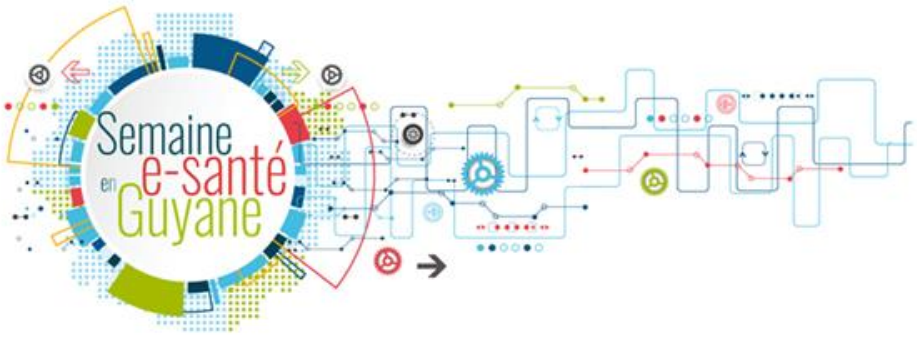


Le parcours de la personne âgée en Guyane

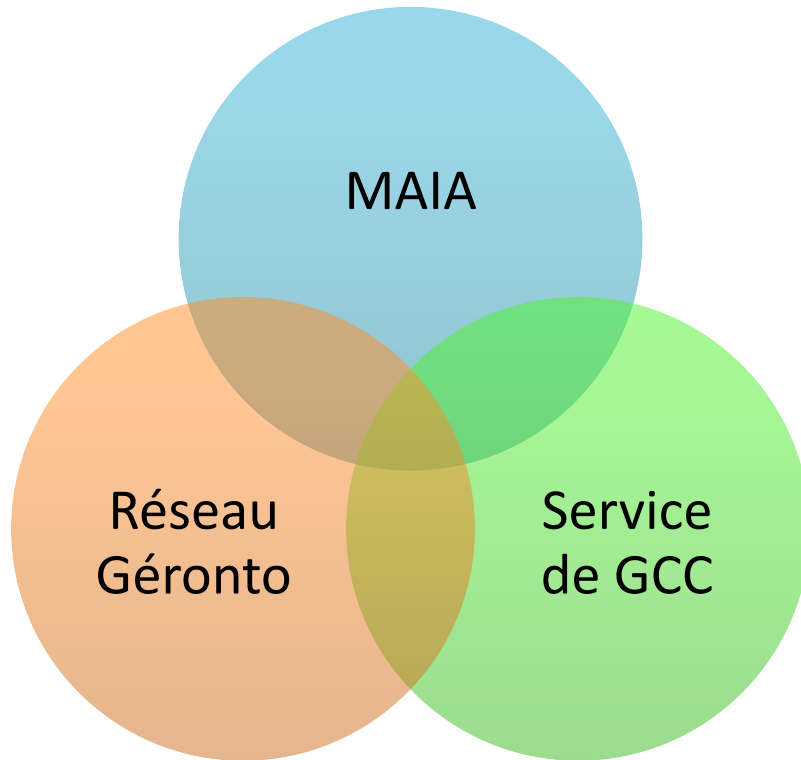
Des outils numériques pour optimiser la
coordination d'appui

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



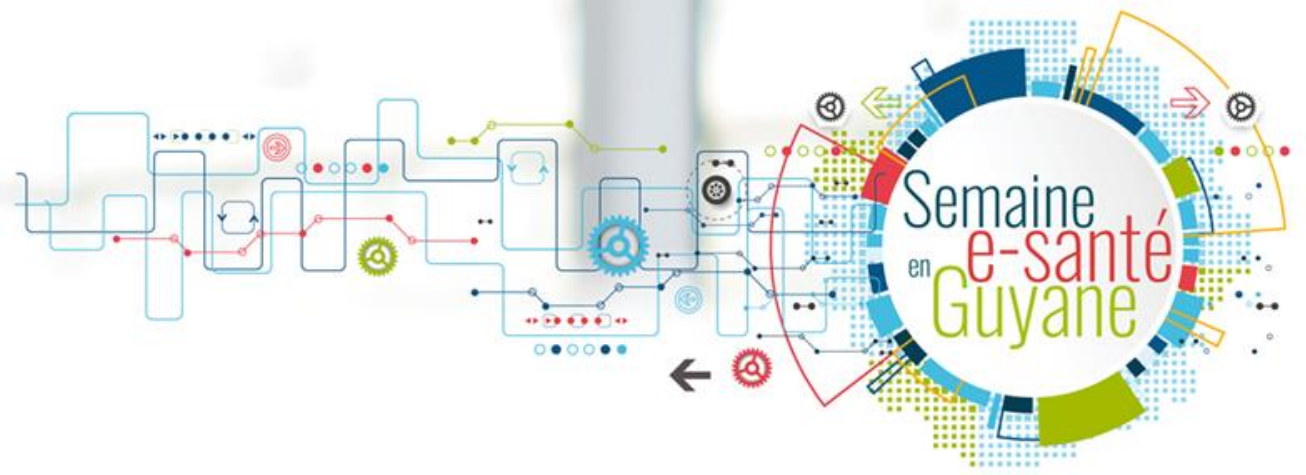
Réseau Géro-MAIA

Un dispositif de convergence



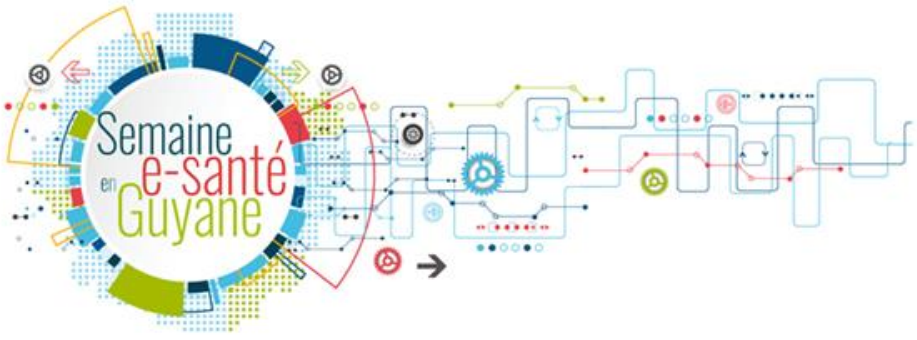
Missions

- Informer et orienter les professionnels et les usagers
- Appuyer le 1^{er} 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

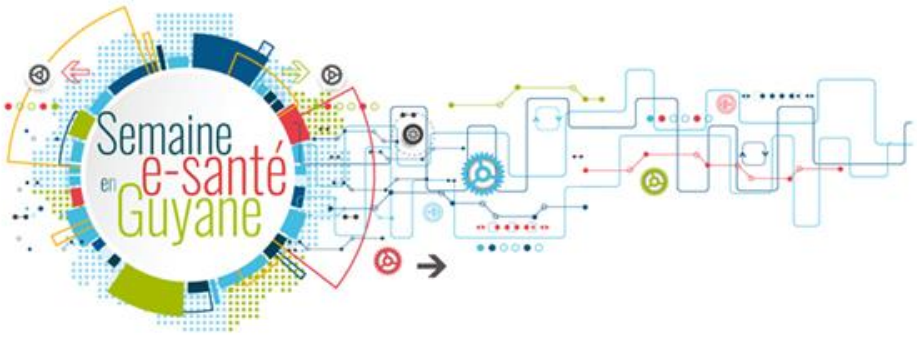
Le parcours de vie

- 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

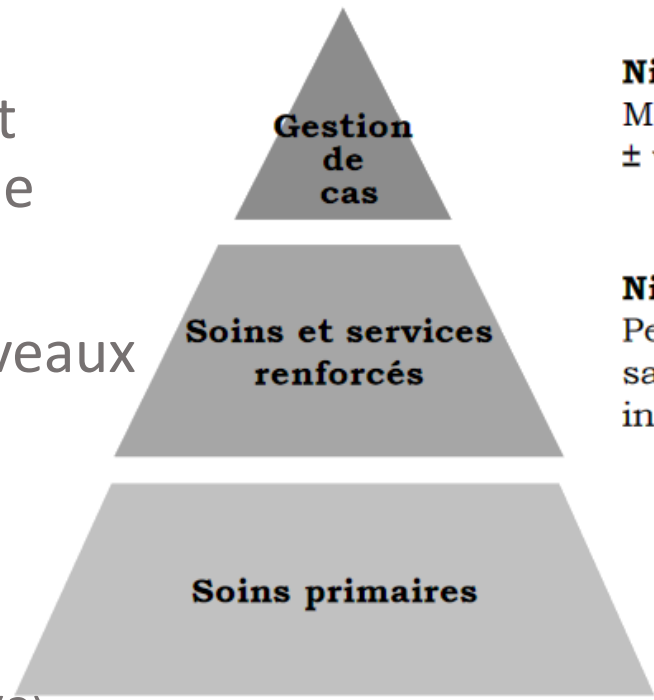
La notion de « situation complexe »

Cf. DGOS 2012 ; cdc MAIA

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

Accumulation de difficultés aux niveaux

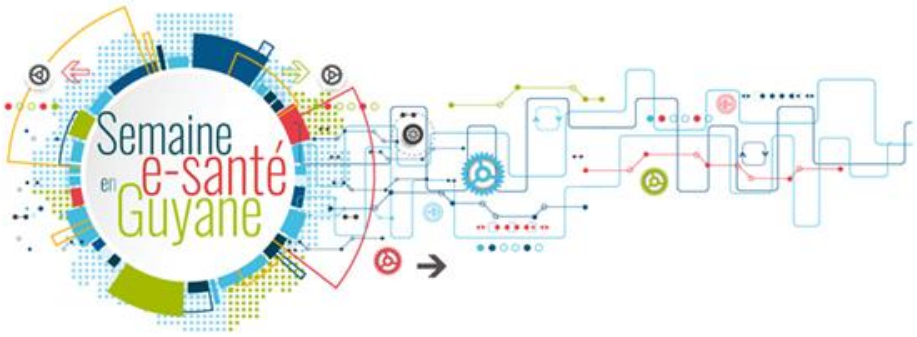
- Sanitaire
- Médico-social (autonomie)
- Social
 - 8000 personnes âgées en Guyane (?)



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



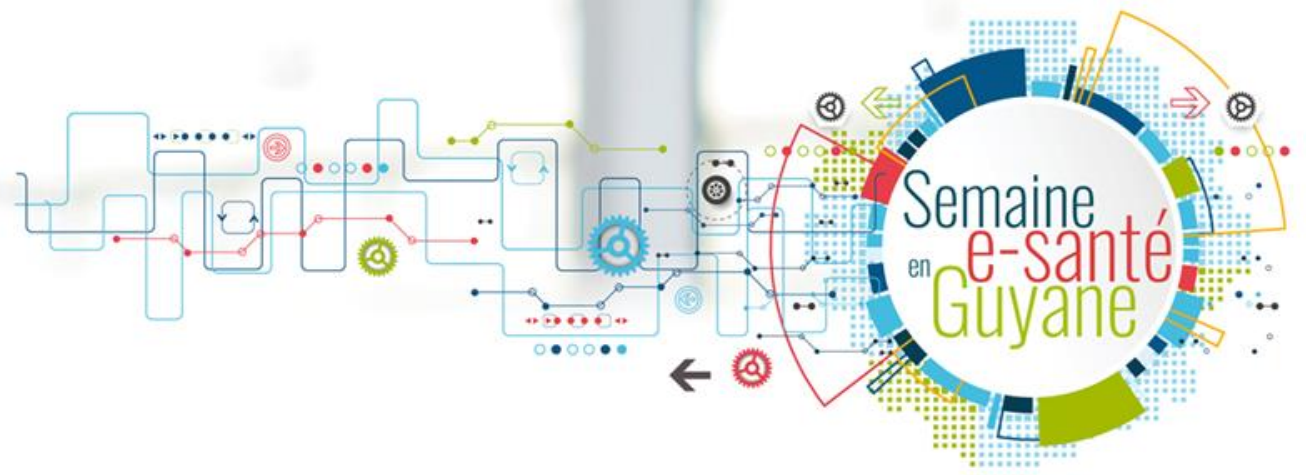
Quelques éléments de sémantique

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

- Service rendu au 1^{er} 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)

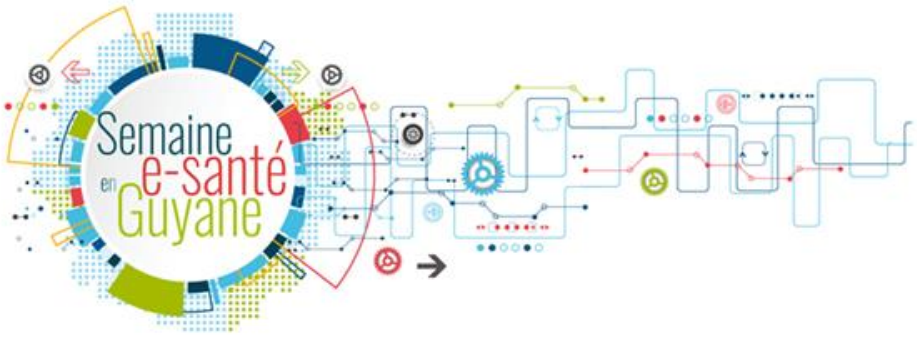
La notion d'INTÉGRATION des services de soins et d'aide

- 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

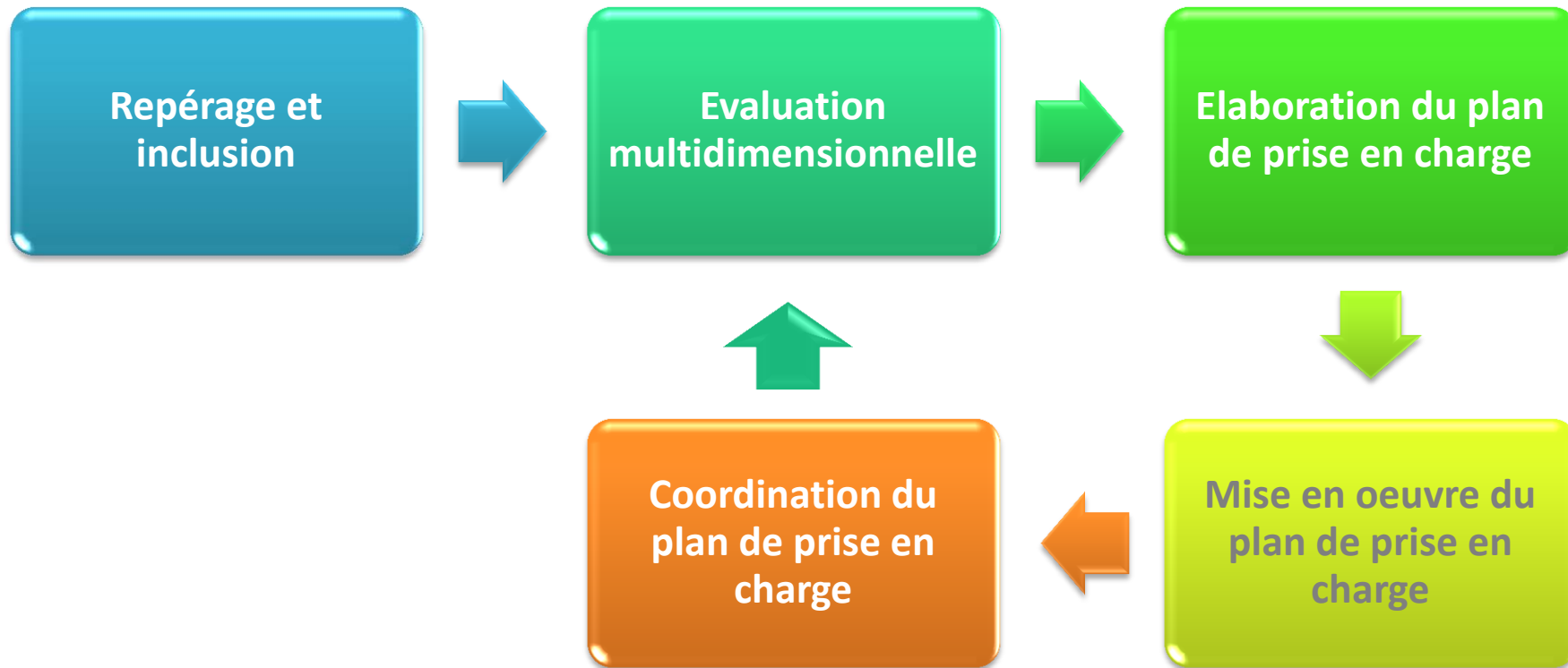


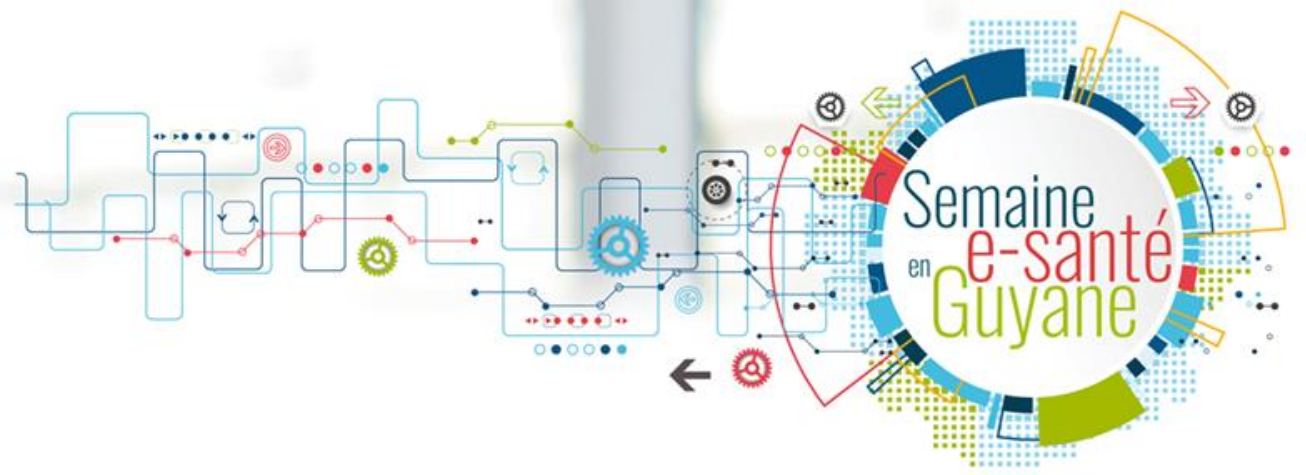
Le parcours de la personne âgée

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.

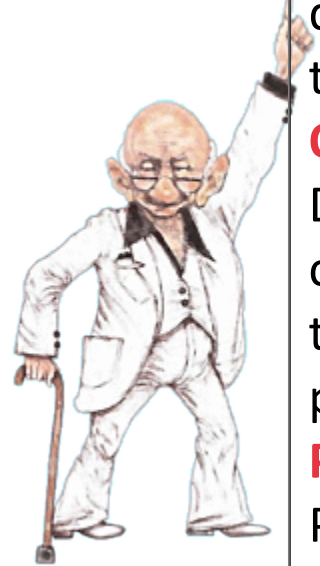
Tous les chemins passent par chez M. Patient... mais ne se croisent pas !!!

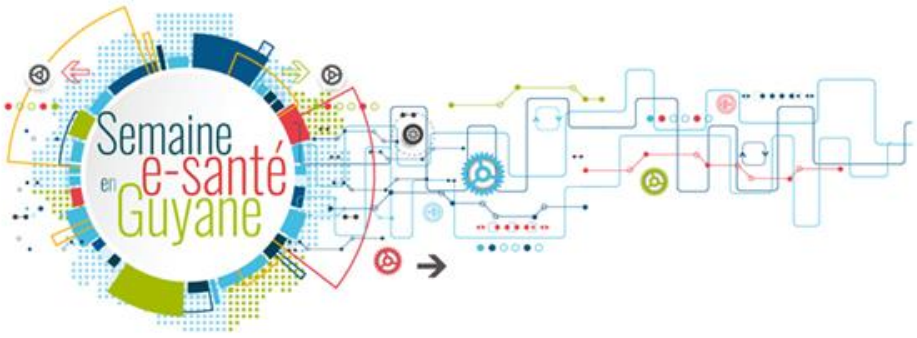
Le Réseau Géronto ignore que le service de Gestion de cas complexes (MAIA) intervient et vice versa ;

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 »

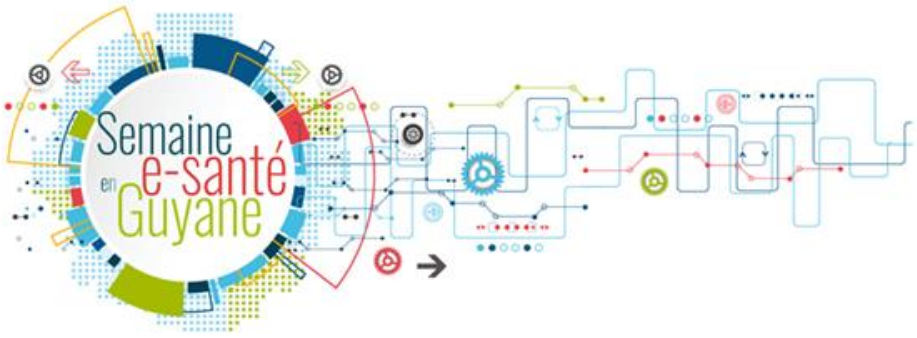




Cas pratique : votre analyse ?



#162246081



Des outils numériques au service du parcours de la PA ?

Des données stratégiques pour :

- une **aide à la décision** pour le 1^{er} 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

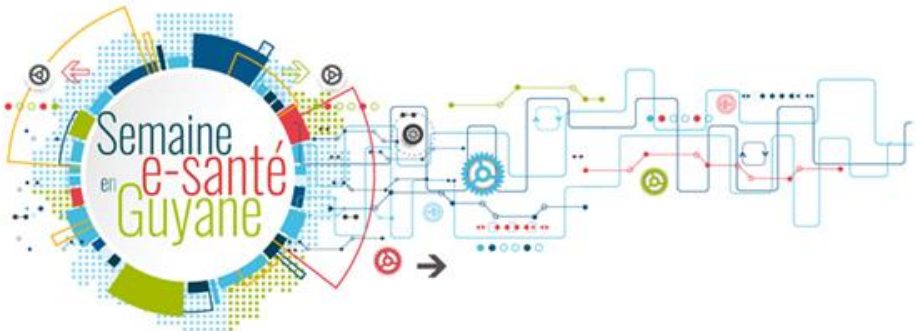
Continuité et sécurité des soins

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

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

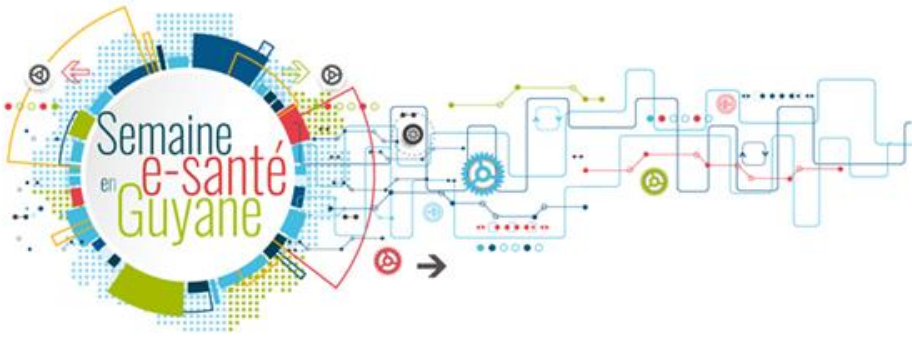
Nom et prénom père Nom jeune fille et prénom mère

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

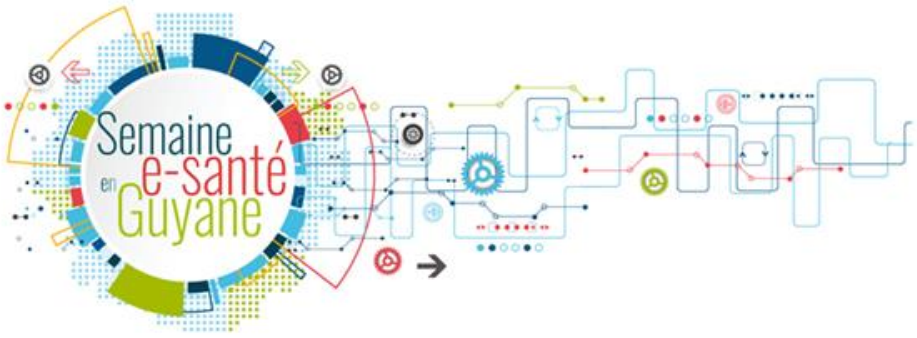
4c. Etablissement de santé mentale : Non Oui

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

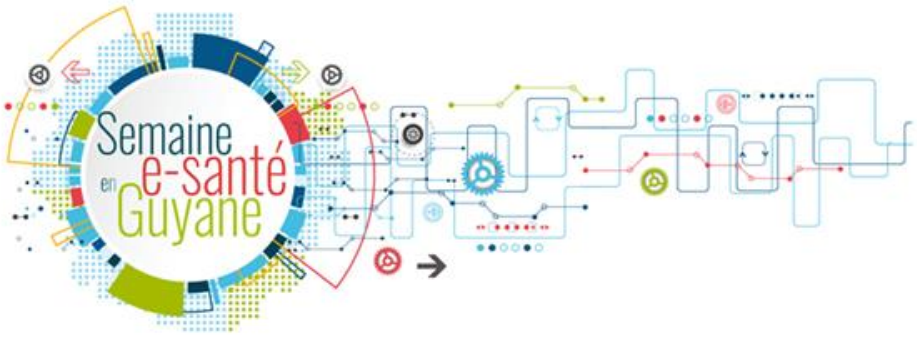


La coordination du PPS/PSI

Plan Personnalisé de Santé/Plan de Services Individualisé



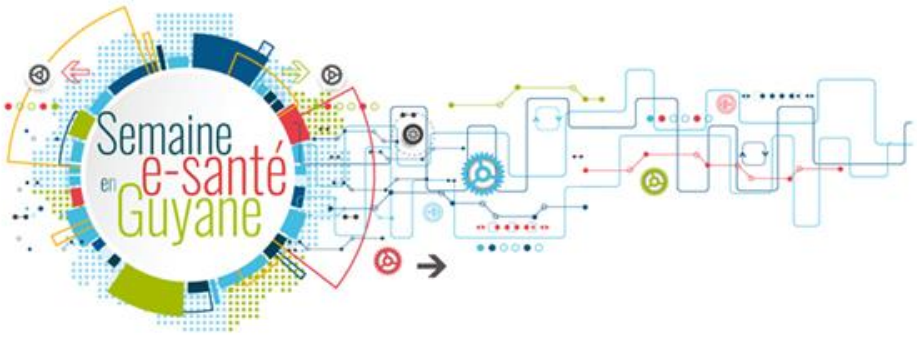
Fiche de liaison		01 EXT	
Domicile → Structure de soins		Médecin traitant	Cabinet infirmier
		Téléphone	Téléphone
Renseignements sur les soins infirmiers du verso.			
Patient			
Nom		Prénoms	
Date de naissance : / /		Date du transfert : / /	
N° INSEE : / / / / / / / / / /			
Personnes à prévenir			
Nom	Lien de parenté	Téléphone	
		Don	Part
		Don	Part
Évaluation des besoins		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	Communiquer	
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

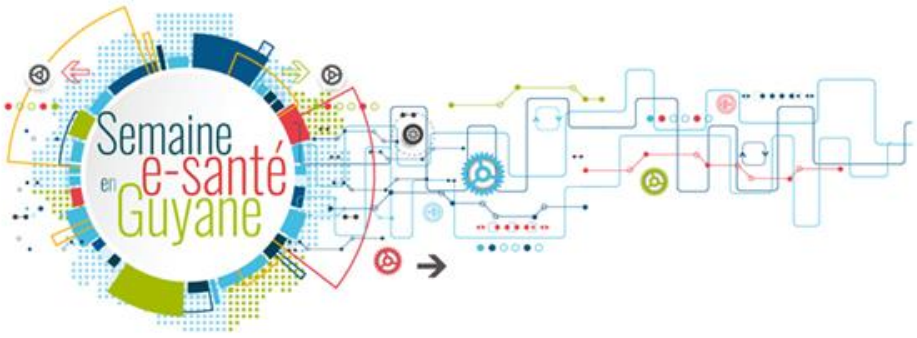




L'échange d'informations entre professionnels

- 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

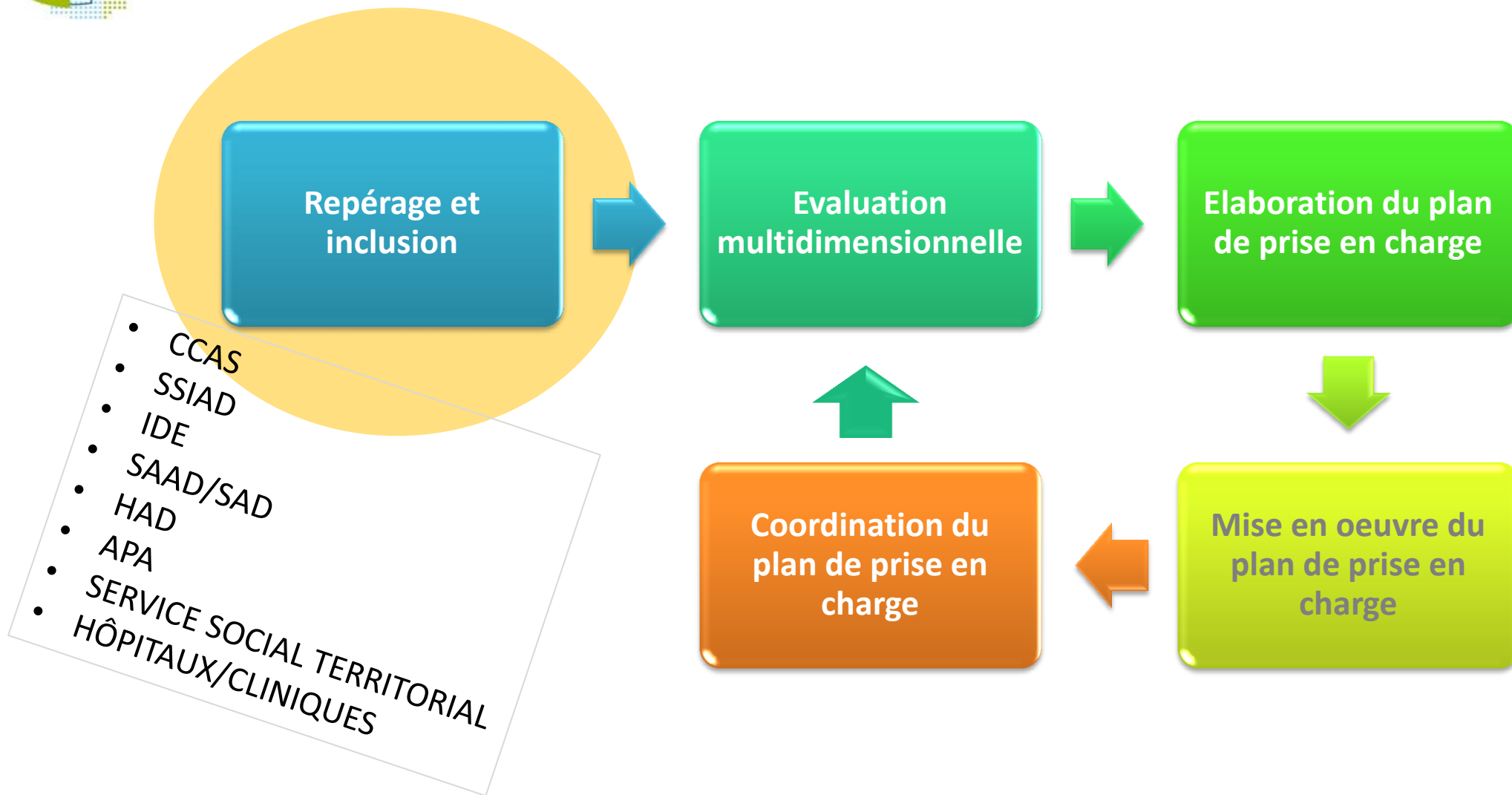
CAHIER DE VIE

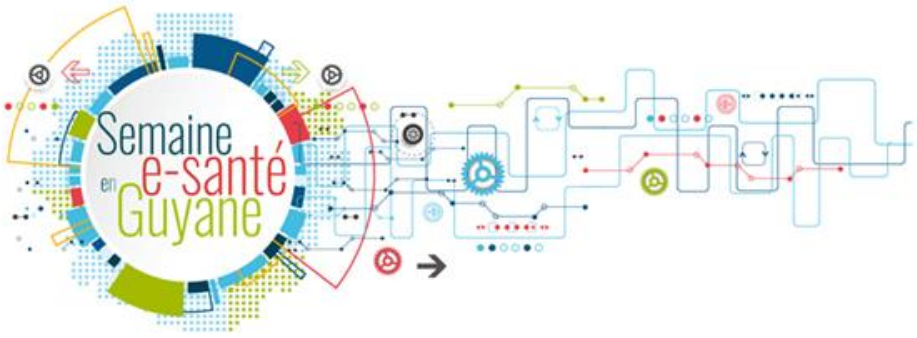


Réseau Gérontologie Alzheimer Guyane



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

Pilote
MAIA



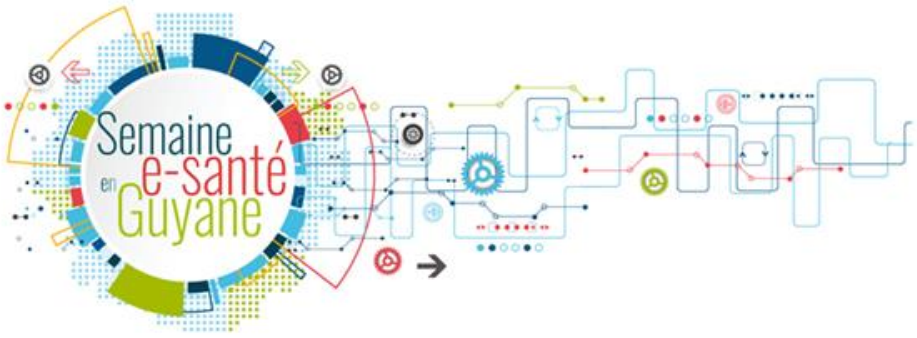
Méthode
de travail

- CONCERTATION
- INTEGRATION



Service
Cas
Complexe

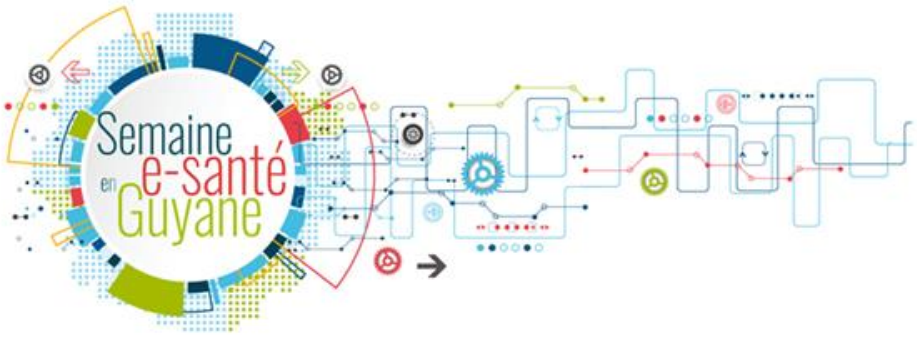
- GESTION



Une méthode de travail

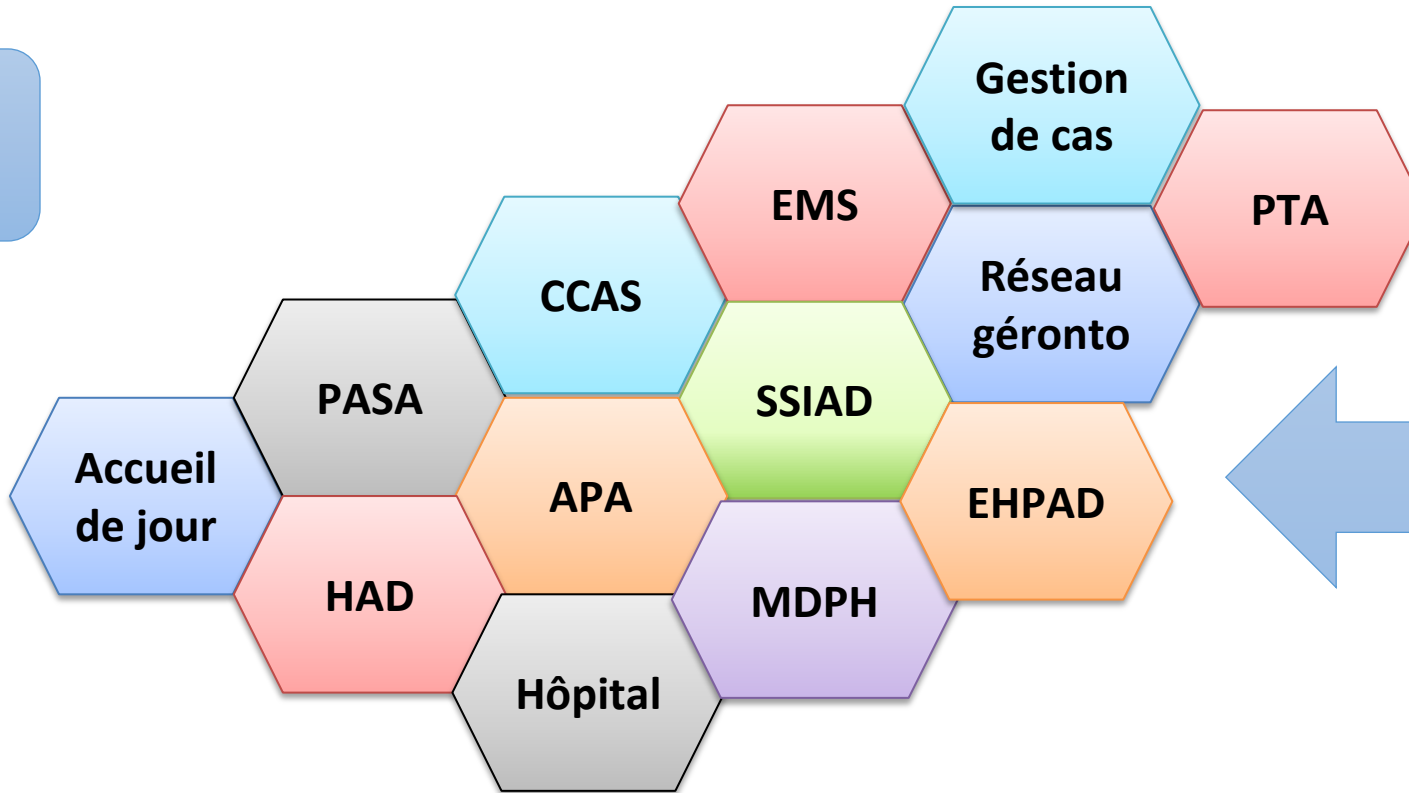
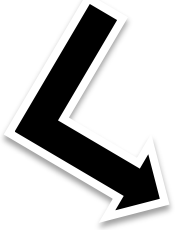
Concertation et Décloisonnement Multidimensionnel





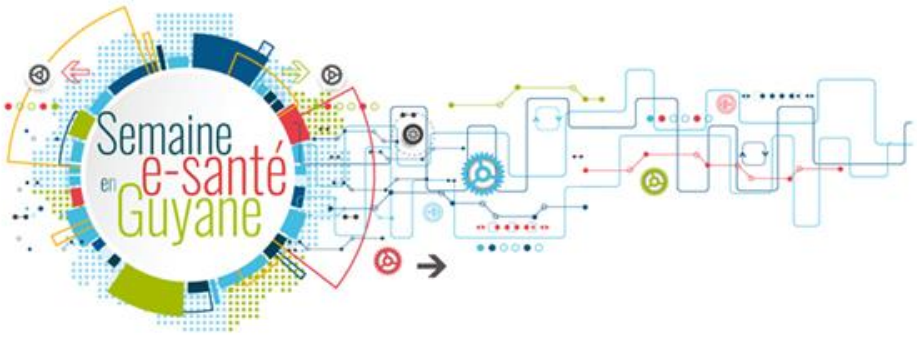
L'intégration des services

MAIA



**Co
responsabilité
des
partenaires**

Fluidité et simplicité des parcours



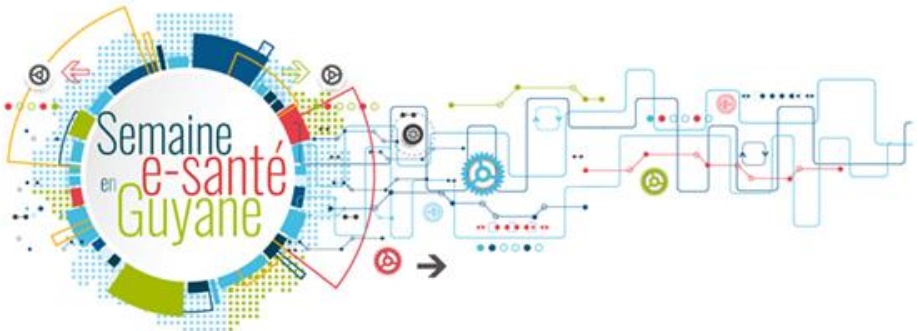
Un langage commun

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

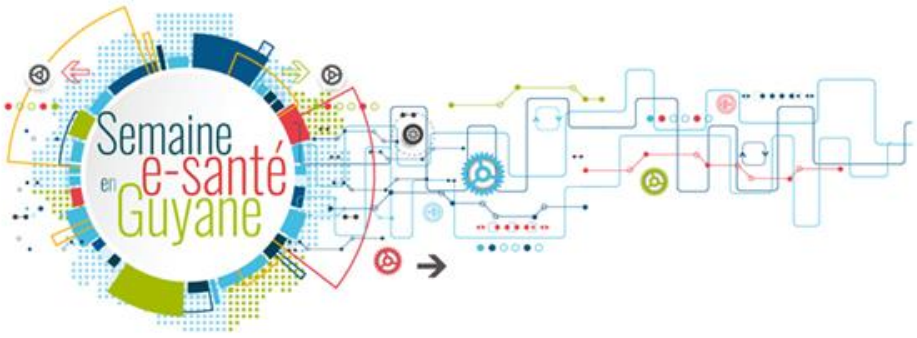


Systeme
Sécurisé
d'Informations
Partagées

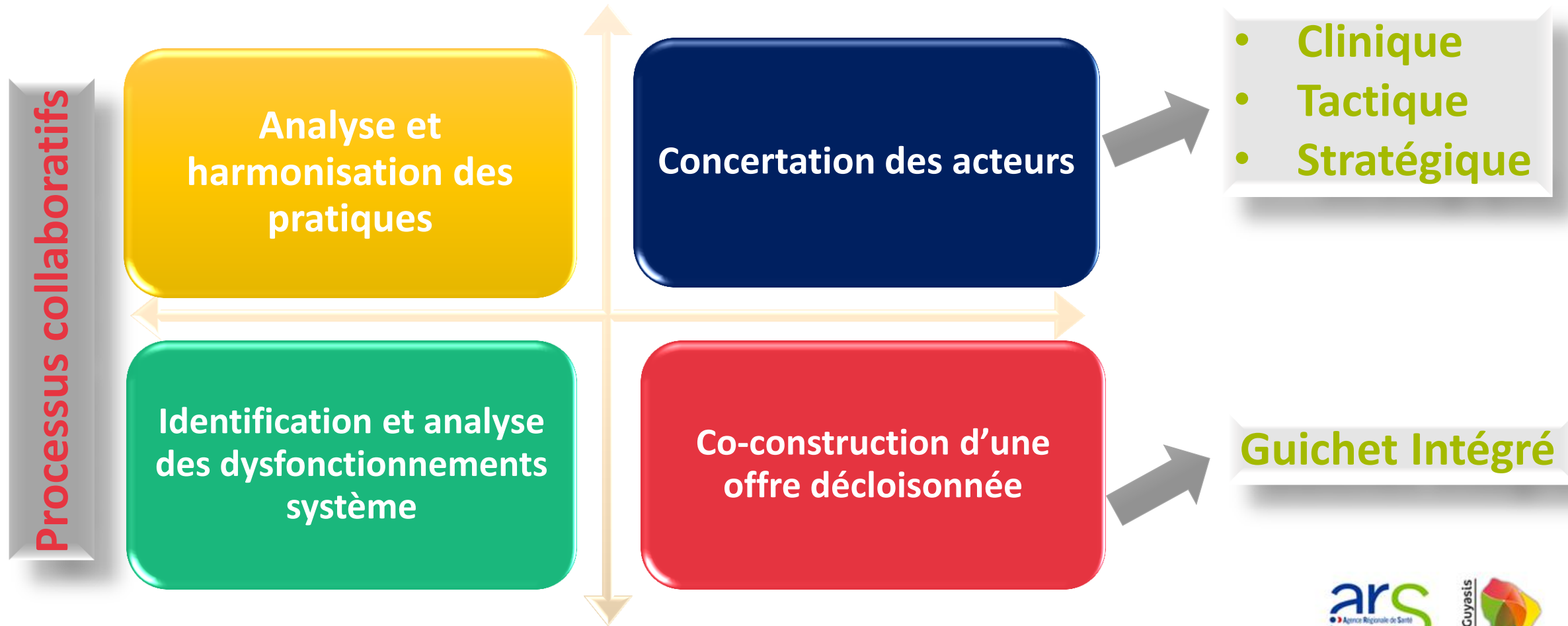
Logiciels métiers

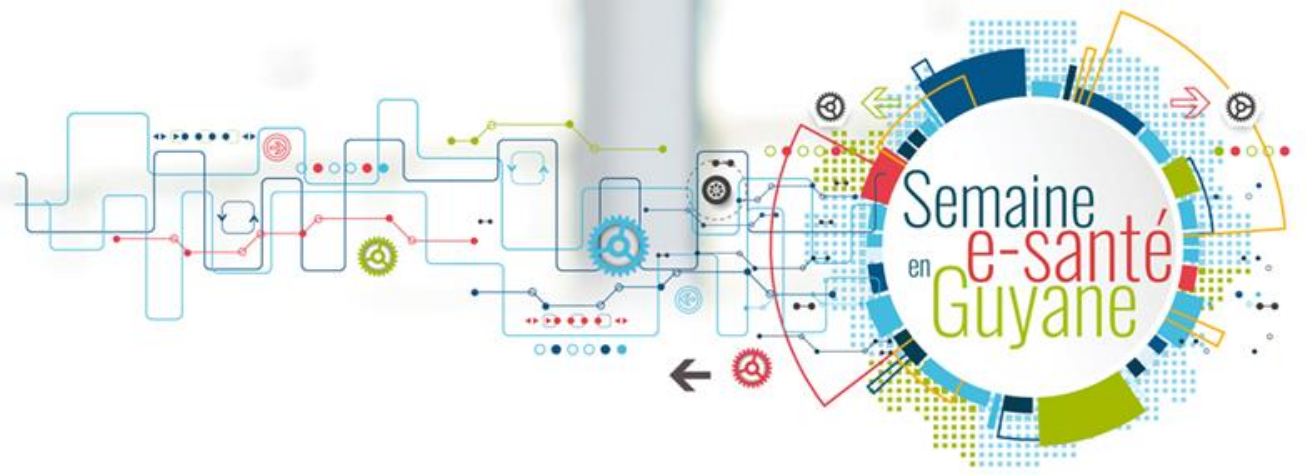
Outils d'Evaluation

Dossiers partagés



Le numérique comme support de la MAIA ?





Merçi pour votre attention !



Semaine en e-santé Guyane



9-12 octobre 2018 Cayenne