

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Coordination parcours-patient : une proposition de soins transitionnels



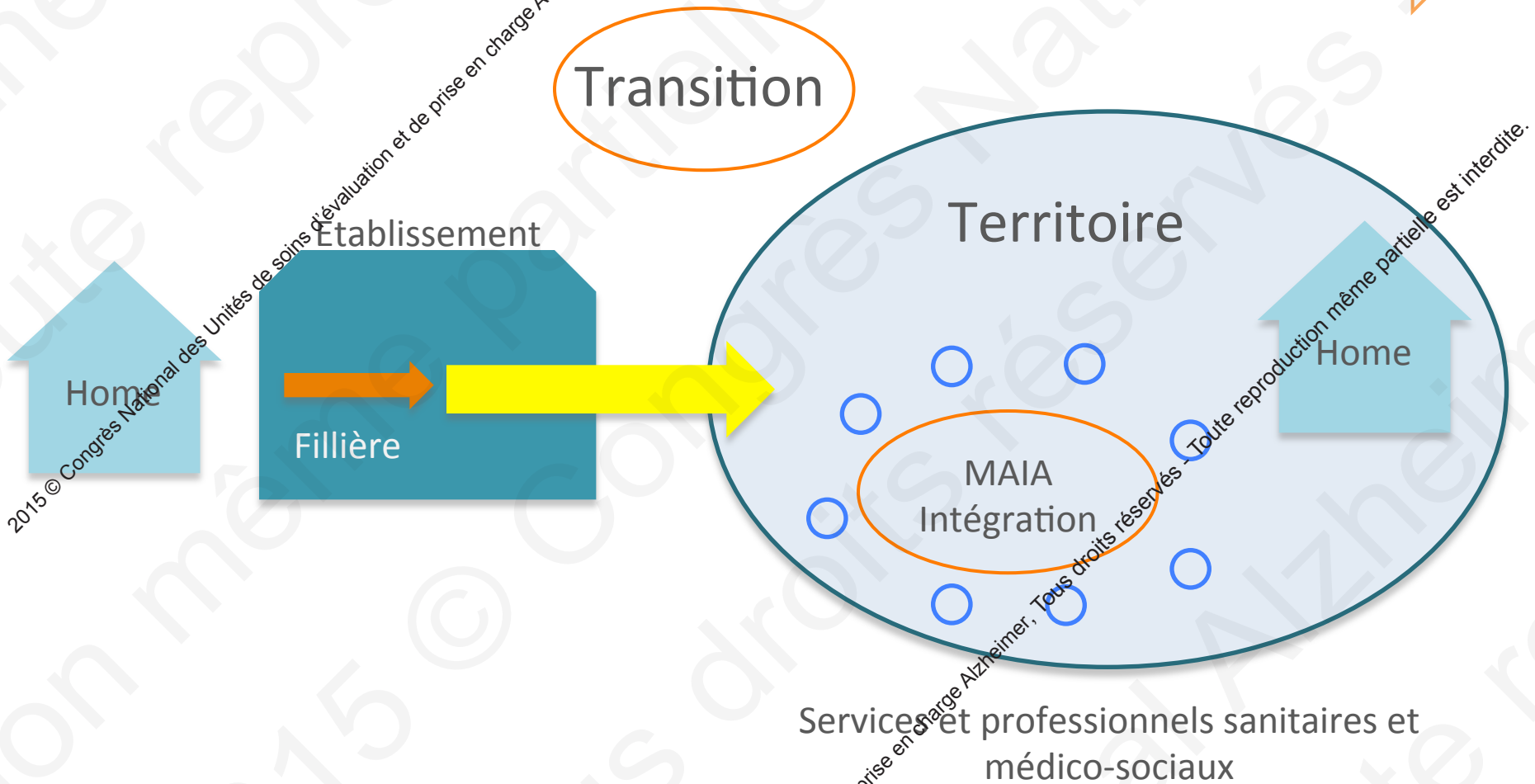
évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

M CIESLIK, G BERRUT

Au carrefour de deux démarches

- Les procédures transitionnelles
- L'intégration du territoire

Parcours de santé



2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Procédure transitionnelle (*Transitional care intervention*)

- Démarche d'accompagnement depuis le service hospitalier se poursuivant par une intervention après l'hospitalisation :
 - Visite à domicile
 - Appel téléphonique
 - Guide, éducation, programme

Coleman EA et al. J Am Geriatr Soc 2003 ; 51 (4): 549-55

Naylor MD et al J Am Geriatr Soc 2004 ; 52(5), 675-84.

Jencks SF et al. N Engl J Med. 2009 Apr 2; 360(14):1418-28.

Procédure transitionnelle (*Transitional care intervention*)

- Bénéfices attendus
 - Diminution des ré-hospitalisations non programmées dans les 30 jours
 - Médicaine : pénalité financière des établissements à taux élevé de ré-hospitalisation (USA)
 - Réduction des coûts des maladies chroniques

Une Maia dans un CHU

- Plan Alzheimer 2008 - 2012
 - Objectif n° 2 : Renforcer la coordination entre tous les intervenants
- Maia : **M**éthode d' **A**ction pour l' **I**ntégration des services d' aide et de soin dans le champ de l' **A**utonomie
 - Mission d' intégration des services : concertations/ outils communs
 - Gestion de cas : accompagnement global d' une personne âgée en situation complexe souhaitant vivre à son domicile

L'intégration : un besoin

« L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système qui se traduit par une discontinuité du service rendu, par l'existence de doublons ou de réponses redondantes. »

Spécificités de cette Maia

- Territoire : Nantes agglomération vignoble
- Triple portage : CHU, Conseil Général et Ville de Nantes
- Premier CHU en France à porter une Maia
 - Importance du rattachement à un établissement sanitaire : décroissement (Clinicom, liens, ...)

La gestion de cas

- 6 gestionnaires de cas : équipe multidisciplinaire
- Diplôme Inter Universitaire (DIU) de coordination gestionnaire de cas
- Demandes : critères de complexité – l'ensemble des professionnels
- Illustration par une situation concrète

De la Maia à la coordination parcours patient

- Souhait de créer le maillon manquant
- Faire le lien avec le territoire dès l'hospitalisation

Objectifs de l'expérimentation

- Repérer les situations **complexes/ inadéquates** au sein des services de court séjour, de soins de suite et réadaptation
- Mettre à disposition des équipes un coordinateur pouvant faciliter la **sortie** du patient et **prévenir** la réhospitalisation par un suivi :
 - 6 mois pour les retours à domicile
 - 1 mois pour les entrées en institution

Coordinateur parcours patient : un poste à la croisée des métiers

- Bedmanager
 - Vision globale des services
 - Lien entre les différents services
- Travailleur social
 - Evaluation globale de la situation
 - Accompagnement social du patient

Gestionnaire de cas

- Diplôme national de qualification
- Consolidé par l'intégration du territoire de la Maia
- Suivi global et intensif avec la formalisation d'un projet de vie
- Accompagnement dans la durée

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Une fiche de demande spécifique

- Demandes émanant des équipes
 - Assistantes sociales
 - Médecins
 - Cadres de santé
- Création d'une fiche spécifique
- Comité de coordination parcours patient tous les lundis à 14h30

Une intervention en trois temps



- Pendant l'hospitalisation :
 - Collaboration assistante sociale / médecine
 - Rencontre patients / famille
 - Contact avec acteurs du domicile
- Préparation de la sortie
 - Vérification documentaire
 - Contact personnalisé avec professionnels relais
- À domicile
 - Visites itératives
 - Suivi, adaptation, prévention

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

La coordination de parcours en chiffres

- Après 24 mois d'expérimentation
 - **181** demandes et **145** suivis effectifs
 - File active de **20** situations par coordinatrice
 - Moyenne d'âge de **83 ans**
 - **70 %** retours à domicile
 - **30 %** orientations : UCC / SSR / USLD / EHPAD
 - Délai moyen entre la date de la demande et la sortie effective du service : **18 jours**
 - **27 %** des demandes pour une entrée en établissement, **73 %** pour un retour à domicile

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To-



VISITE À DOMICILE

Sabrina TROTTE coordinatrice parcours patient

Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

évaluation et de prise en charge Alzheimer

PROCOPEs

- **PRO**gramme d'évaluation du bénéfice de la **Co**ordination du parcours **P**atient âgé en **E**tablissement de **S**anté (évaluation médico-économique)
- Investigateur coordonnateur : Pr G BERRUT
- Chef de projet : Mme DIBON
- Ingénieur biostatisticien : Mme VOLTEAU
- Economistes de la santé : M. TESSIER, M. RICHE
- Promoteur : CHU de Nantes

Objectifs de l'étude

- Objectif principal

- Estimer un ratio coût-utilité incrémental (RDCR ou ICER) de l'intervention d'un Coord PP dans l'accompagnement des PA en situation complexe, comparée à l'accompagnement classique, sans l'intervention d'un Coord PP, sur un horizon temporel de 6 mois.

Objectifs de l'étude

- Objectif secondaire

- Evaluer la plus-value apportée par l'accompagnement par un Cood PP sur
- Le maintien de l'autonomie du patient (à 3 et 6 mois)
- L'évolution du fardeau de l'aidant (à 3 et 6 mois)
- L'évolution de la qualité de vie du patient (à 3 et 6 mois)
- La durée de séjour initiale et cumulée
- Le taux de ré-hospitalisation non programmée et délai de survenue (à 3 et 6 mois)
- Le taux d'institutionnalisation non préparée et le délai de survenue (à 3 et 6 mois)
- La mortalité à 6 mois

Mais aussi: - Déterminer les paramètres cliniques des patients en situation complexe

- Evaluer l'impact de la diffusion nationale de cette prise en charge à 5 ans

Design de l'étude

- **PROCOPE** est une étude
 - Pilote
 - Médico-économique
 - Portant sur les soins courants
 - Monocentrique
 - Prospective
 - Randomisée en ouvert
 - Contrôlée (bras parallèles)
- L'inclusion de **100 patients** est prévue (50 dans chaque bras de randomisation) +/- **80 aidants** (répartis selon les mêmes bras de randomisation que les patients auxquels ils sont rattachés)

Evaluation médico-économique

Evaluation médico-économique

Recueil des consommations
de soins durant le suivi
(patient et aidant)

Recueil des données PMSI du séjour
initial & des ré-hospitalisations
éventuelles – Valorisation

- ➔ Comparaison des coûts du séjour initial
- ➔ Comparaison des coûts de chaque stratégie d'accompagnement pendant la durée de suivi

Critères d'inclusion

- Du patient
 - Agé de 70 ans et plus
 - Résidant sur Nantes ou son agglomération
 - Hospitalisé au CHU de Nantes
 - Dont l'hospitalisation n'est pas pertinente au moment de la sollicitation d'un Coord PP
 - Dont la situation est complexe (sans solution au moment de la sollicitation)
 - Patient (ou représentant légal) ayant donné sa non-opposition orale de participation

- De l'aidant

- Vivant au domicile ou venant sur le lieu de vie du patient au moins une fois par semaine
- Ayant donné sa non-opposition orale de participation

NB : un patient peut participer même si son aidant refuse de participer.

L'inverse n'est pas vrai

2015 © Congrès National des Unités de soins d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Tous droits réservés - To

Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

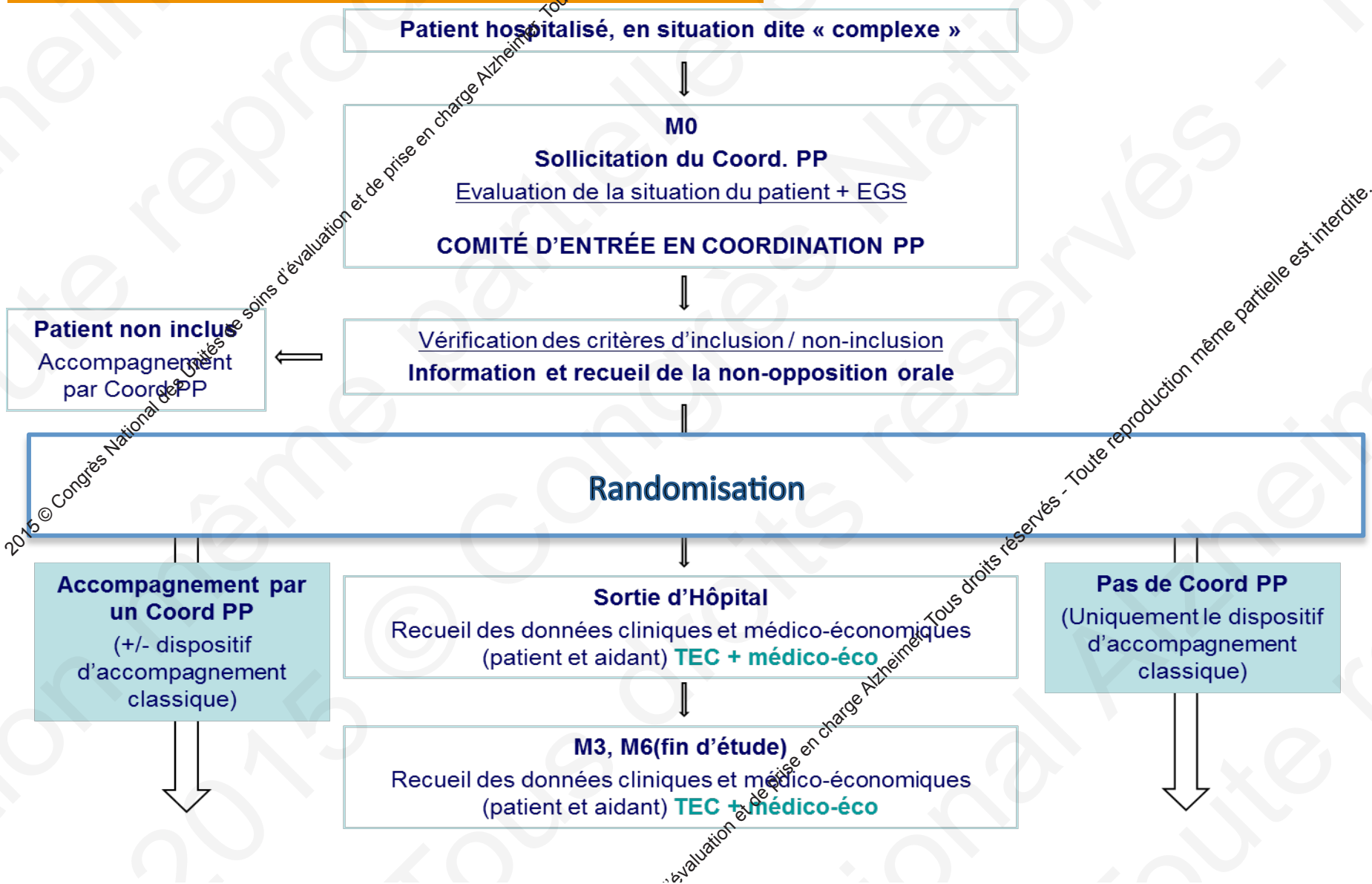
Critères de non-inclusion

- Du patient
 - Patient (ou représentant légal) refusant de participer au protocole
 - Patient dont le suivi est impossible (ex : déménagement programmé, espérance de vie de moins de 6 mois)
- De l'aidant
 - Aidant sous tutelle ou curatelle
 - Refus de participation du patient

NB : un patient peut participer même si son aidant refuse de participer.

L'inverse n'est pas vrai

Déroulement de l'étude



Calendrier de l'étude

- Début des inclusions : Décembre 2014
- Fin des inclusions : Août 2015
- Fin du suivi du dernier patient : Février 2016
- Rapport final de l'étude : Mai 2016

Etat d'avancement:

1^{ère} inclusion réalisée le 23/12/2014
92 patients inclus (45 CPP / 47 contrôles)
Fin du suivi juin 2016

Conclusion

- La coordination parcours patient est un système transitionnelle, animé par les compétence des gestionnaires de cas
- Il repose sur une articulation avec l'intégration de territoire.
- Les bénéfices en terme de qualité de vie, et d'efficience seront précisés par les résultats de l'étude PROCOPES