



Les modes d'exercices professionnel du travail en réseaux :
APPUI SANTE NORD FINISTERE

MARDI 8 OCTOBRE
Claudine GRALL

LES DIFFERENTS DISPOSITIFS DE COORDINATION

- 1.les réseaux
- 2.les CLIC (centres locaux d'information et de coordination)
- 3.les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) : guichet intégré et gestionnaires de cas
- 4.PRADO pour la sortie des établissements de santé (CNAM)
- 5.les CTA (coordination territoriale d'appui) du projet PAERPA
- 6.les PTA (plateformes territoriales d'appui à la coordination)**
- 7.les MDPH (dans leurs compétences pour élaborer un plan d'accompagnement global)

Appui Santé Nord Finistère regroupe les réseaux :

Diabiroise + Palliance + Pol Aurélien + Respecte
+ Réseau de Cancérologie du Ponant + Réseau Gériatologique Brestois



CONTEXTE REGLEMENTAIRE :

★ LOI DE SANTÉ 2015



Plateforme Territoriale d'Appui à la coordination PTA

« Art. L. 6331-1. - Les agences régionales de santé sont chargées d'organiser **l'appui aux professionnels**, notamment ceux concourant à l'offre de soins **de premier recours**, qui assurent une prise en charge des patients relevant de **parcours de santé complexes**, pour lesquels l'intervention **de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux**, est nécessaire au regard de leur état de santé ou de leur situation sociale.

« Cet appui consiste notamment à :

« 1° Evaluer les besoins des professionnels et identifier l'ensemble des ressources disponibles localement -> **ROR** (Répertoire Opérationnel des Ressources)

« 2° Apporter aux professionnels qui en expriment le besoin les informations utiles pour la coordination des parcours de santé complexes de leurs patients ;

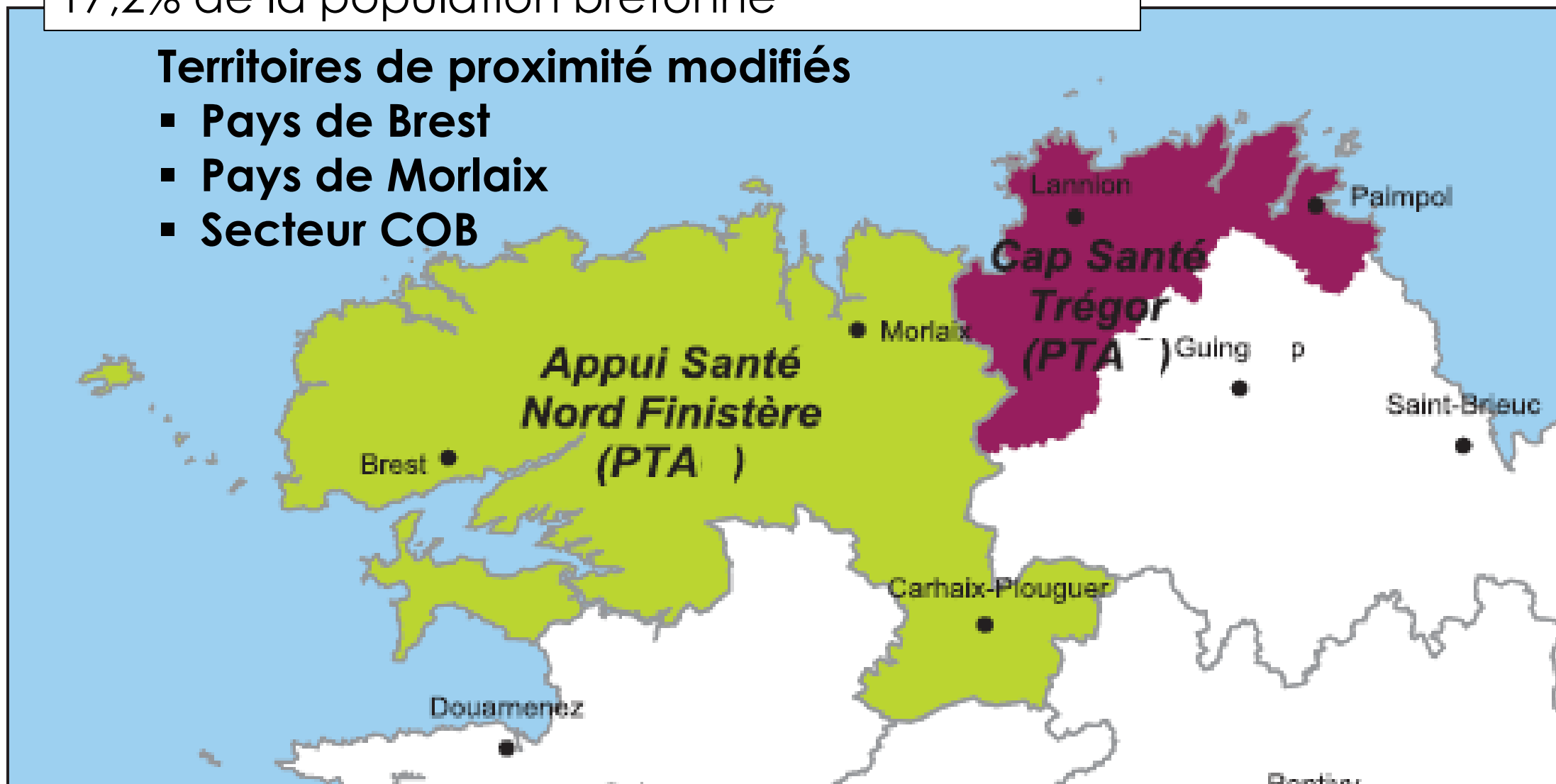
« 3° Le cas échéant, organiser la prise en charge et l'orientation des patients qui s'inscrivent dans des parcours de santé complexes.

Zone d'intervention : Territoire de Santé 1

Un bassin de population de 546.000 habitants :
17,2% de la population bretonne

Territoires de proximité modifiés

- Pays de Brest
- Pays de Morlaix
- Secteur COB



Les principes retenus par la Plateforme Territoriale d'Appui à la Coordination (PTAC) : APPUI SANTE

- **La mission socle** : l'appui à la coordination.
- **Le champ de compétence** : la polyvalence.
 - ✓ pas de limite d'âge, ni de pathologie
- **Le principe d'action** : la subsidiarité
 - ✓ ne pas se substituer aux effecteurs
 - ✓ mobiliser les expertises.

Profils des usagers en parcours complexes

(complexités sociale et environnementale transversale)

- **Complexité physique** (symptômes cliniques limitants et/ou pénibles) :
 - par exemple maladie évolutive, douleur chronique- soins de support-soins palliatifs...
 - Objectifs : prise en compte, soulagement
- **Complexité comportementale** (tb relationnels et / ou du développement) :
 - par ex : géronto-psy, addictologie, psychoses, tr des apprentissages
 - Objectifs : insertion, accompagnement
- **Complexité d'appropriation** au quotidien (maladie chronique) :
 - Par ex : diabète, reprise après un cancer guéri, ré-insertion après un AVC, annonce maladie de parkinson ...
 - Objectifs : information, autonomisation (ETP)

LES PROFESSIONNELS D'APPUI SANTE

- PTA :
 - 3 Médecins coordinateurs
 - 8 Coordinatrices d'appui (infirmières gérontologie, soins support, soins palliatifs, diabète, douleur..)
 - 2 Psychologues
 - 1 Neuro-psychologue
 - 1 Diététicienne
 - 1 Assistante sociale
 - 6 Secrétaires
 - 1 Cadre PTA
- MAIA :
 - 6 Gestionnaires de cas, 2 Pilotes MAIA
- 2 Coordinatrices CLIC
- 1 comptable, 1 adjointe de direction
- 1 Directeur Médical, 1 Directrice administrative et financière

Evaluation des besoins du patient : (évaluation multidimensionnelle)



Elle est conduite par le coordinateur d'appui **systematiquement en lien avec l'équipe de 1^{er} recours** (sanitaire, médico-sociale et sociale) et sans se substituer aux évaluations spécifiques réalisées notamment par les équipes mobiles spécialisées.

Possibilité de demander une expertise complémentaire pré-PPS

Voire en interne si besoin (Evaluation Gériatrique Standardisée pour un patient âgé ne pouvant quitter son domicile, une évaluation psychologique, diététique, accompagnement à la réflexion éthique ...)

1^{ère} ETAPE : INVESTIGATION

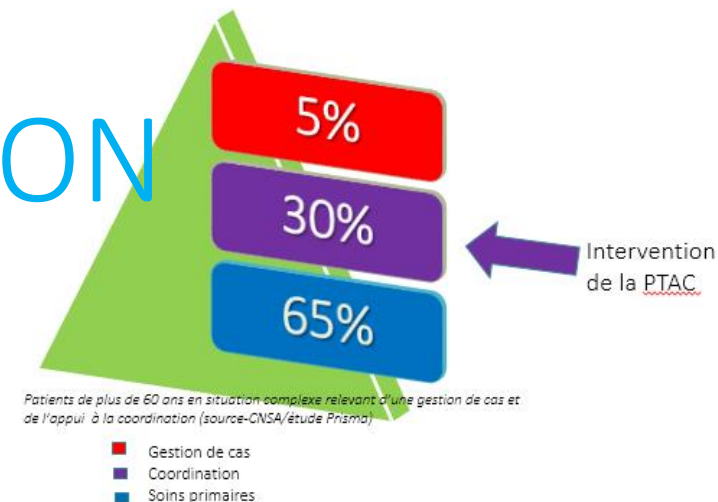
Elle permet l'orientation en fonction des besoins :

- besoin ponctuel
- besoin devant une **situation complexe justifiant un appui prolongé**
(action du coordinateur d'appui)
- «cas complexes » justifiant l'appui d'un gestionnaire de cas.

et

Elaboration d'un compte rendu d'investigation

Passage en réunion d'équipe pluridisciplinaire : 3 staffs/sem (gériatrie et SS S Palliatifs, diabète ETP)



Elaboration du Plan Personnalisé de Santé PPS

Proposition pour validation au médecin traitant

Réunion de coordination, le cas échéant



Réalisé à partir de l'évaluation multidimensionnelle, le PPS anticipe les difficultés médicales, sociales..., planifie les interventions et coordonne l'action des différents intervenants.

« Le médecin s'appuie sur d'autres professionnels (du social ou de santé) en les intégrant dans l'équipe de soins (art. 25 du projet de loi de santé). L'ensemble des professionnels participent directement, au profit d'un même patient, à la réalisation d'un acte diagnostique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie ou aux actions nécessaires à leur coordination. »

3^{ème} ETAPE : APPUI A LA COORDINATION

Réévaluation du Plan Personnalisé de Santé PPS Accompagnement et Suivi des interventions.



Le PPS est considéré comme un outil/support de concertation entre professionnels permettant de prioriser et de planifier les interventions de soins et d'aides nécessaires.

Il est révisé périodiquement. 1x/6 mois minimum

Présentation d'une patiente en situation « complexe »

Madame P, âgée de 85 ans

Son traitement comprend :
LEVOTHYROX 100 ,CORENITEC
LEXOMIL, ATHYMIL30

Environnement :
Elle vit seule à domicile ,
Sa fille passe à son domicile
3 fois par jour et signale des
troubles du comportement.
(Ne se déshabille plus pour se
coucher, elle ne s'alimente
pas régulièrement, ...)

Ses antécédents sont :
hypertension artérielle,
hypothyroïdie,
syndrome anxiodépressif,
détachement de rétine avec
énucléation de l'œil droit.



Présentation d'un patient en situation « complexe »

Madame P, âgée de 85 ans

Son traitement comprend :
LEVOTHYROX 100 ,CORENITEC
LEXOMIL, ATHYMIL30

Environnement :
Elle vit seule à domicile ,
Sa fille passe à son domicile
3 fois par jour et signale des
troubles du comportement.
(Ne se déshabille plus pour
coucher, elle ne s'alimente
pas régulièrement, ...)



Ses antécédents sont :
hypertension artérielle,
hypothyroïdie, syndrome
de colon irritable, aide

Mme P. refuse les aides.
Elle ne veut pas se déplacer
pour une consultation
spécialisée en raison de ses
troubles de la vue.



EGS

Le médecin traitant appelle pour favoriser le maintien à domicile.

<p>IDENTIFIANTS</p> <p>NOM : ...</p> <p>PRENOM : ...</p> <p>DATE DE NAISSANCE : ...</p> <p>PROFESION : ...</p>	<p>ADRESSE</p> <p>NUMERO : ...</p> <p>VILLE : ...</p> <p>DEPT : ...</p>
<p>PROFIL</p> <p>... ..</p> <p>... ..</p> <p>... ..</p>	<p>... ..</p> <p>... ..</p> <p>... ..</p>

Visite à domicile
IDE APPUI SANTE

Démarches
téléphoniques :

Contacts auprès
des partenaires
pour évaluation
sociale
complémentaire :
CLIC

Staff interne :
Restitution

**Propositions
d'une
évaluation
gériatrique
standardisée**

Validation :
appel au
MG

- ✓ Instabilité posturale multifactorielles (vue , posture ,sarcopénie)
- ✓ Trouble cognitif :
oubli ancien, trouble du comportement, MMS a 17/30, horloge, 5 mots de Dubois et fluence verbale pathologique
- ✓ Trouble de l'humeur(mini GDS)
- ✓ Dénutrition :
amaigrissement de 20kg en 5 ans
Etat dentaire Prothèses dentaires mobiles inadaptées
Examen du frigo - Qualité des repas
- ✓ Autonomie altérée (IADL4/4, GIR4)
- ✓ Pas d'incontinence urinaire ou fécale
- ✓ Trouble sensoriel:
audition correcte
vision déficiente(énucléation de l'oeil droit)
- ✓ Etat cutané correct
- ✓ Environnement aménageable
- ✓ Absence récente de vaccination



Proposition d'un PPS

Mise en place en concertation avec la patiente et sa fille et
Validation par le médecin traitant

Diagnostic posé de Maladie Neurodégénérative

Synthèse sanitaire : PROPOSITIONS

- ✓ d'exploration du trouble cognitif (scanner cérébral)
- ✓ de surveillance mensuel du poids et bilan biologique à 3 mois albuminémie CRP, TSH
- ✓ de révision de l'ordonnance :
suppression du lexiomil remplacé par une demi vie courte (seresta , alprazolam), changement d'antidépresseur pour un IRS
- ✓ de mise en place d'une surveillance thérapeutique avec semainier 1 fois/semaine puis 1 fois/j en fonction de la tolérance de la patiente
- ✓ de mise à jour des vaccins
- ✓ de Kinésithérapie de la posture et de l'équilibre
- ✓ De mise en place de l'ESA avec accords de la patiente et possible en raison d'un MMS A 17/30
- ✓ d'une aide psychologique pour la fille de la patiente

Proposition d'un PPS :

en collaboration avec le travailleur social
et l'aidant principal

Synthèse sociale : PROPOSITIONS

Une perte d'autonomie :GIR 4 et IADL 4

Ouverture de droits sociaux :
Proposition de Mesure de protection juridique
Dossier APA pour le financement des aides

Mise en place d'une auxiliaire de vie :

2 fois par semaine en raison de l'opposition de la patiente
puis 4 fois par semaine

Portage de repas

Une aide pour l'aidant : cellule de l'AA ou par
France Alzheimer

Habitat : barres dans la douche et dans les toilettes,
Une mise en relation avec association IPIDV pour
l'aménagement de l'habitat pour mal voyant, un chemin
lumineux pour se rendre aux toilettes la nuit.



Staff mensuel
multipartenaires :
Restitution

Finalisation du PPS

Validation :
appel au MG

Retour auprès des
IDE libéraux et des
autres
professionnels
impliqués

Envoi d'un PPS

Mise en œuvre des
effecteurs

Suivi selon les
retours des
professionnels du
domicile

Point d'étape
programmé

Date de
réévaluation

6 mois

Présentation d'une patiente en situation « complexe »

Madame S., âgée de 47 ans

Vit dans une maison avec son
mari et ses 2 filles de 15 et 17
ans.

Situation à domicile :

- Hépatalgies intenses sous paracétamol et tramadol
- Vécu difficile de la famille



Mme S. porteuse d'un
adénocarcinome colique droit
métastatique au niveau
hépatique, ganglionnaire et
péritonéal
diagnostiqué en février 2016
En cours de chimiothérapie

Présentation d'une patiente en situation « complexe »

Madame S., âgée de 47 ans

Vit dans une maison avec son
mari et ses 2 filles (19
ans.

Situation à domicile .

- Hépatalgies intenses
- Vécu difficile de la famille



Mme S. porteuse d'un
adénocarcinome colique droit
métastatique au niveau
péritonéal, ganglionnaire et
péritonéal.

Novembre 2016
chimiothérapie

Demande d'admission

faite par le médecin traitant pour :

- Appui au maintien à domicile
- Soutien psychologique
- Préconisations thérapeutiques

Appui Santé ?

Que proposons-nous?



Démarches téléphoniques :

Recueil des
compte-rendus
médicaux

Appel des IDE
libérales

Évaluation clinique
à domicile
par l'IDE
coordinatrice
Douleur, respiration,
alimentation/hydratation,
état cutané,
Elimination, sommeil,
thymie,
Plan d'aide, social,
Acct spirituel ?

Staff interne :
Validation du
plan d'aide et
des
préconisations
thérapeutiques

Envoi d'un
compte-rendu



GESTION DES SOINS DE SUPPORT

Soutien social

- Appel assistante sociale de secteur pour mise en place d'aide-ménagères (caisse de retraite ou mutuelle)
- Dossier MDPH

Soutien psychologique à domicile pour la patiente

Préconisations thérapeutiques

- Traitement morphinique (équinanalgésie)
- Co-antalgiques : corticoïdes
- Laxatifs systématiques
- Anxiolytiques si besoin
- Compléments alimentaires

FICHE SAMU PALLIA



GESTION DES SOINS DE SUPPORT

Soutien social

- Appel assistante sociale de service pour mise en place de démarches (caisse de retraite ou mutuelle)
- Dossier MDPH

Soutien psychologique

Préconisations

- Traitement de la douleur
- Co-antalgiques : corticoïdes
- Laxatifs systématiques
- Anxiolytiques si besoin
- Compléments alimentaires

Altération rapide de l'état général
avec syndrome occlusif
Appel des IDE à la demande du médecin
→ **Lit de repli en oncologie(entrée directe)**

FICHE SAMU PALLIA



- Progression tumorale
- Insuffisance hépatique
- Compressions biliaires et hépatiques

→ Annonce d'impasse thérapeutique,
→ souhait de la patiente de retourner à domicile

Retour à domicile

→ Pas d'organisation de sortie par la plateforme (géré par l'hôpital)
mais contact téléphonique par l'infirmière coordinatrice
auprès des libéraux



ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE A DOMICILE

- Nouvelle visite d'évaluation
- Appel prestataire pour mise en place PCA oxycodone +/- Midazolam (*prescription appui sante*)
- **Réunion de coordination** pour validation en équipe du projet de soins et des protocoles anticipés
- Mise à jour de la fiche SAMU Pallia
 - Protocoles anticipés
 - Appui technique (PCA ...)
 - Décisions éthiques



Suivi post-deuil :
mari

EXEMPLE SOUTIEN AUX PRATIQUES : LES OUTILS D'ÉVALUATION EN SP

- Le COCQ
- Le DN4
- Le DES
- Le CHEF
- Le POST IT
- Démarche éthique :
 - Les principes
 - Les règles d'application
 - Les droits fondamentaux

- PLAN MA SANTE 2022 (repenser l'organisation territoriale des soins) :
 - Mesure 7 : fusionner l'ensemble des dispositifs de coordination de cas complexes au sein des PTA
- Art 7 : art L 6327-1 ; art 6327-2
- Un DAC déploie trois types de missions au regard des parcours de santé complexes :
- soutenir les professionnels de santé et de l'action sociale en matière d'appui à la coordination et accompagner les personnes et leur entourage
- favoriser les coopérations entre acteurs en territoires concernant les parcours de santé afin de permettre des prises en charge graduées selon les besoins
- contribuer à la structuration des parcours de santé complexes

