

Parcours de soins

La coordination des acteurs ville, hôpital, social et médico-social Perspectives pour plus d'efficience...

Introduction

Isabelle Bourgouin

Animateurs

Florence Bellenoue
&
Chloé Bouguennec



Intervenants

- **Docteur Anne LECOQ**, Conseiller National **ARS** de **BRETAGNE**
- **Isabelle CROUZEL**, Pilote du dispositif **MAIA** Territoire de santé n°6 de Bretagne
- **Docteur Rémy THIRION**, Président Association de gestion **MAIA** et Chef de Pôle gériatrie au **Centre Hospitalier de Dinan**
- **Mireille MASSOT**, 1ère vice-présidente Chargée de la solidarité, des politiques personnes âgées, personnes handicapées, de la politique petite enfance, de l'enfance et de la parentalité du **Conseil Général d'Ille et Vilaine**

Docteur Anne LECOQ

Conseiller National

ARS de BRETAGNE

Anne.LECOQ@ars.sante.fr

Parcours de santé, Parcours de vie...

EGESS 25 février 2014

Dr Anne LECOQ

Conseiller médical

Direction de la Stratégie et des Partenariats



Les enjeux

- **L'augmentation de la durée de la vie**
- **L'augmentation des maladies chroniques**
- **La fréquence d'une perte d'autonomie associée**

Les défis

- **Une approche globale (prévention, soins, autonomie)**
- **Simplifier le système / multiplicité des acteurs**
- **Adapter les financements (les contraintes, les modalités)**
- **Impliquer l'usager**

Coordination des parcours

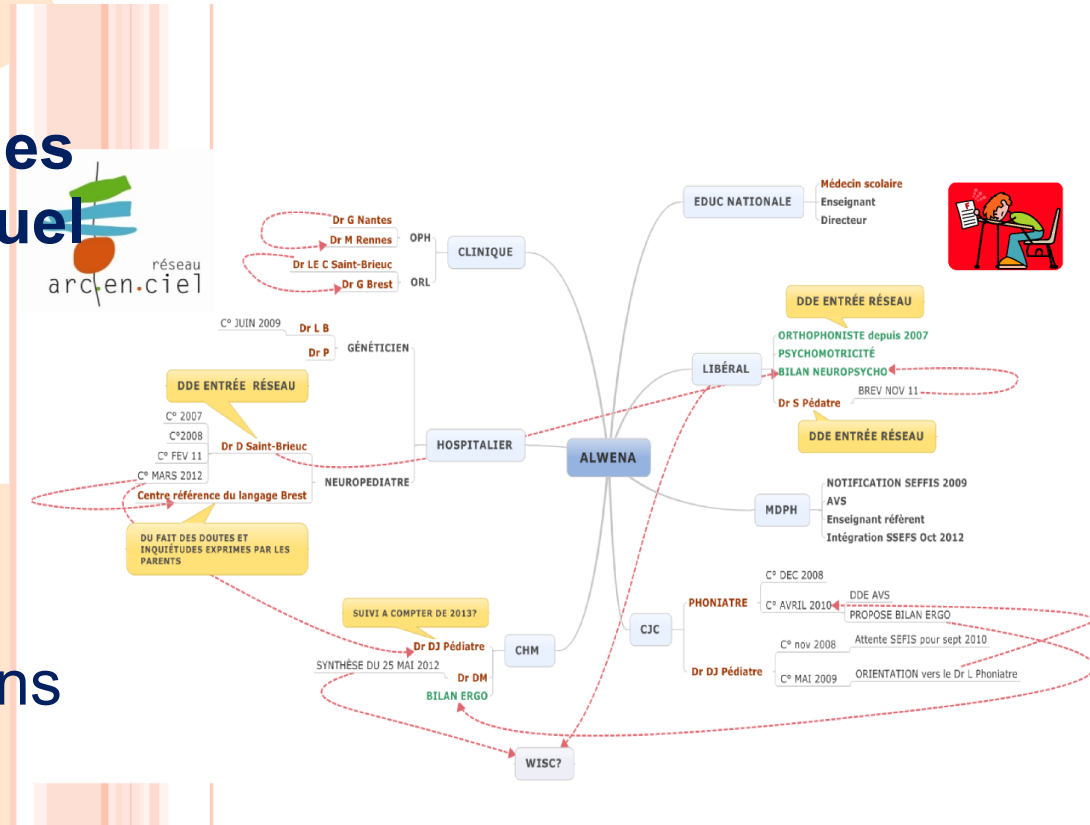
Améliorer la qualité des soins et la viabilité économique de notre système de santé.

Bénéficier à tous les publics quelle que soit la pathologie et l'âge

Coordination du parcours

Des étapes indispensables dans le parcours individuel

- Repérer
 - Diagnostic / concerter
 - Orienter
 - Faire adhérer
 - Plan Personnalisé de Soins
 - Suivre / Evaluation
-
- Ecouter/ comprendre/apaiser



Coordination des acteurs

Intégrer les acteurs
du soin, sociaux et
médico-sociaux

Coordonner ville et
hôpital

Allier médecine
générale et
spécialisée



Coordination des acteurs

Exemple de Saint Méén – Expérimentation nationale

Le porteur de l' expérimentation :

Pôle de santé Saint-Méen et hôpital de proximité

2 objectifs :

Prévention de l' hospitalisation injustifiée

Préparation de la sortie d' hôpital

1 méthode

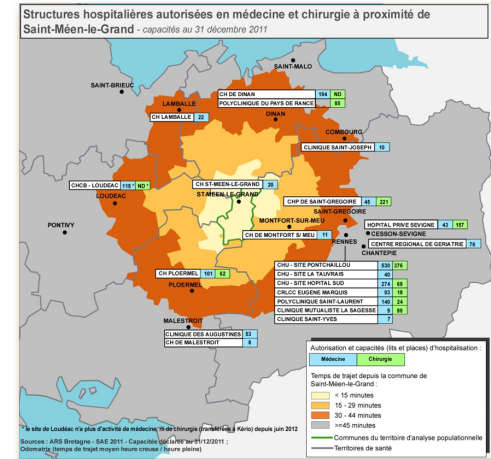
1 financement forfaitaire x 5 ans

1 pilotage institutionnel et opérationnel

1 évaluation par l' HAS

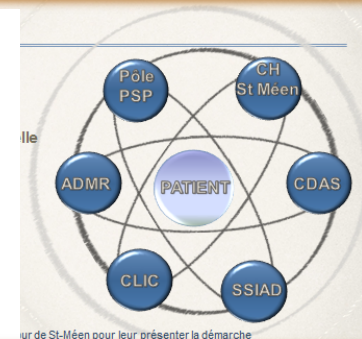
Un diagnostic détaillé

- Territoire
- Population
- Acteurs (Professionnels et Etablissements)
- Parcours ville-hôpital



Une concertation des acteurs : 3 groupes de travail

- Coordination pluri-professionnelle
- Système d'information commun
- Repérage de la fragilité



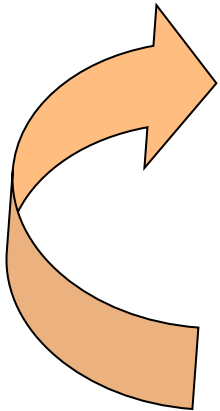
Des services : annuaire, disponibilités EHPAD, web

2 MODALITÉS INTERDÉPENDANTES



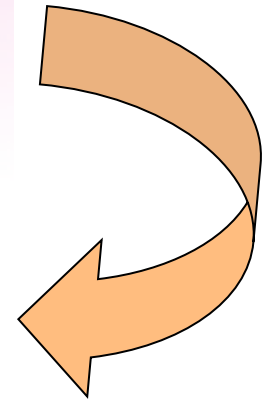
La coordination des parcours : individuelle et ciblée

- Continuité du parcours de santé
- Graduation des niveaux d'intervention.
- Cohérence
- Décisions conjointes (patient-entourage-professionnels).
- Plan personnalisé de Soins (PPS)



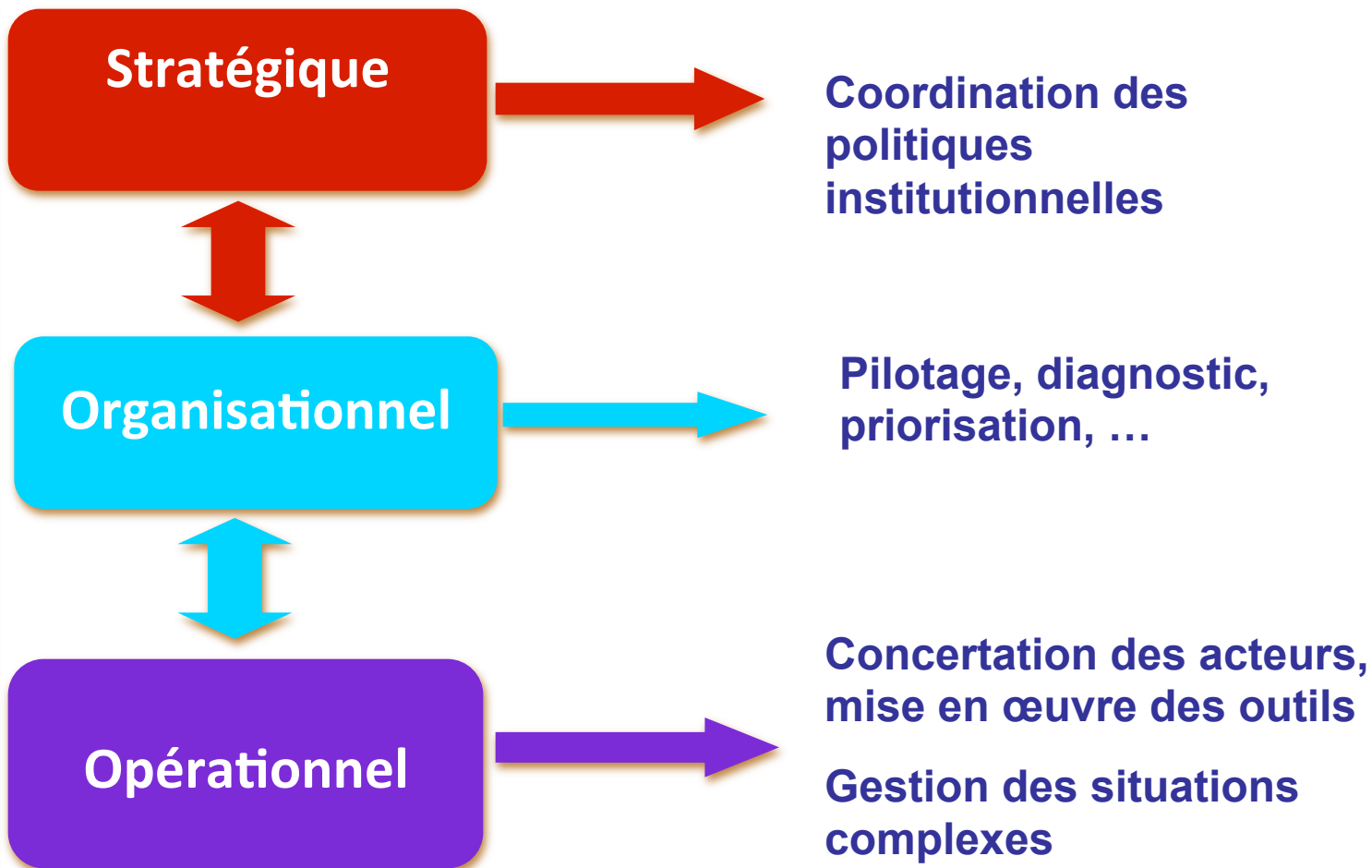
La coordination des acteurs : permanente et globale

- Culture commune.
- Se connaître. – confiance
- Harmoniser les pratiques.
- Elaborer et partager des outils
- Partager les informations.



Une politique de santé : la SNS déclinée au niveau régional

Un schéma de coordination
en 3 niveaux

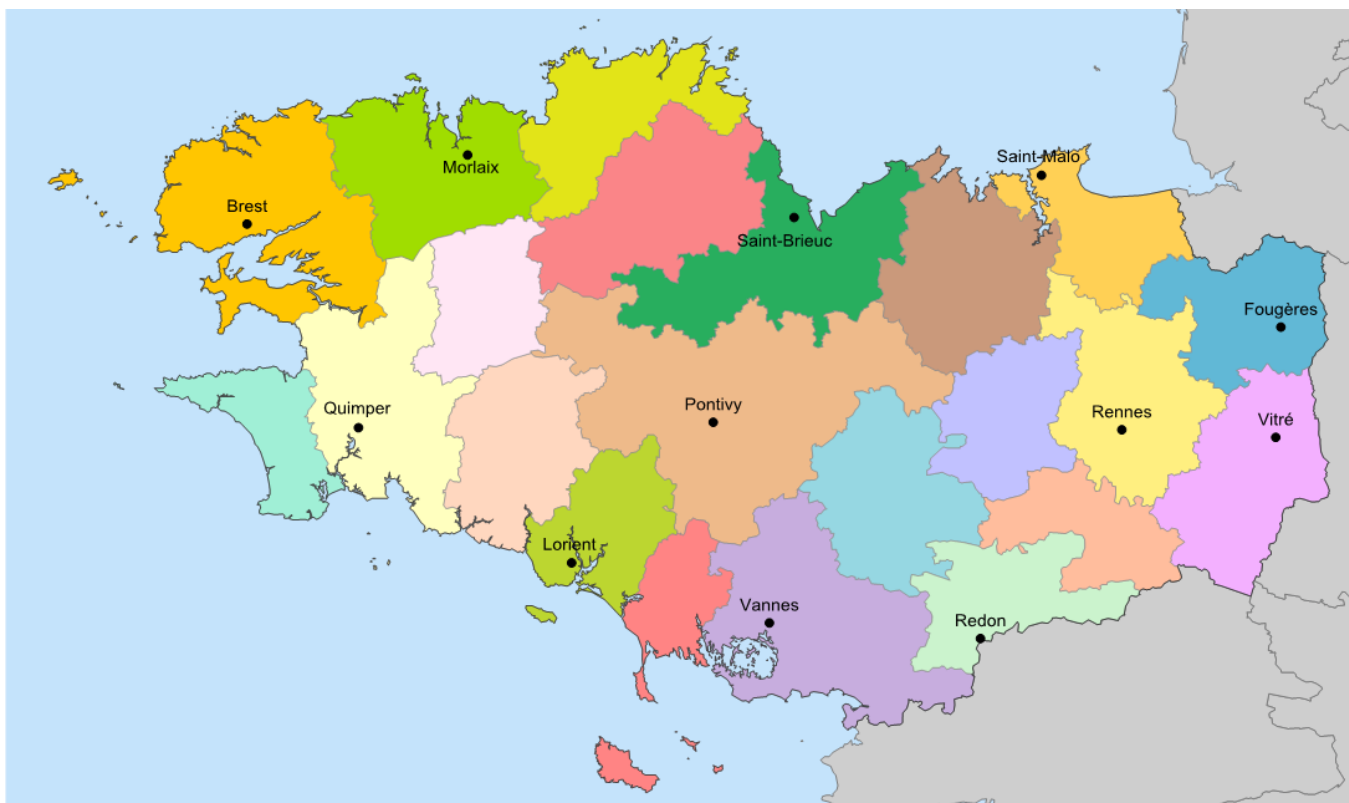


Un enjeu de cohérence

- avec l'existant (réseaux de santé, CLIC...)
- avec les territoires d'action sociale
- avec les territoires d'attractivité hospitalière
- entre les différents parcours.

Un objectif de régulation

- Accompagnement des projets
- Couverture totale et équitable
- Impulsion de projets



Merci de votre attention



Des questions?

Isabelle CROUZEL
Pilote
MAIA Territoire
de santé n°6 de Bretagne
i.crouzel.pilote@maiat6b.fr

DISPOSITIF D'INTEGRATION MAIA

Table-ronde du 25 février 2014

M. A. I. A.

M : Méthode

A : pour favoriser le maintien de l'**Autonomie** à domicile

I : pour l'**Intégration** des services d'aides et de soins
(champs sanitaire, social et médico-social)

A : simplification du parcours des personnes **Agées**
(renforcement de la lisibilité du système d'aides et de soins)

Pas une structure mais un **dispositif**...

- ...« *qui s'appuie sur les structures existantes afin de les faire évoluer de manière dite intégrée* » dans un **processus** au long cours
- Dont l'objectif est de **simplifier le parcours des personnes âgées** en perte d'autonomie, éviter les ruptures de continuité, améliorer la lisibilité, décloisonner les différents champs (sanitaire, social, médico-social/ ville, hôpital), réduire les doublons en matière d'évaluation.

M. A. I. A.

- *Ce n'est pas à la personne âgée de faire face à la complexité du système...*
- *Mais aux structures et institutions de s'organiser entre elles.*

Hôpital aigu



Ressources Alz



Réseaux

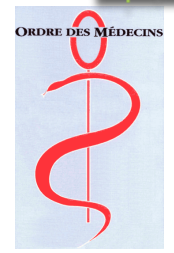


Bénévoles

Association malades



SSR



Inf Libéraux



Med Libéraux



Label MAIA



Aides à dom



Prof de santé libéraux



Accueil de Jour



CLICs



SSiAD



HAD



Mairies



MDPH

Services sociaux



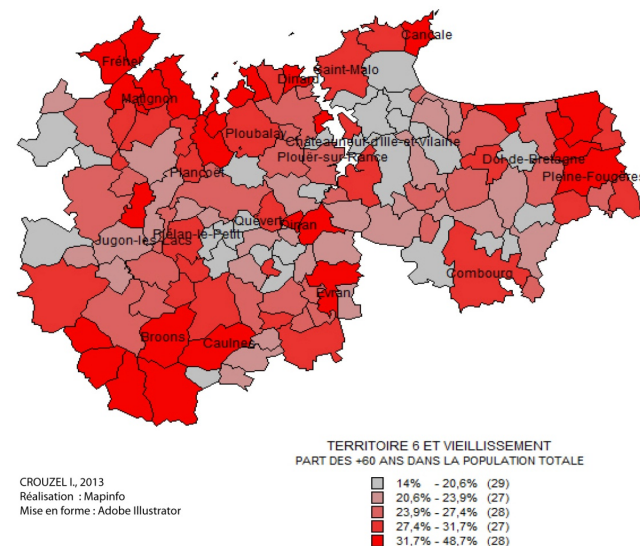
Les enjeux du territoire

Les 8 territoires de santé bretons



Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés.
Réalisation : ARS Bretagne, octobre 10

TERRITOIRE DE SANTE ET VIEILLISSEMENT (1)



CROUZEL I, 2013
Réalisation : Mapinfo
Mise en forme : Adobe Illustrator

Source : INSEE, Recensements 2009

- 73 000 personnes âgées de + 60 ans
- 30 000 personnes âgées de + 75 ans
- Des communes atteignant près de 50% de personnes âgées de + 60 ans
- Un vieillissement démographique naturel renforcé par une migration de personnes âgées

M. A. I. A.

Un dispositif qui se décline en trois axes :

1. La concertation stratégique et tactique
2. La mise en œuvre d'un guichet intégré
3. La gestion de cas

1. La concertation

Instance de concertation stratégique

Qui ? Décideurs et financeurs (ARS, CG, associations d'usagers, Caisses de Retraite, représentants des libéraux)

Quand ? Tous les 3 mois environ

Objectif ?

- Assurer « *le suivi de l'avancement de l'intégration* »
- « *Ajuster les mécanismes de planification [...] ce qui renforce la cohérence de l'offre* »

Pilote



Instance de concertation tactique

Qui ? Directeurs et/ou responsables des services du champ de la PA sanitaire, social, médico-social

Quand ? Tous les 2 à 3 mois

Objectif ? Construire le processus d'intégration sur le territoire (outils du guichet intégré notamment)

Fait le lien entre les deux instances

Anime la concertation tactique

Objectif : **construire ensemble**

Exemple : travaux du référentiel de missions (« qui fait quoi? ») dans le cadre du guichet intégré, carte des intervenants au domicile, livret d'accueil au domicile commun, chartes...

2. Le guichet intégré

« Ensemble coordonné des partenaires chargés de l'accueil, de l'information et de l'orientation sur un territoire »... qui adoptent des **outils communs dont l'objectif de fluidifier le parcours** de la personne dans les démarches d'aides et de soins

- ils s'appuient sur un référentiel commun des missions (un qui fait quoi précis sur le territoire) et un annuaire construits par les acteurs et validés par les instances de concertation (chantier en cours)
- ils partagent une grille commune d'analyse multidimensionnelle de la personne -> guide des alertes/ dimensions à repérer.
- ils partagent des procédures d'orientation communes entre services.

Objectif: proposer à l'usager **une réponse harmonisée quelle que soit la structure dans laquelle la personne s'adresse** : réduire les ruptures de parcours, prendre en compte des besoins non-exprimés par la personne, permettre le suivi des situations orientées...

3. La gestion de cas

Le travail des gestionnaires de cas en lien avec le pilote est **de retraduire les difficultés, les manques et les doublons du territoire** -> remontées aux tables via le pilote.

- Suivi intensif et au long cours de :
 - malades Alzheimer jeunes (- 60 ans)
 - personnes âgées en situation complexe...
- ... dont le maintien à domicile est **compromis par la présence de plusieurs problématiques qui se manifestent de manière chronique et intense** (troubles du comportements associés à des troubles cognitifs, hospitalisations à répétition, alerte nutritionnelle, refus d'aides et de soins, isolement, épuisement de l'aidant, habitat inadapté...)
- **La complexité des situations rend nécessaire un accompagnement spécifique** de ces personnes
 - multidimensionnel
 - intensif
 - coordonné avec l'ensemble des intervenants au domicile et le médecin traitant.
- La définition de la complexité ne permet pas de suivre plus d'une quarantaine de situations par gestionnaire de cas.

3. La gestion de cas

- Equipe pluridisciplinaire de formation paramédicale ou sociale
- Formation spécifique reconnue au sein d'un DIU
- Relation de confiance ; démarche progressive : approche participative de la personne ; adhésion de la personne recherchée à chaque action
- Outils : évaluation multidimensionnelle, PSI (planification des services – outil de monitoring)

3. La gestion de cas

- Situation de Mme A.

- Professionnels en place : médecin traitant, réseau de santé, IDEL, équipe médico-sociale, tutrice, SAD, aide à domicile en gré-à-gré.

- Alertes et complexité :
 - ▶ Troubles cognitifs (désorientation, confusions, ...)
 - ▶ Pertes d'autonomie (GIR 3)
 - ▶ Troubles du comportement (agressivité verbale, déni...)
 - ▶ Difficultés d'acceptation des aides
 - ▶ Isolement social et familial (veuve, pas d'enfant, peu de visites)
 - ▶ Logement inadapté, encombré (risques de chutes +++)
 - ▶ Alerte sur l'état nutritionnel

3. La gestion de cas

Interventions du gestionnaire de cas :

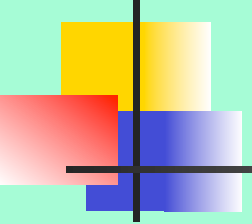
- Coordination avec l'ensemble des intervenants dont le médecin traitant, l'hôpital - Mise en place d'un cahier de liaison pour créer un lien entre les professionnels
- Evaluation de la prise de risque : adaptation du logement (chambre descendue en RDC, adaptation de la salle de bain)
- Evaluation des troubles pratiques via l'ESA (plaque électrique mise hors de portée, utilisation du micro-onde, conseils équipement adapté)
- Réajustement du plan d'aides après évaluation/analyse de la prise des repas
- Alertes sur la prise des médicaments (IDE; médecin)
- Accompagnement dans une démarche plus personnelle (recherche esthéticienne à domicile)
- Faciliter l'intervention de l'aide à domicile: compte alimentaire (mandataire judiciaire)
- Hygiène au domicile

Au total, entre août et décembre 2013 :

- 18 VAD
- 74 contacts téléphoniques
- 53 mails
- 1 réunion de synthèse

Des questions?

Docteur Rémy THIRION
Président Association de gestion **MAIA**
et
Chef de Pôle gériatrie au
Centre Hospitalier de Dinan
remy.thirion@ch-dinan.fr



Les intérêts et les objectifs d'une relation entre l'hôpital et un dispositif MAIA

Dr Rémy THIRION

Chef du pôle gériatrie du CH de Dinan
Président de l'association porteuse de la MAIA T6 de Bretagne

La coordination à partir de l'hôpital vers le dispositif MAIA

Un hôpital n'est pas monolithique : pôles/UF, Métiers

Un pôle gériatrie

Un support de filière gériatrique

Avant le dispositif MAIA

Relations avec les CLIC/CCAS/EHPAD... et médecins traitants et paramédicaux de ville, HAD, réseaux

De relations fonctionnelles et « organisationnelles »

La coordination à partir de l'hôpital vers le dispositif MAIA

Évolutions démographiques

Répondre à complexité et fragilité

Éviter ruptures

Améliorer communication

Cohérence efficacité économie

Avec le dispositif MAIA

L'intégration

Les cas complexes

Nécessite d'une réorganisation structurelle et fonctionnelle de l'hôpital

La coordination médecine de ville/ Hôpital et services de gériatrie

Jusqu'il y a peu :

Caractère informel des relations avec la médecine de ville

Une médecine de ville en cours de structuration : maisons médicales, organisations professionnelles de territoire, vers une coordination clinique de proximité dans PAERPA (CCP : médecin, pharmacien, IDE, autre professionnel de santé)

Structuration de la filière gériatrique, l'expertise gériatrique/géronto-psychiatrique/Soins palliatifs

Les échanges d'informations V/H et H/V perfectibles

Les médecins : vers une information synthétique, organisée, structurée avec des outils informatisés

Les professionnels paramédicaux : quelles infos et quel partenariat

La dimension sociale

Des doublons

La coordination médecine de ville/ Hôpital et services de gériatrie



Objectifs :

En ville :

- Repérer (CCP : coordination clinique de proximité) facteurs favorisant hospitalisations évitables : Médicaments, dénutrition, dépression, chutes, fragilité et préfragilité, *troubles cognitifs*
- Éducation thérapeutique
- Transmissions d'informations
- Lien avec recours hospitalier
- Limiter les entrées non programmées et hospitalisation



- Centre hospitalier

- Structuration de l'offre : entrées directes, numéro unique, alternatives
- Améliorer la prise en charge hospitalière
- Repérer dans les 24 h chez les plus de 75 ans risque ou la perte d'autonomie
- Évaluation simple par IDE ou EGS
- Risques iatrogéniques
- Préparer et organiser la sortie
- Informations au médecin traitant, coordination territoriale d'appui, EHPAD

La coordination un changement structurel d'organisation

Lieux de savoir ?

Médecine paternaliste vers une médecine de partenariat

Relation CH/ Ville et Généraliste/Spécialistes

> modifications du type et des modalités de relation

D'une coordination déléguée (ou subie) à une coordination agie vers une intégration

Mutation des métiers

L'intégration : un processus adapté au changements



Le modèle Web ni hiérarchique ni centralisé

Diagnostic multimodal : bio psycho social

Chacun centré sur son métier mais

Attentif aux autres dimensions

Lisibilité interne des professionnels

Structuration des rôles et relations fonctionnelles

Quels leviers et quels freins pour la coordination en gériatrie?

Des cultures différentes entre professionnels et entre structures

Des relations de pouvoirs, imaginaire

Difficulté à sortir de son champs propre

Diversité des modalités de fédération des professionnels libéraux

Mutation des métiers en intégrant la prévention/évaluation/coordination

financements

Nécessités économiques

Aspects réglementaires

Aspects organisationnels : tables tactiques et stratégiques

Volonté des partenaires

Émulation entre partenaires

Outils partagés

informatique

Quels niveaux d'intervention dans la coordination et les acteurs impliqués?

Cahier des charges des projets PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie)

Engagement des

- Professionnels de santé de proximité (Coordination clinique de proximité)
- Établissements de santé
- Professionnels du secteur social et médico-social
- Ehpad
- Structures de coordination et d'intégration (Coordination territoriale d'appui)
- ARS

Quels niveaux d'intervention dans la coordination et les acteurs impliqués?

Cahier des charges des projets PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie)

Engagement des Établissements de santé

Repérer

Évaluer

Réduire risques iatrogéniques

EGS Soins palliatifs

Entrée/sorties

Qualité

Communication

Quels niveaux d'intervention dans la coordination et les acteurs impliqués?



Structuration des organisations hospitalière et plurimodalités de l'offre de soin

Acteur impliqué mais non hégémonique

Tables tactiques PTS et autres instances

Prévention avec autres partenaires dont communautés de communes

Des questions?

Intervenants

Mireille MASSOT

1ère vice-présidente

Chargée de la solidarité, des
politiques personnes âgées, personnes
handicapées, de la politique petite
enfance, de l'enfance et de la parentalité

Conseil Général d'Ille et Vilaine



L'accompagnement de la personne dans son vieillissement

**Parcours de soin, parcours de santé :
De quoi parle-t-on ?**



L'accompagnement de la personne dans son vieillissement

**Les politiques de prévention :
Pour qui ? Quand ?**



L'accompagnement de la personne dans son vieillissement

Projet stratégique départemental – Horizon 2016

Objectif 3.1 :

S'engager pour le maintien à domicile des personnes âgées

Objectif 3.2 :

Améliorer la prise en charge médico-sociale des personnes âgées

Objectif 3.3 :

Organiser la réflexion collective autour des enjeux de la dépendance

Objectif 3.5 : Améliorer le dialogue intergénérationnel

Objectif 3.8 : Adapter l'offre de logement aux besoins de chacun



L'accompagnement de la personne dans son vieillissement

Le parcours de vie : Qui finance quoi ?

- Services à domicile
- Logements adaptés
- Accueil familial
- Accueil de jour
- Hébergement temporaire
- Accueil en établissements : EHPAD
- Aide aux aidants

Des questions?

Conclusion

Merci à tous
Nous vous invitons à poursuivre
les échanges autour d'un cocktail