

# Analyse prospective des besoins médicosociaux et parcours de soins

Communauté de Communes de Marennes

23 février 2016



# Objectifs



## **A ) FINALITE GENERALE**

Etablir sur le territoire concerné une analyse des besoins des différents acteurs/usagers, en tirer une hiérarchisation de services attendus et pertinents et une stratégie de ressources mobilisables.

## **B ) PUBLIC CONCERNE**

Les acteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux intervenant sur le territoire communautaire ainsi que les bénéficiaires finaux que sont les usagers/patients potentiels

## **C ) OBJECTIF**

Etablir un diagnostic de l'offre sanitaire et sociale connue et recensée sur le territoire

Comprendre et expliciter les parcours de sante

En extraire une analyse et des fiches actions présentées et partagées avec les différents partenaires

# Plan du rapport



- 1. Plan de mission
- 2. Méthode utilisée
- 3. Carte des relations entre acteurs
- 4. Diagnostic et Pistes d'amélioration
- Annexes
  - A1. Parcours patients
  - A2. Bilan des entretiens
  - A3. Les organisations transprofessionnelles

# 1. Plan de mission



## 1 - Phase de positionnement – Evaluation de l'existant.-

- Repérage des acteurs
- Comprendre, lire le territoire (sa démographie sanitaire, sociale, humaine)
- Appréhender les enjeux sur celui-ci (forces et faiblesses de chacun)
- Définition des objectifs à atteindre.

Cette première étape doit permettre de développer et de contractualiser cette analyse tant en termes de séquençage que de contenu.

## 2 - Phase de consultation des acteurs.

Cette deuxième phase dans sa logique, a pour objectif :

- D'écouter, de comprendre et d'aider à la définition
- d'un projet sanitaire et médico-social de territoire,
- D'évaluer les besoins
- D'organiser des entretiens et rencontres avec et entre acteurs

## 3 - Phase de définition et de restitution aux acteurs

- Cette dernière étape nécessite :
  - La rédaction d'un document de synthèse et d'orientation pratique prenant en compte les attendus et possibles du territoire
  - Ce document devra dans ses orientations intégrer les informations /orientations souhaitées/attendues par les acteurs nationaux (ARS ...) voir européens.
  - Il devra être restitué, expliqué et argumenté aux différents acteurs

# Plan du rapport

- 1. Plan de mission
- 2. Méthode utilisée
- 3. Carte des relations entre acteurs
- 4. Diagnostic et Pistes d'amélioration



## 2. Méthode utilisée (1)



1/ Nous rencontrons les professionnels qui exposent :

- constat
- diagnostic
- souhait.

Nous convertissons ce qu'ils nous disent dans un graphe des relations professionnelles qu'ils ont entre eux, et la nature des échanges c'est à dire :

- \* contenu de l'échange (information, prescription, argent, flux d'activité, demande d'avis, etc...)
- \* et une évaluation de l'estimation "positive" ou "négative" de ces échanges.

Et nous analysons la sociologie de cette organisation en relevant les "non-échanges" ou les "échanges asymétriques".

Et aussi, nous identifions quand c'est possible, des patients – cas type représentatifs d'un parcours de soin à qualifier, par les patients.

2/ Nous rencontrons des patients qui exposent leur parcours de soins.

- d'abord les contacts personnes patients / professionnels, situés dans le parcours sur une échelle de temps, et,
- à chaque contact, ce que le patient a compris de la valeur ajoutée pour lui de ce contact.

## 2. Méthode utilisée (2)



3/ Ensuite : parcours et sociologie de l'organisation inter-professionnelle sont présentés aux professionnels qui :

- \* valident la sociologie de l'organisation
- \* découvrent la vision des patients de leur parcours de soins

4/ Ensuite, nous validons avec le politique les critères pour les scénarii de solution, notamment extra-système

(animer le centre ville, utiliser un bâtiment qui existe, tenir compte que le coeur de la relation sociopro disparaît dans 2 ans en prenant sa retraite....)

5/ Et, à partir de notre compréhension de l'offre de professionnels existants et des "trous" dans le parcours, nous déterminons si c'est un scénario tendanciel, c'est à dire des ajustements de liens qui sont presque existants

ou un scénario contrasté, c'est à dire introduction dans le paysage d'un lieu (Maison de Santé Pluriprofessionnelle, local hôpital) voire de personnes (case management) qui introduisent un changement (brutal) dans la sociologie et les parcours.



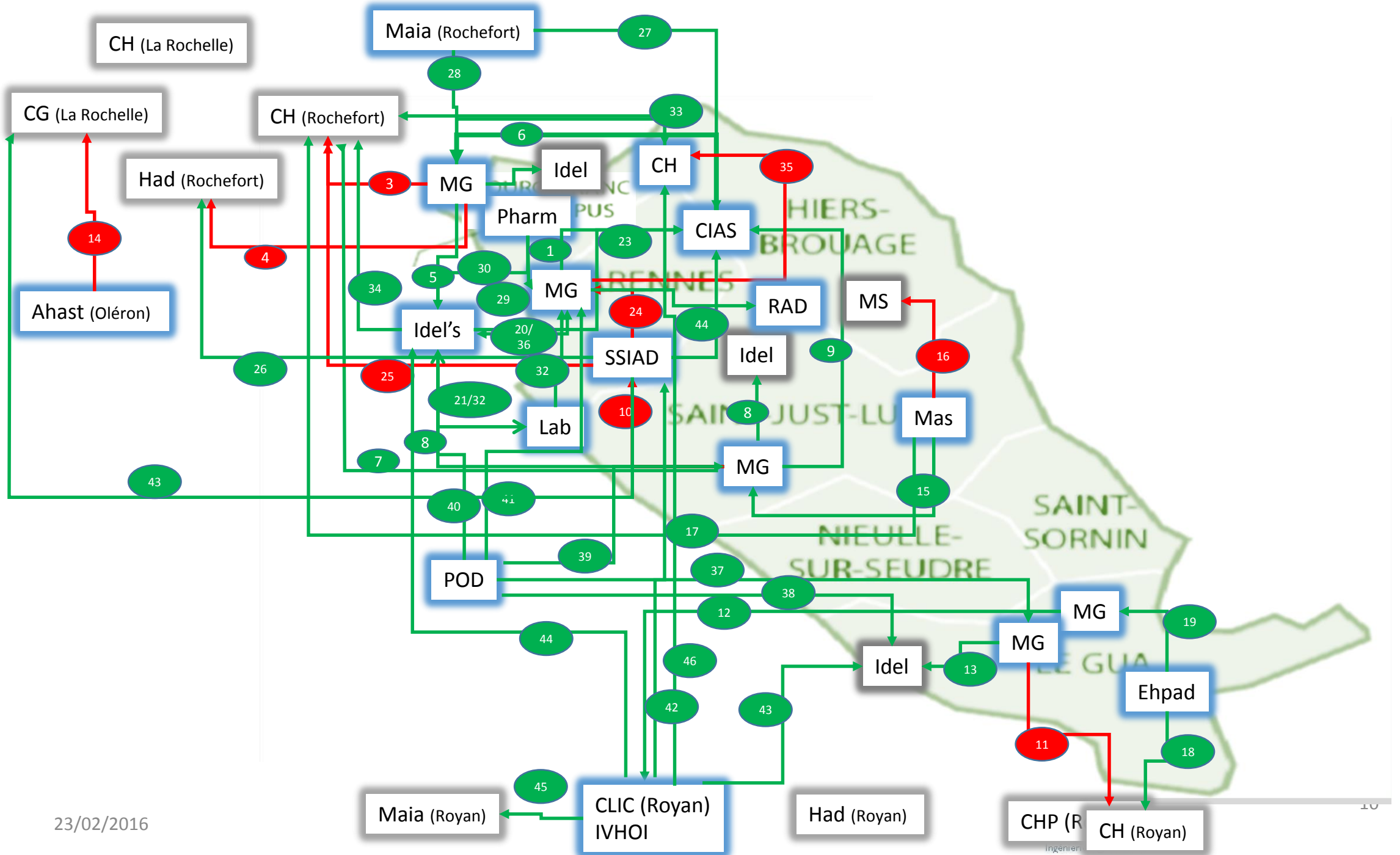
# Plan du rapport

- 1. Plan de mission
- 2. Méthode utilisée
- 3. Les organisations transprofessionnelles
- 3. Carte des relations entre acteurs
- 4. Diagnostic et Pistes d'amélioration



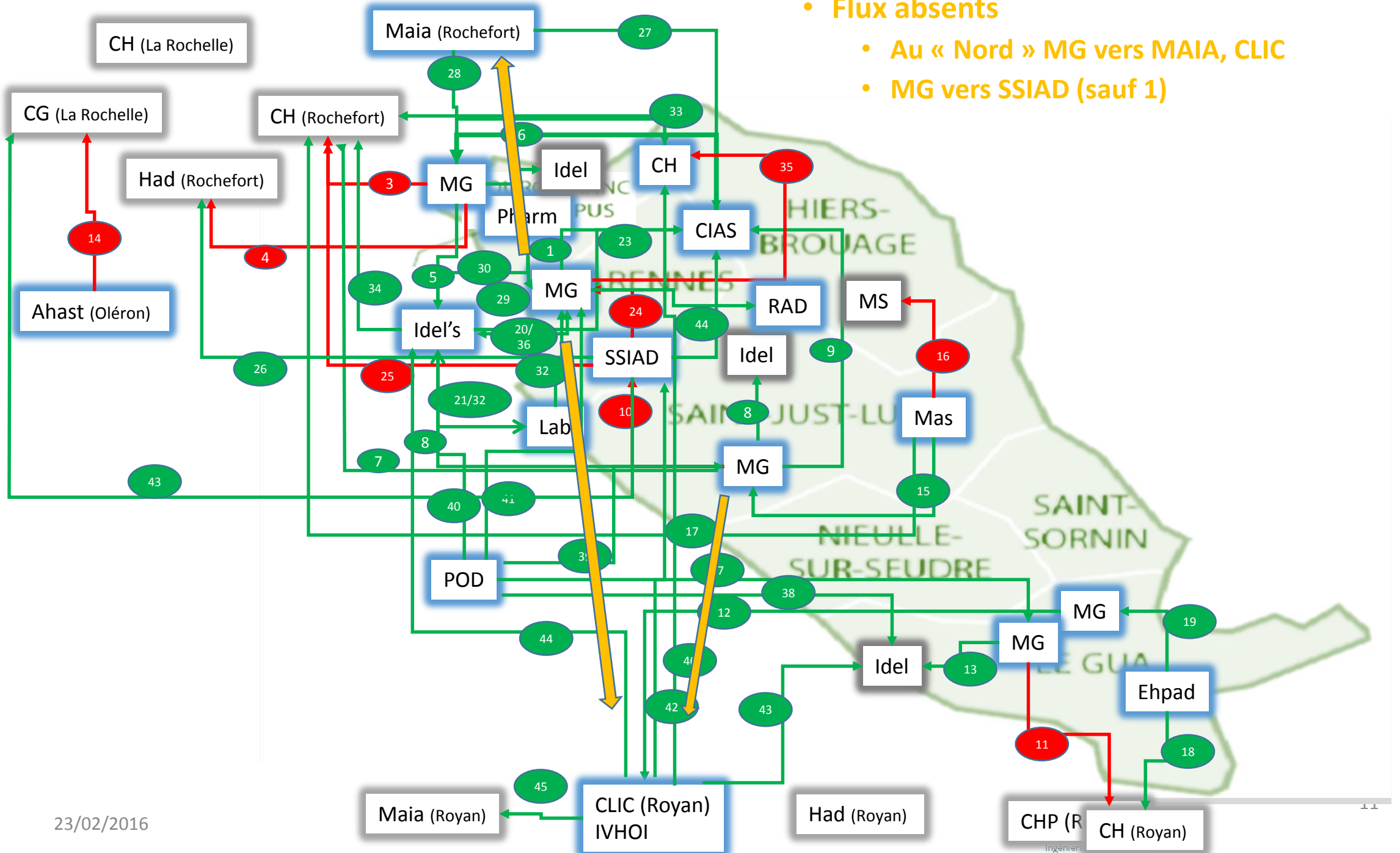






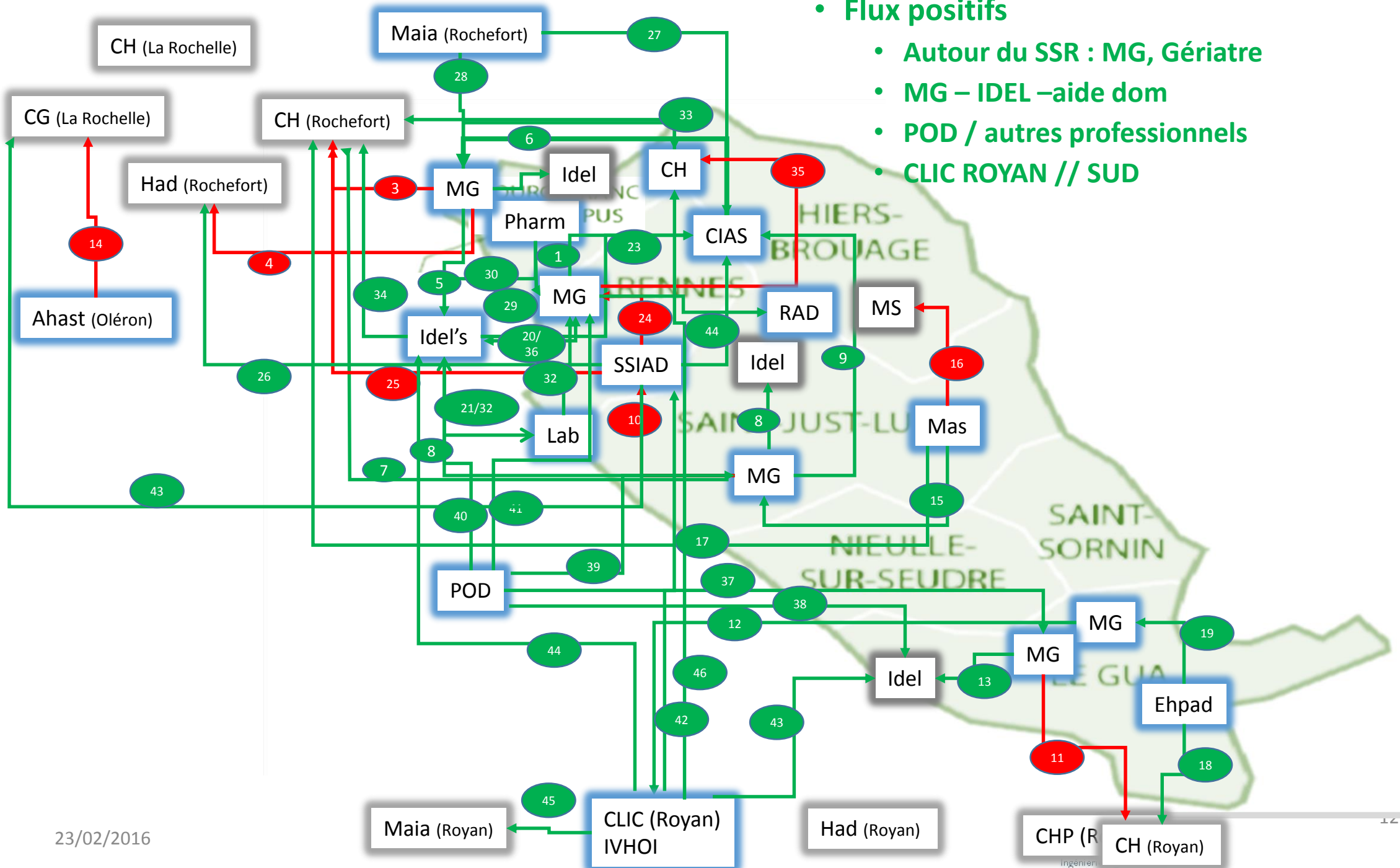
## Flux absents

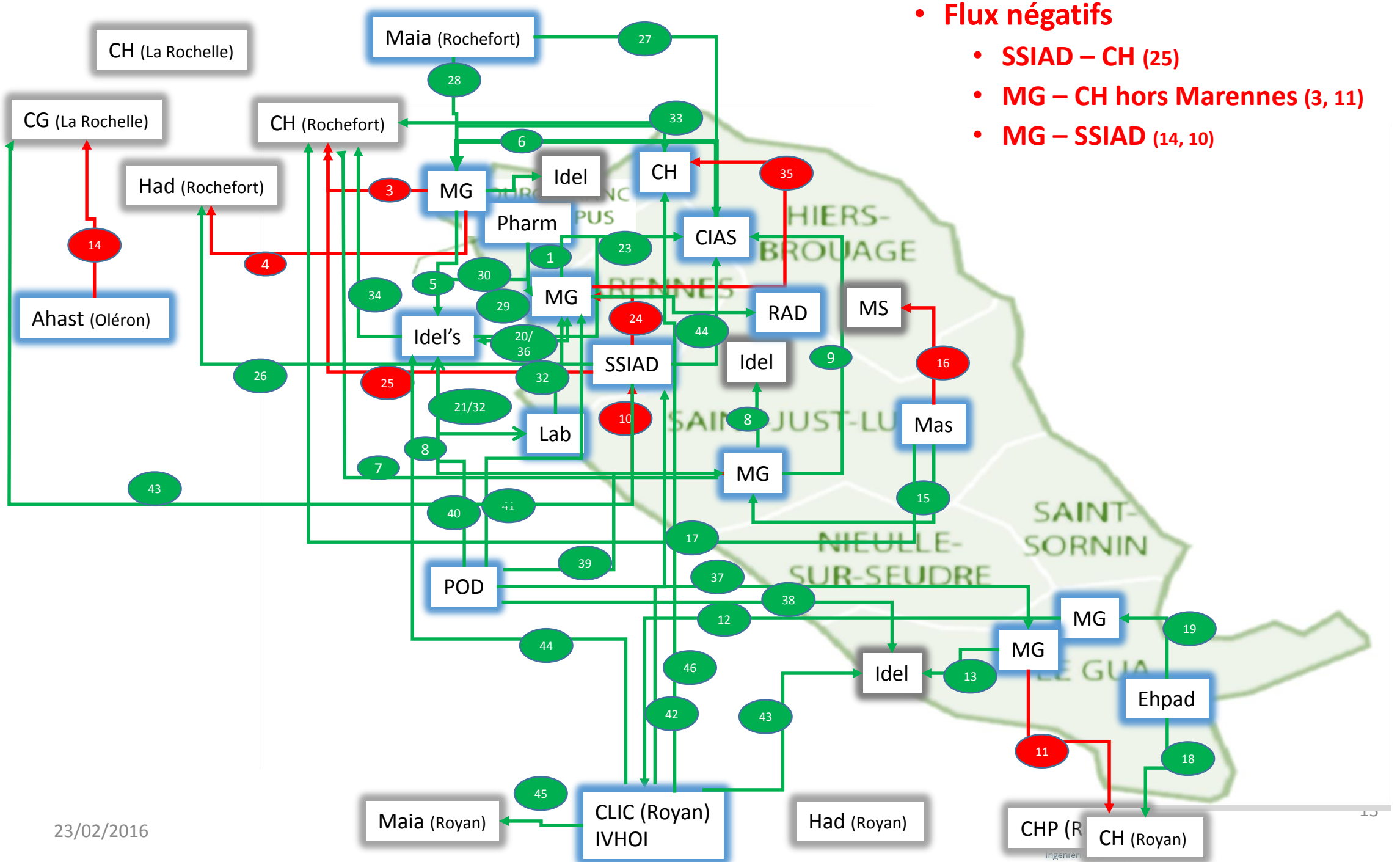
- Au « Nord » MG vers MAIA, CLIC
- MG vers SSIAD (sauf 1)



## Flux positifs

- Autour du SSR : MG, Gériatre
- MG – IDEL –aide dom
- POD / autres professionnels
- CLIC ROYAN // SUD





**Flux négatifs**

- SSIAD – CH (25)
- MG – CH hors Marennes (3, 11)
- MG – SSIAD (14, 10)

# Analyse des flux



- Flux absents
  - MG vers HAD, MAIA, CLIC dans le Nord
  - MG vers SSIAD (sauf 1)
- Flux présents : constats
  - Alliance positive et constructive MG/IDES
  - Dans le Sud, recours au CLIC qui alerte MAIA et autres acteurs
  - Tensions autour du SSIAD (files d'attente)
  - Relations des MGs avec CH hors CC Marennes pas très bonnes



# Plan du rapport

- 1. Plan de mission
- 2. Méthode utilisée
- 3. Carte des relations entre acteurs
- 4. Diagnostic et Pistes d'amélioration





# 4. Diagnostic



- Peu d'utilisation des organisations dédiées
  - Maia, Had, réseaux palliatifs, hébergement temporaire
- Surcharge du SSIAD et difficultés pour trouver des solutions alternatives
- Très peu d'utilisation du CLIC
- Souvent besoin du MG pour expliquer et convaincre un patient d'accepter de l'aide
  - MAIA est une bonne solution mais limitée en nombre de patients

# 4. Pistes d'amélioration

Coordination/information

- Réorganisation de la fonction CLIC
- Contrat Local de Santé avec l'ARS
- Intégration du réseau gérontologique
- Rassemblement progressif de professionnels dans un site



# 4. Pistes d'amélioration

Coordination/information



- Réorganisation de la fonction CLIC
  - Possible en créant partenariat de la CC Marennes avec CLIC d'Oléron
    - Avantage : amélioration de la prise en charge de patients à domicile par mise en œuvre de solutions alternatives au SSIAD s'appuyant sur des libéraux
    - Action : obtenir le renforcement des moyens du CLIC Oléron auprès du Conseil Départemental
  - Ou en conventionnant avec SPASAD PEP17?
  - Ou en mettant une plate-forme SAD CIAS commune avec Oléron? (projet d'initiative locale)

# 4. Pistes d'amélioration

Coordination/information



- Contrat local de santé
  - Ex Oléron
  - Ce contrat consiste à rédiger des fiches d'action et en assurer le suivi
  - Un budget est attribué pour les suivis d'actions
- Action : voir l'ARS
  - Présenter les besoins d'information des professionnels de santé et de communication
  - Présenter les besoins liés à la saturation du SSIAD
  - Présenter le manque de fonction CLIC sur Marennes

# 4. Pistes d'amélioration

Coordination/information



- **Opportunité**

- L'ARS a décidé de déployer 2 réseaux gérontologiques sur le département
  - Le Nord autour de Reseaunis
  - Le Sud autour de Jonzac
- Cette organisation peut prendre en charge des coordinations de Maintien A Domicile ou autres
- Action : voir avec l'ARS le planning et la confirmation du porteur

# 4. Pistes d'amélioration

Réfléchir à la mise à disposition d'un site



- Les médecins généralistes pensent qu'il n'y aura plus que 4 à 5 médecins d'ici quelques années : il faudra alors un exercice regroupé
- Les paramédicaux (hors infirmiers libéraux) sont ouverts à un regroupement sur un site pour
  - Favoriser les échanges
  - Faciliter l'accès des patients avec des facilités de stationnement et de transport
  - Résoudre le problème de mise en conformité des cabinets

# Mise en oeuvre



- Suite à la réunion de restitution aux professionnels, les pistes d'actions suivantes sont validées
  - Présentation de M Mickaël Vallet au Conseil Départemental
    - Objectif : changement de porteur de fonction CLIC pour Marennes
  - Réunion avec l'ARS Poitou-Charentes
    - Objectif : initialiser un Contrat Local de Santé
    - Ce CLS permettra de faire des réunions de professionnels
      - D'abord pour coordination régulière des acteurs de santé
      - Puis pour regroupement éventuel de Professionnels de Santé partageant un projet

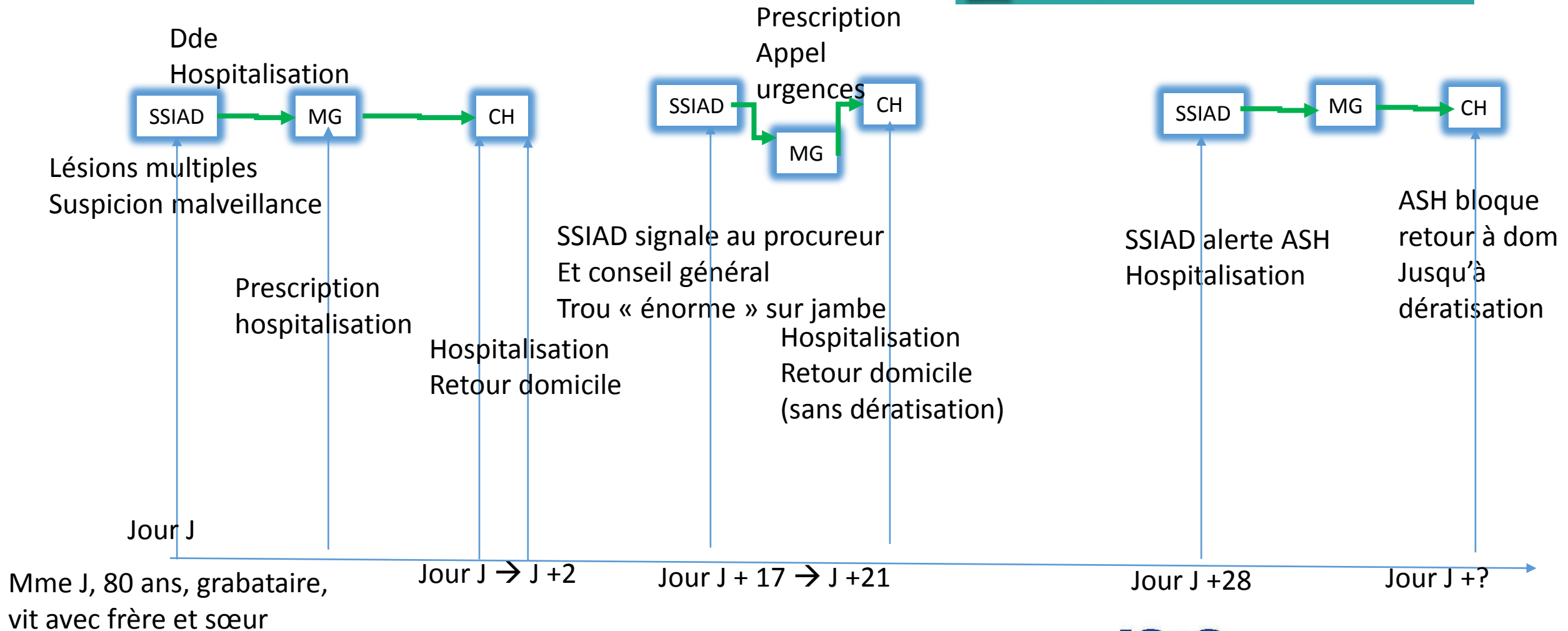


# Annexes

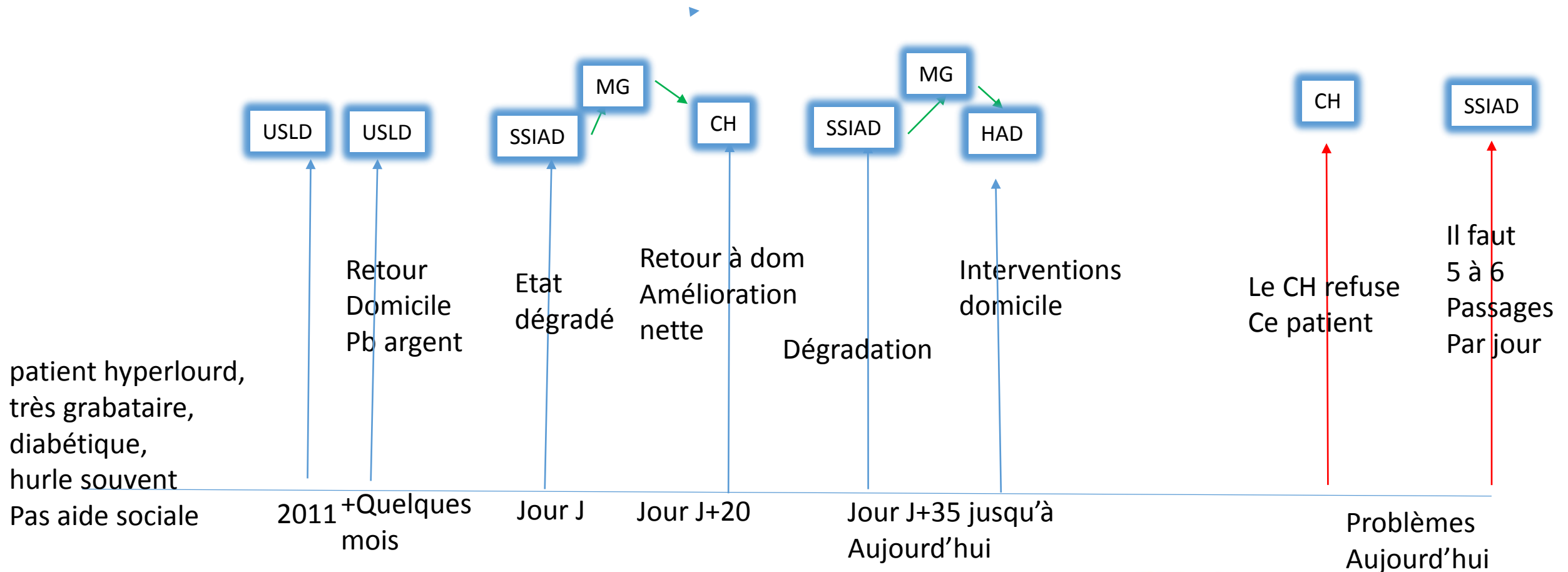


- A1. Parcours patients
- A2. Bilan des entretiens
- A3. Les organisations transprofessionnelles

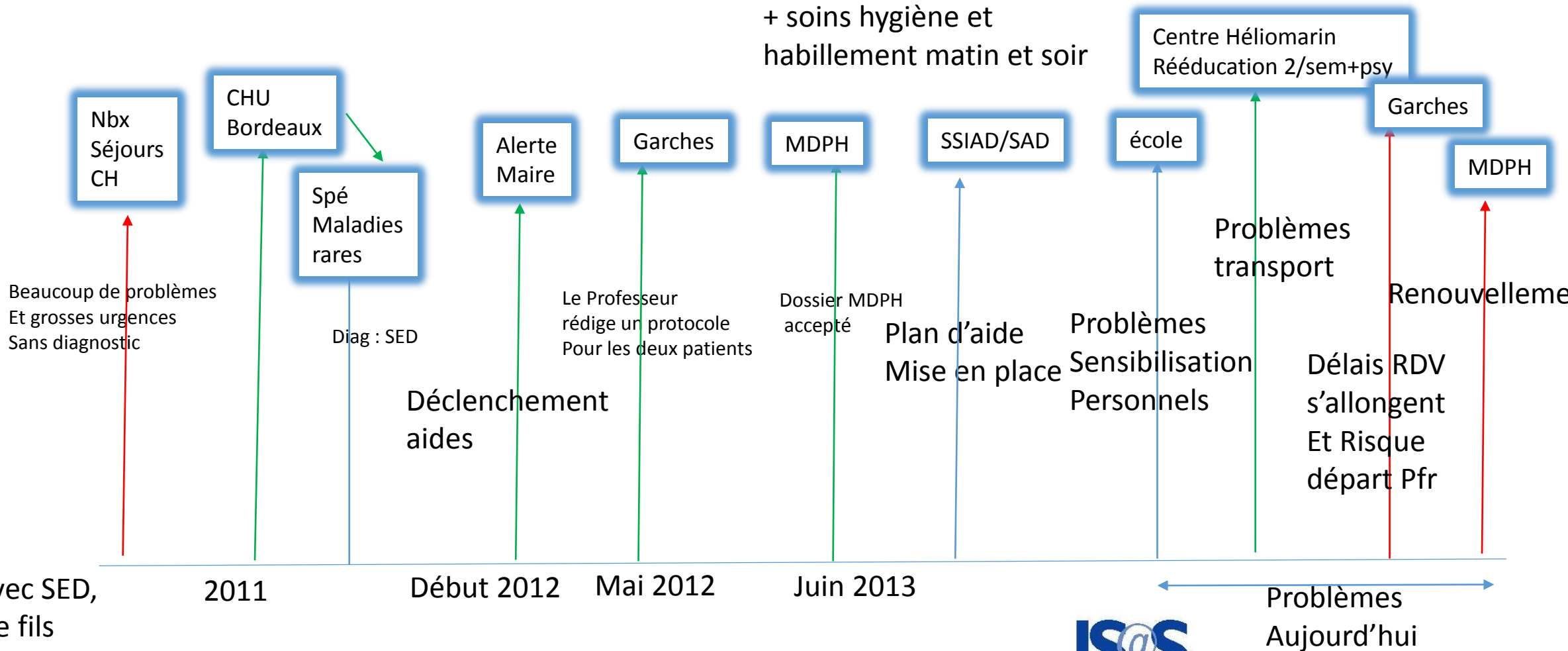
# A1. Parcours patient (1)



# A1. Parcours patient (2)



# A1. Parcours patient (3)



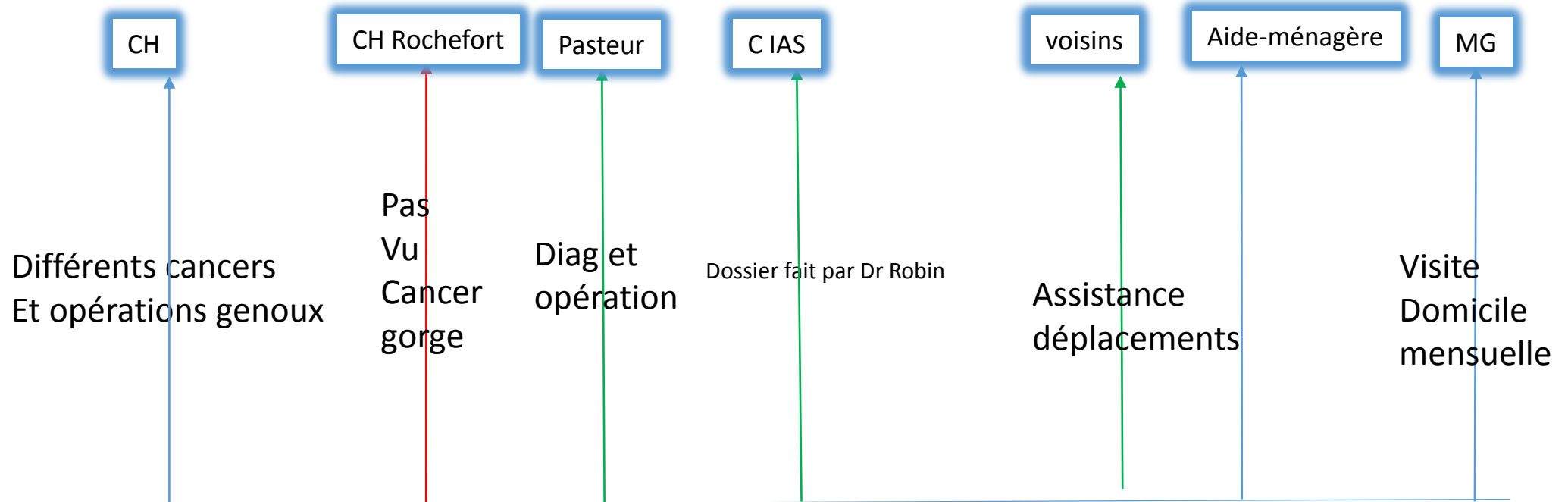
Patient avec SED,  
plus jeune fils  
aussi atteint

12/2016

# A1. Parcours patient (4)

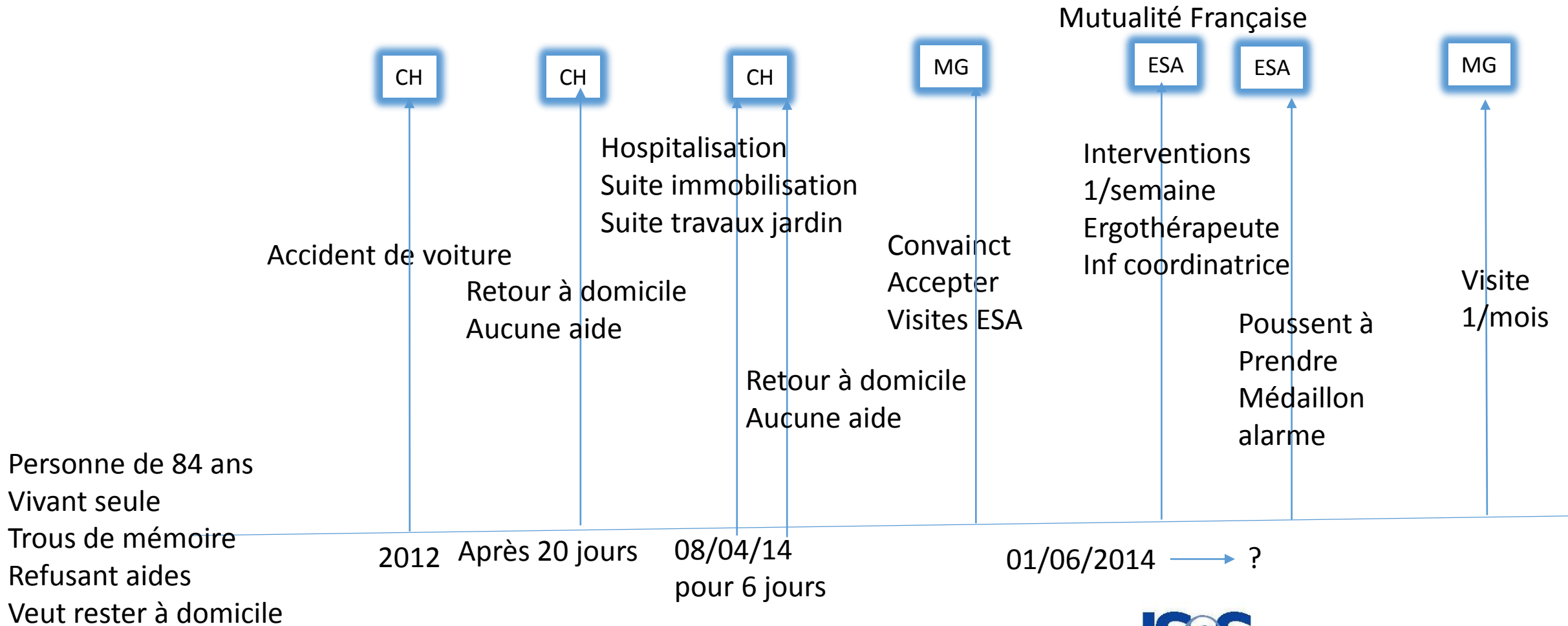


Prise en charge 100% ; ne peut pas déménager de Bourcefranc, 1 fils à La Rochelle et autre à Poitiers

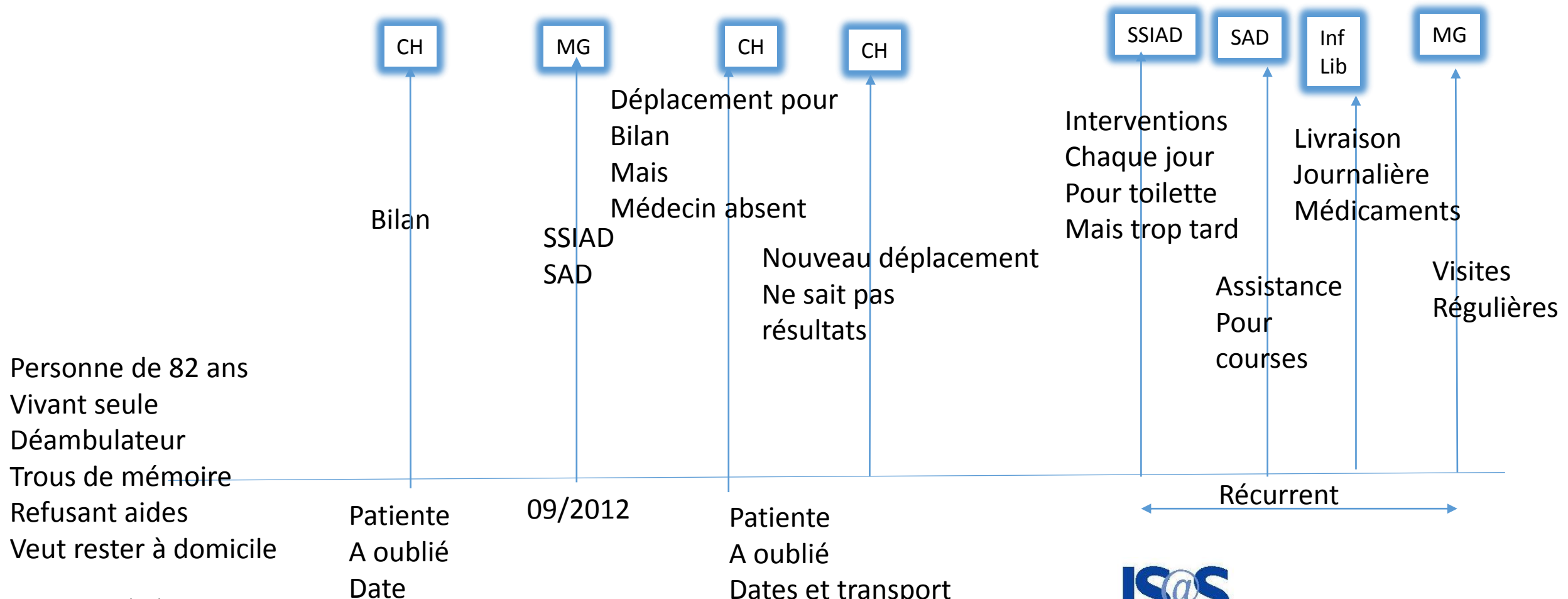


patiente 84 ans;  
ne peut plus marcher  
facilement, ni conduire

# A1. Parcours patient (5)



# A1. Parcours patient (6)





# A2. Bilan (1)



- Médecins généralistes
  - Relations avec CH et HAD
    - Flux 4 : pas de diagnostic sur Marennes alors que le suivi y est réalisé par antenne mobile
    - Flux 3 : la HAD n'est pas utilisée car jugée lourde
    - Flux 11 : les MGs reprochent au CH Royan de modifier la prescription du MG
  - Démographie médicale
    - L'ex canton est bien couvert aujourd'hui
    - Dans 10 ans, il ne restera que 3 à 4 MGs
      - Facteur positif : Les 10 MGs du secteur de garde se rencontrent en moyenne tous les 3 mois
  - Peu d'attrait pour une MSP aujourd'hui
    - Mais l'idée que ce sera nécessaire dans quelques années
  - La multiplicité des acteurs Clic, Maia, hébergement temporaire....
    - Les rend illisibles aux MGs (habitués à situation de prescription)
  - Bonne coopération avec les infirmiers libéraux, souvent proches des cabinets
  - Difficile de faire du liant avec les aidants (temps + non rémunération)

## A2. Bilan (2)



- Les infirmiers libéraux
  - Au-delà des missions régaliennes, services complémentaires aux patients
    - Demande de prescription aux MGs
    - Gestion de la prescription avec les pharmaciens
    - Attente en cas de problème aux domiciles
    - Prises de RDVs et réservation VSLs
  - Regrettent qu'il n'y ait pas de réunion de coordination
  - Refusent généralement les soins d'hygiène aux patients à domicile

# A2. Bilan (3)



- Le SSIAD
  - Manque de places et de moyens
    - Provoque une attente pour les patients dans le besoin : **flux 10**
    - Rend plus difficile la prise en charge de certains patients
  - Problèmes liés aux situations
    - Mauvaise préparation des retours à domicile depuis CH Rochefort : **flux 25**
    - Patients de plus en plus lourds en MAD (besoin : 5 à 6 visites quotidiennes)
      - Problème financier : le forfait inclut 2 visites infirmières/jour
    - Lors des réunions les MGs ne se déplacent pas tous : **flux 24**
- Les EHPADs
  - Peu de moyens de transport pour les résidents
- La MAS constate que des spécialistes ne veulent pas de patients handicapés : **flux 16**
- Problèmes pour continuité nuit et week-end

## A2. Bilan (4)



- Ce que les professionnels disent des citoyens
  - Ne savent pas toujours où chercher l'information
  - Confondent Ehpad et SSR
  - Ne comprennent pas toujours l'éloignement des soignants (ex HAD)
- Problèmes de transport
  - Ex déplacement CH Rochefort pour diagnostic
  - Ex accès CH Marennes
  - Ex accès MGs s'il y a une MSP
  - Ex accès commerces
- Problèmes de stationnement
  - Ex pharmacie et labo Marennes
- Problèmes d'accès pour handicapés

## A2. Bilan (5)



- Structures non citées par les professionnels
  - Réseau gérontologique IVHOIR, porteur CLIC Royan Marennes
    - Interface Ville-HOpital des Intervenants Royannais (**IVHOIR**)
  - Hébergement temporaire (peu cité)
  - Education Thérapeutique du Patient/prévention

## A2. Bilan (6)



- Des structures souvent pilotées par des entités différentes et éloignées
  - Ex CLIC Royan à Marennes
  - Ex SSIAD dépendant de PEP17/Périgny
- Des professionnels citent le désintérêt du Conseil Général pour la CC Marennes
  - « ce sont des techniciens qui pilotent les dossiers »
  - Refus pour coopération SAD/EHPADs : **flux 14**
- Attente appel d'offres ARS pour extensions SSIAD
  - Ex : essai de constitution SPASAD par le CIAS?

# A2. Bilan (7)



- Les spécialistes
  - Dentistes (pas visités car en congé)
    - Peu nombreux
    - Surchargés
    - Long délai pour RDV
  - Gynécologues (en voie de disparition)
  - Pédicures/podologues, kinés
    - Des problèmes pour adaptation des locaux
      - Ex : marche empêchant l'accès aux handicapés
  - Radiologues
    - Possible disparition du labo de Saujon sous 3 ans, faute de médecin radiologiste remplaçant



# A3. Les organisations transprofessionnelles (1)



organisation	financement	Besoin métier	Population ciblée
MSP/PDS	DSS Ministère et collectivités	Continuité premier recours	Patients du territoire
Protocole coopération	DSS Ministère/CNAM, règlement arbitral	Accompagnement des patients par coopération/délégation	Patients fragiles (pathologies chroniques)
Réseaux gérontologiques	FIR (régional ou national)	Coordination des acteurs de la prise en charge en MAD ou retour d'hospitalisation	Personnes de plus de 60 ans, polyopathologiques à haut risque d'hospitalisation

# A3. Les organisations transprofessionnelles (2)



organisation	financement	Besoin métier	Population ciblée
Réseaux par pathologie	Subventions Etat, collectivités territoriales, aides AM, ou budget ONDAM	un groupe de professionnels médicaux, para-médicaux sociaux, voire culturel, qui travaillent conjointement pour coordonner le parcours de santé de patients autour d'une pathologie	favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies

# A3. Les organisations transprofessionnelles (3)



organisation	financement	Besoin métier	Population ciblée
CLIC	CG	L'information des personnes âgées, de leur famille et des professionnels, l'orientation des personnes âgées dans un dispositif d'offre de prestations existantes,	toutes les personnes âgées de plus de 60 ans et leur entourage (famille, amis, voisins) et les professionnels.
Sofia	CNAM	prodiguer des services personnalisés de conseil et d'information par des infirmiers-conseillers en santé (par téléphone)	Diabète, puis asthme et RCV
PRADO	CNAM	fluidifier le parcours hôpital/ville	maternité, orthopédie et insuffisance cardiaque, prochainement testé sur les sorties d'hospitalisation pour BPCO et plaies chroniques

# A3. Les organisations transprofessionnelles (4)



organisation	financement	Besoin métier	Population ciblée
Soins palliatifs	Idem réseaux de santé	promouvoir et développer la démarche palliative à travers des modalités visant le décroisement du système de santé, l'amélioration et la cohérence de la continuité des soins	Patients en fin de vie
HAD	Activité d'hospitalisation financée à la journée, + financement non lié à activité avec MIGAC	éviter ou de retarder l'hospitalisation complète	Patients aigus à domicile

# A3. Les organisations transprofessionnelles (5)



organisation	financement	Besoin métier	Population ciblée
CH local	SSR : évolution en 2016  Ehpad par AM, CG, patient	Les centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) développent des prises en charge pour le retour à l'autonomie	SSR : patients à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un accident de santé. accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques, AVCs,..