

04 MAI 2016

# CAHIER DES CHARGES

*« DEVELOPPEMENT ET ACCOMPAGNEMENT A UNE MEILLEURE  
COORDINATION DES ACTEURS DE SANTE SUR LE DEPARTEMENT DU  
TARN-ET-GARONNE »*

## Table des matières

Table des matières .....	1
<b>1. Cadre général de la demande</b> .....	2
Contexte .....	2
Acteurs.....	2
Cadre législatif .....	2
Organisation .....	3
<b>2. Objectifs</b> .....	3
<b>3. Contenu de la prestation</b> .....	4
Périmètre.....	4
Calendrier prévisionnel de mise en œuvre .....	4
Lots .....	4
Méthodologie .....	5
Transférabilité .....	5
<b>4. Contraintes de mise en œuvre et réalisations</b> .....	6
Contraintes .....	6
Réalizations.....	6
<b>5. Prérequis</b> .....	6
<b>6. Simulation Financière</b> .....	6
<b>7. Contenu attendu de la consultation</b> .....	7
<b>8. Consultation</b> .....	7
Réponse du prestataire .....	7
Procédure de consultation .....	7
Critères de sélection du prestataire .....	7
Remise de la soumission .....	8

# 1. Cadre général de la demande

## Contexte

### Acteurs

**Géronto82** est l'association qui porte les deux dispositifs MAIA du département (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie). Le dispositif associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées (60 ans et plus). Les pilotes MAIA sont en charge de l'animation du territoire. Les gestionnaires de cas accompagnent à domicile des personnes âgées dépendantes. La complexité de leur situation répond à des critères précis déterminés nationalement (annexe 7 du Plan Maladies Neuro Dégénératives) nécessitant dans la durée un renfort de coordination de proximité, à la demande des professionnels déjà impliqués dans l'accompagnement.

**Réso82** est un réseau de santé territorial. Historiquement centré sur la prise en charge à domicile des patients en soins palliatifs et en douleur chronique, est depuis trois ans plurithématique, et s'adresse aux personnes ayant une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) pour lesquelles la situation est complexe du fait d'une intrication de problématiques médicale, psycho-sociale et médico-sociale.

**RESOMIP** est la « Fédération Régionale des Réseaux de Santé de Midi-Pyrénées ». Constituée en association loi 1901, elle regroupe 19 réseaux régionaux ou territoriaux de Midi-Pyrénées. La vocation de RESOMIP est de faciliter l'échange avec les professionnels de terrain, le partage d'expériences et la coordination des parcours de santé. Résomip garantit l'autonomie de ses membres.

Dans le cadre de sa mission de soutien aux politiques de territorialisation des réseaux, Résomip accompagne le projet du réseau de santé Réso82 de mise en place d'une plateforme territoriale d'appui avec l'intention de faire bénéficier l'ensemble des réseaux territoriaux de cette expérimentation.

### Cadre législatif

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé inscrit la mise en place de plateformes territoriales d'appui. Ces plateformes ont pour origine un double constat : les professionnels ont besoin d'appui dans la prise en charge des patients en situation complexe et l'offre d'appui à la coordination bien que riche et diversifiée reste peu lisible et segmentée. Les objectifs de ces plateformes sont multiples :

- Permettre une meilleure intégration et une meilleure lisibilité pour les professionnels,
- Favoriser la cohérence des dispositifs et structures existantes,
- A destination de toutes les personnes en situation complexe sans distinction d'âge ou de pathologie.

Les missions des plateformes sont définies en trois axes :

- Information et orientation vers les ressources du territoire
- Organisation du parcours
- Appui aux pratiques des professionnels

La plateforme n'est pas un nouvel acteur mais une organisation plus aboutie de l'offre dans le territoire.

## Organisation

La Fédération régionale des réseaux de santé Midi-Pyrénées est identifiée comme Maîtrise d’Ouvrage déléguée. Elle fait le lien entre le maître d’œuvre et le maître d’ouvrage. Elle assiste les acteurs et accompagne le réseau de santé à élaborer et expérimenter le projet.

Au cours du projet le maître d’ouvrage co-porté par le réseau de santé et l’association porteuse du dispositif MAIA sera élargi au comité de pilotage, constitué d’acteurs de santé du territoire (département du Tarn-et-Garonne).

## 2. Objectifs

L’accompagnement des professionnels de santé à améliorer la coordination des patients en situation complexe sur le territoire répond à plusieurs objectifs :

- 1- Affiner le diagnostic territorial partagé par les usagers : patients, familles et professionnels de santé
- 2- Améliorer la lisibilité de l’offre de coordination existante sur le territoire pour les usagers
- 3- Favoriser l’interconnaissance des acteurs et des dispositifs du département
- 4- Imaginer des solutions visant à éviter les ruptures de parcours dans les prises en charge de patients en situation complexe
- 5- Favoriser l’articulation ville-Hôpital-domicile

### 1- Partager un diagnostic territorial avec les bénéficiaires: patients, familles et professionnels

La réalisation d’un diagnostic partagé par les professionnels et les usagers est le prérequis nécessaire pour poursuivre le projet. Ce diagnostic est basé sur les observations, constats et recueils du point de vue des professionnels du secteur social, médico-social et sanitaire. L’état des lieux accordera une place importante au recueil d’expériences auprès de patients, de familles suivies ou ayant été suivies par des acteurs de la coordination, en lien avec le Comité de Pilotage du projet.

### 2- Améliorer la lisibilité de l’offre de coordination existante sur le territoire pour les usagers

L’offre d’appui à la coordination sur le département du Tarn-et-Garonne est importante : Réseaux de santé, dispositifs MAIA, équipes mobiles, CLIC... Pour autant les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, expriment un manque de lisibilité de ces dispositifs, ainsi qu’une confusion autour de leurs missions spécifiques et complémentaires.

A partir du diagnostic territorial préalablement établi, émergeront des pistes d’améliorations autour de la communication et de la lisibilité de l’ensemble des offres d’appui à la coordination existantes, des ressources identifiées et mobilisables par les professionnels de santé.

La perception de l’usager (patients, proches, aidants) sera également à prendre en compte et à intégrer dans les pistes d’amélioration proposées.

### 3- Favoriser l’interconnaissance des acteurs et des dispositifs du département

Dans le cadre de la prise en charge des patients en situations complexes de nombreux professionnels sont susceptibles d’intervenir dans des temporalités différentes. La connaissance réciproque des acteurs semble être un facteur facilitant pour une qualité de prise en charge accrue et une fluidité du parcours. Sur le terrain les professionnels sont confrontés à un temps de rencontre non extensible, à l’évolution du paysage sanitaire, social et médico-social avec l’apparition ces dernières années de nouveaux dispositifs, de nouveaux plans de santé ainsi qu’une évolution des domaines de compétence des professionnels (délégation de tâche, protocole de coopération entre professionnels). Ces évolutions complexifient les échanges entre acteurs et représentent un frein à une connaissance réciproque et partagée des zones d’interventions, domaines de compétences de chaque structure.

Le projet vise à proposer des pistes d'améliorations pour favoriser la connaissance réciproque entre professionnels.

#### **4- Imaginer des solutions visant à éviter les ruptures de parcours dans les prises en charge de patients en situation complexe**

La prise en charge de patients en situation complexe est évolutive, elle est dépendante de l'état de santé du patient, de l'évolution de son environnement. La capacité des professionnels à orienter le patient au bon moment, au bon professionnel est déterminante dans la fluidité des parcours. Il est alors essentiel d'adapter la réponse des structures et dispositifs d'appui à la coordination aux besoins spécifiques des usagers et des professionnels de santé. Identifier les moments charnières du parcours de soins (en particulier, aux interfaces du réseau d'acteurs), et livrer des solutions pour éviter les ruptures de parcours est un enjeu fort du projet. Le prestataire s'attachera à mettre en lumière des moments clés de ces ruptures de parcours afin de dégager des solutions d'amélioration.

#### **5- Favoriser l'articulation ville-Hôpital-domicile**

Au cours de sa prise en charge, le patient suivi à domicile sera amené à rencontrer le milieu hospitalier occasionnellement (hospitalisation programmée, hospitalisation en urgence) ou régulièrement (suivi de maladies chroniques par exemple). Il est alors essentiel que les professionnels puissent communiquer et échanger pour éviter une perte d'information, solliciter le patient plus que nécessaire (exposition réitérées des faits, de sa situation...) et permettre la prise en charge la plus efficace possible. Le projet s'intéressera aux moments clés de ces transitions et proposera des pistes d'améliorations.

4

### **3. Contenu de la prestation**

#### **Périmètre**

Le projet concerne l'ensemble des structures et dispositifs d'appui à la coordination ainsi que les institutions du secteur sanitaire, social et médico-social.

L'intégration des usagers de ces différentes filières de santé est également à intégrer.

Une attention particulière sera portée à la dimension politique du projet, tant au niveau local que régional, notamment au travers de la consultation des principaux acteurs.

#### **Calendrier prévisionnel de mise en œuvre**

Le lancement effectif de la phase d'expérimentation est souhaité pour le mois de septembre. Le projet devra être accompagné par le prestataire sur une période minimale de six mois. Ce délai pouvant être allongé au besoin et adapté aux besoins des acteurs du terrain ainsi qu'à la méthodologie utilisée.

Une phase de préparation en amont est à prévoir à compter de fin juin et durant la période estivale. Cette phase aura pour objectif de finaliser la préparation de l'expérimentation, notamment en rencontrant les différentes parties prenantes, le comité de pilotage. Cette phase permettra également de finaliser la sélection des professionnels et bénéficiaires à rencontrer.

#### **Lots**

La prestation sera scindée en plusieurs étapes clés comprenant chacune une méthodologie, une animation auprès des acteurs ainsi qu'un ou plusieurs livrable(s). L'ensemble des étapes pourra faire l'objet de prestations optionnelles, laissées à la discrétion du prestataire dans sa proposition.

- **Lot 1 : Diagnostic territorial : mission de recueil d'informations incluant :**
  - Le recueil des besoins et difficultés auprès des professionnels de santé ayant recours aux dispositifs d'appui à la coordination

- La collecte d’expériences des patients et familles faisant appel, ou ayant fait appel, à ces dispositifs
- L’analyse de ces données et la restitution au comité de pilotage du projet

Pour cette étape l’imprégnation dans le quotidien des personnes est indispensable, tant au niveau des professionnels (immersion dans les locaux, suivi des équipes dans les visites à domiciles, lors des réunions entre professionnels...) que des bénéficiaires (visite à domicile des patients, rencontre des aidants). L’objectif étant d’apporter une vision la plus proche possible des personnes prises en charge et des professionnels dans leur quotidien aux acteurs du comité de pilotage.

- **Lot 2 : Communication**

A partir de l’analyse des données recueillies dans la première phase une réflexion collective et participative sera menée en présence des acteurs du territoire et des usagers. Des ateliers à destination de ces cibles seront proposés aux professionnels et au public sur le territoire pour imaginer et élaborer ensemble des solutions répondant aux besoins exprimés.

Dans un souci d’animation du territoire mais également de visibilité de la démarche entreprise un blog sera tenu de manière hebdomadaire pour permettre à l’ensemble des acteurs du territoire et de la région de se tenir informés de l’avancée du projet.

- **Lot 3 : Favoriser la coopération des acteurs, fluidifier le parcours**

La prise en charge des patients en situation complexe requiert une précision d’orientation ou de réorientation importante pour ne pas risquer une rupture dans le parcours de santé. A cet effet la mise en place d’outils facilitant la communication, l’orientation entre structures, dispositifs et professionnels libéraux est un axe clé. Ce travail, axé sur des moments critiques de la prise en charge, sera mené en concertation avec les acteurs concernés, et tiendra compte du projet de SI de parcours régional.

Chaque lot pourra inclure différents niveaux d’accompagnement au sujet des pistes proposées : allant de la rédaction d’un cahier reprenant la liste des possibles, à un accompagnement plus poussé pouvant aboutir à un accompagnement de la solution dans la phase de déploiement.

## Méthodologie

La conduite de ce projet nécessite des approches innovantes dans les techniques de recueil et d’animation des réunions, et fait appel au design de services. A travers les méthodes utilisées par le prestataire sont recherchés la neutralité d’un tiers face aux différentes parties prenantes du projet, la capacité du prestataire à animer des réunions collectives en respectant les individualités, la mise en place de pratiques créatives pour améliorer les services existants, le savoir-faire du prestataire dans la relation avec les politiques publiques et sa capacité à mobiliser les acteurs du territoire dans la réalisation du projet. Par des études d’usages, l’animation d’ateliers de concertation sur les territoires le prestataire aboutira à la conception et aux développements de produits, services ou espaces en réponse aux besoins exprimés par les acteurs. La méthodologie accordera une place importante à l’expression des usagers et professionnels, utilisateurs, des dispositifs de coordination. Elle devra permettre d’aboutir à des solutions atteignables, pragmatiques, faciles à mettre en place et tenant compte des logiques financières. L’ensemble des solutions proposées auront pour origine une réflexion et un échange avec les acteurs du territoire, et pourront, après priorisation, être testées grandeur nature.

## Transférabilité

L’expérimentation menée sur le département du Tarn-et-Garonne est une phase pilote dans la région. Elle doit aboutir à un cahier méthodologique reprenant l’ensemble des étapes clés et des éléments de

vigilance pour permettre aux acteurs des autres départements de s'en saisir et de vivre leurs propres expériences.

## 4. Contraintes de mise en œuvre et réalisations

### Contraintes

Les professionnels impliqués dans le projet appartiennent à des secteurs et des cultures différentes (sanitaire, social médico-social) et regroupent différentes typologies d'acteurs :

- Acteurs du premier recours (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens...)
- Acteurs de la coordination et de l'intégration (réseaux de santé, MAIA, équipes mobiles....)
- Acteurs du second recours (médecins spécialisés, hospitaliers, cliniques...)
- Acteurs du secteur médico-social (EHPAD, MAS, CMS...)

L'expérimentation menée, bien que se voulant être en proximité, concerne l'ensemble du département (possibilité de travailler sur deux ou trois pôles) et devra prendre en compte les paysages urbains comme ruraux.

**Le prestataire accepte expressément la possibilité de co-financement du projet et la présence de multi-financeurs.**

### Réalisations

Les livrables seront définis avec le comité de pilotage au fur et à mesure de l'avancée du projet, au regard des problématiques et besoins identifiées. Ils répondront aux attentes des acteurs du territoire et tiendront compte des ressources humaines et financières qu'ils impliquent.

Deux livrables sont déjà définis :

- La création d'un blog pour informer les partenaires du projet et de son avancée
- Un cahier méthodologique pour assurer la transférabilité

## 5. Prérequis

Le prestataire aura de l'expérience dans le design de services mais aussi dans la réalisation de projets impliquant différents types d'acteurs.

Une expérience dans la conduite de projets dans le domaine de la santé est attendue.

L'équipe constituée devra intégrer des professionnels dont au moins l'un d'entre eux a une bonne connaissance des acteurs de santé et des problématiques liées et si possible une personne experte des plateformes territoriales d'appui.

Le projet ayant également une forte dimension liée aux politiques publiques, l'équipe de professionnels aura une expérience dans la conduite de ce type de projets à forts enjeux.

## 6. Simulation Financière

Afin de permettre aux acteurs d'affiner le projet en fonction des possibilités financières une estimation budgétaire sera réalisée par Lot. Pour chacun d'eux, des éléments optionnels peuvent être ajoutés afin de donner une visibilité globale au comité de pilotage.

- Lot 1 : l'estimation budgétaire pourra être évolutive : en proposant un nombre de jours et de rencontres par seuil.
- Lot 2 et 3 : l'estimation devra prendre en compte les possibilités d'animation en modulant le nombre de jours, d'heures ou d'ateliers
- Blog : l'estimation budgétaire de l'animation d'un blog apparaîtra sur une ligne budgétaire spécifique

## 7. Contenu attendu de la consultation

Il est attendu en termes de propositions :

- Une proposition de structuration de la démarche et de la place du prestataire dans le contexte,
- Une proposition de la méthodologie de projet et un calendrier de mise en place du projet, en conformité avec les délais souhaités,
- Une présentation des différentes méthodologies utilisées, avec une description précise des moyens mis en œuvre,
- Une présentation des prestations proposées avec une description précise des moyens mis en œuvre pour réaliser les différentes prestations attendues,
- Les références du prestataire et les contacts de missions analogues,
- La liste détaillée des références et des contacts dans le domaine de la santé,
- La liste du ou des responsable(s) et intervenant(s) et leur références et coordonnées ; ainsi que la désignation nominative du référent pour la Fédération et le comité de pilotage.

7

Toute proposition incomplète sera considérée comme non conforme et ne sera pas étudiée.

## 8. Consultation

### Réponse du prestataire

La réponse du prestataire à la présente consultation peut être complétée par toutes informations jugées nécessaires, mettant en valeur notamment la capacité de ce dernier à réaliser la prestation dans les meilleures conditions.

### Procédure de consultation

Le présent cahier des charges sera publié sur le site internet de Résomip et sera adressé à une liste de prestataires identifiés.

La sélection de la réponse retenue se fera selon une procédure simplifiée par une commission réunissant les deux parties prenantes diligentées par la Fédération.

Géronto82, Réso82 et la Fédération se réservent le droit de négocier les propositions remises, le contenu de la prestation ou l'adaptation du prix à la demande.

### Critères de sélection du prestataire

#### 1. Techniques

- L'adéquation des techniques utilisées avec les besoins du diagnostic territorial et de l'animation du projet,
- La possibilité pour le prestataire de mettre en place et d'alimenter un blog internet,
- L'agilité de la méthodologie de projet utilisée,
- La capacité du prestataire à se mobiliser sur l'ensemble du département, en fonction des besoins du projet,
- La capacité du prestataire à positionner l'utilisateur au cœur des réflexions,
- La capacité du prestataire à assurer la transférabilité de la méthode pour les autres territoires.

#### 2. Qualitatifs

- La compréhension de la demande,
- La connaissance du fonctionnement et des spécificités des réseaux de santé,
- La connaissance du fonctionnement et des spécificités des dispositifs MAIA,
- La connaissance du fonctionnement et des spécificités du secteur médico-social,



- La connaissance du fonctionnement et des spécificités du secteur sanitaire,
- Les références des intervenants et leurs compétences dans le domaine du design,
- Les références des intervenants et leurs compétences dans le secteur de la santé et plus particulièrement dans le champ de la personne âgée et du handicap,
- Les références des intervenants dans la réalisation de projets autour du parcours de soin et d'accompagnement,
- L'organisation, la démarche et la méthodologie proposée,
- Le savoir-faire du prestataire dans la conduite de projet à dimension politique,
- La constitution de l'équipe,
- L'engagement d'une collaboration réactive et de terrain.

### 3. Quantitatifs

- La conformité du planning proposé avec les besoins exprimés,
- Le coût unitaire et global de l'intervention,
- Les moyens mis en œuvre pour répondre aux impératifs de réactivité, de délai, de proximité et de disponibilité.

Il est attendu du prestataire qu'il précise le mode de facturation et les éléments justifiant le tarif proposé. L'ensemble des éléments optionnels devra apparaître de manière distincte par rapport aux éléments indispensables liés à la bonne conduite du projet.

### Remise de la soumission

La soumission comprendra au moins trois versions sur support papier accompagnée d'une version électronique correspondante.

La soumission sur support papier sera datée et signée. La version électronique sera fournie sur un disque numérique au format Adobe Acrobat (PDF) sans protection sur la capture de texte.

En outre, la soumissions comportera une durée de validité égale à six mois et devra impérativement être remise avant **le 3 juin 2016 à midi**, aux adresses suivantes (un exemplaire par adresse) :

#### **GERONTO 82**

18 rue du Chanoine Belloc  
82000 Montauban

#### **RESO 82**

12 rue du général Sarrail  
82000 Montauban

#### **RESOMIP**

Hôpital La Grave Place Lange  
TSA 60033 31059 TOULOUSE CEDEX 9  
Tel : **05 82 95 46 24**

Et par voie dématérialisée à l'adresse suivante : [contact@resomip.com](mailto:contact@resomip.com)

Un accusé de réception électronique sera fourni aux prestataires, au dépôt de la proposition.

Toutes les questions sur la prestation devront être soumis par écrit ou par mail au [contact@resomip.com](mailto:contact@resomip.com) jusqu'au **18/05/2016**.

Les prestataires seront informés du résultat de la consultation par courrier ou par mail au plus tard 15 jours après la clôture.