

PLATE-FORME TERRITORIALE D'APPUI A LA COORDINATION

Du réseau à la P.T.A.

R. Bruneau – E. Yamazaki

Infirmières coordinatrices - GRASSE 06



HISTORIQUE

- ▶ Un réseau gérontologique créé en 2003
 - Porté par une association loi 1901 avec une gouvernance bicéphale avec le CLIC du CCAS de Grasse formant ainsi la "Plate-forme gérontologique grasseoise"
 - Zone d'intervention Grasse : 52000 habitants , 45 km²
 - Population cible + 75 ans: 4000 personnes
 - File active 351 bénéficiaires , 100 inclusions par an

- ▶ Une expérimentation en 2013 (Art 70) "La Passerelle"
 - Dispositif de prévention des hospitalisations et de suivi des sorties d'hospitalisations
 - Zone d'intervention bassin hospitalier: 117239 habitants, 1000 km²
 - Population cible + 75 ans: 12733 personnes
 - 79 inclusions par an

2015 - LA PLATE-FORME TERRITORIALE D'APPUI

- ▶ Le nouveau territoire: 170000 habitants, 1051 Km²
- ▶ La population cible: + 60 ans → 28500
+ 75 ans → 16700
- ▶ Les spécificités: territoire sur 2 départements
 - une zone rurale dans l'arrière pays grassois, peu de professionnels de santé et peu de dispositifs d'aide
 - une zone urbaine et péri-urbaine dense en population et en professionnels de santé: 4 accueils de jour, 2 ESA, 2 CCAS avec assistante sociale, 1 CLIC, 3 SSIAD
 - le canton du Var : 1 CLIC, 1 ESA, 1 SSIAD
 - 3 MAIA sur le territoire (Cannes – Grasse – VAR)
 - Le recours à l'expertise médicale par les consultations et l'EMG en intra-hospitalier

La mise en œuvre de la P.T.A

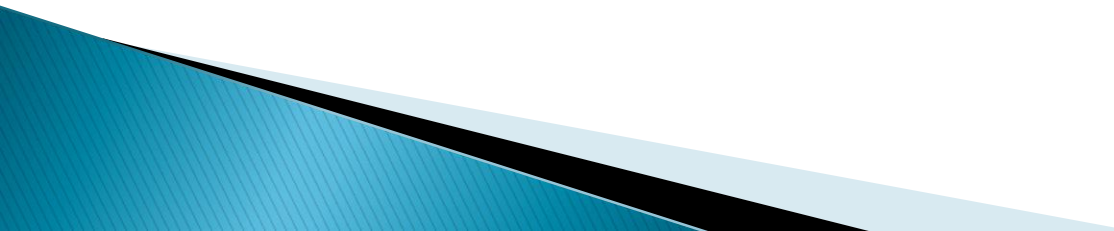
- ▶ Une nouvelle organisation avec nos anciens partenaires
 - La poursuite de la coopération avec le CLIC de Grasse
 - L'adaptation des procédures organisationnelles
 - Le support standard téléphonique
 - L'intégration de l'équipe Passerelle
 - L'articulation avec la filière gériatrique hospitalière: EMG, consultations, MAIA et service social
- ▶ La création de liens avec les nouveaux partenaires à travers un projet de communication
- ▶ La réactualisation des outils:
 - liés à la prise en charge
 - liés à l'activité

La démarche

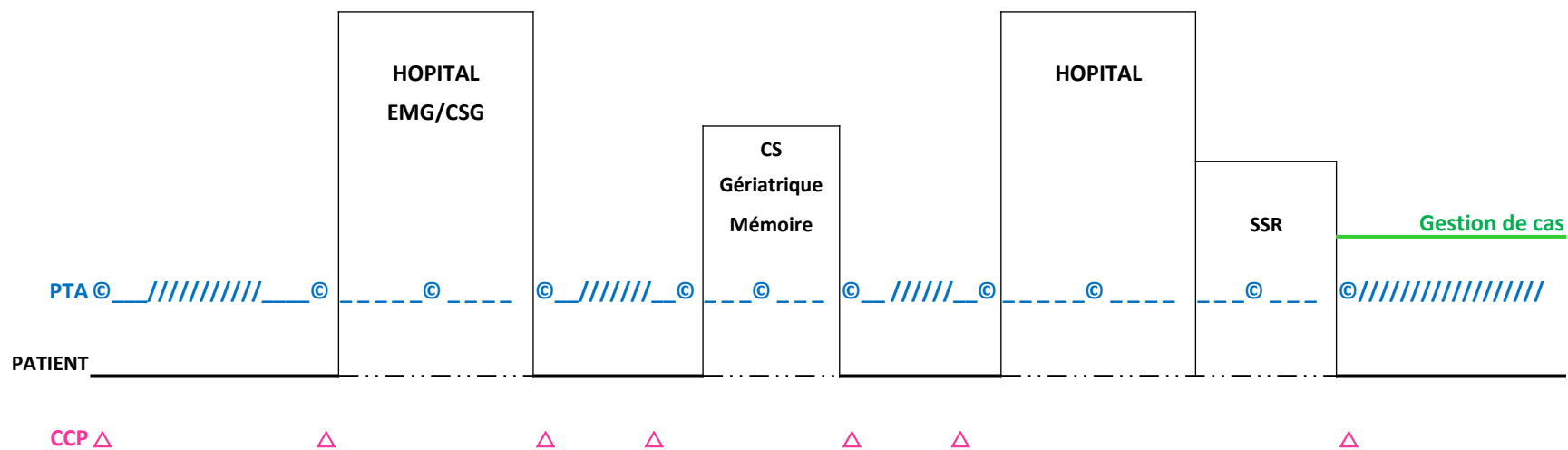
- ▶ Le raisonnement en parcours de santé:
 - La mise en veille
 - La désignation d'un référent parcours IDE et ASS
 - La notion d'alerte
 - La réactivation du dossier

- ▶ La transition :
 - Information des personnes suivies et des professionnels impliqués
 - Formalisation par envoi d'un courrier explicatif et la liste des recommandations nécessaires au suivi du PPS

La définition des alertes

- ▶ Hospitalisation ou risque d'hospitalisation
 - ▶ Aggravation de la dépendance ou de l'état de santé
 - ▶ Aggravation de la situation sociale
 - ▶ Défaillance ou épuisement de l'aidant
 - ▶ Nécessité d'une médiation ou d'un soutien au niveau de l'équipe du domicile
- 

Exemple de parcours de santé



LEGENDE :



Alerte



Coordination



Mise en veille



Parcours de santé

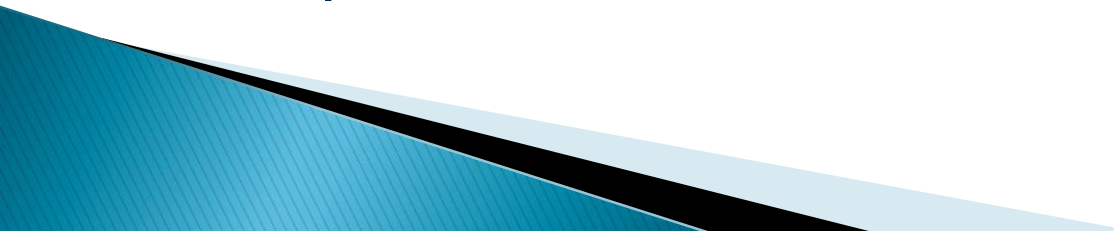
CTA

Coordination Territoriale d'appui

CCP

Cordination clinique de proximité

Les actions de coordination

- ▶ Information
 - ▶ Transmission
 - ▶ Orientation et facilitation vers
 - l'expertise médicale
 - un dispositif: Accueil de jour, MAIA, ESA ...
 - un établissement: SSR, EHPAD ...
 - ▶ Réunions de coordination pluridisciplinaires
 - ▶ Soutien à la personne, à l'aidant, à l'équipe du domicile
 - ▶ Organisation: hospitalisation, consultation, examen
 - ▶ Recherche de professionnels
 - ▶ Adaptation des aides
- 

L'activité au 1^{er} trimestre 2016: + 172%

Grasse

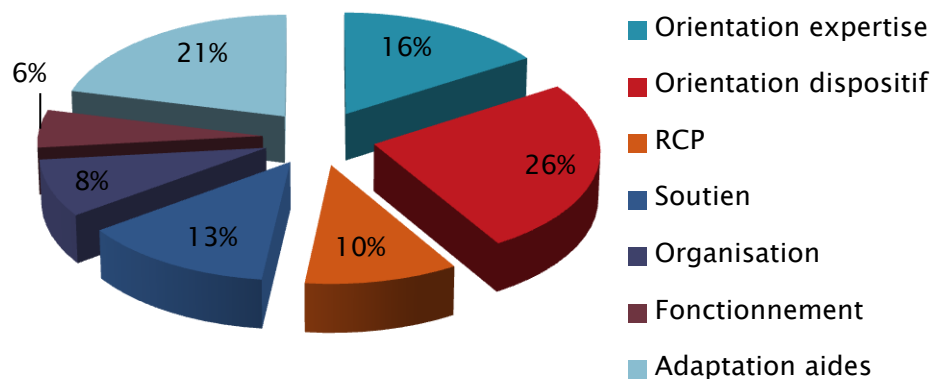
Hors Grasse

68 inclusions Adressage	20 EGS	4 Sortie H	28 EGS	16 Sortie H
Médecins G	9		11	
Médecin Spé			2	
Cs Mémoire	4		7	
SSR	2			
Hop		4	3	16
CLIC	5		1	
Familles			3	
MAIA			1	
EGS	20	4	26	13
RPC	14	1	6	0

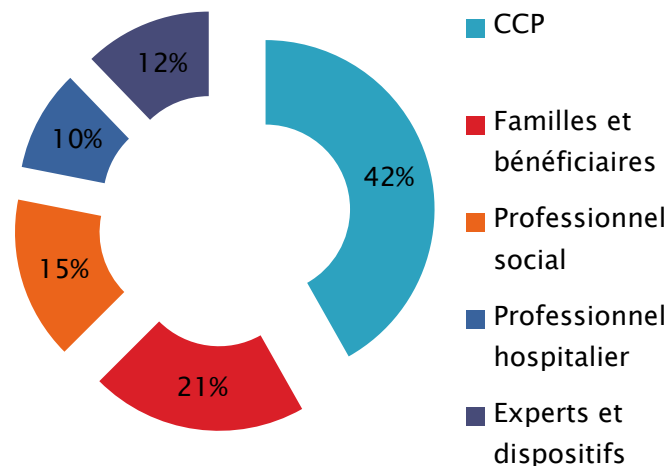
Coordinations téléphoniques hors situation d'alerte : 1082

ACTIONS DE COORDINATION

information - transmission

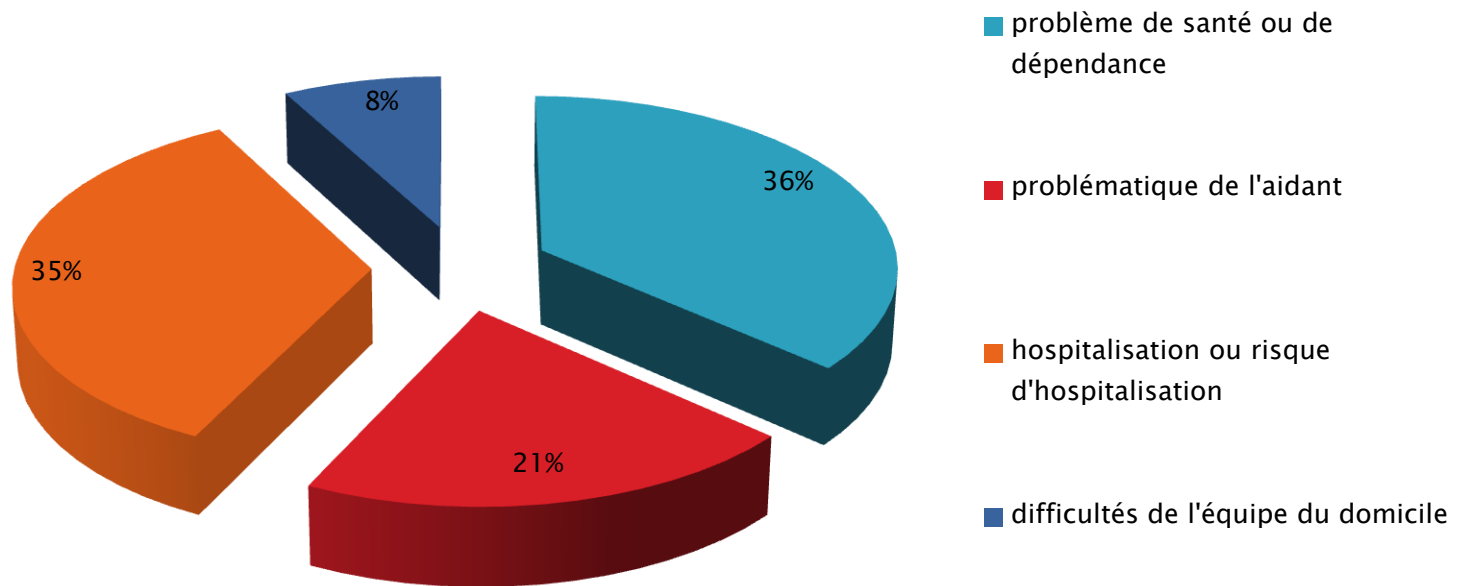


AVEC QUI



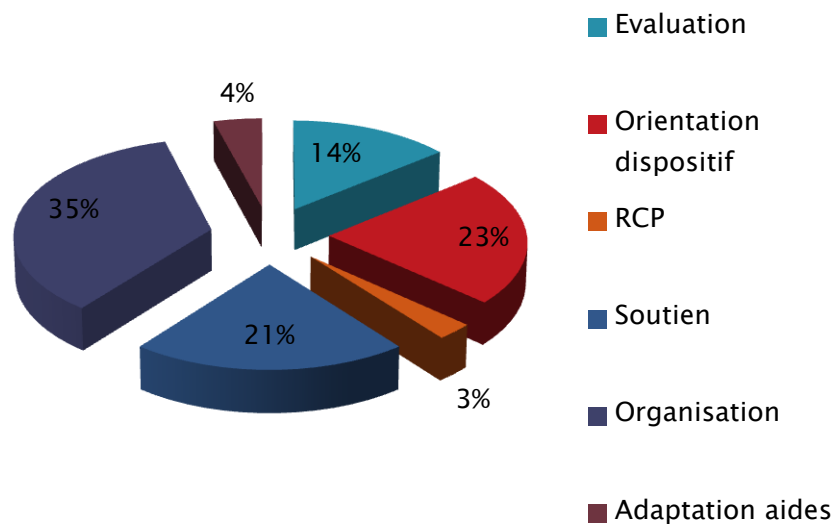
LES ALERTES

91 alertes pour 53 bénéficiaires

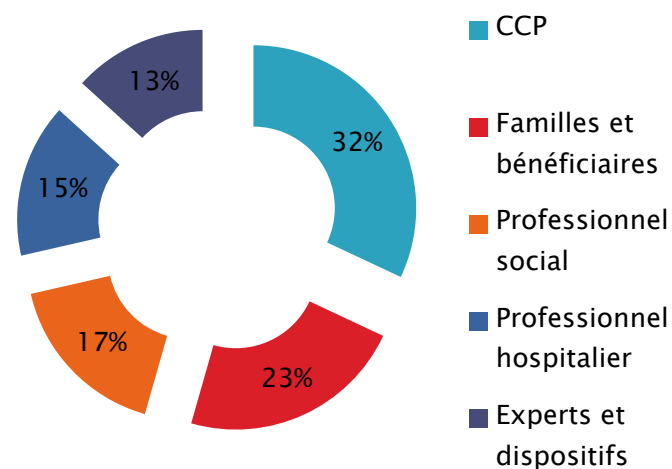


Coordinations téléphoniques en situation d'alerte: 303

ACTIONS DE COORDINATION



AVEC QUI



Les étapes clé

- ▶ L'évaluation du réseau et la fin de l'expérimentation (Art 70) ont été des étapes de mobilisation au niveau de l'équipe
- ▶ La période de transition a été une étape de réflexion collaborative sur la modélisation du parcours de santé
- ▶ Notre expérience de réseau nous conforte sur la nécessité de créer et de maintenir une relation directe avec les partenaires du 1^{er} recours, socle fondamental à leur mobilisation et à la mise en place de nos recommandations pour l'élaboration des PPS

Les axes d'évolution

- ▶ Disposer d'un système d'information adapté afin d'optimiser la modélisation des parcours de santé et des actions de coordination (en cours)
 - ▶ Disposer d'une messagerie sécurisée pour la transmission des informations (en cours)
 - ▶ Optimiser l'articulation avec l'hôpital, notamment l'EMG afin d'améliorer le suivi durant le séjour et l'organisation des sorties d'hospitalisation
 - ▶ Travailler les articulations avec la CCP et notamment l'association des professionnels de santé libéraux (apspg06)
 - ▶ Organiser une réflexion éthique sur la notion de parcours de santé afin de prendre en compte les priorités et les choix de la personne
- 