

## FICHE ACTION #4

MISSION SOCLE 2 – Parcours pluriprofessionnel autour du patient

### LIBELLE DE L'ACTION

**Faciliter le maintien à domicile et la prise en charge des patients « complexes » dans le cadre d'un parcours**

### Composition du Groupe de travail : 36 membres

Pilotes : 3 infirmiers, 1 médecin généraliste

Membres : 3 pharmaciens, 5 médecins spécialistes, 3 masseurs-kinésithérapeutes, 10 médecins généralistes, 5 infirmiers, 1 opticien, 1 ergothérapeute, 1 pédicure-podologue, 1 pilote MAIA, 1 sage-femme

### Problématiques constatées

- Les parcours dits « complexes » font intervenir un nombre important d'acteurs de santé au domicile du patient.
- La prise en charge des patients « complexes » à domicile est souvent chronophage pour les praticiens, et en particulier pour les médecins traitants. Or ces derniers n'ont pas toujours le temps de se déplacer régulièrement au domicile du patient.
- Le repérage de la fragilité des sujets de 60 ans et + est un enjeu majeur de santé.
- L'expertise pour les patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes est rare à domicile.

Lors des différentes rencontres et des groupes de travail, les professionnels ont fait ressortir le besoin :

- D'améliorer la communication entre les professionnels de santé et la coordination des soins autour du patient à domicile,
- Développer des outils pour communiquer et partager les informations médicales concernant le patient,
- D'améliorer la communication/échanges avec les familles,
- D'anticiper/Faciliter les retours d'hospitalisation à domicile,
- D'avoir accès à une assistante sociale, ou un coordinateur pour les dossiers d'aides sociales,
- D'avoir une visibilité sur tous les dispositifs et ressources existants en termes d'aide au maintien à domicile des patients « complexes » sur le territoire de la CPTS et avoir facilement accès à leurs coordonnées
- D'avoir facilement accès aux informations médicales au domicile du patient

## Objectif général

Faciliter le maintien et optimiser la prise en charge des patients « complexes » à domicile dans le cadre d'un parcours.

## Objectifs opérationnels

1. Identification des organisations déjà existantes et des carences sur le territoire de la CPTS ;
2. Mise en place d'une coordination de parcours en lien avec l'ensemble de l'écosystème de la CPTS,
3. Formalisation de « sous-parcours » s'appuyant sur l'offre du territoire pour améliorer la lisibilité de l'existant, avec la mise en place de « référents »,
4. Déploiement d'ICOPE avec une animation territoriale au niveau de la CPTS (sous réserve de l'obtention financements dédiés)

## Public cible

- Patients relevant d'un parcours "complexe" faisant intervenir plusieurs professionnels de santé au domicile,
- Personnes autonomes (robustes, pré-fragiles et fragiles) âgées de 60 ans et plus et vivant à domicile.

## Actions à mettre en œuvre

### Actions envisagées au stade du projet de santé :

- Sous action n°1 : Préparation de la mise en place du parcours
- Sous action n°2 : Formalisation du parcours de soins et des partenariats
- Sous action n°3 : Faciliter la mise en place de la démarche ICOPE sur le territoire
- Sous action n°4 : Améliorer l'accès aux bilans et examens complémentaires
- Sous action n°5 : Faciliter les démarches des familles liées au handicap/perte d'autonomie, et soutenir les proches aidants
- Sous-action n°6 - Etablir un plan de communication autour du parcours/prévention de la perte d'autonomie
- Sous - action n°7 : Faciliter la prise en charge au domicile des Plaies-Cicatrisation
- Sous-action n°8 : Favoriser la prise en charge palliative au domicile des patients
- Sous-action n°9 : Faciliter les échanges pluriprofessionnels et les retours d'expérience, évaluer le parcours

## Indicateurs

- Conventions de partenariats auprès d'acteurs du domaine social, médico-social, et sanitaire,
- Nombre de professionnels formés à ICOPE,
- Nombre d'ateliers organisés pour sensibiliser le grand public à la prévention de la perte d'autonomie,