



Centre Régional d'Etudes,
d'Actions et d'Informations
*en faveur des personnes
en situation de vulnérabilité*

LA MISE EN OEUVRE DES RÉFORMES DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

IRTS de Poitiers – Mardi 16 janvier 2018

TABLE RONDE

**La mise en œuvre des réformes :
vers l'intégration des réponses**

L'intégration en action

Elise PERRET

Responsable MAIA Nord de la Vienne, Itinéraire Santé

Le concept d'intégration : mise en pratique à travers les dispositifs MAIA





Données épidémiologiques

« En France, la question de la dépendance est devenue un enjeu majeur compte-tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation rapide et inexorable au cours des prochaines décennies du nombre de personnes âgées et surtout des personnes très âgées ».

Or, le système de santé français peut être décrit comme un système complexe, fragmenté, avec une multiplicité d'acteurs, de structures, de modalités d'interventions, de statuts, de modes de financement...

Les modalités des professionnels libéraux évoluent (diminution des installations en exercice libéral, difficultés croissantes à assurer des visites au domicile...), l'hôpital se recentre sur des missions plus techniques, les organisations familiales sont plus fragiles.

Le vieillissement de la population a pour corollaire une augmentation du nombre de malades chroniques avec, fréquemment, plusieurs pathologies lourdes chez une même personne âgée. Aujourd'hui, au niveau national et toutes tranches d'âges confondues, 20 millions de patients sont atteints de maladies chroniques dont 10 millions en ALD.

La majorité des personnes en perte d'autonomie souhaitent rester vivre à leur domicile et le système de santé français doit aujourd'hui réorganiser sa réponse au regard de ces enjeux.

Quelques définitions...

—





Le parcours de santé

Le parcours de santé peut se définir comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Les parcours répondent à la nécessaire évolution de notre système de santé liée à la progression des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie.

Il est temps de passer d'un système de santé pensé comme une succession d'actes relevant de professionnels différents, peu coordonnés à une médecine des parcours de santé.

Evolution de la démarche parcours :

Parcours de soins → Parcours de santé → Parcours de vie



Le parcours de santé

Impacts des ruptures de parcours !

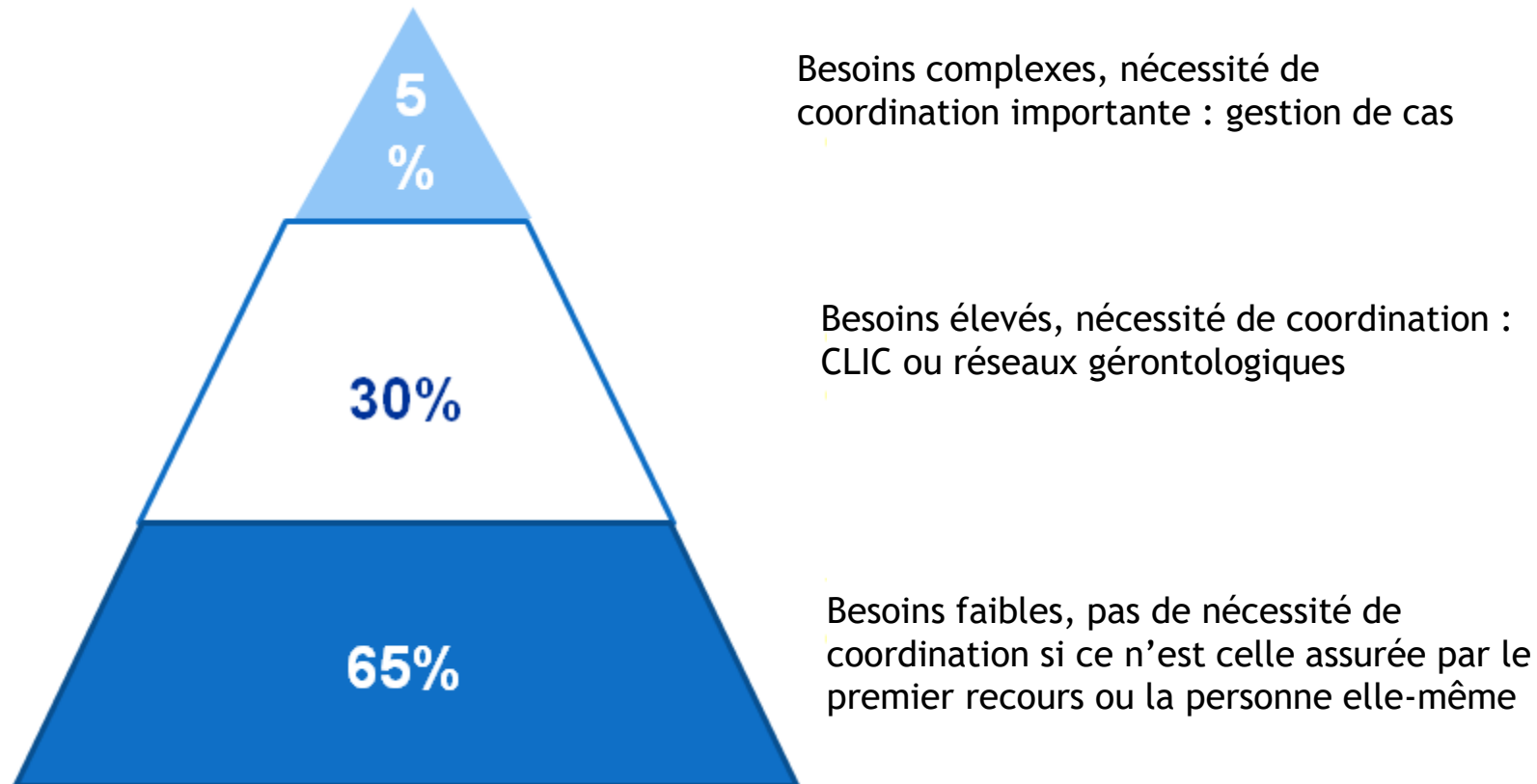
Sur la qualité de vie de la personne âgée et de son entourage

Déperdition financière pour le système de santé : prises en charge plus coûteuses



La coordination

Pyramide de Kaiser permanente classe les patients atteints de maladies chroniques selon leur niveau de risque et leur besoin en coordination





La coordination

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), dans les 6 ALD les plus courantes chez les personnes âgées, on identifie :

- 12 à 30 professionnels de santé (médecin traitant, pharmacien, infirmier, kinésithérapeute, gériatre, neurologue, psychiatre, infirmier psychiatrique, psychologue, ergothérapeute...)
- 1 à 4 référents sociaux (assistant social de secteur, assistant social de la caisse de retraite, assistant social de l'hôpital, assistant social d'un dispositif de coordination gérontologique...)

Nécessité de coordination : ++++++



La complexité

Définition de la complexité apparue dans le Code la Santé Publique (art L.6327-1) avec la Loi Santé (2016-41 du 26/01/2016) :

« Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. »



La coordination

La coordination est une organisation mise en place autour d'une personne pour articuler l'ensemble des acteurs, des moyens humains et matériels dans le respect du projet de vie de la personne.

Elle repose le plus souvent sur des outils, pour l'échange d'informations sur l'identification de la personne, les services intervenants, et la nature de l'intervention, des protocoles de prise en charge pour proposer des repères techniques et des recommandations pratiques pour la prise en charge de la personne.



L'intégration

Les dispositifs MAIA portent le concept d'intégration afin d'améliorer la fluidité et la coordination du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le concept d'intégration, au sein des dispositifs MAIA de la Vienne, a été défini comme :

- l'organisation collective de la réponse à l'utilisateur en termes d'accueil et d'orientation vers les ressources du territoire
- l'organisation collective de la réponse à ses besoins, organisation réalisée à partir d'une analyse partagée par l'ensemble des acteurs l'accompagnant des ruptures de parcours identifiées et des manques et doublons du territoire.

Cette organisation collective est possible grâce à la CO-RESPONSABILITE de chaque acteur.



L'intégration

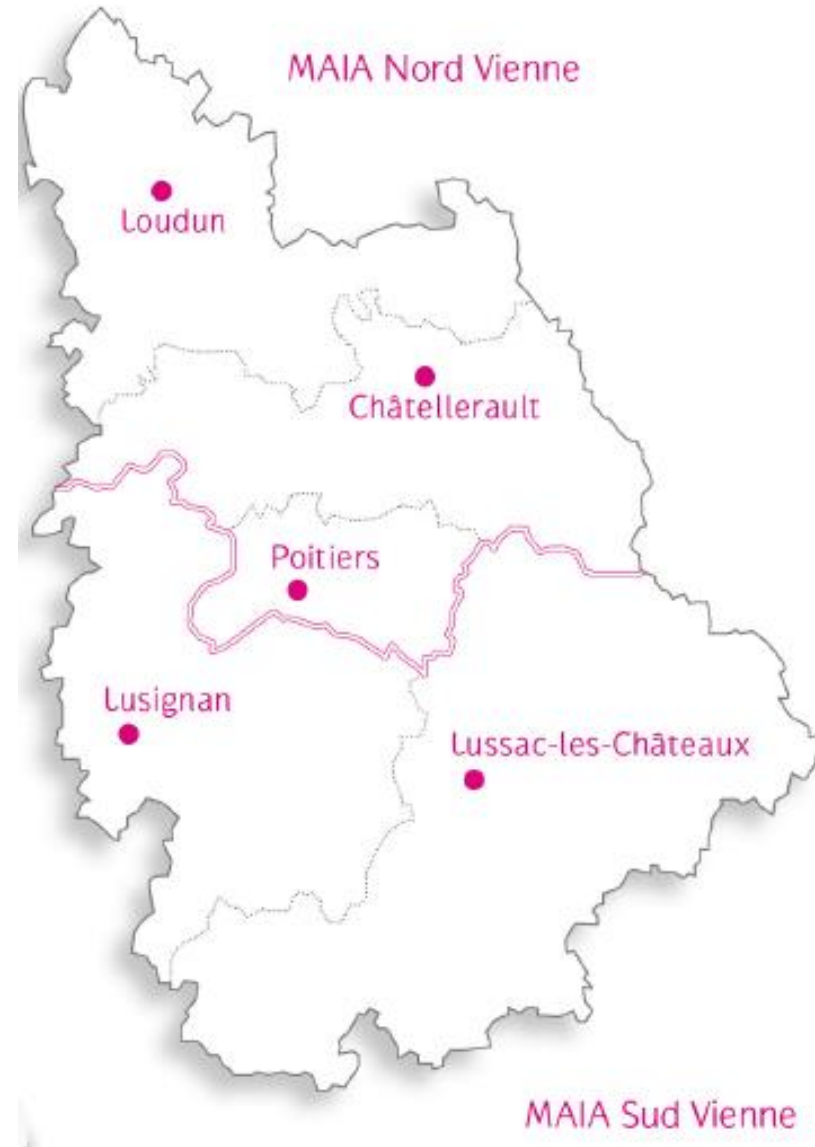
La Haute Autorité de Santé, en septembre 2014, définit un système de santé dit intégré « *lorsqu'il offre une prise en charge optimale des problèmes de santé, à l'échelon le plus adapté, sans déficit dans la couverture des besoins ni chevauchement dans les fonctions des différents éléments. La réalisation de cette intégration passe par la coordination entre les éléments qui composent le système et requiert une optimisation de la circulation des patients* ».

Le dispositif MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins dans le champ de l'Autonomie





Les territoires des dispositifs MAIA Nord et Sud Vienne





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

Le dispositif MAIA porte **une méthode de travail partagée** entre tous les acteurs sur le département afin de **coordonner et de fluidifier les parcours de santé des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants : intégration**

La méthode œuvre:

- à la lisibilité du système d'aide et de soins,
- à la simplification et à l'organisation du **parcours**,
- au soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

La méthode MAIA

—





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

❖ **La gestion de cas**

❖ **Le guichet intégré**



L'analyse des parcours des situations suivies en gestion de cas

La gestion de cas, rattachée aux dispositifs MAIA, a été installée sur le territoire national avec **pour objectif d'analyser les parcours complexes**.

Les données cliniques dégagées lors de l'accompagnement de ces situations individuelles vont servir aux prises de décision politiques et stratégiques d'aménagement du territoire grâce aux instances de concertation, qui vont pouvoir proposer des axes de travail sur des données objectives.

Un travail d'identification des ruptures de parcours et des dysfonctionnements de territoire est réalisé entre les gestionnaires de cas et les pilotes.

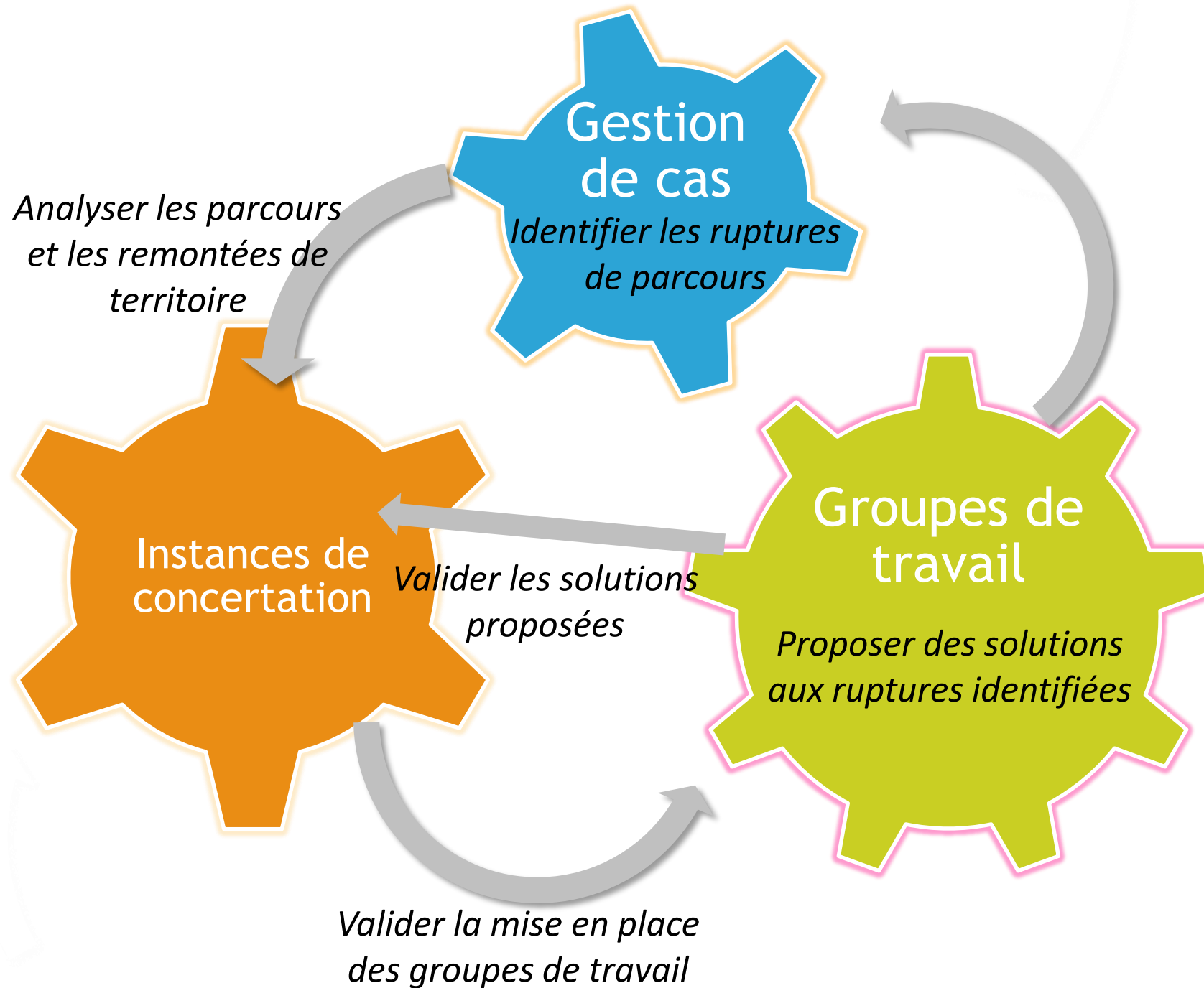
Au niveau départemental, 195 situations ont ainsi pu être analysées au 31.08.2017 et ont permis de dégager des ruptures de parcours récurrentes.



Le guichet intégré

Objectif : permettre à l'ensemble des acteurs d'améliorer leurs connaissances des ressources du territoire afin de faciliter l'orientation de la personne âgée en perte d'autonomie en :

- ***identifiant les missions de chacun : le référentiel de missions***
- ***analysant les parcours de santé*** des personnes âgées accompagnées en gestion de cas
- ***travaillant aux manques et doublons du territoire et les solutions pouvant y être apportées*** grâce aux groupes de travail et la co-responsabilité des acteurs.



Illustrations au travers des travaux portés par les dispositifs MAIA de la Vienne

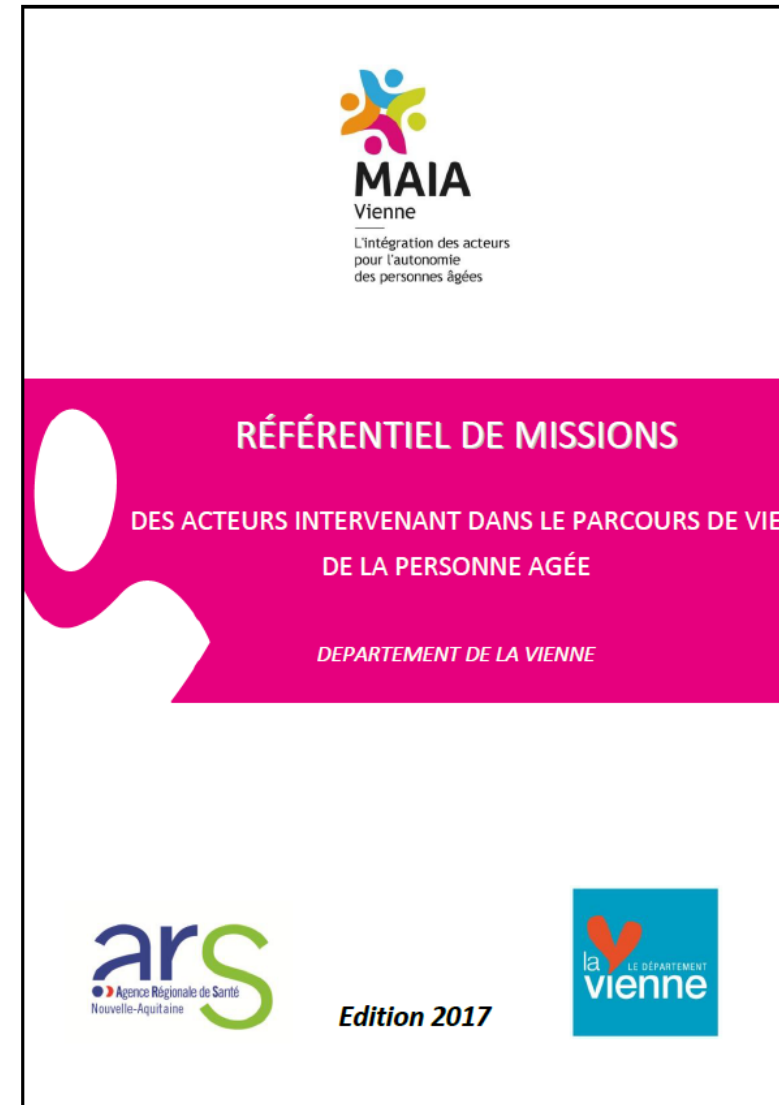




Le référentiel de missions

Les dispositifs MAIA œuvrent à une meilleure lisibilité des ressources de territoire, notamment grâce au référentiel de missions qui présente les différents acteurs avec leurs missions et modalités de saisine.

Le paradigme est inversé : le lecteur est orienté en fonction du besoin de la personne âgée et non en fonction de la ressource disponible sur le territoire.





Exemple d'un groupe de travail : L'amélioration du lien hôpital-domicile

Objectifs stratégiques :

- Améliorer la fluidité du parcours de santé des personnes âgées
- Éviter les ruptures de parcours hôpital-domicile

Objectifs opérationnels :

- Améliorer l'identification des professionnels de la coordination gériatrique et la circulation de l'information entre les acteurs du domicile et les services hospitaliers
- Améliorer l'accompagnement des personnes âgées sollicitant le SAMU suite à une chute à domicile
- Améliorer l'organisation des sorties d'hospitalisation



Focus sur le parcours du patient âgé chuteur :

La chute chez la personne âgée est un événement fréquent, souvent lourd de conséquences. Il s'agit d'un événement multifactoriel nécessitant une approche globale de la personne âgée prenant en compte à la fois son état de santé, son comportement et son environnement. Elle révèle souvent une fragilité qu'il est important de repérer afin de mettre en place des mesures de prévention et d'accompagnement.

Données épidémiologiques :

La chute chez la personne âgée est très fréquente : en effet il a été estimé qu'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et la moitié des personnes de plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois par an. Selon l'Institut de Veille Sanitaire, il y a chaque année en France 450 000 chutes chez les personnes âgées.



Le nombre de patients chuteurs dans la Vienne peut être estimé, à minima, à 1700 par an : 500 personnes appelant le centre 15 départemental pour un relevage à domicile sans hospitalisation par la suite et environ 1200 personnes chutant à domicile avec hospitalisation en aval.

Au CHU de Poitiers, durant le mois de septembre 2016, il a été comptabilisé 1031 jours d'hospitalisation en médecine, chirurgie et en soins de suite de patient chuteur.

L'estimation du coût de ces hospitalisations suite à une chute est de 844 600€ pour un mois, soit 10,2 millions d'euros par an.

Les données économiques sur cette thématique renforcent la nécessité d'organiser un véritable parcours pour les patients chuteurs, en accentuant la prévention des chutes et en renforçant la coordination des acteurs en aval.



Problématiques du groupe de travail :

Depuis 2005, des outils pratiques et des recommandations de la HAS existent sur la chute de la personne âgée.

Cependant, on constate qu'elles sont peu appliquées en pratique notamment parce que les conséquences d'une chute sont encore sous-estimées, qu'il est difficile de repérer les patients chuteurs mais également parce que les acteurs compétents pour la prise en charge secondaire sont insuffisamment coordonnés.

Comment sensibiliser les professionnels au risque de chute et mieux faire les recommandations de la HAS afin de réduire le nombre de personnes chutant?

Comment mieux faire connaître les ressources d'aval et mieux articuler les professionnels intervenant?



Le concept d'intégration à travers ce groupe de travail

- Analyse des parcours et recueil de données épidémiologiques concernant les chutes
- Composition large du groupe de travail permettant d'améliorer l'inter-connaissance des professionnels entre eux : de travailler l'intégration dite verticale grâce à la présence des professionnels libéraux et des établissements de santé mais aussi l'intégration dite horizontale entre les différents professionnels de santé présents (médecins, infirmiers, pharmaciens et kinésithérapeutes)



Le concept d'intégration à travers ce groupe de travail

Elaboration de réponses décroisonnantes :

- Organisation d'une information automatique et systématique du médecin traitant suite aux appels au centre 15 pour relevage à domicile d'un de leur patient.
- Elaboration d'un protocole sur la conduite à tenir en cas de chute à domicile diffusé aux services et accompagné d'un temps d'information/ formation sur les chutes,
- Articulation des projets de prévention des chutes portés dans le cadre de la conférence des financeurs afin de mailler le territoire
- Recensement des actions existantes en termes de prévention et en aval d'une chute afin de communiquer auprès des professionnels.
- Organisation d'une évaluation ambulatoire des risques de chute pluri-professionnelle
- Organisation de formations à l'attention des professionnels.



Le concept d'intégration à travers ce groupe de travail

- Le travail sur l'évaluation pluri-professionnelle des risques de chute (professionnels libéraux, acteurs de la coordination gériatrique, consultation chute hospitalière...) et l'organisation de formations inter-professionnelles : intégration clinique (intégration des soins autour du patient / élaboration de procédures)
- Articulation des projets de prévention des chutes : intégration normative (développement d'une culture et objectifs communs aux acteurs)

Quid de l'intégration systémique sur cette thématique pour une mise en cohérence des politiques à tous les niveaux?



MAIA

L'intégration des acteurs
pour l'autonomie
des personnes âgées