DOSSIER DE PARTICIPATION

Renseignements : 01 71 16 31 31 - msoares@intescia.com www.directions.fr/trophee

ÉDITION 2014

1 OPHÉE Directions



Sous le haut patronnage du ministère des affaires sociales et de la santé



En partenariat avec



TropheeDirections_2014.indd 1 13/56/14 14:5



1 NOM DE LA (LES) STRUCTURE(S) CONCERNEE(S)

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (CHU) est à l'initiative de l'expérimentation Coordination parcours patient.

Différents services du CHU de Nantes sont concernés par cette expérimentation :

- Les 5 services du Pôle de gérontologie clinique suivants :
 - o Médecine aiguë gériatrique (30 lits)
 - o Médecine polyvalente gériatrique (36 lits)
 - o 2 Soins de suites et de réadaptation (64 et 24 lits)
 - Unité cognitivo-comportementale (12 lits)
- Neurologie 4ème Est (28 lits)
- Médecine polyvalente des urgences 6ème Est: (32 lits)
- Médecine Interne 7ème Est: (32 lits)
- Hépato-gastro-entéro : (64 lits)

L'expérimentation se déploie sur 9 services différents comprenant, dans leur ensemble, 322 lits.

2 DE QUELLE ACTION S'AGIT-IL?

La Coordination parcours patient est une action qui cible les personnes âgées de plus de 70 ans, hospitalisées dans les services expérimentateurs, et qui présentent une situation bloquante ou complexe retardant leur sortie de l'hôpital. Une fois ces situations repérées, elles sont accompagnées entre un et six mois à l'extérieur de l'hôpital. Il s'agit d'une action de coopération et d'ouverture sur le territoire, qui participe au décloisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.

3 DANS QUEL CONTEXTE L'INITIATIVE S'INSCRIT-ELLE ?

Pourquoi vous êtes-vous engagé dans cette initiative, action ou démarche ?

Le vieillissement de la population invite les hôpitaux à prendre une place dans le repérage et l'accompagnement de personnes âgées fragiles ou en situation complexe. Les hôpitaux s'interrogent également sur les moyens pour rendre plus fluide la trajectoire des personnes âgées dans l'hôpital comme à l'extérieur de l'établissement. Ce raisonnement est centré sur une organisation qui permet une communication efficace entre les services et les activités. A cette fin, différents postes innovants ont été créés au CHU de Nantes, parmi lesquels :

- le Bed manager¹ qui participe au traitement des situations bloquantes par une meilleure gestion des lits,
- le gestionnaire de cas de la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (Maia), qui accompagne sur la durée des situations très complexes à domicile, sur l'ensemble de Nantes agglomération vignoble².

La coordination parcours patient est la mise en application de ces multiples savoirs faire au sein même de l'hôpital. La coordination repose sur le principe que c'est la qualité d'une prise en charge personnalisée de cas complexes qui va améliorer la filière intra hospitalière, la sortie du patient et par conséquence réduire les durées d'hospitalisation des patients en situation bloquante. Si cette personnalisation peut être perçue comme un luxe, un excès dans la singularité des prises en charge voire une entorse à l'égalité de traitement des usagers, il faut au contraire y voir l'expression à la fois efficiente et humaniste de la personne. La prise en compte de l'autonomie dans la vulnérabilité puise ses racines dans l'idée même de la solidarité.

Les récentes études menées avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) sur les conditions de réussite de la gestion de situation et sur le suivi de cas complexes démontrent que c'est par l'accompagnement adéquat du cas complexe que l'on optimise les moyens.

Le coordinateur parcours patient est un métier à la croisée des chemins : Bed manager, gestionnaire de cas, travailleur social... Il peut être exercé par des infirmiers, des assistants sociaux, des conseillers en économie social et familial, des psychologues, des ergothérapeutes et des psychomotriciens. Les deux coordinatrices parcours patients³ du CHU de Nantes sont titulaires du Diplôme

¹ Egalement appelé gestionnaires de lits, le bed manager « doit permettre d'optimiser l'organisation des hospitalisations. Il est là pour gérer les lits et les patients comme un aiguilleur du ciel gère les décollages et atterrissages d'avions sur un aéroport. En contact avec tous les services, il a une vision à court et moyen terme des entrées et sorties et répartit les lits – dits d'aval – au mieux en fonction des demandes et des contraintes de chacun. » Définition issue de l'article Des gestionnaires de lit pour sauver les urgences, LE MONDE, publié le 09.04.2013

http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/04/09/des-gestionnaires-de-lits-pour-sauver-les-urgences 3156480 1651302.html

² Cf. Annexe I : Fiche présentant la Maia de Nantes agglomération vignoble, p.8-9

³ Sabrina Trotté, infirmière, titulaire du DIU de gestionnaire de cas et Emilie Bastard, travailleur social, titulaire du DIU de gestionnaire de cas

interuniversitaire (DIU) de Gestionnaire de cas/Coordinateur de soins en gérontologie à l'Université de Nantes.

Parmi la grande offre de professionnels intra et extra hospitalière, il manquait un maillon - le coordinateur parcours patient - pour accompagner les situations inadéquates ou complexes dès l'hospitalisation, et assurer un suivi de 1 à 6 mois à l'extérieur de l'hôpital. Après avoir œuvré pour qu'une Maia soit portée par le CHU de Nantes, le Professeur Gilles Berrut⁴ a initié le projet de Coordination parcours patient. Le décloisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux est l'idée force de ces deux dispositifs ouverts sur le territoire.

4 DECRIVEZ LE CONTENU DE L'ACTION MISE EN OEUVRE

Afin de repérer les situations bloquantes ou complexes, une fiche de repérage⁵ a été créée et se trouve à disposition des médecins, des assistants sociaux, des cadres et des professionnels paramédicaux des services expérimentateurs. Pour faire l'objet d'un accompagnement par une coordinatrice parcours patient, la situation doit à la fois présenter un critère de non pertinence de l'hospitalisation et un critère d'absence de solution de l'aval.

Dès la réception de la demande, la coordinatrice se rend dans le service demandeur afin de rencontrer les professionnels du service et la personne âgée concernée par la demande. La réactivité de la coordinatrice est primordiale. La coordinatrice effectue une évaluation. Par la suite, un comité d'inclusion hebdomadaire se réunit afin de valider ou non l'accompagnement en coordination parcours patient. Si la situation ne relève pas d'un accompagnement parcours patient, le suivi continuera d'être assuré, notamment par l'assistant social du service.

Lorsque la situation est incluse, la coordinatrice intervient en appui des équipes afin de faciliter la sortie du patient soit vers le domicile, soit vers un autre service ou un établissement d'hébergement⁷. En cas de retour à domicile, la coordinatrice peut aller constater l'état du logement avec l'accord du patient ou de sa famille, mettre ou remettre en place des aides à domicile, en veillant à ce que le patient accepte les aides. En effet, il arrive que les intéressés soient dans le déni de leurs troubles ou souffrent d'anosognosie et les visites à domicile rythmées des coordinatrices facilitent l'acceptation des aides proposées.

Dans le cadre d'une entrée en établissement, la coordinatrice va réaliser les inscriptions en EHPAD si elles ne sont pas encore faites. Dans le cas contraire, la coordinatrice va relancer l'ensemble des

⁴ Gériatre, chef du Pôle de Gérontologie Clinique, Président du Gérontopôle des Pays de la Loire

⁵ Cf. Annexe II: Fiche de demande d'accompagnement par un coordinateur parcours patient, p.10

⁶ Le comité d'inclusion en coordination parcours patient se compose de : 2 médecins, une responsable socioéducative, un cadre supérieur de santé, les deux coordinatrices parcours patient et la pilote de l'expérimentation.

⁷ Cf. Annexe III, Fiche présentant la coordination parcours patient, p.11-12

établissements dans lesquels la personne est inscrite. La coordinatrice peut aussi accompagner des membres de la famille (conjoint, enfants...) à visiter des établissements afin de les faire cheminer dans cette démarche à laquelle ils peuvent s'opposer. Que ce soit dans le cadre d'un retour à domicile ou d'une entrée en établissement, la coordinatrice met tout en œuvre pour que le patient sorte rapidement du service hospitalier demandeur, et pour que son projet de vie soit le plus adapté possible.

En cas d'entrée en établissement d'hébergement, la coordinatrice continue de suivre la situation pendant un mois. Ce suivi rassure les directions d'EHPAD qui savent que si leur établissement s'avérait inadapté à la personne suivie par la coordinatrice, cette dernière rechercherait un nouvel établissement.

En cas de retour à domicile, la coordinatrice devient référente de la situation pendant 3 mois renouvelable une fois. Pendant ce suivi, la coordinatrice se rend régulièrement au domicile de l'usager accompagné. Elle met en place les services d'aides et de soins et entreprend des démarches essentielles en fonction des singularités de chaque situation : Service d'aides à domicile (SAD), Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), accompagnement de la personne chez son médecin traitant, bilan mémoire, médiation familiale, signalement, dossier APA, demande de mesure de protection, inscription de précaution en EHPAD... Lorsque l'accompagnement touche à sa fin, la coordinatrice établit le relai si nécessaire au Centre local d'information et de coordination (CLIC) ou à la Maia.

L'hospitalo-centrisme n'a aujourd'hui plus de sens face à la prise en considération d'un parcours global. La coordination parcours patient participe à la coopération sans cesse renouvelée entre l'hôpital et la ville (HAD, professionnels libéraux, CLIC, Centres médico-sociaux (CMS),).

5 QUELS SONT LES RESULTATS DEJA CONSTATES?

Depuis septembre 2013, 75 demandes ont été réalisées par les services participants à l'expérimentation. Parmi ces demandes, 66 ont été effectivement accompagnées par une coordinatrice parcours patient : 39 retours à domicile et 27 entrées en institutions. 200 demandes devraient être reçues d'ici juin 2015.

Après un an d'expérimentation, un premier constat a été réalisé : les personnes accompagnées par une coordinatrice sortent plus rapidement de l'hôpital, l'accompagnement permet de faire baisser le taux de ré-hospitalisations et évite les ruptures de parcours.

Afin de concrétiser ces premières impressions, un protocole de recherche a été rédigé «PROCOPES : **PRO**GRAMME D'EVALUATION DU BENEFICE DE LA **CO**ORDINATION DU PARCOURS **P**ATIENT AGE EN **E**TABLISSEMENT DE **S**ANTE ». Intéressé par notre projet, le laboratoire Bayer HeathCare nous a alloué un financement qui nous permettra de réaliser une étude pilote d'octobre 2014 à juin 2015. Cette démarche a été saluée par l'Agence régionale des Pays de la Loire qui était présente lors de la signature de la convention entre le Directeur général du CHU de Nantes, Philippe Sudreau, le Directeur des affaires publiques et

du Développement régional de Bayer HealthCare, Philippe Mougin, et le Président de BayerHealthCare, Markus Baltzer.

Cette étude médico-économique sera randomisée et s'appuiera sur 100 patients.

Son objectif principal consistera à évaluer, 6 mois après la sortie de l'hôpital, l'efficience de l'intervention d'un coordinateur parcours patient (CPP) au domicile de patients âgés en situation complexe.

L'étude comportera différents objectifs secondaires :

Evaluer⁸ la plus-value apportée par l'accompagnement d'un coordinateur parcours patient sur :

- le maintien de l'autonomie du patient (à 3 mois et 6 mois)
- la souffrance de l'aidant (à 3 mois et 6 mois)
- la qualité de vie du patient (à 3 mois)
- La durée moyenne de séjour (entrée / sortie de l'hôpital et sollicitation du CPP / sortie d'hôpital)
- Le taux de ré hospitalisation (à 3 mois et 6 mois)
- Le délai moyen entre la sortie d'hôpital et la ré hospitalisation
- Le taux d'institutionnalisation (à 3 mois et 6 mois)
- Le délai moyen entre la sortie d'hôpital et l'institutionnalisation

6 EN QUOI CETTE ACTION EST-ELLE INNOVANTE, REMARQUABLE, REPRODUCTIBLE, EXEMPLAIRE et INTEGREE DANS LE TISSU LOCAL?

La coordination parcours patient innove dans un contexte financier et démographique contraint. Le parcours des personnes âgées en situations complexes ou bloquantes n'est plus cloisonné. La trajectoire de vie des personnes est effectivement prise en compte, dans le respect de leur individualité. Ainsi, cette trajectoire passe par l'hôpital mais s'inscrit également à l'extérieur de l'établissement.

Cette action est facilement transposable en Centre hospitalier. Elle a pour vocation de créer le lien entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier et de développer une vision globale de la santé en donnant du sens au parcours de santé des aînés.

En s'appuyant sur l'intégration territoriale réalisée par la Maia de Nantes agglomération vignoble, la coordination parcours patient travaille de très près avec les médecins traitants, les CLIC, les SSIAD, les SAD, le Conseil général... Un travail en synergie se développe avec les professionnels de Nantes agglomération. A titre d'exemple, les deux coordinatrices parcours patients ont rencontré le 2 juillet 2014 l'ensemble des juges des tutelles et un vice procureur du Tribunal d'instance et du Tribunal de grande instance de Nantes. La gestion de cas Maia et la coordination parcours patients ont été estimées par les juges comme des dispositifs extrêmement fiables. Cette confiance permet aux dispositifs d'obtenir très rapidement des mesures de protection ou la nomination de mandataires.

⁸ Evaluation à partir de différents outils scientifiquement validés : ADL, EQ-5D, SF-36, mini-Zarit...

Ce lien privilégié n'est qu'une illustration parmi d'autres de la collaboration effective et efficace qui existe aujourd'hui entre l'hôpital et la ville, grâce notamment à la création de la coordination parcours patient au sein du CHU de Nantes.

En sus de l'ouverture et de la coopération sur le territoire, la coordination parcours patient favorise pleinement le maintien à domicile. Elle s'inscrit ainsi dans le Projet régional de santé et dans le Parcours de Santé des aînés⁹ de l'ARS Pays de la Loire.

La création de deux postes de coordinatrices a permis d'impliquer un nombre très important de professionnels autour de situations bloquantes ou complexes.

L'accompagnement proposé par les coordinatrices parcours patient remet au centre de l'action la personne âgée, mettant ainsi l'accent sur le continuum de sa prise en charge, de son accompagnement personnalisé.

De notre point de vue, cette action concrète et ancrée dans le quotidien de la personne, permet de respecter les valeurs essentielles qui animent nos secteurs, qu'ils soient sanitaires ou sociaux, dans leurs dimensions de soins, d'humanité, de bientraitance et d'éthique.

_

⁹ http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Parcours.170554.0.html

ANNEXES

ANNEXE I : FICHE PRESENTANT LA MAIA DE NANTES AGGLOMERATION VIGNOBLE pages 8-9

ANNEXE II : FICHE DE DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT PAR UN COORDINATEUR PARCOURS PATIENT page 10

ANNEXE III : FICHE PRESENTANT LA COORDINATION du PARCOURS PATIENT page 11-12

Votre équipe Maia





La gestion de cas par la Maia

Le dispositif Maia (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer) s'adresse à tous les professionnels de Nantes agglomération accompagnant les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer ou apparentée ainsi que les personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie fonctionnelle

Les objectifs de la Maia

réussir, ensemble, à mieux orienter les personnes âgées vers les ressources adaptées

La Maia

promouvoir une concertation accrue des professionnels et tendre vers des outils communs

permettre un accompagnement global des personnes âgées en situation complexe, souhaitant vivre à leur domicile

La gestion de cas

- Idination de tous les partenaires, réunions de concertation 1. une équipe pluridisciplinaire de gestionnaires de cas, formés à cette nouvelle compétence (diplôme interuniversitaire de coordonnateur de soins en gérontologie)
 - 2. une identification des situations complexes par les professionnels du
 - 3. des critères obligatoires à l'entrée en gestion de cas soumis à un comité de pilotage
 - 4. un accompagnement de la personne âgée dans la réalisation de son projet de vie, la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle des besoins, la planification des services et des accès aux prestations
 - 5. un suivi dans la durée

maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer www.maia-nantes.fr

hôpital Bellier - 41 rue Curie - 44093 Nantes Cedex 1

Pliote : Mariène Cleslik - 02 40 18 94 99 - 07 78 07 90 76 mcleslik.malanantesaggio@gmall.com





ACCOMPAGNEMENT COORDONNATEUR PARCOURS PATIENT AU CHU DE NANTES

Le coordonnateur parcours patient accompagne les professionnels du CHU afin de faciliter la sortie de patients résidant sur Nantes agglomération, et dont la présence n'est pas ou plus appropriée dans le service. Cette sortie peut s'effectuer soit vers le domicile soit en établissement d'hébergement.

Date:	Service demandeur:		
Professionnel(s) adressant la	demande :	Personne concerné	e:
Nom:	Nom:		
Prénom :	Prénom:	Etiquette	PATIENT
Service :	Service :		
Nº tél :	№ tél :		
Ces deux critères dans le pro * Personne de plus de 70 an * Personne résidant sur Nan Pour permettre l'accompagne d'aval doivent être cochés.	ns ntes et son agglomération ement au moins un critère de non perti	nence de l'hospitalisatio	on e <mark>t u</mark> ne difficulté
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 ^{er} critère		
Non pertinence de l'hospitalis * Hospitalisation inadéquate co	sation: nsidérée comme <mark>inj</mark> ustifiée dès <mark>l'entrée</mark> . Explic	iter:	
* Hospitalisation inadéquate ca	r le patient est considéré comme sortant. Expli	citer:	
* Hospitalisation(s) récurrente(s établissement sanitaire confondu.	s) dans les 3 dem <mark>iers mois</mark> (dont au moins une A préciser :	hospitalisation non program	nmée) tout
Absence de solution d'aval (e	2 ^{eme} critère		100
* Difficulté pour une entrée en ir			
* Difficulté pour un retour à dom	nicile, expliciter:		
* 🔲 Facteurs de complexité sociale	e, à préciser :		
		tie d <mark>u</mark> patient.	
A titre indicatif:			
La famille est informée de la	ou son représentant légal est informé de la 1 demande 1 patie <mark>nt au</mark> cours de l <mark>'hospitalisation</mark> est in	NO NO TRANSPORTED TO	emande
Per mali	Votre fiche peut être adress		Talantana
<u>Par mail</u> :	<u>Par courrier</u> : Emilie Bastard	Par fax :	<u>Téléphone</u> :
emilie.bastard@chu-nantes.fr	Coordonnatrice parcours patient (Maia) Hôpital Bellier – CHU de NANTES 41 rue Curie – 44093 NANTES	02 40 50 62 90	02 40 18 94 27 06 34 55 81 36

CHU de Nantes

Coordination parcours patient

Nantes et son agglomération

La coordination parcours patient accompagne les professionnels du CHU afin de faciliter la sortie de patient résidant sur Nantes agglomération et dont la présence n'est pas ou plus appropriée dans le service.



Plus-value de l'intervention de la coordinatrice :

- Accompagnement global et intensif
- Respect du projet de vie
- Suivi dans le temps

Votre coordinatrice parcours patient:

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

Sabrina Trotté 06 25 36 94 73

sabrina.trotte@chu-nantes.fr



CHU de Nantes

Coordination parcours patient

Nantes et son agglomération

Qui peut soumettre une demande ?

Médècins, assistants sociaux, cadres et paramédicaux. Les demandes conjointes sont souhaitables.

Dans quel contexte réaliser une demande ?

Lorsqu'une situation est inadéquate, bloquante ou complexe.

Si la personne a au moins 75 ans et que la situation répond à au moins 2 des critères suivants :

- Hospitalisation inadéquate considérée comme injustifiée dès l'entrée
- Hospitalisation inadéquate, car le patient est considéré comme sortant
- Hospitalisation(s) dans les 6 derniers mois (dont au moins une hospitalisation non programmée) tout établissement sanitaire confondu
- *Hébergement dans au moins 2 lieux d'accueil différents dans les 6 derniers mois (hors domicile)
- Complexité sociale

Comment faire votre demande?

Chemin intranet : Pôles et Directions / phu9: gérontologie clinique / 02 - Coordination parcours patient / Fiche accompagnement coordonnateur parcours patient

CHU

- Réception d'une demande
- Rencontre avec les professionnels du service demandeur
- Validation de la demande par un comité d'entrée
- Rencontre du patient et/ou de ses aidants

Retour à domicile

- Contacts avec les professionnels extrahospitaliers (CLIC, médecin traitant, SSIAD, IDE, SAD,...)
- Suivi et ajustement des aides à domicile mises en place
- Visites à domicile régulières
- Accompagnement jusqu'à 6 mois après son retour à domicile
- Relais établi à la fin de l'accompagnement (CLIC, MAIA, ESA...)

Retour à domicile non envisageable

- SSR, Hébergement temporaire, USLD, EHPAD
- Inscription / relance des établissements
- Visite des structures avec le patient et ou ses aidants
- Transmission d'informations
- Suivi du patient un mois après son entrée en hébergement définitif

