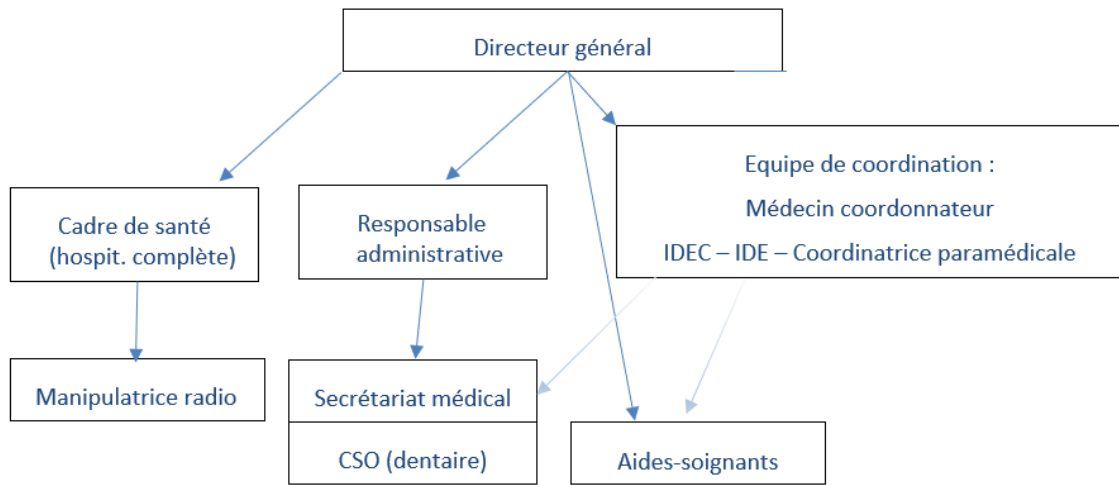
Matériels pour la gynécologie :

Liste matériels HC34			
Gynéco			
Type	Ref	Fournisseur	Qt
Tensiomètre de poignet		OMRON	1
Lampe frontale			3
Equipements hôtelier			
Tabouret de consultation sur roulette			1
Bureau			1
Chariot de rangement avec tiroir			
Lit d'accouchement	AFFINITY 4	HILL ROM	1
Placard et tiroir de stockage matériel			
Rails de transfert			1
DMS			
<i>Voir bon de commande Stérilisation Gynécologie</i>			
Consommables			
Type	Ref	Fournisseur	Qt
Spéculum vaginal cusco diam.20	Ref : 01.200	Gynéas	
Spéculum vaginal cusco diam.24	Ref : 02.301	Gynéas	
Spéculum vaginal cusco diam.26	Ref : 02.302	Gynéas	
Spéculum vaginal cusco diam.30	Ref : 02.303	Gynéas	
Ecouvillons pour cellules cervicales	Ref : 491461 Cervex-Brush	Rovers	
Pot collecteur pour prélèvement cellules cervicales		Becton Dickinson and compagny	
Kit de prélèvement (Liquide PCR + écouvillon	Dual swab Sample Packet IVC	Cobas	
Crochet DIU	Ref : 01.299	Gynéas	
Hystéromètre	Ch14 V393	Gynéas	
PinceHaltead à griffes courbe 12.5cm	Ref : 721.020	VYGON	
Pince d'extraction de stérilet	Ref : PS3570025	Prince Médical (PM)	
Ciseau coupe fils	Ref 01.268	Gynéas	
Set pose stérilet	Ref : 01.133F	Gynéas	
Pansement adhésif cutané	Lidocaine 5%	Aguettan	

Matériels pour les bilans somatiques :

Liste matériels HC34			
Bilan Somatique			
Type	Référence		Qt
Moniteur de signes vitaux mobiles	SVM - 7160K	Vital signs monitor	1
Brassard tension nourison			1
Brassard tension pédiatrique			1
Stéthoscope			1
Brassard tension obèse			1
Electrocardiographe	ECG-2350	Cardiofax	1
Toise		en cours de commande	1
Appareil mesure de glycémie	71355-80	FreeStyle Optium Neo H	1
Balance		en cours de commande	1
Stéthoscope	507 500	Spengler Pulse	1
Equipement hôtelier			
Lit médicalisé			1
Table d'examen			
Chariot de stockage			
Mur Ludique			1
Coussin microbille			1
Tapis mousse jeu			1
Rail de transfert			1
Consommables			
Kit Bilan sang			
Patch anesthésian local			
Poche recueil urine pédiatrique			
Pansements enfant			
kit pour lecteur glycémie: lancettes + bandelettes			
Electrodes pour appareil électrocardiogramme			
Abaisse Langue Enfant			
Abaisse Langue Adulte			
Protège sonde Thermomètre			
GAZ MEOPA + masque + filtre			

Annexe 4 : Organigramme de l'équipe interne HC34



Annexe 5 : Maquettes organisationnelles et plannings d'HC34

Planning coordinatrices HC34 :

Planning coordinatrice HC34 2021																							
Juillet			Aout			Septembre			Octobre			Novembre			Décembre								
SD	EJ	SL	SD	EJ	SL	SD	EJ	SL	SD	EJ	SL	SD	EJ	SL	SD	EJ	SL	SD	EJ	SL			
1 J			1 D			1 M	BS		1 V	DT		1 L			1 M								
2 V			2 L	TP		2 J			2 S			2 M			2 J			HP					
3 S			3 M			3 V			3 D			3 M			3 V								
4 D			4 M			4 S			4 L			4 J			4 S								
5 L	TP		5 J			5 D			5 M			5 V			5 D								
6 M			6 V			6 L	TP		6 M	BS		6 S			6 L			TP					
7 M			7 S			7 M			7 J			7 D			7 M								
8 J			8 D			8 M			8 V	DT		8 L			8 M								
9 V			9 L	TP		9 J			9 S			9 M			9 J			HP					
10 S			10 M			10 V			10 D			10 M			10 V								
11 D			11 M			11 S			11 L	TP		11 J			11 S								
12 L	TP		12 J			12 D			12 M			12 V			12 D								
13 M			13 V			13 L	TP		13 M			13 S			13 L			TP					
14 M			14 S			14 M			14 J			14 D			14 M								
15 J			15 D			15 M	BS		15 V	DT		15 L			15 M								
16 V			16 L			16 J			16 S			16 M			16 J			HP					
17 S			17 M			17 V	DT		17 D			17 M			17 V								
18 D			18 L	CP		18 S			18 L	TP		18 J			18 S								
19 L	TP		19 J			19 D			19 M			19 V			19 D								
20 M			20 V			20 L	TP		20 M			20 S			20 L								
21 M			21 S			21 J			21 D			21 M			21 M								
22 J			22 D			22 M			22 V			22 L			22 M								
23 V			23 L			23 J			23 S			23 M			23 J			HP					
24 S			24 M			24 V	GY		24 D			24 M			24 V								
25 D			25 M	CP		25 S			25 L	TP		25 J			25 S								
26 L			26 J			26 D			26 M			26 V			26 D								
27 M			27 V			27 L	TP		27 M	OPH		27 S			27 L			TP					
28 M			28 S			28 M			28 J			28 D			28 M								
29 J			29 D			29 M			29 V	DT		29 L			29 M								
30 V			30 L	TP		30 J			30 S			30 M			30 J								
31 S			31 M						31 D						31 V								

SD Stéphanie DEVAUX
EJ Elodie JOURDAIN
SL Séverine LIAUTAUD
ETP Education thérapeutique
HP Handiparcours
TP Temps partiel
CP Congés payé/Recup. Compensateur
Formation

EXP Article51 évaluation GovHE
DT Dentaire
OPH Ophtalmo
ORL ORL
GY Gynéco
BS Bilan somatique

Vacances HC34

Vacances HC34

Vacances HC34

Planning aides-soignantes :

Calendrier ASD HC34 2021																																																														
Février					Mars					Avril					Mai					Juin					Juillet					Août					Septembre					Octobre					Novembre					Décembre												
1	S	MG/PC	2	M	3	M	4	M	5	M	6	M	7	M	8	M	9	M	10	M	11	M	12	M	13	M	14	M	15	M	16	M	17	M	18	M	19	M	20	M	21	M	22	M	23	M	24	M	25	M	26	M	27	M	28	M	29	M	30	M	31	M
<table border="1"> <tr> <td>Congés</td> <td>Été</td> </tr> <tr> <td>Patricia CREFF</td> <td>Du Lundi 5/07/2021 au vendredi 16/07/2021</td> </tr> <tr> <td>Marie GUILLAUMENCQ</td> <td>du lundi 2/08/2021 au vendredi 13/08/2021</td> </tr> </table>																															Congés	Été	Patricia CREFF	Du Lundi 5/07/2021 au vendredi 16/07/2021	Marie GUILLAUMENCQ	du lundi 2/08/2021 au vendredi 13/08/2021																										
Congés	Été																																																													
Patricia CREFF	Du Lundi 5/07/2021 au vendredi 16/07/2021																																																													
Marie GUILLAUMENCQ	du lundi 2/08/2021 au vendredi 13/08/2021																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Jours</th> <th>Spécialités</th> <th>Horaires (pause 30m incluse)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mardi</td> <td>ORL</td> <td>10h/17h00</td> </tr> <tr> <td>Lundi / Mercredi</td> <td>OPHT</td> <td>11h/17h00</td> </tr> <tr> <td>Mardi / Jeudi</td> <td>Echo</td> <td>11h/17h00</td> </tr> <tr> <td>Vendredi</td> <td>Gynéco</td> <td>11h/17h00</td> </tr> <tr> <td>Pas de consultation</td> <td>HC34/NDI</td> <td>11h/17h00</td> </tr> </tbody> </table>																															Jours	Spécialités	Horaires (pause 30m incluse)	Mardi	ORL	10h/17h00	Lundi / Mercredi	OPHT	11h/17h00	Mardi / Jeudi	Echo	11h/17h00	Vendredi	Gynéco	11h/17h00	Pas de consultation	HC34/NDI	11h/17h00														
Jours	Spécialités	Horaires (pause 30m incluse)																																																												
Mardi	ORL	10h/17h00																																																												
Lundi / Mercredi	OPHT	11h/17h00																																																												
Mardi / Jeudi	Echo	11h/17h00																																																												
Vendredi	Gynéco	11h/17h00																																																												
Pas de consultation	HC34/NDI	11h/17h00																																																												
<p>* Jour sans consultation ORL * Orthoptiste seule sur 2 lundi par mois</p>																																																														
<table border="1"> <tr> <td>PC</td> <td>Patricia CREFF</td> </tr> <tr> <td>MG</td> <td>Marie GUILLAUMENCQ</td> </tr> </table>																															PC	Patricia CREFF	MG	Marie GUILLAUMENCQ																												
PC	Patricia CREFF																																																													
MG	Marie GUILLAUMENCQ																																																													
<table border="1"> <tr> <td>Semaine A</td> <td>PC</td> <td>Lundi, mardi, mercredi</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MG</td> <td>Mardi, jeudi, vendredi</td> </tr> </table>																															Semaine A	PC	Lundi, mardi, mercredi		MG	Mardi, jeudi, vendredi																										
Semaine A	PC	Lundi, mardi, mercredi																																																												
	MG	Mardi, jeudi, vendredi																																																												
<table border="1"> <tr> <td>Semaine B</td> <td>PC</td> <td>Mardi, jeudi, vendredi</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MG</td> <td>Lundi, mardi, mercredi</td> </tr> </table>																															Semaine B	PC	Mardi, jeudi, vendredi		MG	Lundi, mardi, mercredi																										
Semaine B	PC	Mardi, jeudi, vendredi																																																												
	MG	Lundi, mardi, mercredi																																																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Hiver</td> </tr> <tr> <td colspan="2">12/11 + semaine du 15/11</td> </tr> </table>																															Hiver		12/11 + semaine du 15/11																													
Hiver																																																														
12/11 + semaine du 15/11																																																														

Planning des vacances dentaire :

Calendrier dentaire 2021																																																														
Janvier					Février					Mars					Avril					Mai					Juin					Juillet					Août					Septembr					Octobre					Novembre					Décembre							
1	V		2	L	3	L	4	L	5	L	6	L	7	L	8	L	9	L	10	L	11	L	12	L	13	L	14	L	15	L	16	L	17	L	18	L	19	L	20	L	21	L	22	L	23	L	24	L	25	L	26	L	27	L	28	L	29	L	30	L	31	L
<table border="1"> <tr> <td>OD</td> <td>Dr olivier DAVRON</td> </tr> <tr> <td>WH</td> <td>Dr William HEBRARD</td> </tr> <tr> <td>JA</td> <td>Dr Jérôme ARMENGAUD</td> </tr> <tr> <td>MLC</td> <td>Dr Marie-Laure CIAVALDINI</td> </tr> <tr> <td>JMC</td> <td>Dr Jean-Michel CLAUSS</td> </tr> </table>																															OD	Dr olivier DAVRON	WH	Dr William HEBRARD	JA	Dr Jérôme ARMENGAUD	MLC	Dr Marie-Laure CIAVALDINI	JMC	Dr Jean-Michel CLAUSS																						
OD	Dr olivier DAVRON																																																													
WH	Dr William HEBRARD																																																													
JA	Dr Jérôme ARMENGAUD																																																													
MLC	Dr Marie-Laure CIAVALDINI																																																													
JMC	Dr Jean-Michel CLAUSS																																																													
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Horaires vacation</th> </tr> <tr> <td>Jeudi/Vendredi :</td> <td>9h-17h30</td> </tr> <tr> <td>Mardi :</td> <td>9h-12h30</td> </tr> <tr> <td>SVP :</td> <td>8h30-12h30</td> </tr> </table>																															Horaires vacation		Jeudi/Vendredi :	9h-17h30	Mardi :	9h-12h30	SVP :	8h30-12h30																								
Horaires vacation																																																														
Jeudi/Vendredi :	9h-17h30																																																													
Mardi :	9h-12h30																																																													
SVP :	8h30-12h30																																																													
<table border="1"> <tr> <td>16</td><td>16</td><td>16</td><td>20</td><td>15</td><td>17</td><td>23</td><td>12</td><td>19</td><td>19</td><td colspan="21">Nbr vac. mensuelle</td> </tr> </table>																															16	16	16	20	15	17	23	12	19	19	Nbr vac. mensuelle																					
16	16	16	20	15	17	23	12	19	19	Nbr vac. mensuelle																																																				

Planning vacances ophtalmologie :

Calendrier OPHTALMO 2021												Horaire vacation	
Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	AM	
1 V Férié	1 L Orthop	1 L Orthop	1 J	1 S Férié	1 M	1 J	1 D	1 M	1 V	1 L Férié	1 M		13h30/17h30
2 S	2 M	2 M	2 V	2 D	2 M	2 V	2 L	2 J	2 S	2 M	2 J		
3 D	3 M	3 M	3 S	3 L Ortho	3 J	3 S	3 M	3 V	3 D	3 M	3 V		
4 L Méd+Or	4 J	4 J	4 D	4 M	4 V	4 D	4 M	4 S	4 L Ortho	4 J	4 S		
5 M	5 V	5 V	5 L Férié	5 M	5 S	5 L Ortho	5 J	5 D	5 M	5 V	5 D		
6 M	6 S	6 S	6 M	6 J	6 D	6 M	6 V	6 L Ortho	6 M	6 S	6 L Ortho		
7 J	7 D	7 D	7 M	7 V	7 L Ortho	7 M	7 S	7 M	7 J	7 D	7 M		
8 V	8 L	8 L	8 J	8 S Férié	8 M	8 J	8 D	8 M	8 V	8 L Ortho	8 M		
9 S	9 M	9 M	9 V	9 D	9 M	9 V	9 L	9 J	9 S	9 M	9 J		
10 D	10 M	10 M	10 S	10 L	10 J	10 S	10 M	10 V	10 D	10 M	10 V		
11 L	11 J	11 J	11 D	11 M	11 V	11 D	11 M	11 S	11 L	11 J	11 S		
12 M	12 V	12 V	12 L Ortho	12 M	12 S	12 L	12 J	12 D	12 M	12 V	12 D		
13 M	13 S	13 S	13 M	13 J Férié	13 D	13 M	13 V	13 L	13 M	13 S	13 L Méd+Ortho		
14 J	14 D	14 D	14 M	14 V	14 L	14 M	14 S	14 M	14 J	14 D	14 M		
15 V	15 L Ortho	15 L Ortho	15 J	15 S	15 M	15 J	15 D	15 M	15 V	15 L Ortho	15 M		
16 S	16 M	16 M	16 V	16 D	16 M	16 V	16 L	16 J	16 S	16 M	16 J		
17 D	17 M	17 M	17 S	17 L Ortho	17 J	17 S	17 M	17 V	17 D	17 M	17 V		
18 L Ortho	18 J	18 J	18 D	18 M	18 V	18 D	18 M	18 S	18 L Méd+	18 J	18 S		
19 M	19 V	19 V	19 L Ortho	19 M	19 S	19 L Ortho	19 J	19 D	19 M	19 V	19 D		
# M	# S	# S	# M	# J	# D	# M	# V	# L Ortho	# M	# S	# L		
21 J	21 D	21 D	21 M	21 V	21 L Ortho	21 M	21 S	21 M	21 J	21 D	21 M		
# V	# L	# L	# J	# S	# M	# J	# D	# M	# V	# L	# M		
# S	# M	# M	# V	# D	# M	# V	# L	# J	# S	# M	# J		
# D	# M Méd+L	# M	# S	# L Férié	# J	# S	# M	# V	# D	# M Méd+	# V		
# L	# J	# J	# D	# M	# V	# D	# L	# M Ortho	# S	# L	# J		
# M	# S	# V	# L	# M Méd+	# S	# L	# J	# D	# M	# V	# D		
# M Ortho	# V	# S	# M Méd+	# M	# D	# M	# V	# L	# M Ortho	# S	# L		
# J	# D	# D	# M	# V	# L	# M Méd+	# S	# M	# J	# D	# M		
# V		# L	# J	# S	# M	# J	# D	# M Méd+	# V	# L	# M Ortho		
# S		# M	# V	# D	# M Méd+	# V	# L	# J	# S	# M	# J		
31 D		31 M Méd+Ortho	31 L		31 S	31 S	31 M		31 D		31 V		
												3	Nbr vac.mensuelle

Planning des vacances ORL :

Calendrier ORL 2020													
Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembr	Octobre	Novembr	Décembr		
1 M	1 S	1 D	1 M	1 V	1 L	1 M	1 S	1 M	1 J	1 D	1 M		
2 J	2 D	2 L	2 J	2 S	2 M ORL	2 J	2 D	2 M	2 V	2 L	2 M		
3 V	3 L	3 M	3 V	3 D	3 M	3 V	3 L	3 J	3 S	3 M ORL	3 J		
4 S	4 M ORL	4 M	4 S	4 L	4 J	4 S	4 M ORL	4 V	4 D	4 M	4 V		
5 D	5 M	5 J	5 D	5 M ORL	5 V	5 D	5 M	5 S	5 L	5 J	5 S		
6 L	6 J	6 V	6 L	6 M	6 S	6 L	6 J	6 D	6 M	6 V	6 D		
7 M ORL	7 V	7 S	7 M ORL	7 J	7 D	7 M	7 L ORL	7 V	7 L	7 S	7 L		
8 M	8 S	8 D	8 M	8 V	8 L	8 M	8 S	8 M ORL	8 J	8 D	8 M ORL		
9 J	9 D	9 L	9 J	9 S	9 M ORL	9 J	9 D	9 M	9 V	9 L	9 M		
10 V	10 L	10 M ORL	10 V	10 D	10 M	10 V	10 L	10 J	10 S	10 M ORL	10 J		
11 S	11 M	11 M	11 S	11 L	11 J	11 M	11 S	11 M	11 D	11 M	11 V		
12 D	12 M	12 J	12 D	12 M	12 V	12 D	12 M	12 S	12 L	12 J	12 S		
13 L	13 J	13 V	13 L	13 M	13 S	13 L	13 J	13 D	13 M ORL	13 V	13 D		
14 M	14 V	14 S	14 M	14 J	14 D	14 M	14 V	14 L	14 M	14 S	14 L		
15 M	15 S	15 D	15 M	15 V	15 L	15 M	15 S	15 M	15 J	15 D	15 M ORL		
16 J	16 D	16 L	16 J	16 S	16 M ORL	16 J	16 D	16 M	16 V	16 L	16 M		
17 V	17 L	17 M	17 V	17 D	17 M	17 V	17 L	17 J	17 S	17 M	17 J		
18 S	18 M	18 M	18 S	18 L	18 J	18 S	18 M	18 V	18 D	18 M	18 V		
19 D	19 M	19 J	19 D	19 M ORL	19 V	19 D	19 M	19 S	19 L	19 J	19 S		
20 L	20 J	20 V	20 L	20 M	20 S	20 L	20 J	20 D	20 M	20 V	20 D		
21 M ORL	21 V	21 S	21 M ORL	21 J	21 D	21 M	21 L ORL	21 L	21 M	21 S	21 L		
22 M	22 S	22 D	22 M	22 V	22 L	22 M	22 S	22 M	22 J	22 D	22 M		
23 J	23 D	23 L	23 J	23 S	23 M ORL	23 J	23 D	23 M	23 V	23 L	23 M		
24 V	24 L	24 M ORL	24 V	24 D	24 M	24 V	24 L	24 J	24 S	24 M ORL	24 J		
25 S	25 M	25 M	25 S	25 L	25 J	25 S	25 M ORL	25 V	25 D	25 M	25 V		
26 D	26 M	26 J	26 D	26 M	26 V	26 D	26 M	26 S	26 L	26 J	26 S		
27 L	27 J	27 V	27 L	27 M	27 S	27 L	27 J	27 D	27 M	27 V	27 D		
28 M	28 V	28 S	28 M	28 J	28 D	28 M	28 V	28 L	28 M	28 S	28 L		
29 M	29 S	29 D	29 M	29 V	29 L	29 M	29 S	29 M ORL	29 J	29 D	29 M ORL		
30 J	30 L	30 J	30 S	30 M	30 M	30 J	30 D	30 M	30 V	30 L	30 M		
31 V		31 M		31 D		31 V	31 L		31 S		31 J		
												2	Nbr vacation mensuelles

Planning des vacances gynécologiques :

Calendrier Sage-femme 2021

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1 V	1 L	1 L	1 J	1 S	1 M	1 J	1 D	1 M	1 V	1 L	1 M
2 S	2 M	2 M	2 V	2 D	2 M	2 V	2 L	2 J	2 S	2 M	2 J
3 D	3 M	3 M	3 S	3 L	3 J	3 S	3 M	3 V	3 S	3 D	3 V
4 L	4 J	4 J	4 D	4 M	4 V	4 D	4 M	4 S	4 L	4 J	4 S
5 M	5 V	5 V	5 L	5 S	5 M	5 S	5 J	5 D	5 M	5 V	5 D
6 M	6 S	6 S	6 M	6 J	6 D	6 M	6 V	6 L	6 M	6 S	6 L
7 J	7 D	7 D	7 M	7 V	7 L	7 M	7 S	7 M	7 J	7 D	7 M
8 V	8 L	8 L	8 J	8 S	8 M	8 J	8 D	8 M	8 V	8 L	8 M
9 S	9 M	9 M	9 V	9 D	9 M	9 V	9 L	9 J	9 S	9 M	9 J
10 D	10 M	10 M	10 S	10 L	10 J	10 S	10 M	10 V	10 D	10 M	10 V
11 L	11 J	11 J	11 D	11 M	11 V	11 D	11 M	11 S	11 L	11 J	11 S
12 M	12 V	12 V	12 L	12 M	12 S	12 L	12 J	12 D	12 M	12 V	12 D
13 M	13 S	13 S	13 M	13 J	13 D	13 M	13 V	13 L	13 M	13 S	13 L
14 J	14 D	14 D	14 M	14 V	14 L	14 M	14 S	14 M	14 J	14 D	14 M
15 V	15 L	15 L	15 J	15 S	15 M	15 V	15 D	15 M	15 V	15 L	15 M
16 S	16 M	16 M	16 V	16 D	16 M	16 V	16 L	16 J	16 S	16 M	16 J
17 D	17 M	17 M	17 S	17 L	17 J	17 S	17 M	17 V	17 D	17 M	17 V
18 L	18 J	18 J	18 D	18 M	18 V	18 D	18 M	18 S	18 L	18 J	18 S
19 M	19 V	19 V	19 L	19 M	19 S	19 L	19 J	19 D	19 M	19 V	19 D
20 M	20 S	20 S	20 M	20 J	20 D	20 M	20 V	20 L	20 M	20 S	20 L
21 J	21 D	21 D	21 M	21 V	21 L	21 M	21 S	21 M	21 J	21 D	21 M
22 V	22 L	22 L	22 J	22 S	22 M	22 J	22 D	22 M	22 V	22 L	22 M
23 S	23 M	23 M	23 V	23 D	23 M	23 V	23 L	23 J	23 S	23 M	23 J
24 D	24 M	24 M	24 S	24 L	24 J	24 S	24 M	24 V	24 D	24 M	24 V
25 L	25 J	25 J	25 D	25 M	25 V	25 D	25 M	25 S	25 L	25 J	25 S
26 M	26 V	26 V	26 L	26 M	26 S	26 L	26 J	26 D	26 M	26 V	26 D
27 M	27 S	27 S	27 M	27 J	27 D	27 M	27 V	27 L	27 M	27 S	27 L
28 J	28 D	28 D	28 M	28 V	28 L	28 M	28 S	28 M	28 J	28 D	28 M
29 V	29 L	29 L	29 J	29 S	29 M	29 J	29 D	29 M	29 V	29 L	29 M
30 S	30 M	30 M	30 V	30 D	30 M	30 V	30 L	30 J	30 S	30 M	30 J
31 D	31 M	31 M	31 S	31 L	31 J	31 S	31 M	31 V	31 D	31 M	31 V

Horaire vacation	
AM	13h30/17h30

- VD Véronique DUGRAS
- NG Nathalie GARCIA
- MV Maud VIGREUX
- SS Sara SANTOS
- JLO Julia-anna LEANDRI-LE QUELLEC
- MDB Maeva de BIAISI
- CB Charlotte BORDANEIL

Vacances scolaires

- Maeva de BIAISI - debiasimaeva@gmail.com
- Véronique DUGRAS - okaeri@hotmail.com
- Nathalie GARCIA - nathalie.garcia.sf34@free.fr
- Julia-Anna LEANDRI-LE QUELLEC - jleandri@hotmail.fr
- Maud VIGREUX - maud.vigreux@gmail.com
- Charlotte BORDANEIL - bordaneilcharlottesagefemme@gmail.com (06.23.50.68.66)
- Sara SANTOS - saranat2@yahoo.fr

Nbr Vac. Mensuel

PLANNING DES VACATIONS BILANS SOMATIQUES :

Calendrier BILAN SOMATIQUE 2021

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
1 V	1 L	1 L	1 J	1 S	1 M	1 J	1 D	1 M	1 V	1 L	1 M
2 S	2 M	2 M	2 V	2 D	2 M	2 V	2 L	2 J	2 S	2 M	2 J
3 D	3 M	3 M	3 S	3 L	3 J	3 S	3 M	3 V	3 D	3 M	3 V
4 L	4 J	4 J	4 D	4 M	4 V	4 D	4 M	4 S	4 L	4 J	4 S
5 M	5 V	5 V	5 L	5 S	5 M	5 S	5 J	5 D	5 M	5 V	5 D
6 M	6 S	6 S	6 M	6 J	6 D	6 M	6 V	6 L	6 M	6 S	6 L
7 J	7 D	7 D	7 M	7 V	7 L	7 M	7 S	7 M	7 J	7 D	7 M
8 V	8 L	8 L	8 J	8 S	8 M	8 J	8 D	8 M	8 V	8 L	8 M
9 S	9 M	9 M	9 V	9 D	9 M	9 V	9 L	9 J	9 S	9 M	9 J
10 D	10 M	10 M	10 S	10 L	10 J	10 S	10 M	10 V	10 D	10 M	10 V
11 L	11 J	11 J	11 D	11 M	11 V	11 D	11 M	11 S	11 L	11 J	11 S
12 M	12 V	12 V	12 L	12 M	12 S	12 L	12 J	12 D	12 M	12 V	12 D
13 M	13 S	13 S	13 M	13 J	13 D	13 M	13 V	13 L	13 M	13 S	13 L
14 J	14 D	14 D	14 M	14 V	14 L	14 M	14 S	14 M	14 J	14 D	14 M
15 V	15 L	15 L	15 J	15 S	15 M	15 V	15 D	15 M	15 V	15 L	15 M
16 S	16 M	16 M	16 V	16 D	16 M	16 V	16 L	16 J	16 S	16 M	16 J
17 D	17 M	17 M	17 S	17 L	17 J	17 S	17 M	17 V	17 D	17 M	17 V
18 L	18 J	18 J	18 D	18 M	18 V	18 D	18 M	18 S	18 L	18 J	18 S
19 M	19 V	19 V	19 L	19 M	19 S	19 L	19 J	19 D	19 M	19 V	19 D
20 M	20 S	20 S	20 M	20 J	20 D	20 M	20 V	20 L	20 M	20 S	20 L
21 J	21 D	21 D	21 M	21 V	21 L	21 M	21 S	21 M	21 J	21 D	21 M
22 V	22 L	22 L	22 J	22 S	22 M	22 J	22 D	22 M	22 V	22 L	22 M
23 S	23 M	23 M	23 V	23 D	23 M	23 V	23 L	23 J	23 S	23 M	23 J
24 D	24 M	24 M	24 S	24 L	24 J	24 S	24 M	24 V	24 D	24 M	24 V
25 L	25 J	25 J	25 D	25 M	25 V	25 D	25 M	25 S	25 L	25 J	25 S
26 M	26 V	26 V	26 L	26 M	26 S	26 L	26 J	26 D	26 M	26 V	26 D
27 M	27 S	27 S	27 M	27 J	27 D	27 M	27 V	27 L	27 M	27 S	27 L
28 J	28 D	28 D	28 M	28 V	28 L	28 M	28 S	28 M	28 J	28 D	28 M
29 V	29 L	29 L	29 J	29 S	29 M	29 J	29 D	29 M	29 V	29 L	29 M
30 S	30 M	30 M	30 V	30 D	30 M	30 V	30 L	30 J	30 S	30 M	30 J
31 D	31 M	31 M	31 S	31 L	31 J	31 S	31 M	31 V	31 D	31 M	31 V

- CR Caroline ROUQUETTE
- VDR Virginie DE RYCKE

Vacances scolaire

- M 9h00/12h30
- AM 13h30/17h30

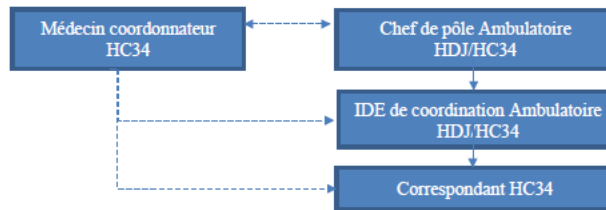
Nbr vac.mensuelle

Annexe 6 : Fiche de poste d'HC34

	GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS, EMPLOIS ET COMPETENCES	FF-SUP-RH-GPEC-005 Création : 28/08/2018 Révision : 28/08/2018 Version : 1 Page 1 sur 3
	Fiche de fonction FICHE DE FONCTION DU CORRESPONDANT HANDICONSULT34	

HandiConsult34 est un dispositif innovant, au sein de pôle ambulatoire, qui nécessite une organisation innovante et spécifique, capitalisant sur les ressources de l'HDJ. Cette organisation s'appuie sur un cadre chef de pôle, un médecin coordonnateur et un IDE de Coordination. Cette structuration s'appuie sur des référentiels et des retours d'expérience issus de divers secteurs.

Enjeux selon la HAS-ANAP : « La coordination entre les acteurs et l'adéquation entre les ressources et l'activité, souvent effectuées de façon désordonnée, deviennent cruciales dès lors que le volume d'activité et /ou la multiplicité des intervenants atteignent un seuil critique. De plus, réguler l'ensemble du parcours patient nécessite une vision globale sur des ressources souvent gérées de manière isolée, sans coordination. L'efficacité de la gestion des flux est grandement améliorée en professionnalisant et en dédiant un ou plusieurs types de postes caractérisés par deux fonctions : anticipation et régulation. Ce type de poste peut s'envisager à un niveau opérationnel limité (ex : régulation du brancardage), intermédiaire (ex : infirmière programmatrice) ou plus large et structurel (ex : régulation des activités médicales). La mise en place de ces nouveaux métiers [transversaux] demande à la fois une définition de fonction très précise, son articulation avec les autres métiers (médecin coordonnateur, cadre, etc.) et son acceptabilité par tous les acteurs. » (HAS-ANAP, 2013, p.75)



La présente fiche de fonction vise à définir les attendus du correspondant HC34 en complément des activités et savoirs énoncés dans ses fiches de poste et de compétences initiales (IDE ou ASD).

Attendus : satisfaction des patients et des intervenants d'HC34, avantages logistiques, médico économiques.

	GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS, EMPLOIS ET COMPETENCES	FF-SUP-RH-GPEC-005 Création : 28/08/2018 Révision : 28/08/2018 Version : 1 Page 2 sur 3
	Fiche de fonction FICHE DE FONCTION DU CORRESPONDANT HANDICONSULT34	

DEFINITION DE LA MISSION

Sous la supervision de l'infirmier coordinateur HC34, il planifie, organise et régule l'ensemble des moyens (matériel, locaux, personnel) afin d'assurer la prise en charge du patient sur handiconsult34, en lien avec le secrétariat, l'accueil, les médecins et le cadre du pôle ambulatoire dans un souci de continuité et de qualité.
Il contribue avec l'IDE de Coordination à une bonne gestion du parcours patient et à sa fluidification pour une prise en charge de qualité et une optimisation des moyens et ressources.

DOMAINE D'APPLICATION

HANDICONSULT 34 (HC34) / CMNP PROPORA

MISSIONS

Planification au sein d'HandiConsult34 en concert avec l'infirmier Coordinateur (IDEC) HTP/HC34

- Il planifie, organise et régule (cf guide HAS) les consultations de l'entrée jusqu'à la sortie du patient, en réduisant autant que possible les temps d'attente inutiles avant et après l'intervention, en optimisant la synchronisation des flux,
- Il ordonnance les ressources pour privilégier la fluidité du parcours patient.
- Il optimise le parcours patient en sécurisant les programmes de soins (respect des horaires, ordonnancement, etc.), en optimisant l'accès et l'occupation des locaux, en réduisant les temps d'attente de toutes sortes (patient, praticien, etc.).
- Il évite les goulots d'étranglement et les fonctionnements en silo tout au long de la prise en charge du patient.


Prise en charge des patients d'HandiConsult34

- Il réceptionne et traite les appels téléphoniques du numéro vert en accueillant et orientant le patient, en adaptant sa communication et en s'assurant de la bonne compréhension de l'information donnée (propose et explique, par exemple, le déroulement d'une consultation ou d'une visite blanche, etc)
- Il accueille le patient, son entourage en les orientant vers l'interlocuteur, en transmettant les informations aux personnels concernés
- Il participe à la saisie et à la mise à jour de la fiche de préadmission IDEC/CHC34 sur HandiConsult34, pour la spécialité demandée et réalise, sous supervision du médecin coordinateur, l'entretien d'évaluation de la personne pour la planification des soins
- Il assure la traçabilité des consultations, des comptes rendus, du suivi du patient et de la reprogrammation,
- Pour les situations complexes, il planifie/programme une consultation d'orientation et transmet à l'IDE de coordination et au médecin coordinateur

Evaluation qualité et gestion des risques au sein d'HandiConsult34

- Il participe à l'établissement, la réactualisation des procédures et protocoles qualité en coordination avec la cellule qualité et vérifie leur appropriation et leur respect par l'équipe de son service.
- Il collabore à l'application des recommandations et des bonnes pratiques professionnelles par le personnel de son service.
- Il réalise des audits et autres enquêtes et participe à la démarche d'élaboration et d'évaluation des processus.
- Il s'assure du signalement de tout événement indésirable identifié au sein de son service et participe à leur analyse et traitement, aux déclarations des vigilances sanitaires et réglementaires, au traitement des plaintes et réclamations.
- Il s'implique dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques et participe activement aux réunions et groupes de travail et transmet l'information à toutes les personnes concernées.

2

	GESTION PREVISIONNELLE DES METIERS, EMPLOIS ET COMPETENCES	FF-SUP-RH-GPEC-005 Création : 28/08/2018 Révision : 28/08/2018 Version : 1 Page 3 sur 3
	Fiche de fonction FICHE DE FONCTION DU CORRESPONDANT HANDICONSULT34	

Communication


- Il transmet à l'encadrement du pôle ambulatoire, le médecin coordinateur et la direction toutes données pertinentes et s'assure du recueil des différents éléments demandés dans le cadre de la qualité et gestion des risques, la gestion des ressources, etc.

COMPETENCES ATTENDUES

- Compétences en gestion des flux et en planification
- Compétences en promotion de la santé et/ou éducation thérapeutique
- Compétences soignantes : IDE ou ASD (voir fiches de compétence correspondantes)
- Auditer l'état général d'une situation, d'un système, d'une organisation dans son domaine de compétence
- Définir, allouer et optimiser les ressources au regard des priorités, des contraintes et variations internes / externes

Signature du salarié(e) attestant de la remise du document pour information

Annexe 7II : Protocole de prise en charge d'HC34

 Propara Adaptation Epidémie Centre National de Référence Centre National de Surveillance	CATEGORIE PRINCIPALE	REFERENCE Version : 1... Création : 30/04/2020 Révision :
	ACCUEIL D'UN CONSULTANT EN PERIODE EPIDEMIQUE Covid-19 A HANDICONSULT34	

Des documents en FALC peuvent être conseillés selon la situation, pour une meilleure compréhension des gestes barrière et l'observance de la distanciation physique.

Le jour de la consultation : *En début de programme, nettoyage systématique des surfaces hautes et points de contact.*

- L'accueil en période épidémique est assuré par un membre de l'équipe d'HC34, y compris l'accompagnement des personnes vers les salles de soins et, le cas échéant, d'imagerie.
- Arrivée de chaque patient à l'entrée du secteur ambulatoire, les portes coulissantes sont fermées et le patient doit sonner pour avvertir de sa venue.
- Ouverture des portes coulissantes et accueil dans le sas constitué entre les 2 portes coulissantes. Nettoyage du point de contact sur sonnette d'entrée.
- Une friction de SHA est faite par le patient et son accompagnant.
- En début de programme, nettoyage des surfaces hautes et points de contact.
- Si le patient ne dispose pas de masque, un masque chirurgical lui est fourni s'il peut en supporter le port ; le port alternatif d'une visière peut être proposé en cas inverse
- Si l'accompagnant ne porte pas de masque lui en donner un en tissu que le service récupère lors du départ de l'accompagnant. Ce masque sera mis dans un sac hydrosoluble qui sera ensuite porté à la lingerie pour lavage.

Si des objets ou matériels indispensables à la consultation sont apportés, ils font l'objet d'une désinfection (spray D-D virucide + temps de séchage) ; les objets non indispensables ne sont pas acceptés (à remettre par l'accompagnant dans le véhicule ou mis dans un sac plastique fermé stocké le temps des soins).

En salle de consultation ou de soins :

- Limitation du nombre de personnes présentes à 4 sauf exception : praticien, un professionnel pour l'assister, patient, un accompagnateur ;
- Maintien de la distanciation physique par l'accompagnant, sauf si sa participation aux soins est indispensable pour les faciliter ou les permettre ; en ce cas, EPI pour l'accompagnant :
 - o Proche vivant sous le même toit : surblouse et charlotte (gants si contact avec liquides biologiques) ;
 - o Aidant professionnel : mêmes EPI que les soignants de l'ESMS

Après la consultation ou les soins :

- Nettoyage et désinfection après chaque patient des surfaces hautes et points de contact.
- Nettoyage et désinfection après chaque consultation (fin de programme) selon protocole en vigueur dans l'établissement.
- Elimination des EPI à usage unique en DASRI.
- Si masques fournis à usager et accompagnateur, ils sont retirés et éliminés au niveau du sas de sortie (masque chirurgical en DASRI, masque grand public tissu en sac hydrosoluble).
- Maintenir le schéma de circulation et la distanciation physique : accompagnement du patient jusqu'à la sortie ;
- Documents remis (courrier, compte rendu, résultat, convocation, facturation...) : voie numérique privilégiée (sms, docs Word codés, messagerie sécurisée pour les professionnels de santé).

Coordination au sein du secteur ambulatoire :

- **Temporelle :**
Programmation des RDV en fonction des priorités

Annexe 8 : captures d'écran du système d'information handisolution utilisé par HC34 depuis 2023

Capture 1 : patients prévus dans la journée

Bienvenue sur Handisolution

Patients prévus ce jour

10 Prévus	1 Arrivés	0 En consultation	0 Consultations terminées	7 Venues cloturées	1 RDV Annulés	0 Patient non présent
--------------	--------------	----------------------	------------------------------	-----------------------	------------------	--------------------------

10 résultats

Rechercher ...

Date et heure	Planifié le	Numéro de dossier	IPP	Nom de naissance	Nom d'usage	Prénom	Date de naissance	Spécialité	Motif médical de venue	Intervenant principal	Détail du Rendez-vous	Modifier le RDV	Fiche de consultation
---------------	-------------	-------------------	-----	------------------	-------------	--------	-------------------	------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------	-----------------------

Capture 2 : tableau de bord des patients inclus

Patients

+ Ajouter un patient et remplir sa fiche de liaison

Ajouter une réorientation directe sans fiche de liaison

1938 Patients intégrés	0 Patients réorientés après FDL	37 Patients réorientés sans FDL	3 Identités à lier	0 Handicap à coder
---------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------	-----------------------

1938 résultats

Rechercher ...

Nom de Naissance	Numéro de dossier	IPP	Nom d'usage	Prénom	Date de naissance	Téléphone du patient	Téléphone de l'accompagnant	Dossier patient
------------------	-------------------	-----	-------------	--------	-------------------	----------------------	-----------------------------	-----------------

Capture 3 : tableau de bord des fiches de liaisons par statut des fiches

Gestion des rendez-vous

Fiches de liaison


16 Fiches de liaison à traiter	94 Fiches de liaison en cours	8 Fiches en attente	1 FDL sans indication d'intégration
-----------------------------------	----------------------------------	------------------------	--

16 résultats

Rechercher ...

Nom de Naissance	Numéro de dossier	Nom d'usage	Prénom	Date de naissance	Spécialités demandées	Téléphone du patient	Téléphone de l'accompagnant	Date de création	Date de complétion	Reprise de la Fiche de liaison
------------------	-------------------	-------------	--------	-------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------------	------------------	--------------------	--------------------------------

Capture 4 : gestion de la coordination



- Bouton magique nouvel onglet
- Tableau de bord
- Patients
- Gestion des rendez-vous
- Agenda
- Utilisateurs
- Gestion de la coordination
- Paramétrage
- Statistiques
- Test de fonctionnalités

Michel

Gestion de la coordination

- Actions temporaires
- Création des espaces patients (patients Expert)
- Gestion des vacances
- Modification forfaits temporaires 2023
- Séquences à vérifier
- Archives des dossiers patients
- Activation des espaces patients
- Facturation des séquences
- Liaison des identités avec la GAP
- Réorientations
- Tableau de toutes les venues
- Codage du handicap des patients
- Facturation des vacances (praticiens)
- Liaison patient - structure
- Séquences à fermer
- Traiter un doublon de dossier