



Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé «**Ma santé 2022**» et de son volet numérique, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) - lance le **Programme e-Parcours** pour accompagner la transformation numérique du parcours de santé dans les territoires, en appui des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.



Planning global du programme

Dates	Actions
Sept. 2020 > Mai 2021	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'ateliers d'expressions de besoins Rédaction du cahier des charges métiers et techniques Lancement de consultation pour le choix du fournisseur des outils e-parcours Notification du prestataire
Juin 2021 > Déc. 2021	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place des premiers outils Phase d'installation sur les structures pilotes Phase de test et de réajustement
Janv. 2021 > Janv. 2024	<ul style="list-style-type: none"> Déploiement des outils sur autres structures Phase de généralisation Phase de suivi des usages et des premières analyses de données

CONTACTS

Soutenu par l'ARS Guyane, ce projet répond aux exigences de la stratégie nationale « Ma santé 2022 ».

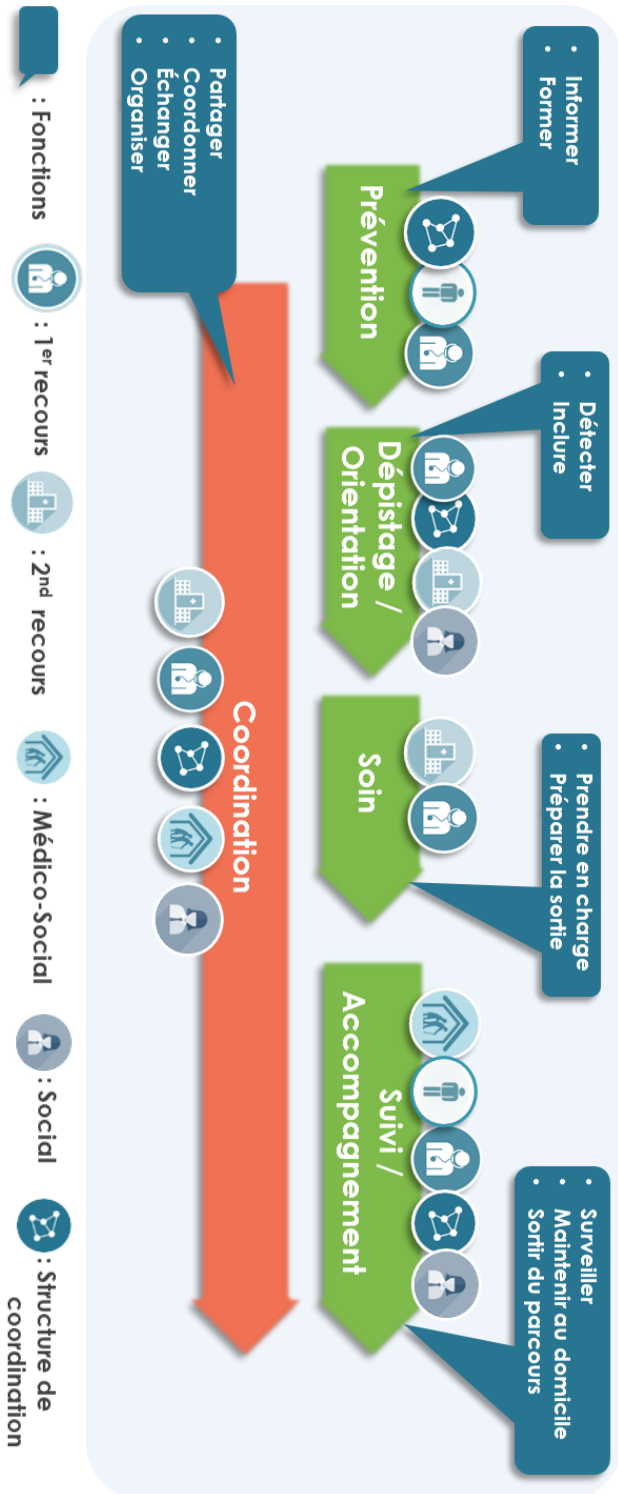
La conduite du projet est assurée par le GCS Guyasis accompagné de son assistance à maîtrise d'ouvrage Easis.

Zéty Billard
Chargée de mission SI, Direction de l'offre de soins
zety.billard@ars.sante.fr

Christelle Marceline
Chef de projet, Référente E-Parcours
cmarceline@gcsguyasis.fr

Baptiste Sintès
Chef de projet
bsintes@easis-consulting.com

Le parcours de l'utilisateur avec l'ensemble des professionnels impliqués



Le Programme e-Parcours : une nouvelle perspective

L'approche e-parcours consiste à proposer à tous les acteurs de la coordination et du parcours (Réseaux de santé spécifiques, MAIA,...), aux libéraux, aux structures médico-sociales et sociales, **une solution d'échange d'informations** autour du patient ou de l'utilisateur, entre professionnels de l'offre de soins.

Par cette nouvelle approche, la population guyanaise bénéficiera à terme, d'une meilleure prise en charge de son bien-être, en évitant au maximum les redondances d'examen et les interruptions dans son parcours de soins.

LES OBJECTIFS

1 Favoriser la **coopération pluriprofessionnelle** en facilitant le partage des informations en santé utiles à la prise en charge coordonnée

2 Apporter un appui aux professionnels de santé dans la coordination de la prise en charge **des patients ayant des problématiques de santé ou cas complexes** (gestion de cas)

3 Favoriser le **repérage précoce** et l'entrée dans le parcours de soins de patients nouvellement dépistés

4 Renforcer les **actions de prévention et de suivi** du patient

Exemple de services proposés dans le cadre du e-parcours

Pour les parcours de santé de proximité au quotidien :

- Un **annuaire** et **cercle de soin**, pour identifier et rechercher un professionnel ;
- Un **agenda partagé**, pour organiser et planifier ;
- Un **cahier de liaison**, pour connaître et informer ;
- Une **messaging instantanée**, pour échanger et partager ;
- Des **alertes** et **notifications**, pour avertir et être averti en temps réel.

Pour la coordination des parcours de santé complexes :

- Des outils de **repérage** et d'**évaluation**, pour évaluer et connaître la situation des patients ;
- Des outils de suivi des **plans personnalisés de santé**, pour planifier, suivre et réévaluer les différentes interventions ;
- Des outils de **pilotage d'activité**, pour suivre et piloter son activité.



Illustration par un cas d'usage simplifié

Claire a 75 ans et vit à **son domicile** avec son conjoint. Elle est hémiplegique depuis plusieurs années suite à un AVC.

Lors d'une consultation, le **Répertoire Opérationnel des Ressources** a permis au Dr Le Bihan, son médecin traitant, de **l'orienter** vers un centre pratiquant des injections de toxine botulique pour lutter contre les rétractations douloureuses qui se majorent.

Par ailleurs, Dr Le Bihan constate que Claire nécessite un **soutien appuyé** afin de rester à son domicile. C'est dans ce cadre que Dr Le Bihan contacte le **Dispositif d'Appui à la Coordination** (DAC) de son territoire pour connaître les démarches à suivre.

Arya, **coordinatrice d'appui** au sein du DAC, va créer un dossier pour Claire dans **l'outil numérique de coordination**. Un **Plan Personnalisé de Santé** est mis en place et validé par le Dr Le Bihan.

Le DAC va **se mettre en relation** avec les services d'aide à domicile du territoire afin de répondre au plan d'actions décrit dans le PPS.

Grâce à **l'Annuaire Régional**, le **cercle de soins** de Claire va pouvoir être complété dans **l'outil de coordination**. Il comporte la **liste des acteurs** participant à la prise en charge, avec leurs coordonnées : médecin traitant, médecin spécialiste, assistante sociale, masseur-kiné, infirmière à domicile, SSIAD, etc.

La **Messaging Sécurisée** permet au DAC et aux acteurs du cercle de soins d'échanger de manière sûre.

Dr Le Bihan peut également suivre la prise en charge de son patient grâce au **Portail Professionnel de son Espace Numérique en Santé** qui lui permet d'accéder de façon sécurisée et en quelques clics aux dossiers de ses patients pour lesquels il a sollicité le DAC.