

RHÔNE

LE DÉPARTEMENT



Une coordination médico-sociale portée par le Département pour faciliter le retour à domicile après hospitalisation

ACTIONS › ECOUTE › ORGANISATION › PERSPECTIVES › BILAN › ECHANGE › EQUIPE ›
ECOUTE › ORGANISATION › PERSPECTIVES › BILAN › ECHANGE › EQUIPE › ACTIONS › ECOU

CONSEIL TECHNIQUE SANTE – PÔLE PA/PH

ACTIONS › ECOUTE › ORGANISATION › PERSPECTIVES › BILAN › ECHANGE › EQUIPE ›
ECOUTE › ORGANISATION › PERSPECTIVES › BILAN › ECHANGE › EQUIPE › ACTIONS › ECOU

RHÔNE

LE DÉPARTEMENT



Expérimentation du Département du Rhône et de l'Hôpital Saint Joseph-Saint Luc

ACTIONS › ECOUTE › ORGANISATION › PERSPECTIVES › BILAN › ECHANGE › EQUIPE ›
ECOUTE › ORGANISATION › PERSPECTIVES › BILAN › ECHANGE › EQUIPE › ACTIONS › ECOU

CONSEIL TECHNIQUE SANTÉ-Pôle PA/PH

ACTIONS › ECOUTE › ORGANISATION › PERSPECTIVES › BILAN › ECHANGE › EQUIPE ›
ECOUTE › ORGANISATION › PERSPECTIVES › BILAN › ECHANGE › EQUIPE › ACTIONS › ECOU

Rappel sur la démarche = contexte

* ARH / SROS 3 :

- Organisation sur chaque bassin sanitaire d'une filière de soins gériatriques (circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques)

* Département / Schéma gérontologique :

- › Mise en œuvre de coordination médico-sociale sur son territoire : les CLIC portés par les Maisons du Rhône

L'articulation entre les champs sanitaires et médico-sociaux est un enjeu majeur pour la fluidité des prises en charge.

5 % des retours à domicile des personnes âgées sont problématiques.

Le Département du Rhône



*54 cantons

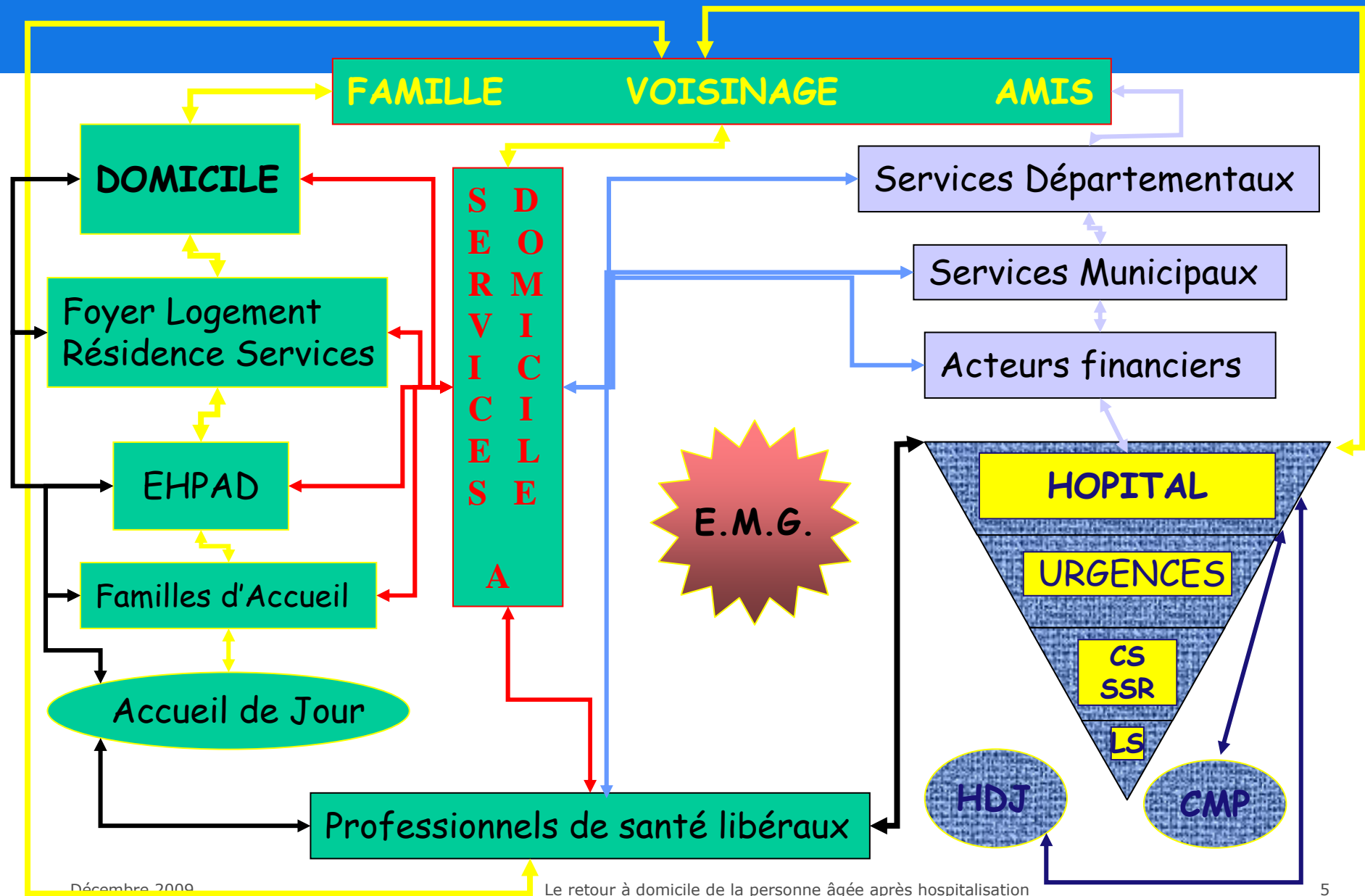
■ **39 cantons concernés par l'agglomération lyonnaise**
(dont 14 à Lyon)

■ **293 communes dont 24 communes de + de 10 000 habitants**

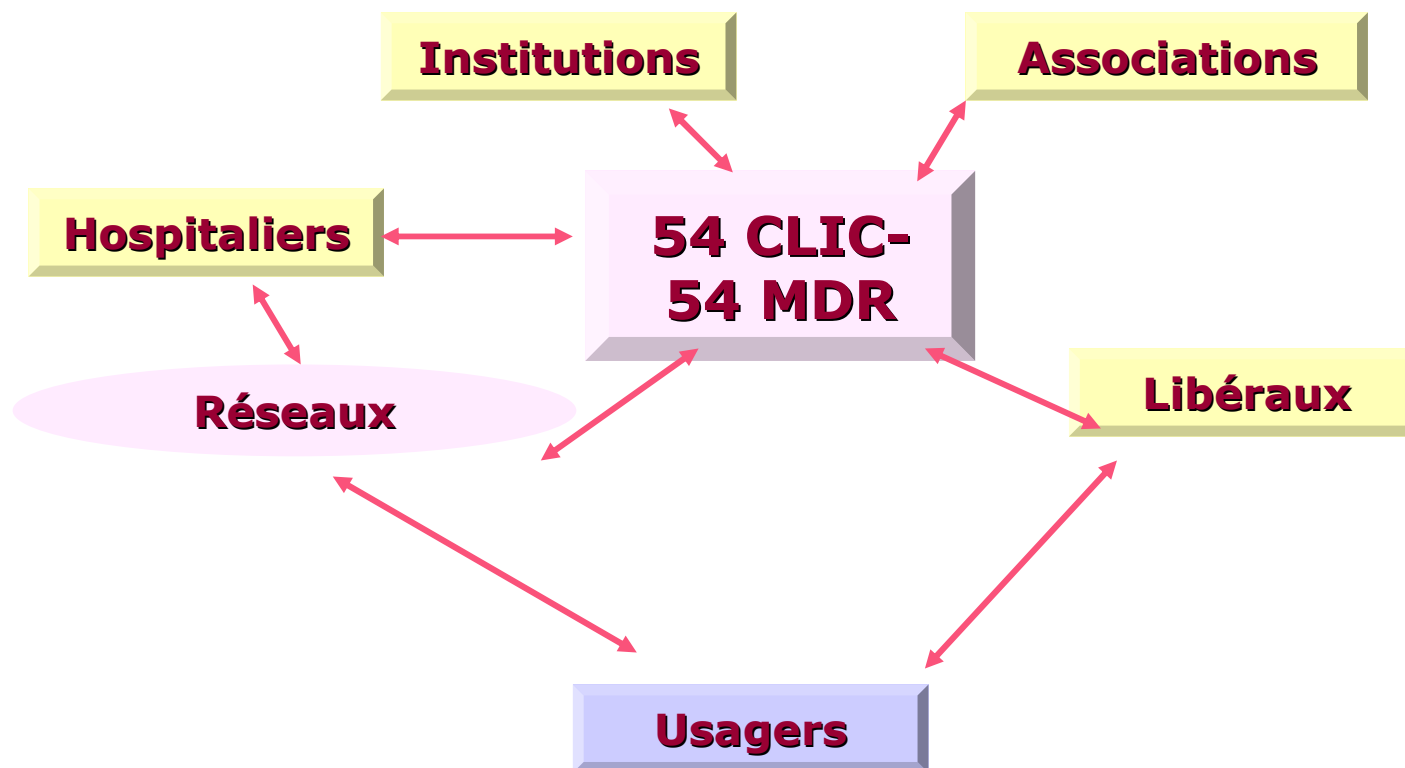
■ **321 000 personnes de plus de 60 ans**

■ **13 000 bénéficiaires APA Domicile**

Equipe mobile de gériatrie St Luc St Joseph



Les Maisons du Rhône - CLIC



Objectifs

Favoriser l'articulation des dispositifs sanitaires et médico sociaux dans le cadre de retours à domicile identifiés comme problématiques sur le territoire du Rhône

↪ **Caractériser les situations problématiques**

↪ **Définir des préconisations et un référentiel de bonnes pratiques**

↪ **Expérimenter**

↪ **Officialiser**

↪ **Généraliser et évaluer**

Rappel de la démarche = Méthode

* **Un comité de pilotage = groupe conceptuel**

* **Un groupe de travail = groupe expérimental**

2007

- **à partir de cas concrets**
 - 1. Préconisations**
 - 2. Référentiel de bonnes pratiques**
 - 3. Outils communs (ex grille commune d'évaluation)**

2008

- **protocole d'expérimentation**
- **expérimentation**

2009

- **évaluation**
- **généralisation**
- **valorisation**

Un guide de bonnes pratiques

* Les pistes d'amélioration

› **Organiser la transmission en interne dans les institutions et les structures**

- Dossier de suivi pour les SAD et SSIAD
- Relève aux urgences avec assistante sociale de l'équipe mobile gériatrique
- Transmission d'informations entre professionnels médicaux et para-médicaux en MDR
- Organisation de la transmission d'informations administratives au sein de la MDR

› **Faciliter la transmission entre professionnels**

- Un seul outil de suivi / liaison au domicile
- Une seule fiche navette hôpital / domicile
- Un courrier type hôpital / médecin traitant/ médecin PA-PH Département
- Un courrier type plan d'aide MDR / médecin traitant

› **Simplifier l'information donnée à la personne âgée et à son entourage**

- Une information sur l'organisation du suivi et de l'aide à domicile
- Une information médicale (prescription et conduite à tenir en cas de problème médical)

Les préconisations

* **Un préalable : une culture gériatrique commune**

* **4 axes :**

1. Une évaluation partagée: grille de vulnérabilité

2. Un protocole commun de sortie d'hôpital

3. Des liaisons de qualité : Dossier médico-social informatisé

4. Le rôle des coordinations

Structure du guide de bonnes pratiques

* 1. Les processus

- 1.1 Évaluation de la vulnérabilité**
- 1.2 Protocole de sortie d'hôpital et du retour à domicile**
- 1.3 Coordination à domicile**
- 1.4 Prévention et traitement des situations de crise**
- 1.5 Vigilance et suivi renforcé**

* 2. Les supports

- 2.1 d'évaluation**
 - Grille de dépistage de la vulnérabilité
- 2.2 de continuité de la prise en charge**
 - Courriers
 - Fiche de liaison
- 2.3 de coordination**
 - Réunion de synthèse
 - Protocole de Retour à domicile coordonné

* 3. Les acteurs

- 3.1 Les personnes vulnérables et leur entourage**
- 3.2 Les professionnels**

Guide de bonnes pratiques : les apports du benchmarking

8 retours d'expérience (3 en Rhône-alpes, 5 en France)

* **Un même enjeu : le partage d'information**

* **Une constante : l'outil de liaison**

‣ **L'avenir : un dossier partagé électronique**

* **Des contextes très variés : accréditation pour l'hôpital, label clic 3, expérimentation locale...**

□ **Un constat : Faiblesse des outils méthodologiques, lourdeur des procédures, abandon de celles-ci, réciprocité difficile à mettre en œuvre entre hôpital de clic**

* **Une volonté commune : associer la personne âgée et son entourage**

Guide de bonnes pratiques : les outils

La grille de dépistage de la vulnérabilité :

reprise de la grille élaborée par le CODERPA, qui permet soit l'alerte, soit le déclenchement d'un plan d'action. L'objectif est de programmer si il y a lieu l'hospitalisation et sa sortie.

*** Expérimentation de la grille auprès des professionnels du domicile**

Grille de dépistage du risque de VULNERABILITE

| Items | Définition exacte | |
|-------------------------------------|--|--|
| 1. Présence familiale et/ou amicale | Il s'agit d'une présence <u>active</u> du référent familial directement mobilisable dont l'attitude bienveillante devra être vérifiée. Notion d'aidant familial actif et disponible 3h par semaine au minimum. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Intervenant(s) professionnel(s) | Il s'agit d'un professionnel de l'aide à la personne intervenant au domicile de la personne âgée 3h par semaine au minimum. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Logement adapté | Le logement doit être accessible, isolé par rapport à la chaleur ou au grand froid. Équipement sanitaire indispensable. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Capacité à s'alimenter seul (e) | Être en capacité de s'alimenter seul même lorsque le repas est préparé | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Grille de dépistage du risque de VULNERABILITE

| | | |
|--|--|--|
| 5. Capacité à utiliser le téléphone et/ou alerter | Il s'agit de mesurer l'aptitude à communiquer, à faire appel à un tiers. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. Capacité à se déplacer seul à l'extérieur | La capacité de maintien d'une vie sociale, de réaliser des courses, achat de médicaments, se rendre à la banque chercher son courrier ou autres démarches simples. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Capacité à (gérer) seul(e) son traitement médical | Gestion autonome ou au moins à l'aide d'un pilulier journalier (ou hebdomadaire). | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Capacité à gérer seul(e) son budget | Doivent être prises en compte les notions de mises en situations de danger, de risques d'abus, de nécessité de protection adultes vulnérables. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Protocole de l'utilisation de la grille

PA de plus de 75 ans ayant un intervenant à son domicile



le professionnel remplit la **Grille de dépistage du risque de la vulnérabilité**
(A préciser quel intervenant en priorité si plusieurs intervenants)



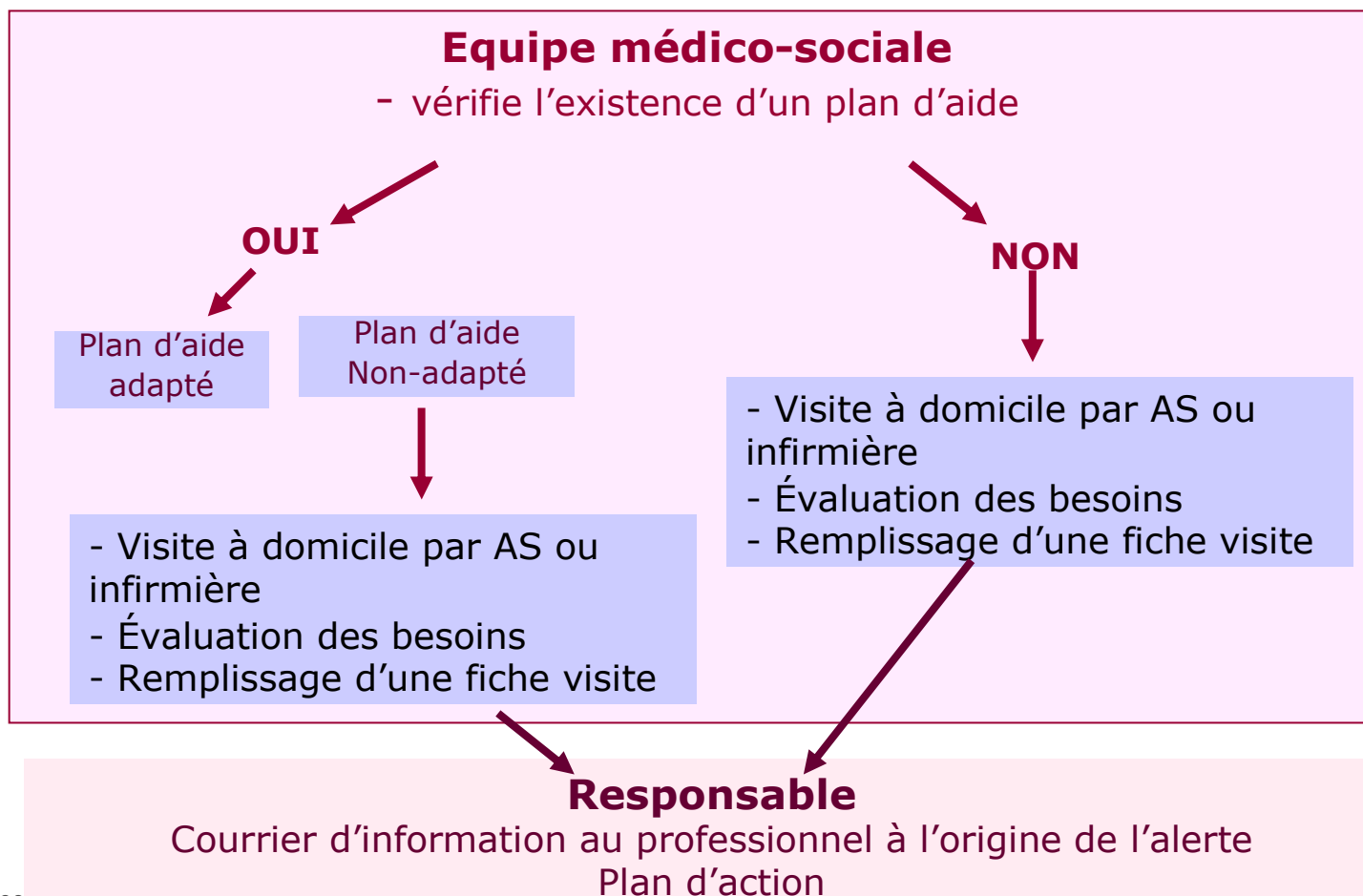
4 items cochés NON = ALERTE
5 items cochés NON = TRAITEMENT



MAISON DU RHONE

Mise en place d'un plan d'actions

Alerte MAISON DU RHONE Responsable



Guide de bonnes pratiques : les outils

La réunion de synthèse :

instance de résolution des situations complexes, fait l'objet dans le guide d'une définition de processus.



*** peut faire l'objet d'une démarche qualité et/ou d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec la HAS**

Guide de bonnes pratiques : les outils

Fiche de liaison domicile hôpital : comprenant des informations administratives et environnementales.

- * Expérimentation auprès des Hôpitaux (équipes mobiles de Gériatrie), des Maisons du Rhône.**
- * Informatisation du dossier médico-social intra Maison du Rhône avec volet à partager avec les hôpitaux**

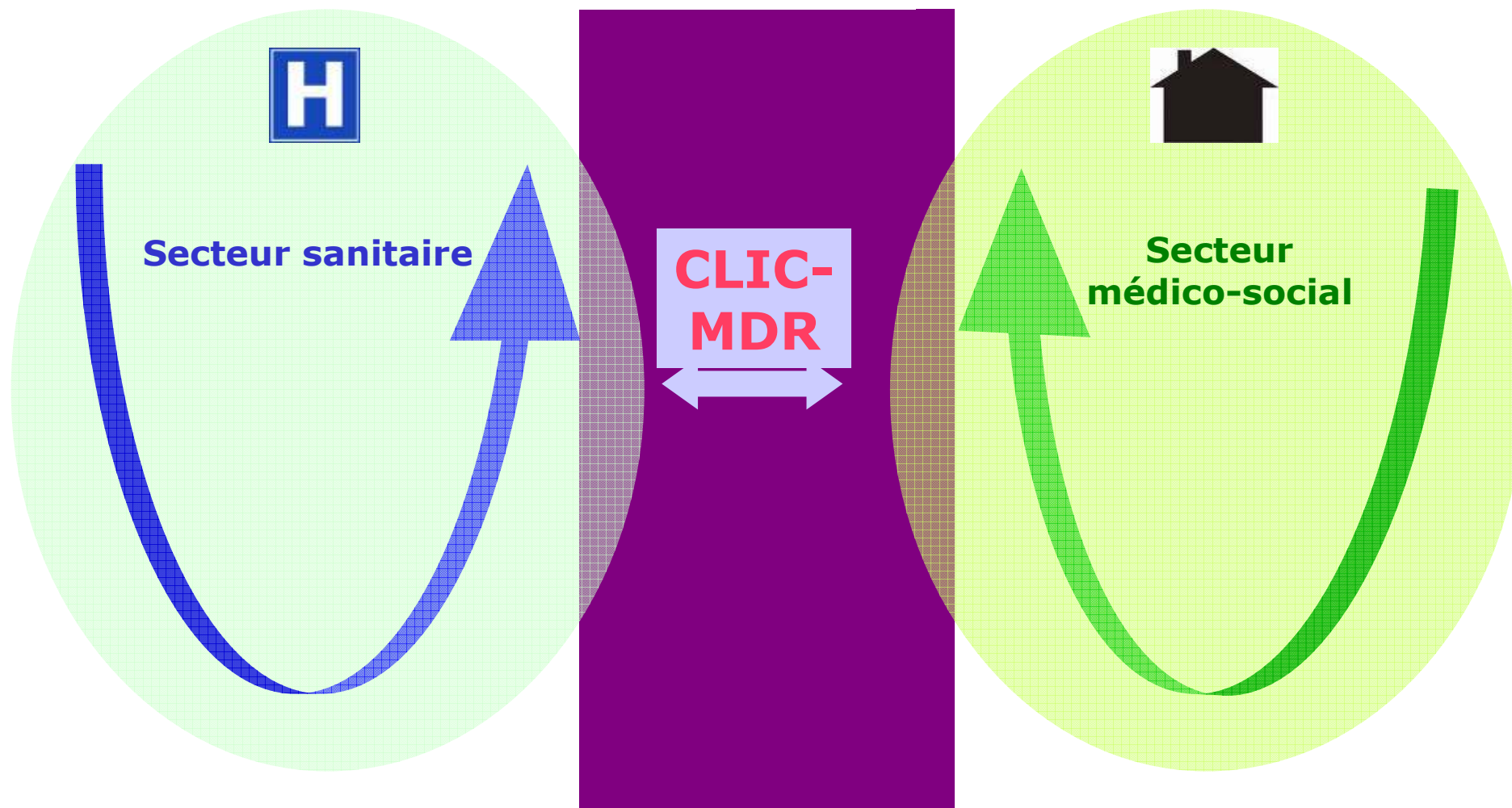
Guide de bonnes pratiques : les outils

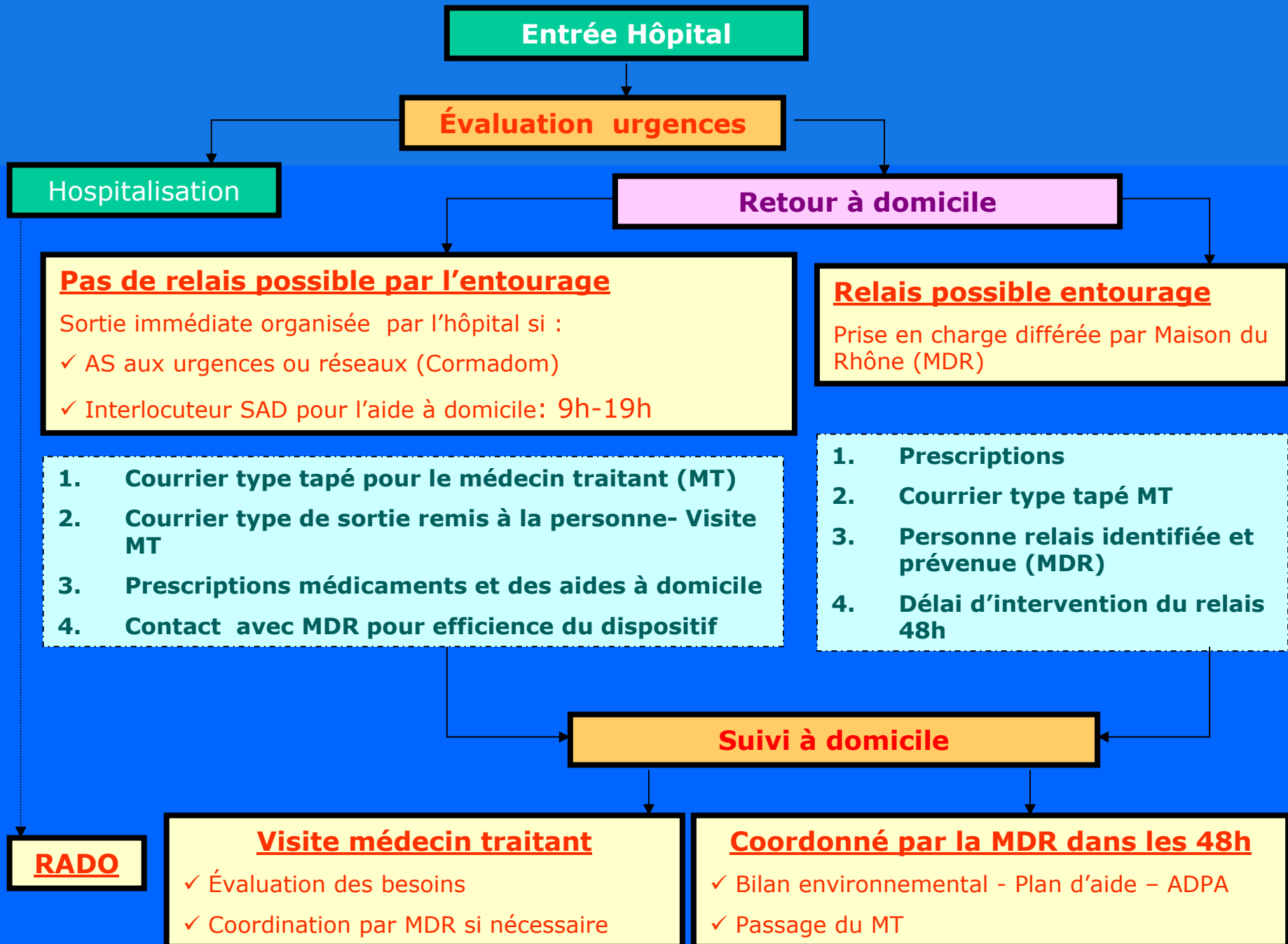
Protocole « retour à domicile coordonné » :
Il permet une répartition des rôles en fonction de deux situations prenant en compte un relais possible ou non par l'entourage. Cet outil engage fortement le milieu hospitalier, les MDR et le médecin traitant



* Expérimentation possible sur le secteur de Beaujeu

* Modalités : application du protocole sur une durée limitée, évaluation normative





Les enjeux du retour à domicile

* **Un contexte déterminant : population des plus de 85 ans qui double en 5 ans ; population polypathologique avec un recours fréquent à l'hôpital**

* **Un rendez-vous à ne pas manquer : le Dossier Patient Personnel Réparti au service de la coordination et du partage d'information**

* **Deux acteurs clefs du continuum de la prise en charge médicale et médico sociale : l'équipe mobile de gériatrie et l'équipe médico sociale du CLIC**

- **Généralisation indispensable des équipes mobiles dans les centres hospitaliers privés et publics coordonnateurs de soins**
- **Une équipe médico sociale structurée et réactive dans chaque MDR , véritable « case manager ».**

* **Un acteur à sa juste place : le médecin traitant est garant de la continuité des soins médicaux mais n'est pas l'acteur pivot de la coordination.**

Merci de votre attention