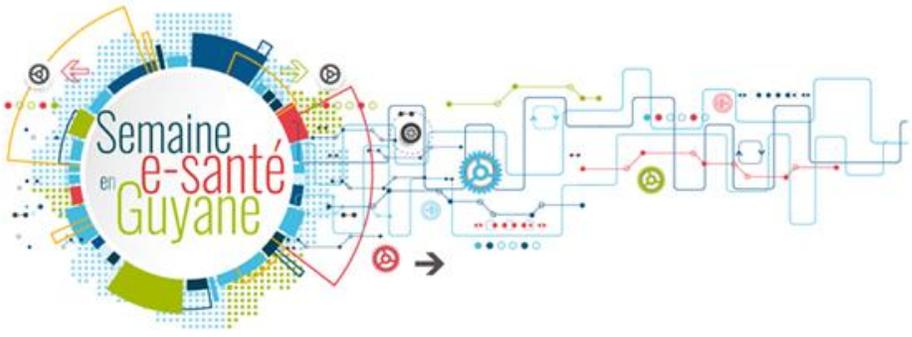


# Le parcours de la personne âgée en Guyane

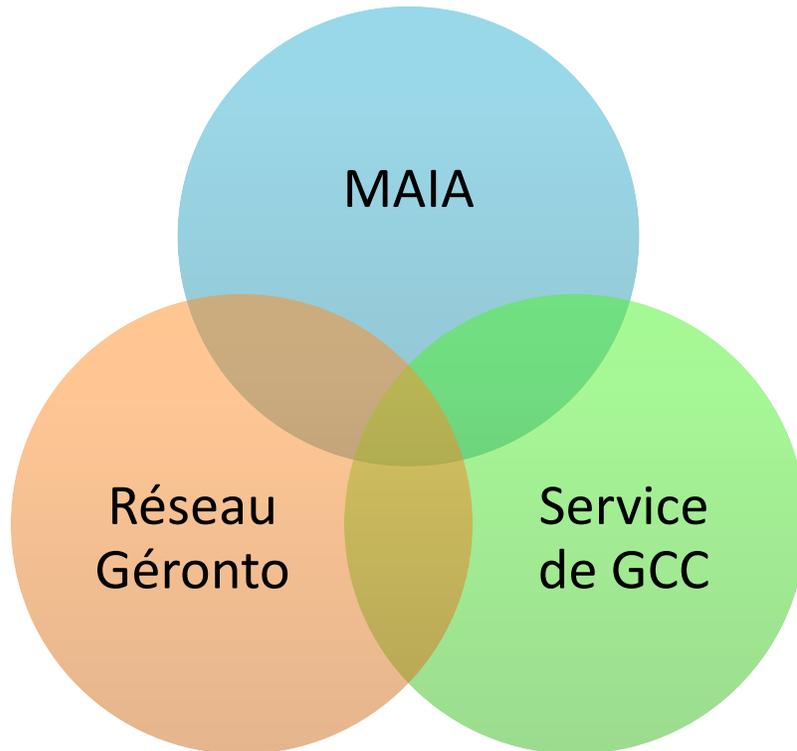
Des outils numériques pour optimiser la  
coordination d'appui

Marie Louise Nouvellet, Pilote Réseau Géronto-MAIA  
Frédéric Targe, Administrateur délégué Réseau Géronto



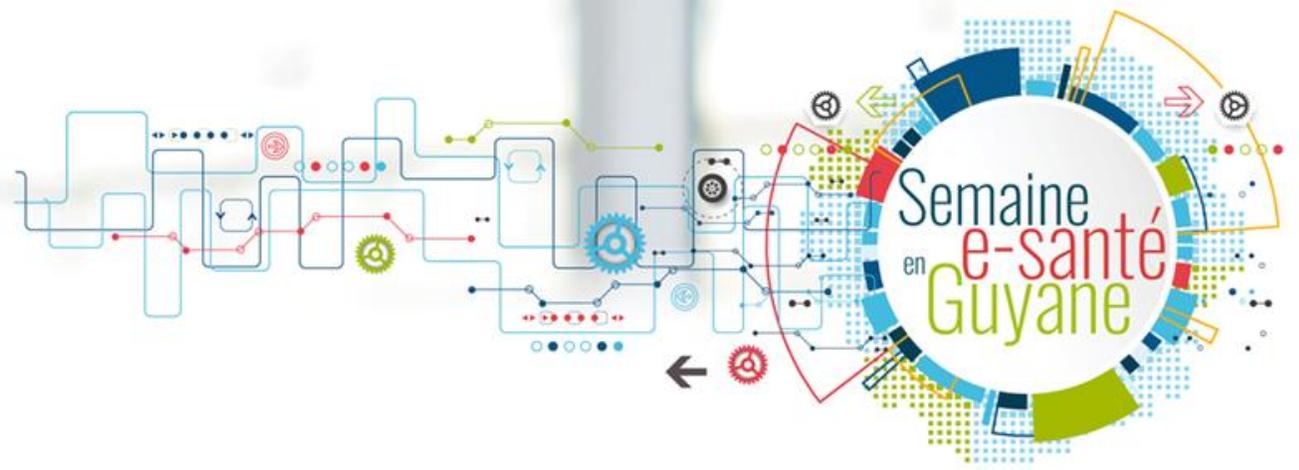
# Réseau Géronto-MAIA

## Un dispositif de convergence



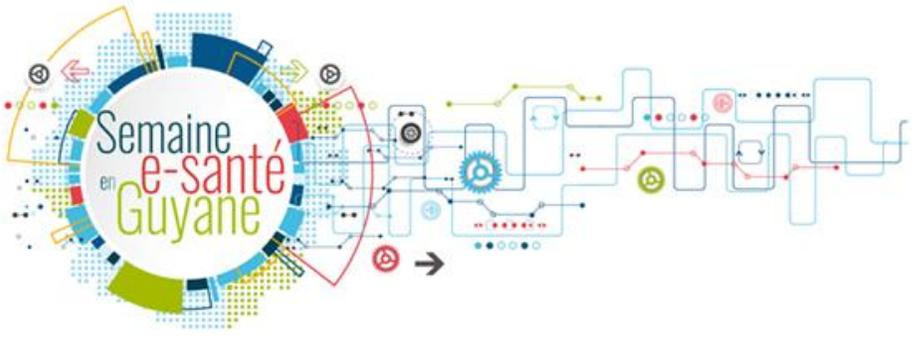
## Missions

- Informer et orienter les professionnels et les usagers
- Appuyer le 1<sup>er</sup> recours dans la coordination du parcours de la PA-A
- Favoriser la qualité, la coordination et la sécurité de la PEC des PA-A
- Animer la politique de structuration de l'offre et de l'intégration des services dédiés aux PA-A



# Le parcours de la personne âgée

Quelques éléments de sémantique



# Quelques éléments de sémantique

## Le parcours de santé

- ≠ parcours de soins (+ axé sur les filières)
- Parcours de Santé = Nouveau paradigme → PEC globale et personnalisée (**PPS**)
- Objectif : recréer le **cercle de soins** et stabiliser le **MAD** (aides humaines/techniques ; soutien des aidants) ; durée limitée

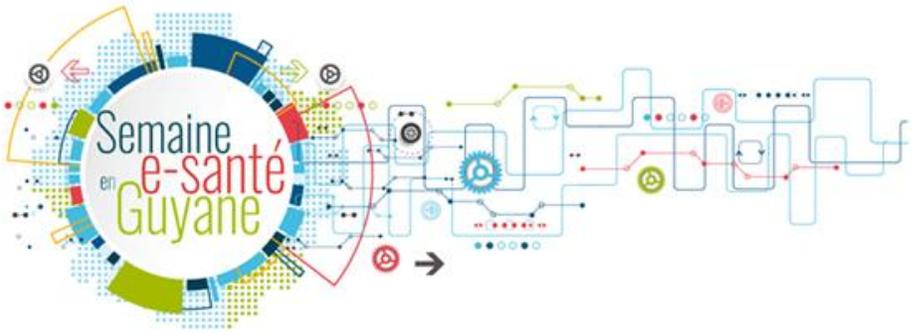
## Le parcours de vie

- Parcours de vie : mêmes principes de parcours (**PSI**)

**NB** : porte d'entrée = difficultés de vie

Ex. de parcours de vie = Gestion des cas complexes (CNSA - MAIA)

- Objectif : le **projet de vie**, accompagnement au long cours



# Quelques éléments de sémantique

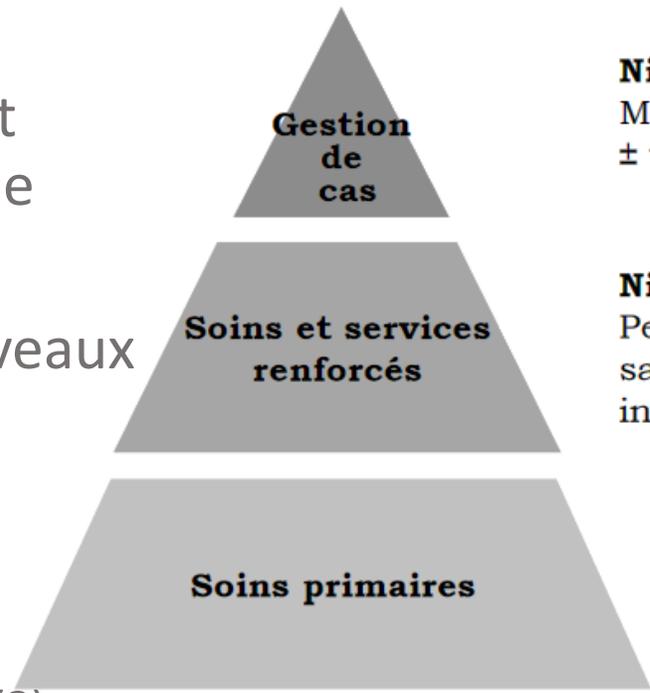
## La notion de « situation complexe »

Cf. DGOS 2012 ; cdc MAIA

Outil méthodologique discriminant (permet de définir précisément une population cible)

Accumulation de difficultés aux niveaux

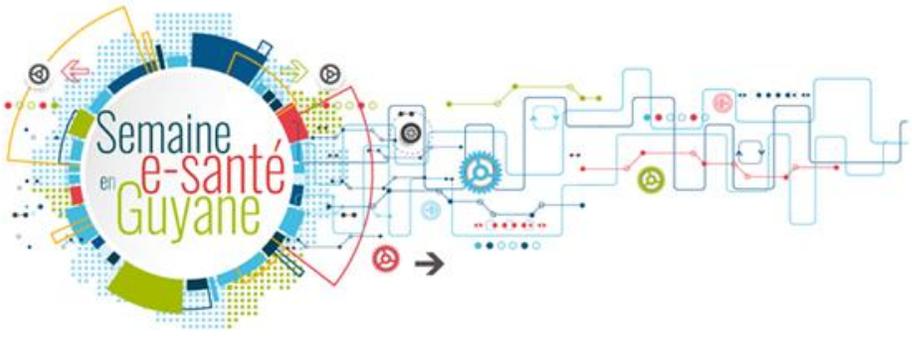
- Sanitaire
- Médico-social (autonomie)
- Social
  - 8000 personnes âgées en Guyane (?)



**Niveau 3 : 5% de la population cible**  
Maladies chroniques + perte d'autonomie  
± vulnérabilité socio économique

**Niveau 2 : 15-20% de la population cible.**  
Personnes avec un besoin d'accompagnement  
sanitaire et médico-social et coordination des  
interventions

**Niveau 1 : 70-80% de la population cible.**  
Personnes prises en charge en ambulatoire,  
proactive dans leurs traitements ou  
demandes d'aides



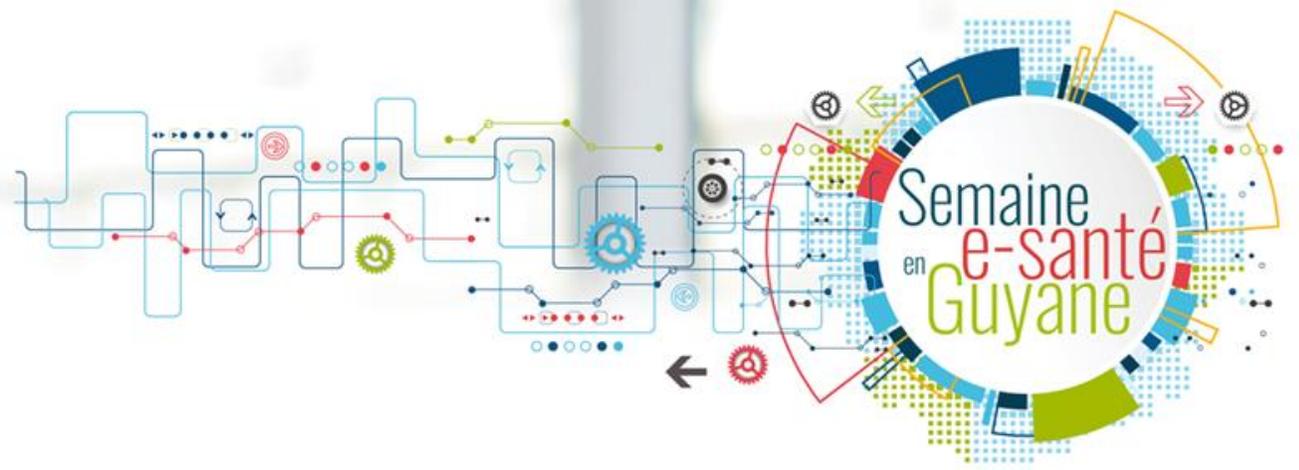
# Quelques éléments de sémantique

## L'appui à la coordination / La coordination d'appui

- Service rendu au 1<sup>er</sup> recours par une entité désignée par l'autorité sanitaire
- Coordinateur d'appui :
  - ≠ coordinateur du parcours (médecin traitant)
  - ≠ effecteurs légitimes
- Expertise (évaluation des besoins) et orientation la PEC (PPS/PSI)

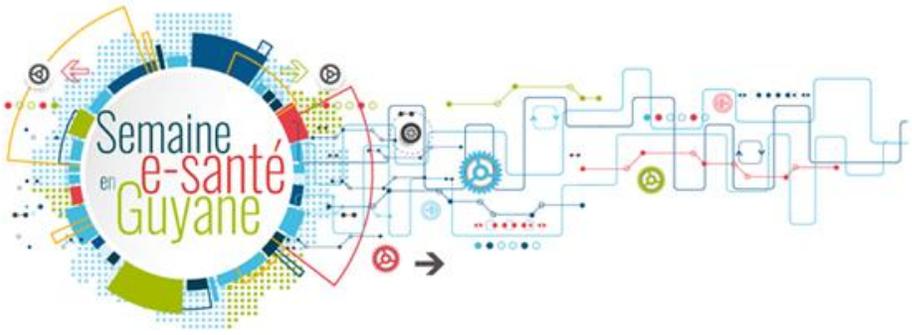
## La notion d'INTÉGRATION des services de soins et d'aide

- Simplification du parcours et structuration de l'offre
- Harmonisation des pratiques (accueil, évaluation des besoins, orientation)
- 2 notions :
  - Co-responsabilité
  - Co-construction
- Guichet intégré : décroisement de la réponse au besoin

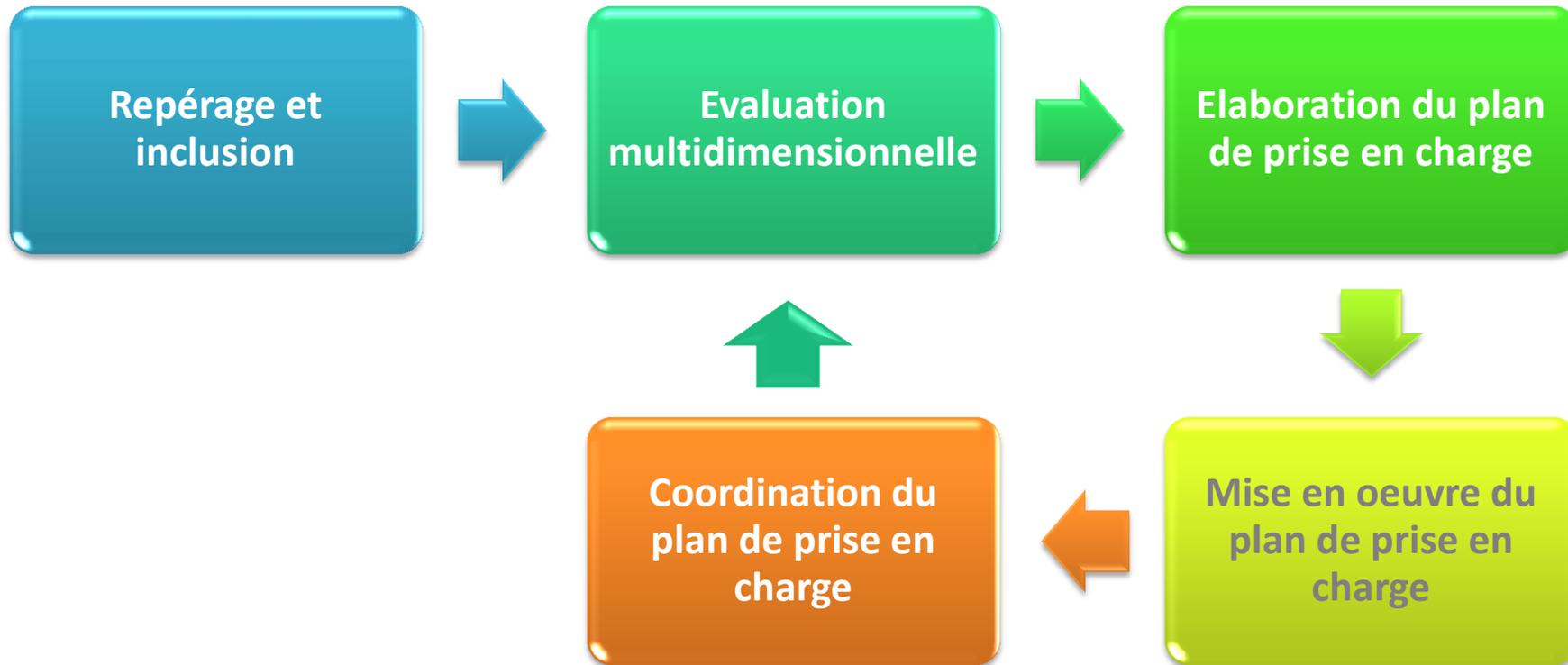


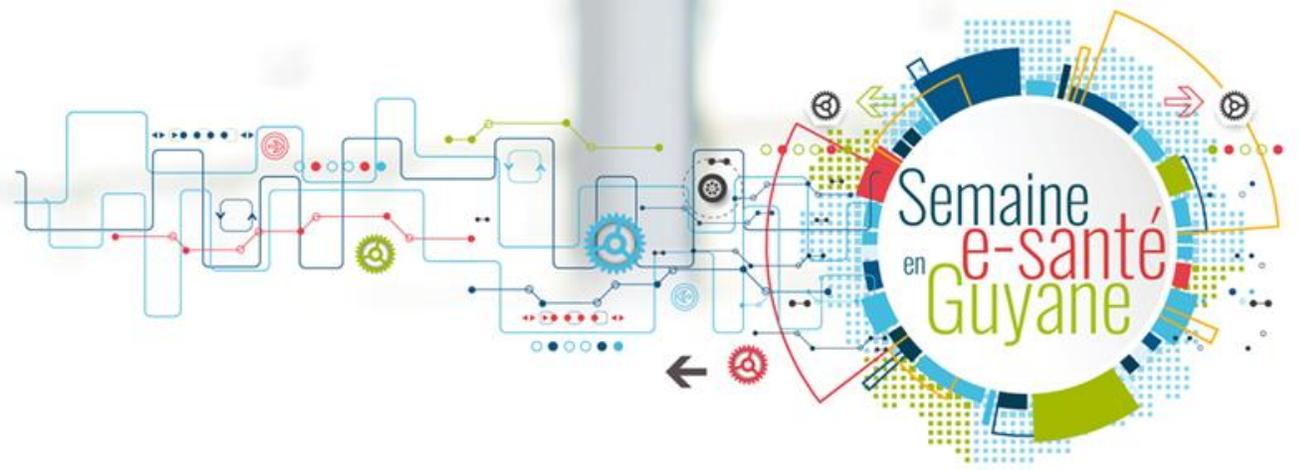
# Le parcours de la personne âgée

Un public, deux parcours, un modèle de prise en charge.



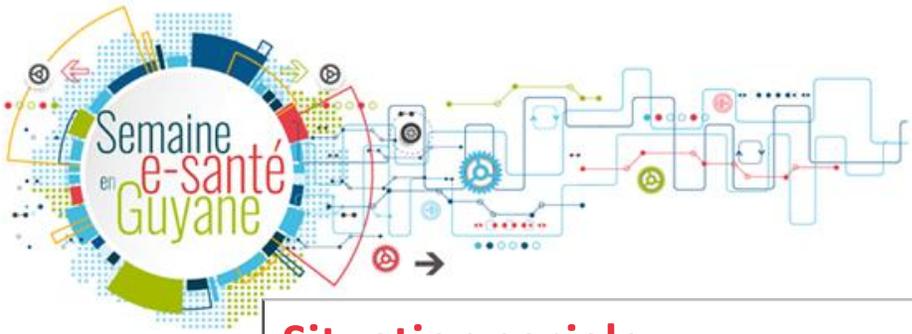
# Le parcours de la PA : Structuration





# Le parcours de la personne âgée

Le numérique au service de l'intégration des services



# Cas pratique

## Situation sociale

M. « Patient », 81 ans, veuf, père de 2 garçons et 3 filles, vit avec son fils ; aide à domicile financée par l'APA ; IDE pour les traitements ; soupçon d'abus financiers...

## Quelques soucis de santé...

Démence type Alzheimer ; troubles du comportement dont « fugues », agressivité, troubles de l'appétit, opposant à l'aide des professionnels/proches

## Pour ne rien arranger...

Problèmes graves entre les enfants

## Et avec l'aide de quelques événements...

M. Patient a été hospitalisé à 2 reprises dont 1 à l'UHCD (chaque fois pour au moins 6 jours) en moins de 26 jours d'intervalle.

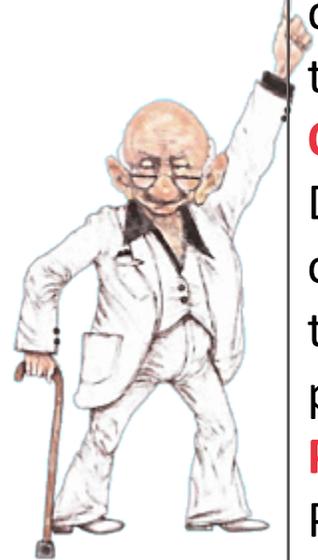
## Tous les chemins passent par chez M. Patient... mais ne se croisent pas !!!

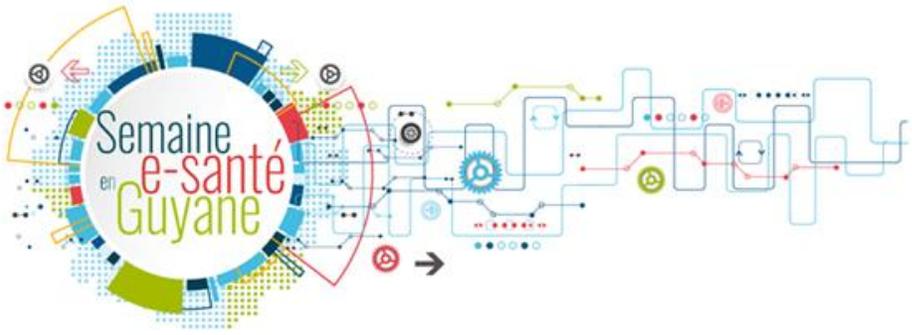
Le Réseau Géronto ignore que le service de Gestion de cas complexes (MAIA) intervient et vice versa ;

La cellule d'information préoccupante (CTG) intervient à la demande du réseau qui passe la main face à des problèmes avec un potentiel versant judiciaire (abus financiers) ;

Le service prestataire n'avertit aucun des coordinateurs de l'hospitalisation de M. Patient les proches non plus ; le médecin traitant est averti par l'IDE ; l'hôpital organise la sortie comme il fait pour toute personne hospitalisée et M. Patient rentre dans un domicile désormais inadapté et fait une chute quelques semaines plus tard : retour à l'hôpital !

Une multitude d'intervenants, des parcours en doublon (réseau/Gestion de cas complexes), des points de rupture dans le parcours, une communication entre professionnels perfectible... et un patient probablement « sur-sollicité »

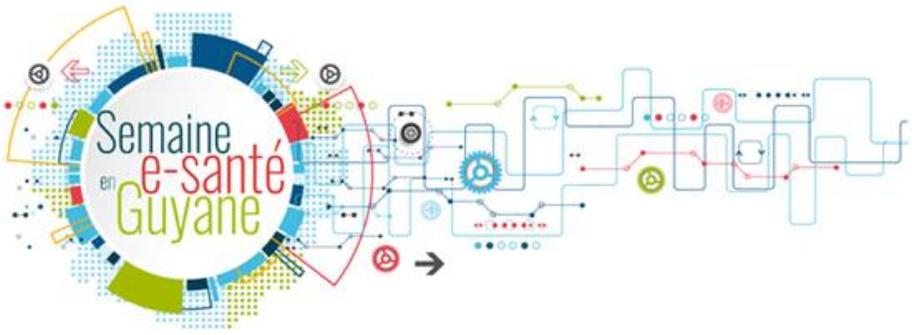




# Cas pratique : votre analyse ?



#162246081



# Des outils numériques au service du parcours de la PA ?

Des données stratégiques pour :

- une **aide à la décision** pour le 1<sup>er</sup> recours
- **faciliter** la coordination et **simplifier** les parcours
- une **amélioration des pratiques professionnelles**
- des **orientations** pour les politiques territoriales

*Vu votre état. je vous fais un devis*

**Expertise gériatrique**

Patient : caractéristiques facteurs de risque, pathologies, besoins

**Transition ville-hôpital**

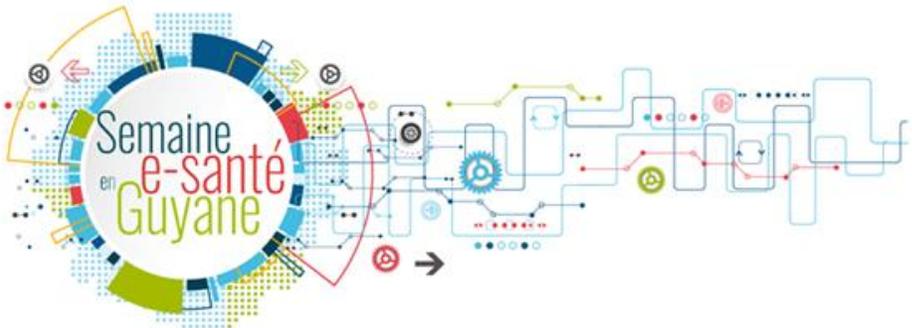
Continuité et sécurité des soins

**Domicile**

**CAHIER DE VIE**

Réseau Gériatrie Alzheimer Guyane

Échange/partage d'informations entre pro, vigilance, alertes



# La gestion des données patient/usager

Résidents **TCs** Contacts Modifs Menus ?

Données Actions de soin Bilan de vie

Nom  
 admission  Type de séjour  Chambre

Prénom 
 départ  Cause départ  Degré dép  Min.

! Dernière modif importante  Rubrique  Précision  Visa

Onglet:  Admission

Feuille médicale Feuille transfert BES VIE REF TC

Histoire de vie  
 Recueil de données  
 Réseau  
 14 besoins  
 Alimentation  
 Diagnostic médical  
 Diagnostic infirmier  
 Médication  
 Observations  
 Interpellations  
 Allocations Impotence

Etat Civil  Langue maternelle

Origine  Langue préférée

Lieu de naissance  Confession   Praticquant

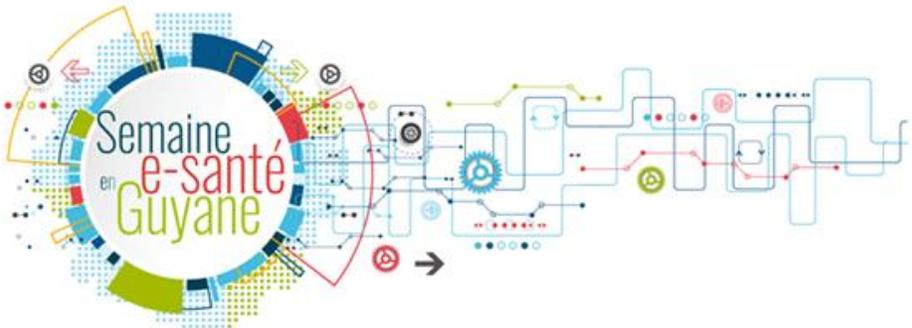
Nom et prénom père  Nom jeune fille et prénom mère

Hobbies intérêts  Référente

Domicile actuel: rue, no   
 Localité et NPA   
 Téléphone

Δ Médecin traitant  son email   
 Médecin dentiste  son email   
 Médecin spécialiste  son email

- Indicateurs
- Rapport d'activité



# Expertise

## Outil d'évaluation multidimensionnelle InterRAI Home Care : Étude de cas

Selon le parcours:

- **RAI HC** pour la gestion des cas complexes
- **L'EGS** pour le parcours de santé

### Admission et historique

FORMULAIRE A COMPLETER A L'ADMISSION UNIQUEMENT

1. Date d'ouverture du dossier : 06/01/2016

2. Ethnie : non applicable en France

3. Langue usuelle :  Français  Autre

Si "autre", préciser :

4. Histoire résidentielle dans les 5 années précédentes

4a. Etablissement de soins de longue durée :  Non  Oui

4b. Etablissement médico-social d'hébergement / foyer logement :  Non  Oui

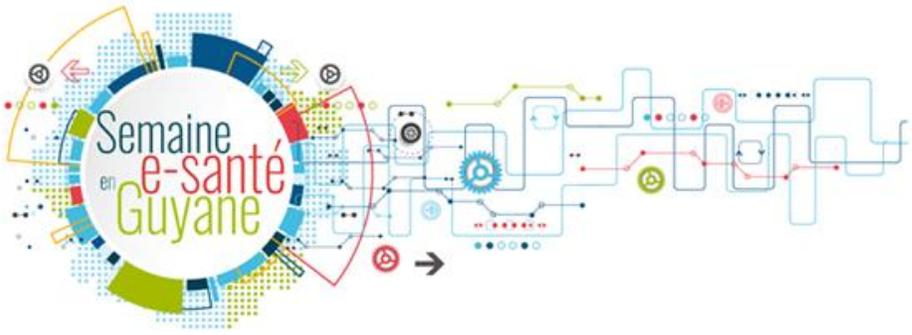
4c. Etablissement de santé mentale :  Non  Oui

4d. Hôpital ou unité psychiatrique :  Non  Oui

4e. Etablissement pour handicapés mentaux :  Non  Oui

Induit les conditions de l'échange

C'est donc la langue effectivement utilisée par la personne  
qui nous intéresse de préférence

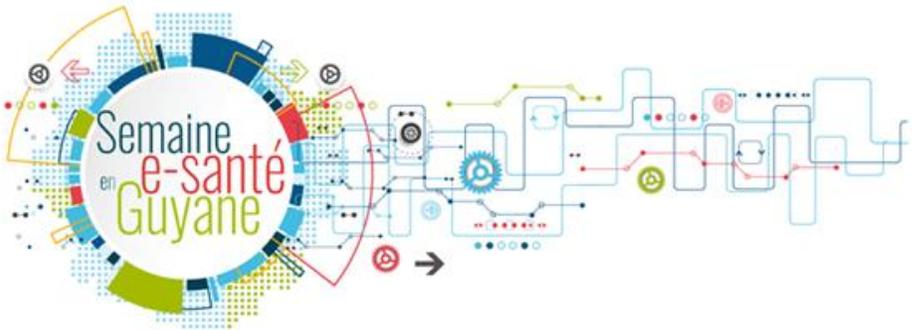


# La coordination du PPS/PSI

**Plan Personnalisé de Santé/Plan de Services Individualisé**



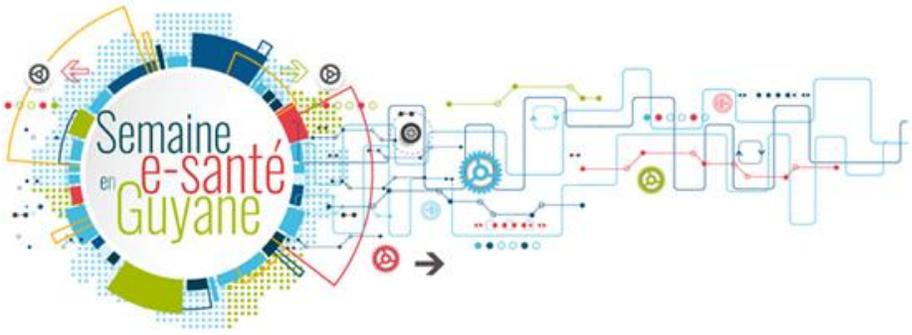
Fiche de liaison		01 EXT	
Domicile → Structure de soins		Médecin traitant	Cabinet infirmier
		Téléphone	Téléphone
Renseignements sur les soins infirmiers du verso.			
<b>Patient</b>			
Nom		Prénoms	
Date de naissance : / /		Date du transfert : / /	
N° INSEE : / / / / / / / / / /			
<b>Personnes à prévenir</b>			
Nom	Lien de parenté	Téléphone	
		Donc	Part
		Donc	Part
<b>Évaluation des besoins</b>		Cocher les cases correspondantes	
Respirer	Ilmiser	Dormir, se reposer	
Aérosol <input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire <input type="checkbox"/>	Perturbation sommeil <input type="checkbox"/>	
Oxygène <input type="checkbox"/>	État pénible <input type="checkbox"/>	Agitation <input type="checkbox"/>	
Trachéotomie <input type="checkbox"/>	Sonde à demeure <input type="checkbox"/>	Fatigue <input type="checkbox"/>	
Canule trachéale <input type="checkbox"/>	Posée le	<b>Communiquer</b>	
Gêne respiratoire <input type="checkbox"/>	Incontinence fécale <input type="checkbox"/>	Altération	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non



# La concertation

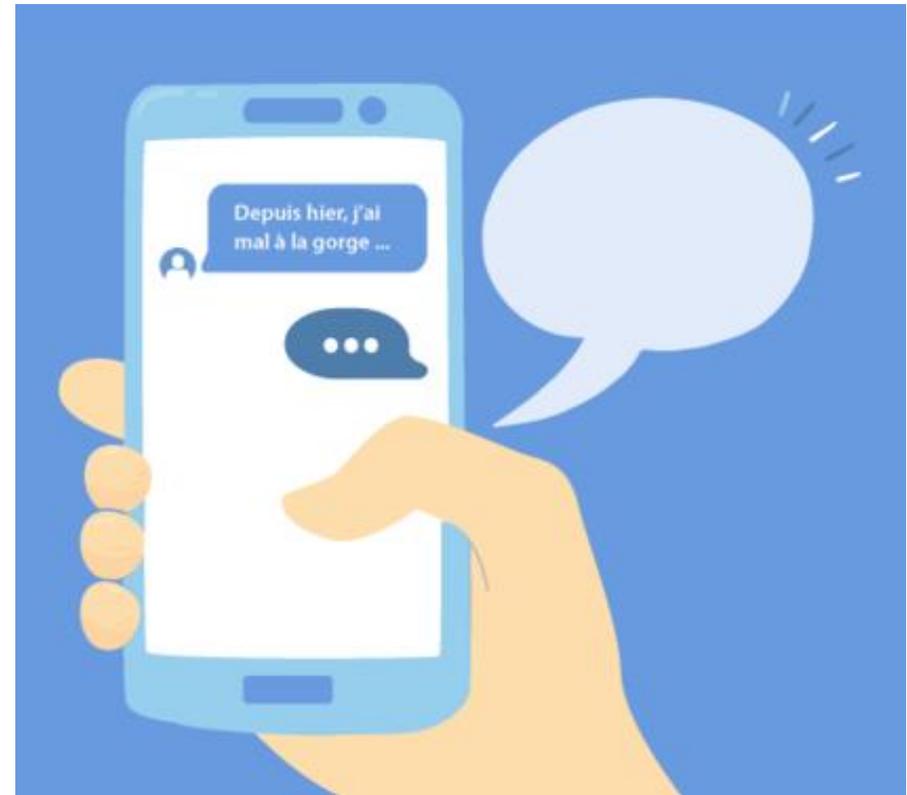
- Réunions de coordination
- Tables cliniques (GCC)
- RCP



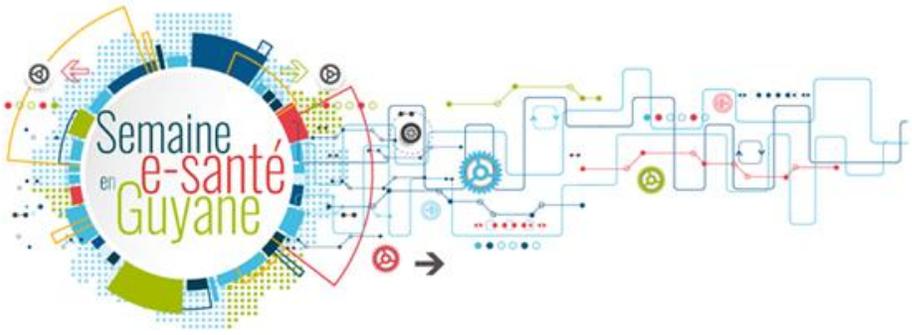


# L'échange d'informations entre professionnels

- Messagerie sécurisée
- Chat

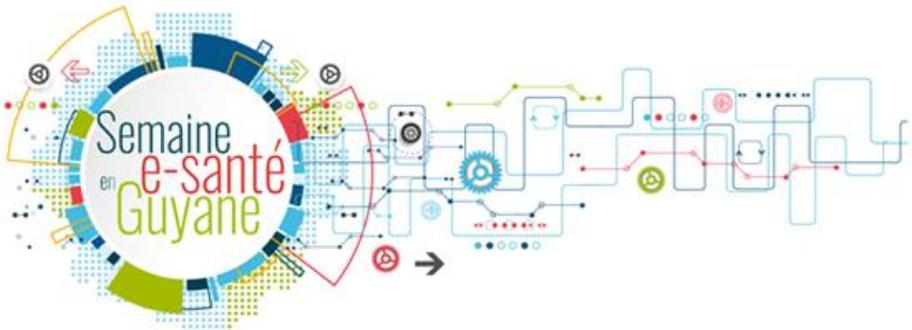






# Le suivi du parcours





# Et au domicile ?

- Coordination des interventions au domicile
- Échange d'information entre professionnels
- Outil de prévention (alertes)

**Informations patient-aidant**

**Fiche d'alertes**

**Dossier de coordination**

**Fiche de tâches de l'AVS**

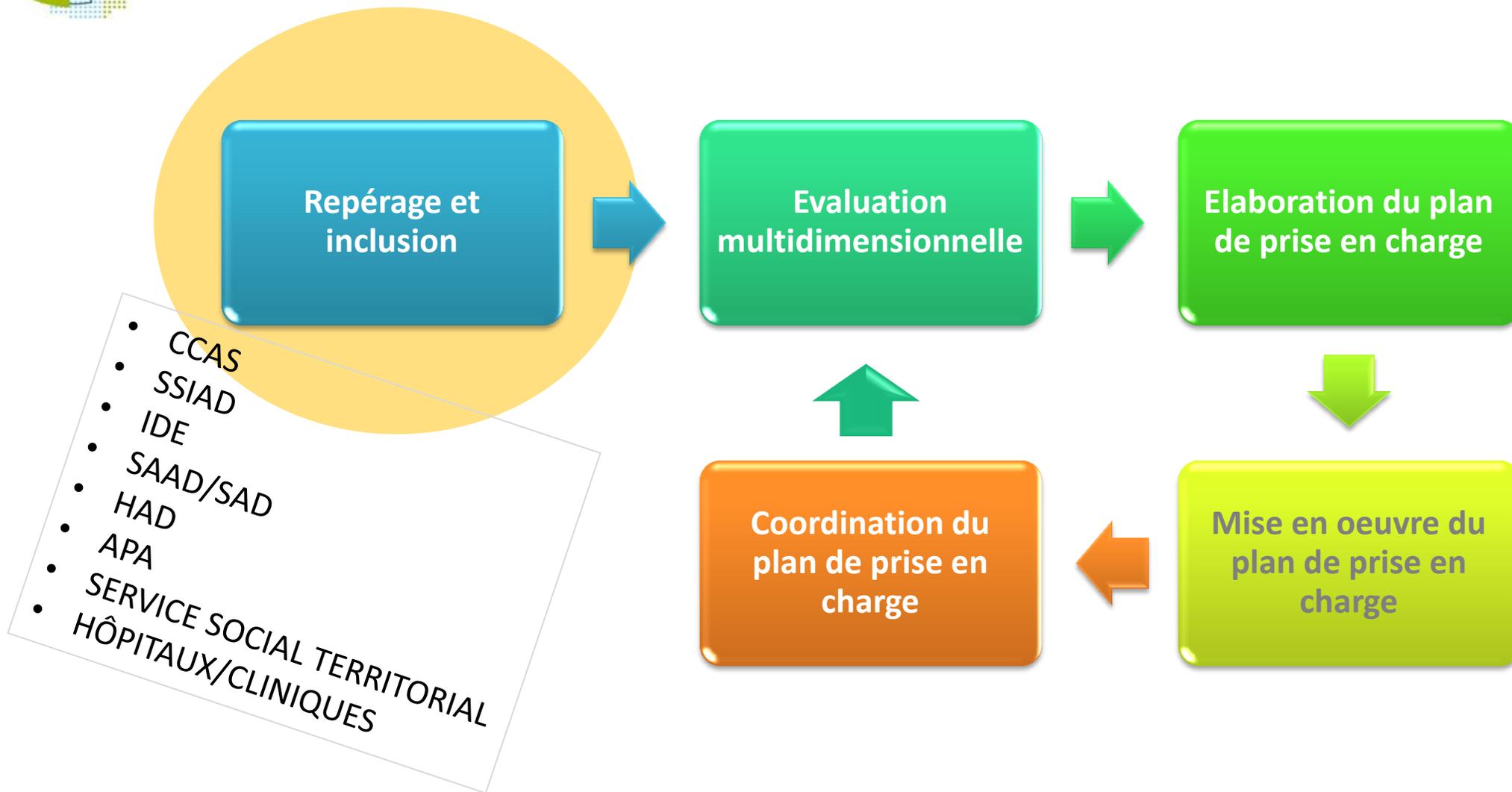
**CAHIER DE VIE**

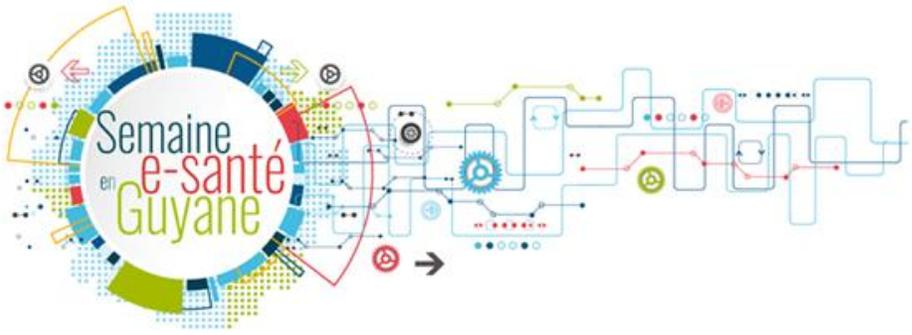


Réseau Gérontologie Alzheimer Guyane



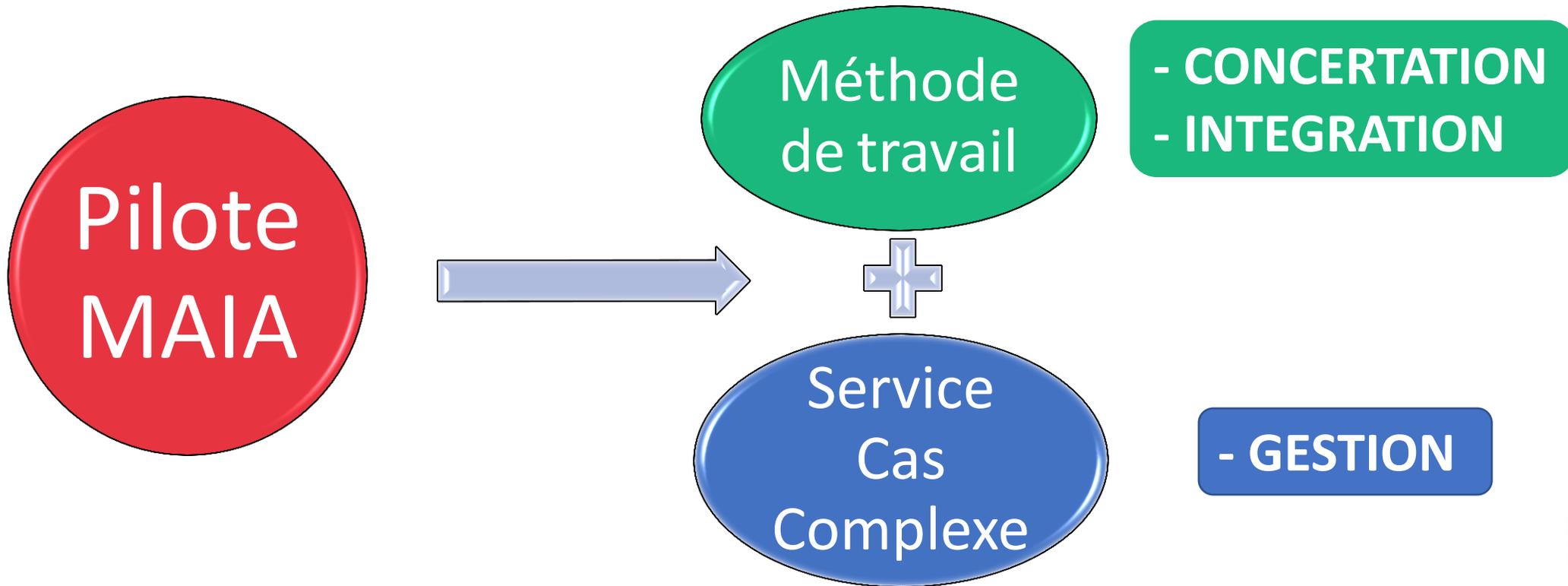
# Pour coopérer au repérage de la complexité

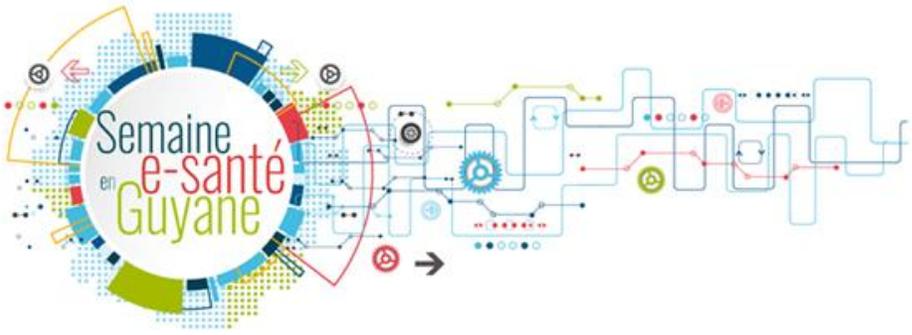




# La dimension « INTEGRATION »

Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

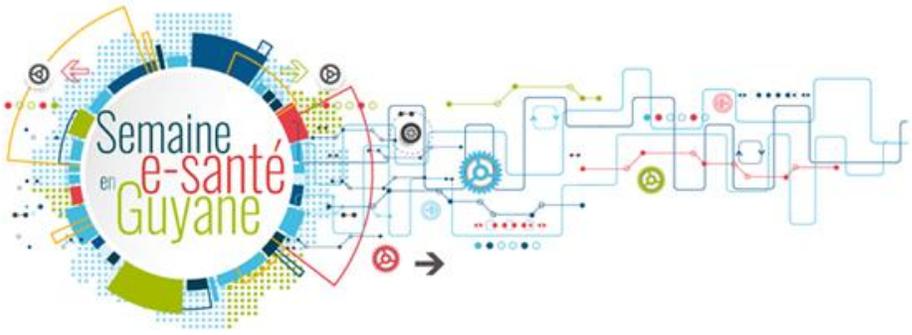




# Une méthode de travail

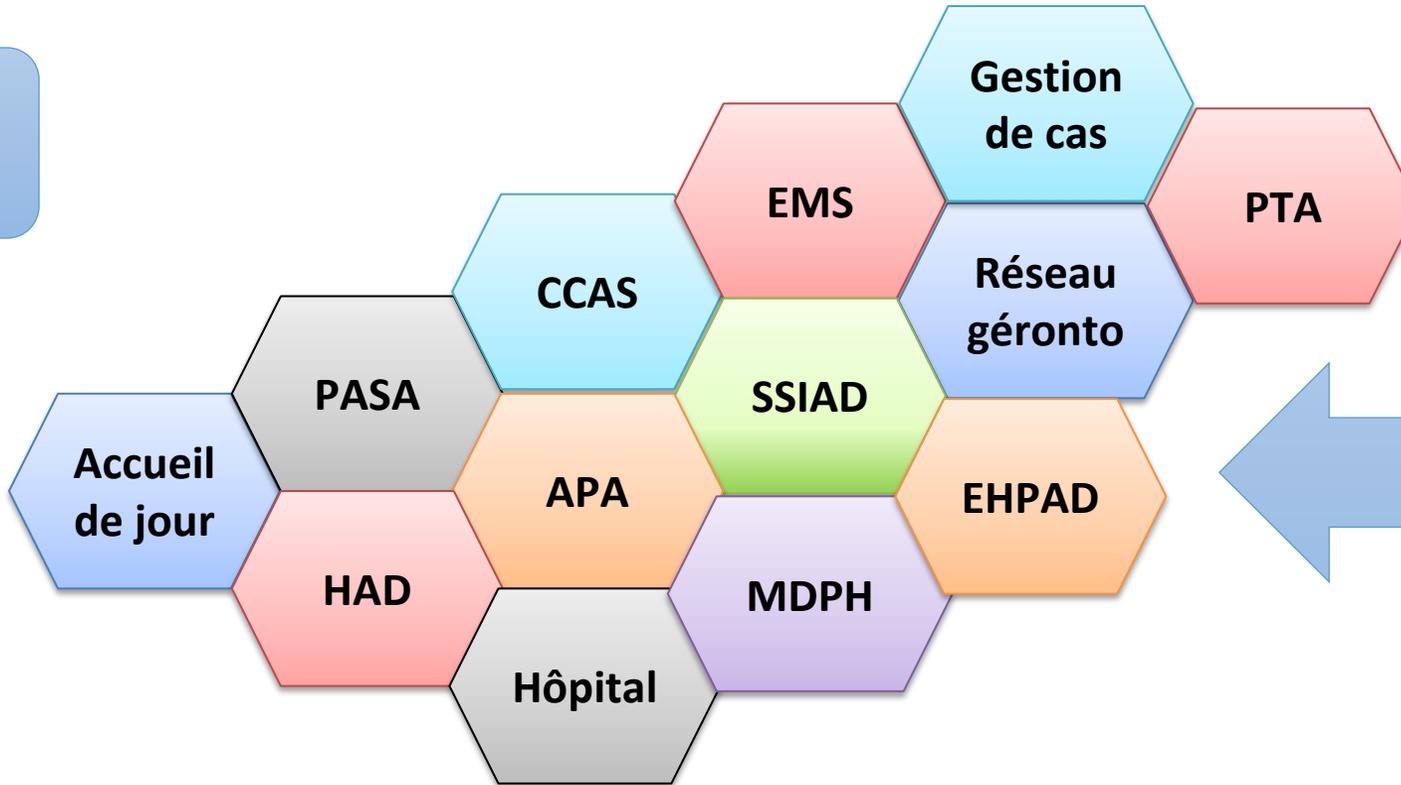
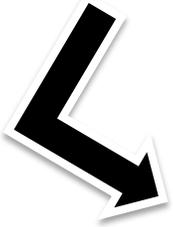
## Concertation et Décloisonnement Multidimensionnel





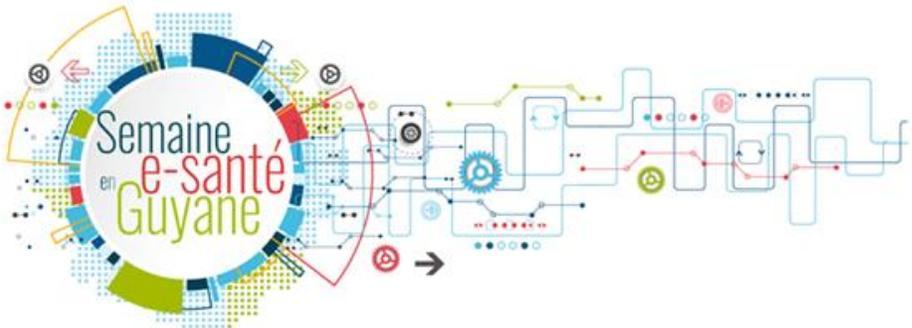
# L'intégration des services

**MAIA**



**Co  
responsabilité  
des  
partenaires**

**Fluidité et simplicité des parcours**



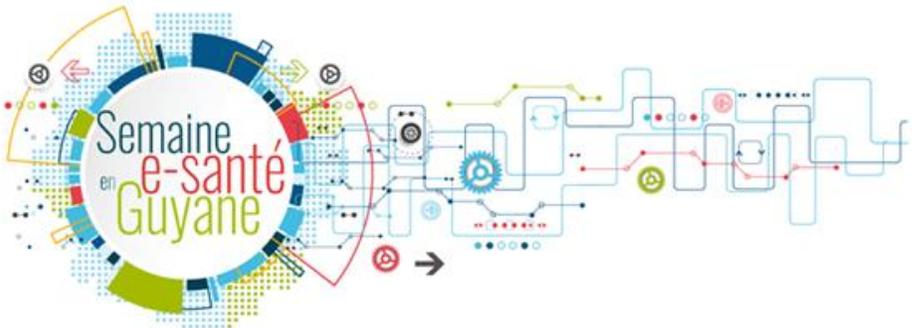
# Un langage commun

Harmonisation  
des process

Convergence  
des outils

Information  
partagée

**Sur le territoire MAIA :**  
**partage des outils, des procédures, des actions elles-mêmes, et**  
**de la responsabilité de leurs conduites**



# L'appui des outils numériques

SNACs

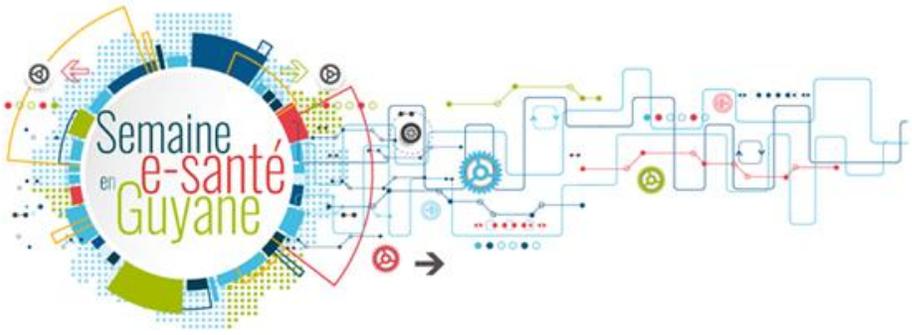


Systeme  
Sécurisé  
d'Informations  
Partagées

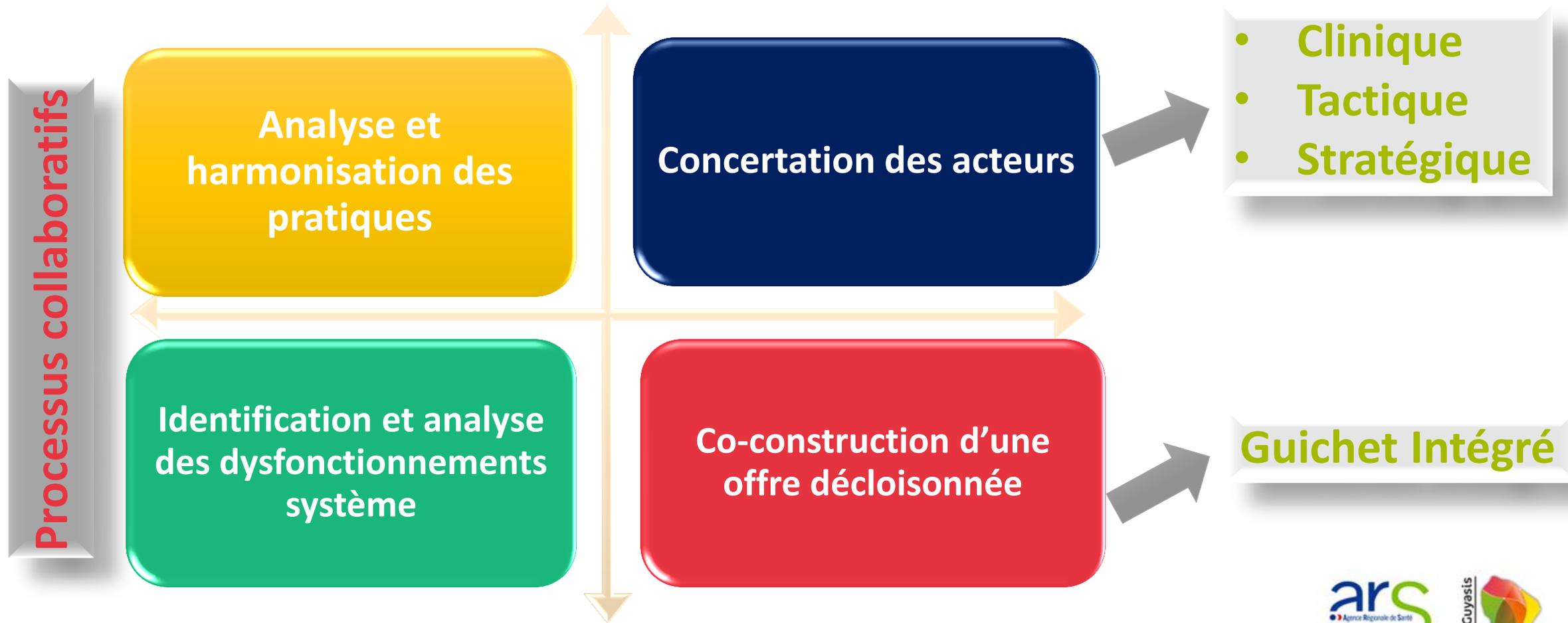
Logiciels métiers

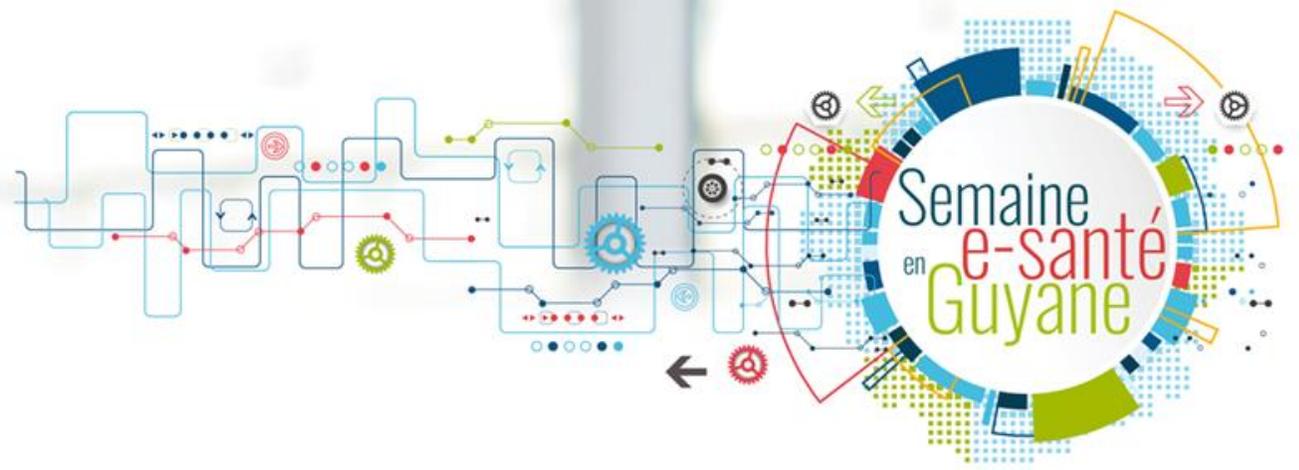
Outils d'Evaluation

Dossiers partagés



# Le numérique comme support de la MAIA ?





*Merçi pour votre attention !*



# Semaine en e-santé Guyane



9-12 octobre 2018 Cayenne