



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2016-2017**

Enjeux de la coordination dans le parcours de
soins inter-établissements des patients
âgés de 75 ans et plus

JACQUELINE PILORGET

12 septembre 2017

Remerciements

Je tiens ici à remercier tout particulièrement Mr Campéon, responsable du master, pour son accompagnement pendant ce mémoire et tout au long de ma formation.

Je remercie vivement également Mme Perron, Directrice des Soins - Coordinatrice Générale du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, pour le suivi de mon travail et pour ses conseils.

Je souhaite aussi exprimer toute ma reconnaissance aux personnes qui ont accepté de m'accorder du temps pour un entretien.

Je remercie vivement mes relecteurs pour leurs conseils avisés : Annaïck, Béatrice, Catherine et Jean-Louis, ainsi que tous ceux et celles qui ont répondu à mes sollicitations.

Enfin, j'exprime mes remerciements à l'équipe pédagogique du master pour leurs enseignements et la qualité des échanges pendant cette formation, ainsi qu'à Mme Mafféi pour son aide bienveillante pendant ces deux années.

Sommaire

Introduction	1
---------------------------	----------

PREMIERE PARTIE

FRAGILITE ET PARCOURS DE SOINS DU PATIENT AGE DE 75 ANS ET PLUS

1 -Les données de la littérature	12
1.1. La notion de fragilité des personnes âgées	12
1.2. La notion de parcours du patient.....	13
2 -Les ruptures ou risques de ruptures identifiés lors de l'enquête	16
2.1. Typologie des patients accueillis en médecine et SSR.....	16
2.2. La rupture : représentations chez les professionnels.....	16
2.3. Un dossier médico-soignant souvent incomplet	18
2.3.1. En médecine : un dossier difficile à exploiter	19
2.3.2. En SSR : un dossier peu mis à jour	21
2.4. Le contexte social du patient peu décrit	23
2.5. Rééducation et diététique : des informations souvent absentes	25
2.6. L'heure tardive d'arrivée des patients dans les services	27
2.7. Lien avec les évènements indésirables déclarés.....	28
3 -Des impacts à plusieurs niveaux.....	29
3.1. Pour le patient.....	29
3.1.1. Son accueil : un moment clé sensible.....	29
3.1.2. Une qualité de prise en charge non optimisée.....	30
3.1.3. Un retour à domicile parfois différé	30
3.1.4. Des données transmises non sécurisées	31
3.2. Pour les professionnels.....	33
3.2.1. Des difficultés à anticiper l'arrivée du patient.....	33
3.2.2. Des ruptures de tâches, source de désorganisation et de stress	33
3.2.3. L'ordonnance de sortie : un risque de tensions sur toute la chaîne des soins.....	35
3.3. Pour les établissements de santé et le système de soins.....	36
3.3.1. Une orientation parfois inadaptée.....	36
3.3.2. Une durée moyenne de séjour augmentée.....	37
3.3.3. Conséquences financières	37

Jacqueline PILORGET

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2016-2017

DEUXIEME PARTIE

La coordination, vecteur d'un parcours de soins optimisé pour le patient âgé

1 -Les données de la littérature	39
1.1. La notion de coordination.....	39
1.2. La notion d'optimisation	39
2 -Les enjeux de la coordination : sécurité et fluidité	40
2.1. Pour le patient : être bien pris en charge au bon endroit, au bon moment.....	40
2.1.1. Une prise en charge sécurisée tout au long de son parcours de soins	40
2.1.2. Un parcours de soins en cohérence avec son projet de vie.....	41
2.2. Pour les professionnels : anticiper et réduire les sources de stress.....	42
2.2.1. Anticiper pour assurer une prise en charge globale de qualité.....	42
2.2.2. Réduire les ruptures de tâches, source de temps gagné et de sérénité.....	44
2.3. Pour les établissements et le système de santé : optimiser	45
2.3.1. Une confiance inter-établissements à consolider.....	45
2.3.2. Garantir la qualité des soins, gage de sécurité des patients et de certification.....	47
2.3.3. Optimiser les parcours.....	49
2.3.4. Sécuriser le transfert inter-établissements des données de santé	51
3 -Des préconisations d'actions pour optimiser le parcours de soins	52
3.1. Optimiser nos outils existants et nos organisations	52
3.1.1. Pour les dossiers des patients transférés en SSR	53
3.1.2. Pour les dossiers des patients transférés depuis les urgences.....	55
3.1.3. Fluidifier les parcours	55
3.2. Améliorer la connaissance inter-établissements.....	57
3.3. Evaluer nos pratiques et poser les cibles à atteindre	58
3.3.1. Pour les dossiers des patients transférés en SSR	58
3.3.2. Pour les dossiers des patients transférés depuis les urgences.....	59
3.4. Sécuriser les transferts de données.....	60
Conclusion.....	62
Bibliographie	66
Liste des annexes	69
Annexe 1 : liste des entretiens réalisés	I
Annexe 2 : grille d'entretien avec les professionnels de santé des établissements extérieurs au CHU	III
Annexe 3 : grille d'entretien avec les professionnels de santé du CHU	IV
Note réflexive.....	V
Bibliographie	XV

Jacqueline PILORGET

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2016-2017

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASUR-MIG	Anesthésie - SAMU - Urgences - Réanimation - Médecine Interne - Gériatrie
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DIM	Département de l'Information Médicale
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPI	Dossier Patient Informatisé
DQRU	Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIGAR	Filière Inter-hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise
GCS CAPPS	Groupement de Coopération Sanitaire - Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé Bretagne
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IQSS	Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins
IT	Interruption de Tâches
Maia	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORIS	Observatoire Régional de l'Innovation en Santé
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PMP	Projet Médical Partagé
PMSP	Projet Médical et Soignant Partagé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

Jacqueline PILORGET-

PTH	Prothèse Totale de Hanche
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SI	Système d'Information
SID	Système d'Information Décisionnel
SIH	Système d'Information Hospitalier
SLD	Soins de Longue Durée
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Introduction

Le Dossier Patient Informatisé (DPI) est au cœur de mon travail depuis octobre 2010 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, date à laquelle j'ai été nommée responsable de l'équipe paramédicale affectée en mission transversale à la mise en place du DPI. Cette équipe d'Appui à l'Informatisation des Unités de Soins est rattachée au Département d'Information Médicale (DIM) du pôle Santé Publique.

Ma mission, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, consiste, en lien avec les ingénieurs chefs projets informatiques, le médecin DIM chef projet, les cadres et cadres supérieurs des services concernés, à préparer et à organiser le déploiement du DPI dans les unités de soins, à en assurer le suivi et l'évaluation et à participer à la mise en place des mesures correctives nécessaires. Pierre angulaire de la sécurité, de la continuité et de la qualité de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins, le DPI est au centre de l'attention de tous les intervenants en charge de ce projet et des Directions concernées.

Le Comité Dossier Patient, auquel je participe, définit les actions prioritaires à mener dans le cadre de l'informatisation des services. Aujourd'hui, près de 90 % des services d'hospitalisation ont un dossier patient informatisé, en dehors des services d'hématologie, des réanimations et de la filière néonatale, services pour lesquels un plan d'informatisation spécifique est aujourd'hui acté.

Cette mission en transversalité, ma participation au Comité Dossier Patient et à la préparation de la certification de l'établissement, aux audits réalisés tant au niveau de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse que de l'utilisation du DPI me permettent d'avoir une bonne connaissance des pratiques d'utilisation du logiciel dans les services.

Aussi, pour mon stage, j'ai souhaité avoir une mission qui me permette une ouverture à l'extérieur du CHU. La création du Groupement Hospitalier de Territoire - Haute Bretagne (GHT - Haute Bretagne) le 30 juin 2016 me semble alors une opportunité intéressante pour interroger le parcours patient sur ce périmètre car elle m'offre un cadre précis pour une observation et me donne la possibilité de faire des liens avec mes missions actuelles.

Des échanges avec la Direction des Soins puis avec la Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers (DQRU) permettent de poser le thème de ma mission : la sécurisation du parcours patient lors des transferts inter-établissements au sein du GHT - Haute Bretagne. Un compte-rendu de réunion du GCS CAPPs Bretagne¹ - Groupement de Coopération Sanitaire 'Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en

¹ Ce Groupement de Coopération Sanitaire « Coordination pour l'Amélioration des Pratiques Professionnelles en Santé Bretagne » (CAPPs Bretagne), créé le 02/07/2013 sur décision de l'ARS, a pour mission d'accompagner les établissements membres à développer des démarches qualité et gestion des risques.

Jacqueline PILORGET

Santé Bretagne - de décembre 2016 met en effet en évidence la nécessité de « retravailler la check-list de sortie du patient lors d'un transfert pour une hospitalisation ou lors d'un examen². » La mission confiée est de faire un état des lieux des points de rupture dans les parcours de soins des patients, d'identifier les besoins de coordination auprès des acteurs et de faire des propositions d'actions pour fluidifier les parcours de soins à l'échelle du territoire. Cette mission répond à mon souhait d'ouverture en dehors du CHU.

Par conséquent, la question de départ peut être posée en ces termes :

- En quoi le parcours patient lors des transferts inter-établissements au sein du GHT Haute Bretagne est ou n'est pas optimisé ?

Les questions suivantes permettront d'apporter des éléments de réponse :

- Des ruptures dans les parcours de soins des patients lors des transferts inter-établissements sont-elles repérées ? Si oui, lesquelles ?
- Quels seraient alors les besoins de coordination ?
- Quelles actions pourraient être mise en place pour mieux coordonner les parcours de soins à l'échelle du territoire ?

Présentation de l'environnement

La population en Bretagne

Si le vieillissement de la population en France est aujourd'hui un phénomène bien identifié, les régions sont inégalement impactées par cette évolution démographique. En Bretagne, 10,3 % des habitants étaient âgés de 75 ans et plus en 2014, contre 9,1 % au niveau national. En Ille-et-Vilaine, cette population représentait 8,5 %, soit une proportion inférieure aux autres départements bretons. Cependant, avec plus d'un million d'habitants, c'est le département le plus peuplé et le nombre total des personnes de 75 ans et plus était de 87 149 en 2014³.

A partir de 2020, l'effet « papy-boom » va générer une augmentation plus importante en Bretagne qu'en France métropolitaine des personnes âgées de 75 ans et plus. Cette augmentation est due au nombre plus élevé de personnes âgées de 60 à 74 ans en Bretagne (15,7 %) qu'au niveau national (14,7 %) ainsi qu'à l'arrivée de nombreux retraités dans la région. A l'horizon 2030, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) prévoit une augmentation de 44 % de cette population par rapport à 2012 dans la région⁴. Cette augmentation conséquente de la population âgée de 75 ans et plus aura des impacts sur la consommation des soins dans la mesure où le nombre de

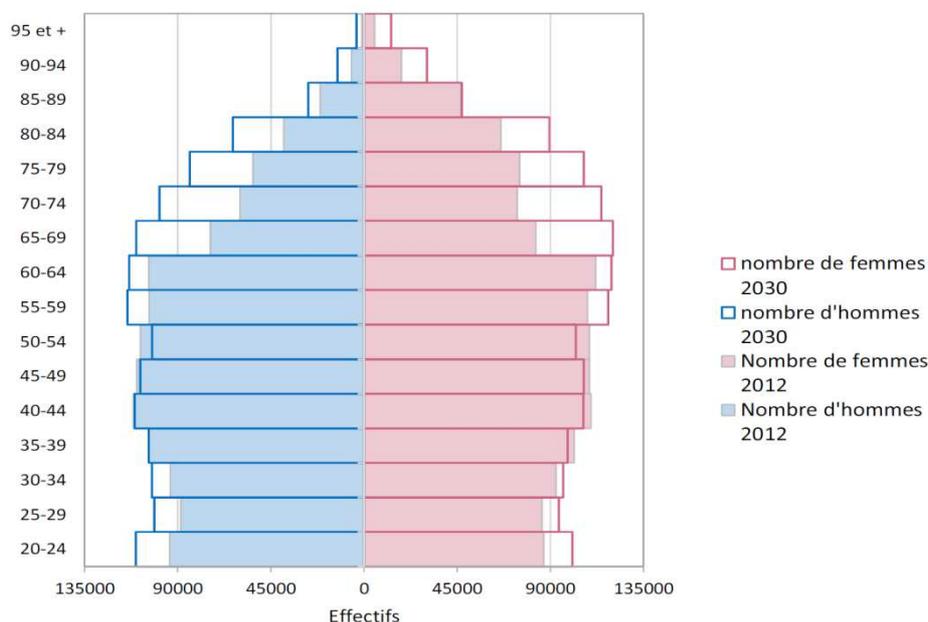
² Relevé de décision du 16 décembre 2016 - Réunion n° 5 - Territoire 5

³ Source INSEE 15 décembre 2015 : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288201#graphique-Figure_8

⁴ Source ARS mars 2016 : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2016-03%20-%20Rapports%20ARS%20Bretagne%20-%20Consommation%20PA.pdf>

personnes atteintes de pathologies chroniques continue à croître. La pyramide des âges établie par l'ARS met en évidence cette évolution populationnelle entre les années 2012 et 2030.

Pyramide des âges de la population bretonne en 2012 et 2030 (Figure 1)



Source : INSEE, Données de projection de population, modèle Omphale 2010 (scénario central) Exploitation ARS Bretagne⁵

Après avoir abordé la démographie en Bretagne et en Ile-et-Vilaine, nous allons présenter brièvement les établissements de santé du territoire n° 5 concernés par ce travail et leurs interactions.

Le Groupement Hospitalier de Territoire - Haute Bretagne

Le GHT - Haute Bretagne a été créé le 1er juillet 2016, conformément à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il correspond au territoire de santé n° 5 couvrant une population de 930 000 habitants, soit 28 % de la population bretonne. Il s'appuie sur 4877 lits et places répartis entre l'offre de soins aigus, l'hébergement en médico-social et les soins de suite et de réadaptation⁶. Il est constitué de 10 établissements publics de santé membres :

- Le CHU de Rennes, désigné comme l'établissement support
- Trois Centres Hospitaliers (CH) ayant une activité Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) :
 - le CH de Fougères
 - le CH de Vitré
 - le CH Intercommunal de Redon - Carentoir

⁵ Graphique issu du rapport de l'ARS « Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne » de mars 2016

⁶ Source : Projet Médical et Soignant Partagé du GHT - 30 mai 2017
Jacqueline PILORGET

- Six CH de proximité :
 - le CH de Janzé
 - le CH des Marches de Bretagne
 - le CH du Grand-Fougeray
 - le CH de la Guerche-de-Bretagne (en direction commune avec le CH de Vitré)
 - le CH de Montfort-sur-Meu (en direction commune avec le CHU)
 - le CH de Saint-Méen-le-Grand (en direction commune avec le CHU).

Groupement Hospitalier de Territoire - Haute Bretagne (Figure 2)⁷



Le GHT prévoit d'inclure les établissements publics et privés suivants en tant que membres associés :

- CH spécialisé Guillaume Régnier (établissement public). Il pilotera la filière santé mentale.
- Centre de Lutte Contre le Cancer - Eugène Marquis (établissement privé)
- Hospitalisation A Domicile 35 (HAD 35) (établissement privé)

L'organisation des parcours de soins et des filières, au bénéfice du patient, nécessite en effet de partager une réflexion commune avec ces établissements de santé.

Le Projet Médical et Soignant Partagé (PMSP), co-construit par l'ensemble des établissements parties du GHT doit permettre aux patients du territoire « un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et

⁷ Source : Projet Médical et Soignant Partagé du GHT - 30 mai 2017

graduée »⁸ conformément au Projet Régional de Santé, avec une offre de proximité, de recours et de référence. Ses objectifs majeurs sont de mieux répondre aux besoins de santé, de favoriser l'attractivité de l'exercice médical et soignant, de soutenir l'activité des établissements et d'associer les partenaires naturels à la mise en œuvre du projet médical. Ce PMSP se décline en sept orientations stratégiques territoriales qui visent à développer une stratégie de groupe public par une offre sanitaire et médico-sociale adaptée aux besoins de la population. Les dix filières de soins⁹ ont, elles, pour objectif de définir les parcours patients en précisant leur prise en charge sanitaire et médico-sociale, en complémentarité avec les différents acteurs de santé et le secteur médico-social. Trois fonctions médico-techniques vont également être organisées en commun : l'imagerie médicale, la pharmacie et la biologie.

Les coopérations sur le territoire de santé n° 5

Une politique de coopération inter-hospitalière largement développée existait déjà au niveau du territoire de santé n° 5 avant la création du GHT. De nombreuses conventions de coopération étaient signées, notamment dans 21 spécialités médicales et chirurgicales entre le CHU et les Centres Hospitaliers du territoire 5. Ces coopérations, via des postes médicaux partagés ou des activités de consultations permettent « une prise en charge spécialisée des patients au plus près de chez eux, tout en structurant la filière de recours vers le CHU »¹⁰.

La Filière Inter-hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise

Cette filière, qui répond aux besoins d'organisation de la prise en charge des personnes âgées entre les établissements de santé au niveau de l'agglomération est constituée des établissements suivants :

- Le CHU de Rennes
- Le Pôle Gériatrique Rennais, à Chantepie
- Le CH de Montfort-sur-Meu
- Le CH de Saint-Méen-le-Grand
- Le CH Guillaume Régnier, à Rennes
- Le groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve : Polyclinique Saint-Laurent à Rennes et Hôpital de Bain-de-Bretagne
- Le CH de Janzé

⁸ Source : Convention Constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire - Haute Bretagne, p. 10

⁹ Les dix filières sont les suivantes : Urgences et soins critiques, Gériatrie, Cancérologie, Gynécologie-obstétrique, Pédiatrie, AVC (Accident Vasculaire Cérébral)-Neurologie, Pathologies digestives, Appareil locomoteur, Cardio-pneumologie, Santé mentale

¹⁰ Source : Projet Médical et Soignant Partagé - 30 mai 2017, p. 7

Jacqueline PILORGET

Elle couvre 147 communes dans trois pays (Pays de Brocéliande, Pays de Rennes, Pays des Vallons de Vilaine). Le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus sur ces trois pays était de 43 904 en 2012¹¹.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes

Acteur économique majeur pour l'agglomération rennaise, le CHU est tout d'abord un établissement de santé de premier niveau. Il couvre l'ensemble des besoins de santé de la population à tous les âges de la vie. Sa capacité d'accueil de 1792 lits et places est répartie sur 5 sites. C'est aussi un établissement de référence et de recours pour la Bretagne et le Grand-Ouest, notamment dans des disciplines telles que la neurochirurgie, les greffes et la chirurgie cardiaque. En 2016, sur les 122 000 séjours enregistrés :

- 76 % des patients admis sont originaires d'Ille-et-Vilaine¹²,
- 15 % des patients proviennent des autres départements bretons,
- 7 % arrivent des départements limitrophes à la région.

Au total, 98 % de patients sont originaires du Grand-Ouest. Ces chiffres sont comparables à ceux de l'année 2015.

Plus de 400 000 consultations et plus de 100 000 passages aux urgences y sont recensés chaque année. En tant qu'établissement universitaire, des partenariats existent avec les unités d'enseignement et de recherche de la région et son pôle de formation des professionnels de santé compte neufs Instituts et écoles de formation paramédicale et maïeutique.

Méthodologie

Outre les lectures qui ont permis d'alimenter ma réflexion sur la notion de fragilité de la personne âgée, sur celle de parcours et de coordination, la méthodologie utilisée pour répondre aux questions posées s'appuie sur trois axes :

- une démarche exploratoire afin de circonscrire le sujet,
- une analyse de données dans deux champs : celui du Système d'Information Décisionnel (SID) du CHU et celui de la qualité avec l'analyse des évènements indésirables inter-établissements,
- une enquête sur le terrain dans les établissements accueillant des patients en aval du CHU, et au CHU afin de confronter les informations recueillies.

¹¹ Source : Convention Collective FIGAR, signée en décembre 2016 (Chiffres INSEE 2012)

¹² Chiffres du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) et du SID (Système d'Information Décisionnel qui regroupe les bases de données de suivi des activités de l'établissement)

Démarche exploratoire

La mission confiée sur la sécurisation du parcours patient lors des transferts inter-établissements au niveau du GHT présente un large périmètre qui nécessite dans un premier temps de repérer les différents parcours de soins des patients en amont et en aval du CHU et d'identifier les acteurs concernés. Il s'agit aussi de m'informer, non seulement sur les travaux initiés autour du parcours patient du fait de l'élaboration en cours du Projet Médical Partagé au sein du GHT, mais aussi des projets existants dans les pôles.

Afin de délimiter le sujet, je réalise un premier entretien exploratoire auprès du cadre supérieur du pôle Anesthésie, Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), Urgences, Réanimations - Médecine Interne, Gériatrie (ASUR-MIG) car le service des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes concentre une part non négligeable des interfaces avec les autres établissements de santé, en amont et en aval de la prise en charge des patients. En effet, sur les 120 000 séjours de 2015 et 2016, si une majorité des patients sont arrivés sur convocation de leur domicile (70,8%), plus d'un quart des patients ont fait leur entrée via les urgences (26,2%) et cette proportion représente un tiers des patients de 75 ans et plus (32,5%).

Les informations recueillies (mise en place d'une check-list de sortie des urgences, travail sur l'accueil des patients handicapés, organisation du SAMU pour les appels concernant des patients en soins palliatifs) m'orientent vers les cadres ayant participé à ces travaux ou en charge de ces secteurs afin de mieux cerner les périmètres de ces projets et d'éviter de faire ma recherche sur un sujet déjà en cours d'étude.

Concernant la mise en place d'une check-list de sortie des urgences, le cadre rencontré aux Urgences Médico-Chirurgicales Adultes m'informe des différentes étapes de ce projet. La check-list est en test depuis décembre 2016 et bénéficiera d'une évaluation à distance. L'équipe des cadres des urgences est en charge de ce projet qui ne nécessite donc pas une intervention de ma part.

La rencontre suivante, avec un cadre de la DQRU me donne des informations sur les travaux initiés dans le cadre de l'accueil de patients handicapés, tant en amont, qu'en aval des urgences mais il ne me semblait pas opportun d'intervenir dans ces groupes déjà constitués. Quant à l'entretien avec le cadre du SAMU, il me permet de comprendre comment le SAMU adapte son niveau de réponse lors d'un appel concernant un patient en soins palliatifs. Si l'organisation mise en place est perfectible, elle ne nécessite pas, pour le cadre, une action de ma part.

Ces entretiens exploratoires me donnent des informations sur les travaux en cours au niveau de l'Institution mais ne me permettent pas de délimiter clairement le périmètre sur lequel je peux intervenir. Un échange avec le cadre supérieur en charge du parcours patient au sein du CHU me permet de mieux comprendre son périmètre d'action. Des échanges informels

Jacqueline PILORGET

avec deux cadres de santé des établissements d'aval et avec deux ingénieurs qualité du CHU contribuent à nourrir ma réflexion autour de la sécurisation du parcours patient lors des transferts inter-établissements. Ils m'apportent des éléments mettant en avant des difficultés pour les équipes d'aval à obtenir le dossier complet des patients transférés, et des informations sur le flux des patients entre le CHU et ces deux établissements.

Je demande alors à la responsable du Système d'Information Décisionnel (SID) un accès à une base de données pour faire des recherches sur l'origine des venues des patients et sur leur devenir à la sortie du CHU afin d'avoir des informations probantes sur les transferts inter-établissements et de définir précisément mon champ d'action. Parallèlement, je fais une demande d'extraction des évènements indésirables inter-établissements à un ingénieur qualité.

Analyse de données

L'analyse des données réalisée s'appuie dans un premier temps sur une base de données du SID issue du Programme de Médicalisation du Système d'information (PMSI) et dans un second temps sur le champ de la qualité avec l'analyse des évènements indésirables inter-établissements autour du parcours patient.

Les données, comparables sur les années 2015 et 2016 sont les suivantes pour les admissions au CHU :

- 3, 5 % des patients proviennent des services Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Soins de Longue Durée (SLD) des établissements de santé extérieurs. La tranche d'âge des 75 ans et plus est dans la même proportion¹³.

Pour les sorties des patients, les chiffres sont les suivants :

- 90 % des patients repartent à domicile,
- 4,5 % des patients partent vers un service de médecine d'un établissement extérieur,
- 2 % environ sont transférés vers des services de SSR.

Pour la tranche d'âge des 75 ans et plus :

- 79,6 % sortent à domicile, soit un écart de plus de 10% par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés,
- 10 %¹⁴ sont transférés dans un service de médecine ou de chirurgie d'un autre établissement (soit plus 5,5% par rapport à l'ensemble des patients),
- 4,75 %¹⁵ sont orientés vers un service de SSR extérieur au CHU (soit plus 2,75 % par rapport à l'ensemble des patients) et moins d'1 % vont en Soins de Longue Durée (SLD).

¹³ Origine MCO : 2,8% ; origine SLD et SSR : 0,32% chacun.

¹⁴ Soit 2523 patients en 2015, et 2704 en 2016

¹⁵ Soit 1225 patients en 2015, et 984 en 2016

Au vu de ces résultats, je fais alors le choix d'orienter ma recherche vers les parcours des patients de 75 ans et plus orientés depuis le CHU vers les services de médecine et de SSR, ce qui représente 14,75 % des patients. De plus, ces patients représentent 18 % des admissions avec un âge moyen de 82,9 ans.

Le choix de repérer les patients de 75 ans et plus se justifie par le fait qu'ils présentent un plus grand risque de fragilité. En cas de rupture dans la transmission des informations, ils sont moins en capacité de donner au service d'aval les informations relatives à la continuité de leur prise en charge. Les patients orientés vers les services de SLD ou vers les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) représentent moins de 1 % des patients transférés, aussi je n'inclus pas cette population dans ma recherche. De plus, une première admission dans ces structures est souvent synonyme d'attente, ce qui laisse plus de temps à l'équipe soignante qui accueillera le patient pour préparer l'arrivée de l'usager en recherchant des informations auprès du service d'amont ou de la famille du futur résident.

Pour ce qui concerne le champ de la qualité, l'analyse des événements indésirables inter-établissements déclarés depuis avril 2015, date des premières déclarations, permet de repérer des ruptures dans le parcours de soins et un défaut de coordination dans certaines situations.

Redéfinition de ma mission

A ce stade, les différents éléments recueillis me permettent de préciser ma mission autour des transferts inter-établissements des patients âgés de 75 ans et plus vers les services de médecine et de SSR. La question de recherche peut donc être reformulée comme suit :

- En quoi les transferts inter-établissements des patients âgés de 75 ans et plus vers les services de médecine et de SSR d'aval sont ou ne sont pas optimisés ?
- Cette recherche sera traitée à partir des questionnements revus suivants :
- Existe-t-il des ruptures dans les parcours de soins des patients âgés de 75 ans et plus lors des transferts inter-établissements vers les services de médecine et de SSR ? Si oui, lesquelles ?
- Quels sont les besoins des équipes de soins accueillant ces patients ?
- Quelles actions peuvent être mises en place pour coordonner ces transferts ?

L'enquête sur le terrain

Après l'analyse des données, je rencontre assez rapidement la Directrice des Systèmes d'Informations (SI) du CHU afin de bien comprendre l'environnement technique actuel et les évolutions à venir avec la mise en place du GHT, notamment sur le Dossier Patient Informatisé car je risque d'être confrontée à des difficultés techniques sur le transfert des

Jacqueline PILORGET

données de santé inter-établissements des patients puisque les Systèmes d'Informations (SI) des établissements de santé ne communiquent pas entre eux. Cet entretien, très utile pour comprendre les possibles choix techniques de convergence des SI au sein du GHT, me confirme que mon champ d'action ne peut se situer sur ce volet technique au vu de la complexité du domaine. De plus, un groupe de travail est activé pour écrire le Schéma Directeur du Système d'Information du GHT, groupe qui présentera ses conclusions au 31 décembre 2017, comme prévu par la loi.

Les établissements enquêtés

Le repérage des établissements vers lesquels le CHU transfère le plus de patients a été fait à partir de la base de données du SID qui m'a permis de rechercher le nombre de transferts réalisés vers chaque établissement d'aval. J'ai alors fait le choix d'orienter l'enquête de terrain en direction des six établissements vers lesquels le CHU adresse le plus de patients en service de médecine et de SSR. Par ordre numérique, en 2015 et 2016, ce sont les établissements suivants :

- Le Pôle Gériatrique Rennais à Chantepie : 26,2 % des patients
- La Polyclinique Saint-Laurent à Rennes : 10 %
- Le Centre Hospitalier de Montfort-sur-Meu : 3,9 %
- Le Centre Hospitalier de Saint-Méen-le-Grand : 3,6 %
- Le Centre Hospitalier de Janzé : 3,5 %
- L'Hôpital de Bain de Bretagne : 4,8 %

Au total, 52% des patients de 75 ans et plus qui ne retournent pas à domicile à la sortie du CHU sont orientés vers ces six établissements.

S'ils ont des statuts différents, tous ces établissements sont membres de la Filière Inter-Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR).

L'organisation des entretiens

Pour rencontrer les professionnels des établissements, j'envoie une demande par messagerie aux Directeurs de Soins ou Directeur d'établissement en y joignant ma grille d'entretien. Je reçois rapidement une réponse positive de deux établissements avec les noms des cadres à contacter. Pour les établissements de Montfort-sur-Meu et Saint-Méen-le-Grand, j'informe la Directrice des Soins du CHU puisque ces établissements sont en direction commune. Deux établissements ne me répondent pas. Après mes relances, j'obtiens un rendez-vous avec le cadre responsable du parcours patient d'un établissement, sans pouvoir rencontrer des professionnels prenant directement en charge des patients. Pour l'autre établissement, je ne reçois pas de réponse. Je réalise alors mes entretiens dans cinq établissements.

Tous les cadres contactés acceptent d'emblée de me recevoir. Je rédige alors des ordres de missions que je fais valider par le Directeur de pôle afin de pouvoir me déplacer dans les établissements périphériques. Les rendez-vous fixés sont souvent reportés. Je priorise ces rendez-vous par rapport aux rendez-vous institutionnels prévus dans le cadre de mes missions. Un des cadres demande à une aide-soignante, un infirmier et un médecin de venir s'associer à notre échange. Un rendez-vous prévu avec un cadre se déroule au final avec le cadre et une infirmière. Enfin, lors d'un entretien, une infirmière interpelle un médecin libéral qui participe alors à l'entretien. Les informations concernant le volet social sont obtenues auprès des infirmières et des cadres, faute d'avoir pu rencontrer des assistantes sociales.

Au vu des informations recueillies, il me semble utile d'entendre aussi des professionnels du CHU dans trois domaines de la prise en charge du patient : la diététique, la rééducation et le volet social. Je contacte alors les cadres en charge de ces secteurs qui m'autorisent à joindre des professionnels. Les entretiens se déroulent par téléphone ou dans leur bureau. Je rencontre également, au niveau du CHU, la Directrice déléguée des établissements de Montfort-sur-Meu et Saint-Méen-le-Grand et une infirmière de la Cellule de Gestion des Lits qui m'apportent un autre regard sur les interactions entre le CHU et les établissements d'aval. Les deux chargées de mission de la FIGAR m'apportent des éléments sur la filière. Enfin, je contacte la pilote de la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia) du pays de Brocéliande pour obtenir des précisions sur ce dispositif.

Tous les entretiens sont menés dans une démarche de compréhension sous forme d'entretiens semi-directifs avec des questions ouvertes. Il me semble en effet essentiel d'aller à la rencontre des professionnels pour entendre leur vécu. La durée courte de certains entretiens, du fait d'une disponibilité parfois limitée des interviewés, a probablement eu un impact sur la qualité et la complétude du recueil de données. L'analyse des données est réalisée en suivant les thématiques des grilles d'entretien.

Les résultats obtenus sont présentés en deux parties. Dans la première, « Fragilité et parcours de soins du patient âgé de 75 ans et plus », après avoir présenté quelques données de la littérature, nous énoncerons les ruptures identifiées et leurs impacts. Puis, dans la seconde partie « La coordination, vecteur d'un parcours de soins optimisé », nous aborderons les enjeux de la coordination et apporterons des préconisations pour optimiser le parcours de soins des personnes âgées fragiles.

A la suite du verbatim utilisé, l'établissement d'origine sera précisé sous la forme « E1 ; E2 ; E3 ; E4 ; E5 ; E6 », signifiant Etablissement 1, Etablissement 2, etc... . Les cadres et cadres supérieurs sont indifféremment désignés cadre ou cadre de santé.

PREMIERE PARTIE

FRAGILITE ET PARCOURS DE SOINS DU PATIENT AGE DE 75 ANS ET PLUS

1 - Les données de la littérature

Après avoir délimité le périmètre de recherche, quelques données de la littérature vont permettre d'apporter un éclairage sur la notion de fragilité de la personne âgée et ses différentes approches ainsi que sur celle de parcours.

1.1. La notion de fragilité des personnes âgées

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la fragilité serait « un déclin progressif et lié à l'âge des systèmes physiologiques, ayant pour résultat de moindres réserves de capacité intrinsèque, conférant une vulnérabilité extrême au stress, augmentant le risque de survenue d'un ensemble de résultats de santé négatifs » (Bertillot, Bloch, 2016, p.109). Développée en Amérique du Nord, la notion de fragilité des personnes âgées a été reprise ensuite dans les autres pays industrialisés. De nombreux travaux ont cherché à préciser comment qualifier cet état instable et quel type d'évènement pouvait faire basculer la personne âgée fragile vers une perte d'autonomie. En fonction des acteurs qui gravitent autour de la personne âgée, la fragilité peut être regardée selon une approche biomédicale, sociale ou populationnelle.

L'approche biomédicale apporte plusieurs définitions de la fragilité à partir d'indicateurs physiques et biologiques. La Société Française de Gériatrie et Gérontologie apporte une définition de la fragilité associée au vieillissement qui semble consensuelle : il s'agit d'une « réduction multi-systémique des capacités physiologiques limitant l'adaptation au stress [...] (qui) se caractérise par un risque plus élevé de morbidité, d'hospitalisation, de déclin fonctionnel, d'institutionnalisation et de décès » (Gérard, 2015, p.37). Hervé Michel, pour sa part la définit comme « un état de faiblesse et un processus de fragilisation réversibles sur lesquels il serait possible d'agir dans une perspective de prévention » (Michel, 2012, p. 175). Repérer ce syndrome de fragilité est donc essentiel afin d'agir en amont de la perte d'autonomie. Si plusieurs outils basés sur des critères plus ou moins nombreux permettent d'évaluer ce risque, il n'existe pas de consensus.

L'approche sociale, de son côté, met en avant le parcours de la personne et cherche à comprendre comment les conditions de vie, la situation financière, le contexte familial et social peuvent être des facteurs qui accélèrent ou retardent les effets du vieillissement. La fragilité est ici vue comme un état qui peut se présenter sous différentes formes, en lien avec la vulnérabilité des personnes âgées. La vulnérabilité est définie par Lefeuvre-Darnajou

comme une « situation de fait causée par une précarité économique, matérielle, physique et/ou psychologique » (Bertillot, Bloch, op.cit. p.113). Cette approche multidimensionnelle intéresse notamment les acteurs travaillant dans le champ du social et de l'aide à domicile, et interroge la coordination des actions menées par les différents professionnels. Elle permet une analyse globale de la fragilité de la personne âgée. Pour Ennuyer, la fragilité est un « fait social et de santé publique » (ibid. p 113).

L'approche populationnelle, quant à elle, permet d'appréhender la fragilité comme un problème de santé publique. Au niveau épidémiologique, il s'agit alors d'en évaluer la prévalence, de définir les déterminants socio-économiques et d'anticiper les risques de complications. Au niveau économique, il s'agit, pour Rapp et Sirven « d'évaluer les coûts induits par la fragilité et de modéliser les réponses les plus efficaces à apporter en matière de politiques publiques » (ibid. p. 114). Cette approche permet à la fragilité de ne plus être le seul domaine des professionnels mais la positionne comme un motif d'action publique qui concerne tous les acteurs du champ de l'autonomie et un enjeu de l'organisation et du financement du système de santé (ibid. p. 114).

Nous pouvons donc retenir, dans le cadre de ce travail, que la fragilité est un état de faiblesse qui limite les capacités de résistance au stress et sur lequel il est possible d'agir afin d'éviter l'apparition de complications. Plusieurs facteurs peuvent influencer sur ce risque, d'où la nécessité de prendre en compte l'environnement de la personne.

Tous les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social sont donc concernés par la fragilité mais aussi l'action publique avec la mise en place de politiques en faveur des populations vulnérables. Quelle que soit l'approche initiale, repérer la fragilité des personnes âgées est essentiel afin de mettre en place des prises en charge adaptées lors des hospitalisations et tout au long de leurs parcours de soins.

1.2. La notion de parcours du patient

Apparu dans le Code de la Santé Publique en 2009 avec la notion de « non-respect du parcours de soins par le patient » (Bloch, Hénaut, 2014, p.97), c'est en janvier 2013 qu'un pas est franchi avec une déclaration faite par le premier ministre dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale de santé : « C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements » (ibid., p. 95). Le terme parcours est devenu d'usage courant dans la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui, dans son titre liminaire (article L.1444-1), précise que la politique de santé comprend notamment l'organisation des

parcours de santé. Dans son titre II « Faciliter au quotidien les parcours de santé », le terme parcours apparaît dans trois chapitres :

- Favoriser la structuration des parcours de santé (chapitre 1^{er})
- Mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé (chapitre III)
- Assurer la coordination du parcours patient (chapitre IV)

L'approche parcours englobe plusieurs niveaux comme le montre le schéma émis par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Le parcours de soins fait partie du parcours de santé, lui-même intégré au parcours de vie.

Les différentes notions de parcours (Figure 3)



Enjeu de santé publique, l'amélioration des parcours du patient est une priorité pour la Haute Autorité de Santé (HAS). Les Agences Régionales de Santé (ARS), en janvier 2017, précisent que « l'organisation en parcours permet de répondre au développement croissant des maladies chroniques et aux situations de perte d'autonomie qui impactent la vie quotidienne du patient¹⁶. »

Le parcours de soins, pour l'HAS, comprend « pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment » des « différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus, et autres prises en charge (médico-sociales mais aussi sociales). La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles [...] mais aussi les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués¹⁷. » Cette définition prend tout son sens dans le cadre de ce travail sur les transferts inter-établissements.

Le parcours de santé est résumé ainsi par Le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en 2012 comme un « parcours de soins articulé en amont avec la

¹⁶ <https://www.ars.sante.fr/index.php/organisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>

¹⁷ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf

prévention primaire et sociale, et en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile¹⁸. »

Cet accompagnement est particulièrement important pour les Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA). Déployé depuis 2014, le dispositif PAERPA, parcours de santé des aînés, est articulé autour de cinq actions : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles, mieux utiliser les médicaments. Il s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus dont l'état de santé peut s'altérer pour des raisons médicales et/ou sociales. Cette démarche a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie à la personne âgée le plus longtemps possible dans son cadre de vie habituel.

Le parcours de vie recouvre, pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, « le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne [...]. Cette notion [...] interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines (santé, éducation, formation, justice, [...] logement, emploi... etc...) et la façon dont elles parviennent (ou non) à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leur projet de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offertes (soins, accompagnement social et médico-social, ressources...) » (Bloch, Hénaut, op.cit. p.104).

Penser en terme de parcours fait donc changer de paradigme car cela implique de réinterroger le fonctionnement du système d'aide et de soins actuel. Le vieillissement est alors à raisonner comme un processus et non plus comme un état (Bloch, Hénaut, ibid. p.103). Cela suppose aussi « de penser la situation de chacun comme singulière [...] car chacun vit différemment la situation » (Bloch, Hénaut, ibid., p.104) et nécessite de prendre en compte dans sa globalité la personne dans toutes les dimensions de sa vie et non pas seulement son état de santé, pour lui assurer un parcours de soins harmonieux et éviter les ruptures de prise en charge.

Au total, nous pouvons dire que le parcours de soins fait partie du parcours de santé et du parcours de vie. Il nécessite l'articulation au bon moment de tous les professionnels amenés à prendre en charge le patient, ce qui implique anticipation et coordination afin de prendre en charge le patient dans sa globalité mais aussi dans sa singularité.

Après ce détour sur les notions de fragilité et de parcours, nous allons présenter les résultats de l'enquête sur les ruptures identifiées lors des transferts inter-établissements des patients.

¹⁸ Agence Régionale de santé (ARS), Lexique des parcours de A à Z, janvier 2016, p. 60

2 - Les ruptures ou risques de ruptures identifiés lors de l'enquête

Avant d'énoncer les ruptures, nous allons présenter la typologie des patients accueillis dans les établissements enquêtés et les représentations du terme rupture chez les professionnels rencontrés.

2.1. Typologie des patients accueillis en médecine et SSR

Les patients accueillis dans les services enquêtés sont pour une très grande majorité dans la tranche d'âge des 75 ans et plus, aussi les informations recueillies concernent bien la population ciblée. Un cadre de santé précise « *globalement, nous, on reçoit des patients avec une moyenne d'âge de 85 ans ici, donc ils sont tous fragiles et la tendance est d'avoir des gens de plus en plus dépendants depuis plusieurs années, et des gens avec des pathologies un peu plus complexes ou un peu plus évoluées* » (E3). Cette poly-pathologie est retrouvée dans les données du PMSI du CHU puisque les patients âgés de 75 ans et plus transférés vers un service d'aval de médecine et de SSR ont eu, pendant leur séjour d'hospitalisation, au moins 5,04 diagnostics codés. Ces données nous renvoient au vieillissement, processus naturel, défini par T. Fulop, A. Cohen, J. McElhaney and al comme « une succession de changements de plusieurs systèmes physiologiques inter-reliés, de manière simultanée ou parallèle, menant à un épuisement des réserves » (F. Béland, H. Michel, 2013, p. 52). La complexité des pathologies nécessite une vigilance dans le transfert d'informations, d'autant plus que, comme le confirme un cadre « *on a beaucoup de gens âgés avec des troubles cognitifs* » (E2). Pour ces patients, raconter leur séjour dans le service d'amont n'est pas toujours possible. Dès lors, la vigilance de l'équipe soignante s'impose dans la transmission du contenu du dossier des patients afin d'éviter des ruptures dans leur parcours de soins.

2.2. La rupture : représentations chez les professionnels

Nous n'avons pas retrouvé de définition du terme « rupture du parcours de soins ». Le Trésor de la Langue Française donne la définition suivante du terme rupture, au sens figuré : « Interruption qui affecte brutalement dans sa continuité la permanence d'un phénomène¹⁹. » La HAS évoque les notions suivantes « risques de ruptures ; éviter les ruptures de prises en charge ; éviter les ruptures de soin ». Il semble que la définition du terme « rupture de soins » ou « rupture du parcours de soins » semble aller de soi. Nous avons alors demandé aux professionnels leurs définitions du terme rupture de soins.

¹⁹ <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=969339915;>

Les résultats montrent que le terme « rupture de soins » fait appel, chez eux, à des situations variées qui vont du « manque » au préjudice :

« Les ruptures de parcours, c'est plutôt la décompensation, la fragilité médicale, la poly-pathologie... c'est quand même beaucoup lié à de la non prise en soins, non acceptation des soins ... tout ce qui touche aux histoires de famille ont un impact aussi sur le parcours patient ... auprès de la population âgée, je pense que l'aspect financier aussi, pour avoir un parcours cohérent et construit, il joue aussi un rôle prépondérant de plus en plus.. » (E1).

« Il n'y a pas vraiment de rupture puisqu'ils viennent directement des urgences... mais il y a un manque, je n'irais pas jusqu'au mot rupture... mais on pourrait améliorer » (E2).

« Ça va être des transports qui arrivent en retard.... par rapport à l'information aussi sur le départ, quand ils (les patients) n'ont pas trop eu l'information... ça fait rupture avec les équipes soignantes... ça fragilise un peu le parcours de soins » (E2).

« C'est un fait grave, oublier de nous dire tel traitement, de nous dire qu'il a une ERV [Entérocoque Résistant à la Vancomycine], ça peut porter préjudice au patient, mais aussi aux autres patients. Heureusement, c'est quand même rare » (E2).

« Quand il y a une date de sortie programmée et qu'il (le patient) fait un problème aigu, donc là il est souvent transféré aux urgences... ça dérègle tout parce que quand il revient, l'autonomie n'est plus pareille... il ne peut plus sortir, les familles paniquent, il faut qu'on augmente les aides... » (E3).

« Quand le patient se retrouve dans un service qui ne devrait pas être... je pense qu'il y a une rupture car les infos ne suivent pas » (E5).

« Une transmission non faite ... sur les examens, le traitement médical, c'est un manque... et aussi s'il y a quelque chose qui a été mal fait » (E6).

« Je pense qu'on a plein de couacs parce qu'on ne prépare pas bien le post soin, la sortie... ... on devrait être plus lisible dans ce qu'on a fait, dans ce qu'il faut faire » (E6).

Nous pouvons donc constater que chaque professionnel a sa propre représentation d'une rupture dans le parcours de soins du patient. Dans le cadre de ce travail, en faisant référence à la formule « le bon patient, au bon endroit, au bon moment » et à la définition de la HAS qui précise que le parcours de soins nécessite anticipation, coordination et échanges d'informations, nous conviendrons que la rupture dans le parcours de soins ne permet pas d'assurer, en toute sécurité, une bonne continuité de la prise en charge globale du patient du fait d'une mauvaise orientation, d'un défaut d'anticipation ou d'un défaut de transmissions de ses données de santé.

Après cette définition, nous allons présenter les résultats de l'enquête de terrain. Des ruptures ou risques de rupture dans les parcours de soins sont identifiés dans chaque

établissement enquêté. Cependant, les professionnels rencontrés précisent que tous les patients ne sont pas concernés. Les ruptures ou risques de rupture repérés concernent la prise en charge médico-soignante, sociale, rééducative.

Après avoir énoncé la gestion du dossier du patient au CHU, les ruptures identifiées sur le volet médico-soignant seront présentées séparément pour les services de médecine et de SSR du fait de l'origine des patients car les difficultés rencontrées par les professionnels sont différentes, tandis qu'elles seront regroupées sur le volet social et la rééducation. Nous aborderons également les risques inhérents aux horaires d'arrivée des patients. Enfin, un lien sera fait avec l'analyse des événements indésirables inter-établissements.

2.3. Un dossier médico-soignant souvent incomplet

Les résultats recueillis montrent d'une part que la situation est différente selon l'origine des patients : ceux qui sont admis dans les services de médecine arrivent le plus souvent des urgences, alors que les patients hospitalisés en SSR sont transférés depuis un service d'hospitalisation. La gestion du dossier patient est différente dans ces deux situations. Lors de l'arrivée d'un patient aux urgences du CHU, un dossier est ouvert dans le logiciel Résurgences. Lors du transfert, en fonction de l'organisation mise en place avec l'établissement receveur²⁰, une partie du dossier est faxée ou non avant le départ du patient puis le dossier complet est imprimé et adressé avec le patient lors de son transfert dans le service de médecine. Pour les patients admis en SSR, la demande est faite préalablement par le service demandeur dans DxCare (DPI des services cliniques) et transmise aux établissements receveurs via l'Observatoire Régional de l'Innovation en Santé (ORIS)²¹, un outil d'orientation des patients entre les établissements de santé. La demande est visible par tous les établissements sollicités pour accueillir le patient. La fiche de demande, saisie dans le logiciel DxCare, peut être mise à jour autant que de besoin en fonction de l'évolution du patient. Le service potentiellement receveur peut demander au service émetteur des compléments d'informations sur l'état du patient via ORIS. Le dossier du patient, imprimé à partir de DxCare, accompagne le patient lors du transfert.

Après ces précisions concernant les différences d'organisation de la transmission du dossier patient au niveau du CHU, nous allons aborder les difficultés rencontrées par les professionnels des services d'aval en médecine et en SSR.

²⁰ L'infirmière de la cellule de gestion des lits précise que « avec les établissements périphériques, on ne travaille pas de la même façon, il y a des établissements périphériques qui ne demandent pas le fax, et c'est juste l'appel téléphonique avec la présentation du patient entre médecins, donc en fait, il n'a pas besoin d'avoir le dossier parce qu'il vient d'avoir toutes les transmissions médicales par téléphone » (E6).

²¹ Porté par le Groupement de Coopération Sanitaire e-Santé, ORIS est mis à disposition de tous les établissements de santé bretons ayant une activité MCO, SSR, et/ou HAD (Hospitalisation A Domicile)

2.3.1. En médecine : un dossier difficile à exploiter

Les dossiers considérés ici concernent les patients en provenance des urgences. Les plaintes des établissements d'aval se situent principalement à quatre niveaux :

- la difficulté à déchiffrer le dossier transmis
- l'absence d'ordonnance de sortie,
- des éléments manquants nécessaires à la continuité de la prise en charge : résultats de laboratoire, radiographies, électrocardiogramme (ECG),
- et dans une moindre mesure, le manque de courrier de sortie des urgences.

Ce qui semble assez paradoxal, c'est le fait que le dossier « complet » transmis peut générer une difficulté à trouver les informations pertinentes pour la continuité des soins. Une infirmière explique : « *On a un dossier faxé à la base qui est assez intense. Donc quand ils (les patients) arrivent après, on se retrouve avec un dossier administratif, un dossier médical et un dossier paramédical plus le fax, donc moi je trouve qu'à chaque fois, ça fait des tonnes d'info qui sont répétées dans tous les dossiers, des infos inutiles il faut faire le tri, mais il faut vraiment regarder quand même parce qu'il y a des infos importantes entre chaque paragraphe...* » (E3), mettant ainsi en avant les difficultés à retrouver rapidement les informations importantes et le risque d'avoir manqué une donnée essentielle. Un médecin généraliste confirme que « *au final, il y a tout de noté, c'est intéressant pour la traçabilité ... mais autrement quand on cherche une information, c'est absolument horrible* » (E5). Un constat identique est fait par un cadre de santé qui résume ainsi la situation : « *il est évident que le dossier des urgences qu'on nous envoie actuellement, qui n'a pas de synthèse d'hospitalisation, c'est un vrai problème* » (E4).

Cependant, dans un établissement où le dossier d'entrée des urgences est vu d'abord par le médecin du service, celui-ci précise que le dossier « *est trop complet pour nous, on a toutes les trans (transmissions) médicales et paramédicales mais dans le médical, il y a tout et dans le paramédical, il y a des choses qui sont déjà dans le médical ... on s'en sert rarement mais..... après, celui-là ne me dérange pas, il est très complet s'il est bien rempli* » (E2). L'infirmier de ce service, de son côté, explique que « *c'est plus les médecins qui sont impactés parce que nous, on va monter notre dossier de soins avec les éléments qu'on va avoir et puis c'est vrai qu'on va partir tout de suite au chevet du patient et pendant ce temps-là, le médecin, lui, épiluche les infos reçues et va appeler le CHU pour récupérer des informations* » (E2).

Nous constatons donc que l'utilisation, dans les services de médecine d'aval, du dossier transféré depuis les urgences dépend en partie de l'organisation médico-soignante et du niveau de présence médicale du service receveur.

Dans le dossier transmis, l'ordonnance de sortie est souvent absente, ce qui met en difficulté les équipes d'aval. Une infirmière précise que « *quand il n'y a pas d'ordonnance de sortie, c'est au moins je pense un dossier sur deux, il faut lire tout ce qui s'est passé pendant 48 heures aux urgences pour essayer de comprendre les traitements qui ont été induits pendant les 48 heures ... ça pose quand même problème quand on n'a pas d'ordonnance de sortie* » (E5). Une autre précise : « *on a des tonnes de papier mais au final, il manque toujours l'ordonnance médicale, ce qui nous, nous intéresse et ce qui intéresse le médecin...* » (E3), tandis qu'un médecin confirme que « *souvent il n'y a pas d'ordonnances* » (E2).

Le dossier transmis, difficile à exploiter et sans synthèse, ainsi que l'absence d'ordonnance de sortie présentent donc un risque de rupture dans la continuité des soins au patient.

D'autres éléments sont signalés comme souvent absents du dossier alors qu'ils contribuent aussi à la continuité de la prise en charge du patient. Médecins et infirmières s'accordent sur le fait que les résultats des examens biologiques sont toujours absents du dossier transmis, et parfois aussi les radiographies et l'électrocardiogramme (ECG). Un médecin précise que « *sur les urgences du CHU, ce qui manque le plus souvent, c'est la biologie ... les résultats de biologie du passage aux urgences, et les radios, ça c'est moins souvent* » (E2). Une infirmière confirme également « *ce qui manque aussi ... l'ECG a été fait, la biologie a été faite mais on n'a pas les résultats de la biologie ... et on n'a pas l'ECG... on n'a pas le tracé en fait...* » (E3). L'absence des résultats de ces examens peut entraîner des retards dans les décisions médicales à prendre, ce qui peut être préjudiciable pour le patient. Elle expose à un risque de non qualité de la prise en charge et met en difficulté les professionnels des services d'aval.

L'absence de compte-rendu ou courrier de sortie des urgences est également pointée par les professionnels même s'ils mesurent la difficulté pour un service d'urgence de faire sortir les patients avec un courrier médical. Le médecin libéral annonce : « *en général, on a le dossier médical, point, et on se débrouille avec ça ... on n'a pas de courrier, c'est le dossier médical qui fait office de courrier, après je me doute qu'aux urgences, ils (les médecins) n'ont pas le temps, mais si ils (les patients) viennent de l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée), ils ont peut-être le temps de faire un petit courrier rapide* » (E5). Les infirmières « se débrouillent » également avec les conclusions du dossier comme l'explique l'une d'entre elles : « *on n'a pas de courrier médical..... il faut vraiment aller piocher les infos à gauche à droite ... après aux urgences je pense que ce n'est pas trop faisable parce qu'ils (les patients) ne restent pas trop longtemps... il y a une toute petite conclusion sur trois lignes qui résume tout le dossier, moi en général, je ne prends que ça* » (E3), ce que confirme une autre infirmière « *il y a quand même toujours une petite conclusion du sénior* » (E5).

2.3.2. En SSR : un dossier peu mis à jour

Pour les patients admis en SSR, tous les cadres s'accordent sur le fait que la mise en place de l'outil ORIS a facilité l'organisation de l'admission des patients : « *ORIS fonctionne bien mais ça n'empêche pas les coups de téléphone* » (E5) ; « *avec ORIS, ça a quand même amélioré les choses parce qu'on n'a plus 36 acteurs sur le même dossier... ça arrive encore quelquefois mais c'est plus rare* » (E4) ; « *il y a une chose qui se passe très bien aujourd'hui, c'est qu'on a la fiche de demande d'admission qui nous arrive via ORIS* » (E2).

Cependant, des difficultés récurrentes sont mises en avant à l'arrivée du patient :

- une qualité variable de remplissage de la fiche
- un écart entre la description du patient faite dans la fiche ORIS et l'état clinique du patient à son arrivée
- une qualité variable des informations contenues dans le dossier transmis,
- des futurs rendez-vous d'examens ou de consultations non transmis ou imprécis,
- un courrier médical parfois manquant.

La majorité des cadres déclarent que la qualité de remplissage de la fiche est « *personne dépendant* ». Un cadre explique « *ça dépend qui la remplit, c'est personne dépendant...parfois, on n'a pas tous les antécédents parfois, ce n'est pas clair ... moi, je refais une demande d'information sur ORIS, ça ne répond pas forcément...* » en précisant « *parfois, on ne nous vend pas la réalité* » (E4). Pour un seul cadre, la fiche ORIS « *en ce qui concerne le CHU, elle est plutôt très fiable, ça fonctionne très bien... j'ai toutes les informations sur le traitement, donc le plus souvent, j'ai suffisamment d'éléments* » et elle précise : « *il en va de la rigueur de celui qui la remplit* » (E2). Cet écart avec les autres cadres sur la qualité de remplissage de la fiche peut confirmer cette notion de « *personne dépendant* » dans la mesure où les patients admis dans ce service sont souvent en provenance des mêmes services du CHU. Il peut aussi questionner le niveau de qualité attendu et les capacités d'accueil des services d'aval. Ce cadre explique en effet que si la fiche ORIS n'est pas bien remplie, au vu du nombre important de demandes arrivant chaque semaine, le dossier n'est pas sélectionné.

Concernant le décalage entre les informations saisies dans la fiche et l'état clinique réel du patient le jour de son arrivée, une infirmière explique : « *On s'aperçoit déjà, première problématique, qu'il y a beaucoup de différence entre les demandes qui nous sont envoyées 8 jours avant et l'arrivée du patient* » (E5). Ce décalage met en difficulté les équipes d'aval et peut être source de rupture dans la continuité des soins, notamment dans l'administration du traitement médicamenteux si l'ordonnance de sortie est différente du traitement noté sur la

fiche de demande. En effet, l'établissement d'aval ne dispose pas de toutes les spécialités pharmaceutiques et a donc besoin d'un temps pour récupérer un médicament non disponible dans sa pharmacie. Une autre infirmière confirme « *des fois, les fiches dates de 10 jours, 15 jours, donc ce n'est même pas la peine que je m'y fie ça dépend de la date* » (E3).

Quant aux informations présentes dans le dossier transmis lors du transfert du patient, là encore, les résultats de l'enquête montrent qu'elles sont de qualité variable. Tous les éléments utiles à la connaissance du patient et à la continuité des soins ne sont pas toujours présents. Un cadre précise : « *on a parfois des données uniquement médicales et au niveau des données paramédicales, c'est parfois succinct* » (E3). Pour le suivi des soins infirmiers, les informations recueillies auprès des infirmières ne permettent pas de dégager une tendance précise. Pour certaines, l'information est suffisamment précise « *quand on a les transmissions qui sont faites* » (E2). Pour d'autres au contraire, le niveau d'information est insuffisant pour « *poursuivre correctement une prise en charge* » (E4). Le niveau d'exigence attendu par les infirmières des services d'aval pourrait être interrogé pour expliquer ces écarts. Pour une infirmière : « *on a parfois des patients qui arrivent sans document d'entrée ... la plupart du temps, c'est soit on a tout, soit on a rien* » (E2). Seul ce témoignage fait part de l'arrivée de patients sans aucun document de liaison.

Par contre, les infirmières s'accordent sur le fait que « *les bilans gériatriques sont très détaillés* » (E4), limitant ainsi les risques de rupture dans le parcours de soins du patient âgé et permettant ainsi une prise en charge globale du patient.

Un risque de rupture identifié concerne les rendez-vous médicaux nécessaires au suivi des patients, que ce soit pour des examens (radiologie, échographie, scanner, etc...), des consultations avec un médecin au CHU ou des rendez-vous prévus auprès de spécialistes en ville, en amont de l'hospitalisation. Les services d'aval reçoivent régulièrement les patients avec des informations partielles pour des rendez-vous pris « *on a des dates de consultation ... mais j'ai pas l'heure, j'ai pas le lieu de rendez-vous* » (E3), ou un rendez-vous à prendre au CHU sans éléments précis, ce qui les met en difficulté, comme l'expliquent les infirmières : « *des fois on a 'sera revu ou aura une radio de contrôle' et on n'a pas la date de radio* » (E3) ; « *chose aussi qui arrive très souvent, ils [les patients] arrivent sans leur rendez-vous, c'est... 'prévoir un rendez-vous d'écho-doppler dans une semaine' alors qu'ils viennent du CHU et qu'il faut rappeler le CHU, ça c'est vraiment gênant pour nous car on se dit que le service d'origine aurait pu prévoir au moins le premier rendez-vous...* » (E4), « *sachant que nous, hôpital de proximité, on ne sera pas prioritaire, donc ça reporte à loin* » précise le cadre de santé présent (E4). Une autre infirmière confirme « *les dates de rendez-vous, très régulièrement ça ne suit pas...* » (E2).

Les rendez-vous sont aussi parfois envoyés au domicile du patient, ce qui peut être une source de rupture dans son parcours de santé, comme l'évoque une infirmière « *...ou encore c'est des convocations qui arrivent au domicile du patient, des patients qui sont hospitalisés chez nous, la convocation arrive au domicile, y'a pas forcément quelqu'un qui va chercher le courrier du patient, du coup on a soit la convocation trop tard, soit on loupe le rendez-vous parce qu'on n'a pas eu la notion des rendez-vous qui ne sont pas forcément en lien avec l'hospitalisation...* » (E2). Ce constat est fait par toutes les infirmières rencontrées, mais aussi par les cadres de santé. Ces exemples illustrent bien que le parcours de soins tel que défini par l'HAS avec « le juste enchaînement et au bon moment » des différentes interventions professionnelles liées directement ou indirectement aux soins n'est pas encore une réalité pour tous les patients.

Enfin, concernant le courrier médical de sortie, un médecin déclare « *quand ils (les patients) viennent d'un service du CHU, c'est fréquent qu'on n'ait pas de courrier médical ... en médecine, on a des courriers, on a au moins un petit mot ... en chirurgie, il suffit que l'interne soit au bloc au moment où le patient part et on n'a rien* » (E5). Une infirmière précise que « *en général, le courrier est présent ou il va suivre* » mais « *le médecin le demande* » (E3) car il en a besoin pour prendre en charge le patient dès son arrivée.

Après avoir identifié les éléments du dossier médico-soignant, nous allons présenter les ruptures ou risques de rupture en lien avec le contexte social et le volet rééducation.

2.4. Le contexte social du patient peu décrit

Que ce soit pour les patients admis en médecine ou ceux admis en SSR, tous les professionnels se rejoignent pour dire que les informations concernant le contexte social du patient sont souvent incomplètes, voire inexistantes. Un cadre de santé explique que « *...tout ce qui est devenir présumé, c'est un peu négligé, or pour un SSR, c'est important ..., c'est quand même ce qui nous préoccupe ... après, tout dépend combien de temps aussi le patient est resté dans le service qui a rempli la fiche* » (E3). Une infirmière explique : « *... il y a des briques quand même ' vit seul, a une aide-ménagère ' mais alors laquelle ? ... on a assez peu de transmissions du service social ...* » (E5). Un cadre de santé confirme « *sur le plan social, c'est parfois pas aussi fouillé que l'on voudrait sur la fiche ORIS, ... j'aime bien quand l'équipe me met l'entourage du patient ... parfois, je n'ai pas l'information ... c'est aussi très important de me signifier l'état antérieur du patient* » (E2). Deux autres cadres précisent « *à partir du moment où les patients sont du coin, on va les prendre ... cependant, si on pouvait nous aider un peu dans l'élaboration du projet social, nous dire s'il y a une demande d'APA [Aide Personnalisée d'Autonomie] en cours ...* » (E5) ; « *dans beaucoup de dossiers ... on nous a communiqué par oral ou à l'écrit que le patient avait été vu par l'assistante*

Jacqueline PILORGET

sociale et puis derrière, nous, on n'a pas de communication de ce qui s'est dit, de ce qui s'est fait, de ce qui a été commencé, et de ce qui n'est pas fini » (E3), ce qui ne facilite pas la continuité du parcours du patient en aval du SSR.

Un cadre d'un service de médecine signale qu'il manque souvent des informations « *sur le devenir, le projet, les personnes à contacter, des fois, on met une semaine à avoir une personne à contacter ... ce qui nous manque bien souvent, c'est la partie sur le contexte de vie...* (E1), ce qui est confirmé par un autre cadre qui accueille des patients en provenance des urgences : « *il manque souvent la problématique sociale » (E2).*

Dans les situations évoquées par ces professionnels, les informations transmises aux services d'aval permettent difficilement d'organiser un parcours de soins optimisé et articulé « en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à Domicile »²² comme le préconisait le Ministère des Affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes en 2012. En effet, la connaissance du contexte de vie du patient est essentielle pour anticiper son projet de sortie dès son admission.

Les deux assistantes sociales rencontrées au CHU expliquent, de leur côté, leur mode d'organisation. L'une d'elle, qui prend en charge des patients transférés vers les services de médecine, confirme qu'elle ne fait pas de lien avec les services d'aval « *moi, je n'en fais aucun avec les établissements »*, sauf si elle fait une demande d'EHPAD « *on informe que ça a été fait mais... si vous dites qu'il y a des demandes d'EHPAD faites, ça veut dire qu'il n'est pas inscrit depuis longtemps... on a un risque de refus » (E6).* Elle précise aussi que dans le logiciel Résurgences, le dossier « assistante sociale » ne s'imprime pas automatiquement avec le dossier médical et paramédical, ce qui ne facilite probablement pas l'envoi au service d'aval. Une action supplémentaire est nécessaire pour imprimer cette partie du dossier.

Sa collègue qui prend en charge principalement des patients transférés vers les SSR, précise qu'au contraire, elle transmet toutes les informations dont elle dispose « *moi, j'anticipe toujours, j'appelle la collègue ou la collègue des fois va m'appeler » (E6)* et ajoute « *on n'a pas de fiche de liaison particulière, c'est la cadre qui instruit la demande de SSR sur ORIS »* et qui va « *résumer un peu »* la prise en charge sociale (E6) et « *entre collègues, on va travailler le relais plus précisément » (E6).* Elle précise qu'elle fait ce lien par contact téléphonique ou par mail. Elle déplore, de son côté, les exigences des services d'aval « *il faudrait presque que j'apporte tout sur un plateau avant qu'il (le patient) ait mis un pied en SSR.... tout n'est pas forcément simple à anticiper... » (E6).*

Les organisations, très différentes, de ces deux professionnelles interrogent mais la typologie des patients et celle des services n'étant pas identiques, elles ne peuvent être comparées.

²² Agence Régionale de Santé (ARS), Lexique des parcours de A à Z, janvier 2016, p. 61

Par ailleurs, nous notons un écart entre les informations recueillies auprès des services d'aval et celles recueillies auprès de l'assistante sociale qui prend en charge des patients transférés en SSR. De nouveaux entretiens auraient sans doute permis d'apporter des éléments de réponses car ce seul témoignage ne permet pas de refléter l'ensemble de l'organisation du service social du CHU.

Se pose aussi la question de la limite des missions de l'assistante sociale du service d'amont puisqu'un cadre d'un service d'aval précise « *globalement, à partir du moment où on a trouvé une place (d'aval), le projet social ne continue pas ... c'est ça le problème* »(E5), tandis que l'assistante sociale du CHU précise « *il faut mesurer la temporalité que vous avez, la temporalité par rapport à un projet qui est décidé avec un patient, qu'est-ce qu'il est prêt à engager ou pas... est-ce que c'est le bon moment ? est-ce que c'est trop aigu ?, c'est une analyse de tous les jours* »(E6).

2.5. Rééducation et diététique : des informations souvent absentes

Le volet de la rééducation concerne les patients admis en SSR. Pour tous les professionnels des établissements d'aval, il y a unanimité : ils n'ont pas d'information sur la rééducation initiée. Les infirmières expliquent : « *les transmissions kinés, on n'en a jamais.... du coup on ne sait pas s'ils (les patients) ont l'appui ou pas...* » (E4) ; « *au niveau autonomie, on n'a jamais de transmissions des kinés, dans vos services, les kinés ne font jamais de transmissions pour les sorties* » (E5) et le médecin confirme « *les kinés, je suis d'accord avec vous, on n'a jamais d'informations sur ce qu'ils ont fait* » (E5).

Les trois kinésithérapeutes interrogés au CHU confirment qu'ils ne transmettent pas d'informations au service d'aval lorsque le patient part en SSR. Ils expliquent que les actes de rééducation réalisés pendant le séjour au CHU sont tracés dans le DPI du patient et donc accessibles au médecin pour son compte-rendu, ainsi qu'à l'infirmière pour faire les transmissions de sortie. Pour eux, le kinésithérapeute du service d'aval fera un bilan lors de l'arrivée du patient et adaptera sa prise en charge en fonction du résultat de ce bilan.

Il existe donc là une réelle rupture dans la continuité des soins concernant les informations sur le niveau acquis par le patient dans sa rééducation, lors de sa sortie du CHU. Sans transmissions, et en attendant le bilan fait par le kinésithérapeute, l'infirmière n'a pas d'information pour accompagner le patient dans sa mobilité. Ce défaut d'information est d'autant plus préjudiciable pour le patient si celui-ci est admis un vendredi après-midi dans le service d'aval qui ne dispose pas de kinésithérapeute le week-end. La qualité des informations transmises par l'infirmière du service d'amont sur l'autonomie du patient et/ou le courrier de sortie médical peuvent compenser partiellement cette rupture.

Concernant la prise en charge diététique du patient, les avis sont assez convergents. L'information est peu présente dans le dossier transmis lorsque le patient n'a pas de régime particulier, « *ce qu'on n'a pas souvent et qu'on aime bien savoir à l'arrivée du patient, c'est par exemple si le patient, il a un régime ... si c'est un régime mixé ou alimentation normale* » (E3). Par contre, lorsqu'un régime particulier est prescrit, l'information est transmise « *... s'il y a un régime particulier, on a eu récemment quelqu'un qui avait un régime sans gluten, donc ça en général, on a l'info, vraiment quand il y a des régimes particuliers, on les a* » (E5).

Les trois diététiciennes interrogées au CHU rapportent des organisations différentes dans la transmission d'information aux services d'aval.

L'une d'entre elle précise que « *dans les 90 % des cas, je les appelle, c'est plus simple, sauf si c'est une prise en charge très simple... très simple, c'est rajout de compléments alimentaires ou une collation* ». Dans ce cas, elle note les informations manuscrites sur la feuille de transmissions des infirmières. Elle précise par ailleurs qu'elle connaît bien ses collègues d'aval et qu'elle n'hésite pas à les contacter. Avec ses collègues de bureau, elle s'est constitué un « *annuaire* » mais « *dans le bureau à côté, je ne sais pas trop à vrai dire... je sais plus effectivement le fonctionnement de mon groupe où on est cinq diététiciennes où on s'auto-remplace...* » (E6), ce qui interroge directement le cloisonnement au sein même d'un groupe professionnel.

Les autres expliquent qu'elles transmettent les informations nécessaires par écrit mais qu'elles n'ont plus la visibilité de la date de sortie du patient depuis la mise en place au CHU d'un nouvel outil de gestion des lits et qu'elles ont des difficultés à anticiper le transfert.

Une diététicienne précise que, sauf dans des cas très particuliers de régime, « *au-delà de 75 ans et surtout 80 ans, généralement, on ne fait plus de régime restrictif... on a plus de crainte sur le risque que le patient a de se dénutrir* » (E6), ce qui peut expliquer le fait que l'information est transmise uniquement lorsque la diététicienne prend en charge le patient pour un régime spécifique, mais ce mode de fonctionnement ne semble pas connue par les infirmières des services d'aval.

Deux cadres signalent cependant que l'état nutritionnel du patient n'est pas toujours présent dans le dossier transmis, et l'un d'eux précise qu'aujourd'hui « *l'état nutritionnel fait partie des éléments importants qu'on regarde chez la personne âgée et ça demande d'avoir des éléments, d'avoir un poids ... c'est pas toujours transmis* » (E2).

Après avoir présenté les ruptures dans la prise en charge rééducative et les modalités de transmissions sur le volet diététique lors des transferts inter-établissements des patients, nous allons énoncer les risques de ruptures dues à l'heure d'arrivée tardive des patients dans le service d'aval.

2.6. L'heure tardive d'arrivée des patients dans les services

Les différents éléments apportés par l'enquête de terrain mettent en évidence que le parcours de soins du patient n'est pas toujours un long fleuve tranquille. Que ce soit pour les patients accueillis en médecine ou en SSR, un élément peut majorer à lui seul les risques de rupture dans le parcours du patient et tous les professionnels rencontrés partagent le même avis sur cet élément essentiel pour eux : l'horaire d'arrivée du patient dans la structure d'aval.

C'est un des aspects évoqués presque systématiquement : « *nous, on a des limites temps pour recevoir les gens, nous ici on partage une pharmacienne avec le CH de et si on veut se faire délivrer des médicaments, il faut que l'on ait la bonne ordonnance et qu'on transmette dans des délais raisonnables parce qu'on n'a pas de pharmacie 24 sur 24... si on n'a pas ces données-là, on ne peut pas aller beaucoup plus loin et on va mettre en difficulté toute l'équipe* » rapporte un cadre (E3). Un autre cadre précise que ce qu'il attend, « *c'est qu'on tienne compte des contraintes de l'établissement receveur pour faire admettre le patient, on va s'entendre sur l'heure d'entrée, si on arrive à s'arranger sur 11h du matin, il arrive entre 11h et midi mais pas à 15h* » (E5). Tous les établissements ont fait part de leurs difficultés lorsque les patients arrivent en fin d'après-midi car la pharmacie ferme souvent à 17h et le niveau de présence médicale est variable en fonction des organisations. Lorsque le dossier transmis n'est pas complet, le délai nécessaire à la récupération des informations manquantes a plus d'impacts sur la prise en charge du patient et sur leurs organisations que si le patient arrive en fin de matinée ou début d'après-midi. L'horaire d'arrivée tardif peut donc être une source de rupture dans le parcours du patient, notamment sur le traitement médicamenteux.

Au total, au cours de l'enquête de terrain, nous avons constaté que les ruptures ou risques de ruptures dans la prise en charge des patients âgés transférés vers les établissements d'aval sont d'autant plus importants si :

- le dossier du patient est incomplet ou au contraire trop dense et sans une synthèse permettant d'avoir accès rapidement aux informations essentielles,
- le courrier de fin d'hospitalisation et l'ordonnance ne sont pas présents,
- l'horaire d'arrivée du patient est tardif dans l'établissement, notamment si le patient est pris en charge par un médecin libéral ou s'il a besoin d'un médicament non disponible dans le service et que la pharmacie est fermée.

Parmi les différentes ruptures identifiées, seules quelques-unes font l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable inter-établissement. L'analyse des données réalisée au début de l'enquête a permis de faire le point sur ces déclarations faites d'avril 2015 à avril 2017.

Jacqueline PILORGET

2.7. Lien avec les évènements indésirables déclarés

Les données recueillies dans l'enquête de terrain peuvent être mises en parallèle avec les évènements indésirables inter-établissements déclarés par les établissements de santé du territoire 5. En effet, depuis avril 2015, ils déclarent et s'adressent entre eux les évènements inter-établissements concernant l'ensemble de leurs activités. Chaque établissement assure la gestion de ceux qui lui sont transmis. Au CHU, ils sont centralisés et analysés par la DQRU. Concernant la prise en charge des patients, le CHU a réalisé 23 évènements inter-établissements en deux ans. Les établissements de Montfort-sur-Meu, Saint-Méen-le-Grand et La Guerche de Bretagne en ont fait trois chacun, soit un total de 32. Les autres établissements n'ont pas fait de déclaration.

L'analyse des 32 évènements indésirables du territoire 5, validée par un ingénieur qualité, montre que les défaillances constatées concernent dans :

- 25 % : la coordination du parcours de soins,
- 25 % : l'identito-vigilance,
- 25 % : des prolongations d'hospitalisations suite à des transferts différés,
- 25 % : divers dysfonctionnements dont :
 - o 2 situations avec un cumul sur le parcours de soins et sur l'identito-vigilance,
 - o 1 situation avec un cumul sur le parcours de soins et la confidentialité,
 - o 5 situations diverses.

Il est à noter que 2 déclarations adressées à des établissements en dehors du territoire de santé n° 5 concernaient également la coordination du parcours patient.

Malgré un nombre faible de déclarations, nous pouvons constater que la coordination du parcours patient ainsi que l'identito-vigilance concentrent une majorité des dysfonctionnements. Interrogés sur le fait de faire une déclaration d'évènements indésirables à chaque fois qu'un dossier transmis est incomplet, les professionnels apportent tous une réponse négative en précisant que ces déclarations seraient à faire presque quotidiennement puisqu'ils sont amenés à rappeler au moins une fois le service d'amont pour une majorité des patients transférés.

Après avoir présenté les ruptures ou risques de rupture dans le parcours de soins du patient qui semblent, aujourd'hui, presque inhérents aux transferts de patients entre le CHU et les établissements de santé enquêtés, nous allons aborder les impacts de ces ruptures qui concernent :

- les patients,
- les professionnels,
- les établissements et le système de santé.

3 - Des impacts à plusieurs niveaux

Les impacts des ruptures ou des risques de rupture identifiés lors des transferts inter-établissements sont présentés sans distinction entre les services de médecine et de SSR car une rupture identifiée présente les mêmes effets quel que soit le service d'aval pour le patient, pour les professionnels, pour les établissements et le système de santé.

3.1. Pour le patient

Les impacts d'une rupture dans le parcours de soins du patient peuvent être particulièrement délétères chez les patients âgés du fait de leur fragilité et/ou vulnérabilité. Ils peuvent apparaître dès l'entrée du patient, avoir des effets sur la qualité de sa prise en charge mais aussi conditionner sa sortie.

3.1.1. Son accueil : un moment clé sensible

Que ce soit en SSR ou en médecine, l'accueil du patient est un moment clé de sa prise en charge. Souvent inquiet, le patient a besoin d'être rassuré par le professionnel, ce qui sera facilité si celui-ci dispose de toutes les données de santé du patient. Un cadre met en avant le fait que : « *l'accueil et les conditions d'accueil sont conditionnés par ce qui s'est passé avant* » (E3). Pour les professionnels des services d'aval, le défaut d'informations sur le déroulement du séjour dans le service d'amont ou l'incomplétude des données transmises se répercute tout d'abord sur la qualité de l'accueil et sur la relation soignant - soigné et/ou soignant - famille.

Lorsqu'il manque des informations, une infirmière observe que « *... ça n'aide pas à avoir confiance avec les soignants et le service dans lequel il arrive parce que le patient ... il doit se réhabituer à l'environnement, aux professionnels qu'il ne connaît pas et qu'il n'a jamais vus et donc forcément, le patient s'en rend toujours un peu compte quand il manque des choses parce qu'on lui pose d'autant plus de questions* » (E2). Or, il est essentiel que ce moment capital, premier soin reçu par le patient, soit non seulement bienveillant mais également placé sous le signe de la confiance car il va conditionner la relation future soignant - soigné, gage d'adhésion au traitement et aux soins proposés.

Accueillir un patient et sa famille, c'est être en capacité de répondre clairement à leurs demandes. Leurs attentes sont encore plus fortes s'ils n'ont pas reçues d'informations en amont. Pour délivrer ces informations, les professionnels doivent en disposer, ce qui n'est pas toujours le cas et génère du stress pour le patient et sa famille à qui les professionnels ne peuvent pas répondre comme l'explique une infirmière : « *on gère les familles qui ne sont pas contentes parce qu'elles ne savent pas ce qui s'est passé, mais on n'a pas les*

Jacqueline PILORGET

informations, donc on ne peut pas correctement les renseigner.. » (E4). Ces conditions d'accueil peuvent être source de rupture dans la relation de confiance nécessaire entre le patient, sa famille et l'équipe soignante. La charte du patient hospitalisé précise d'ailleurs dans son point 2 que « les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins » en veillant notamment à la « continuité des soins.²³ »

Si l'accueil est essentiel, la qualité des soins administrés est également importante tout au long du séjour.

3.1.2. Une qualité de prise en charge non optimisée

Si l'accueil du patient est une étape essentielle, la continuité d'une prise en charge pertinente et sécurisée reste une priorité pour tout professionnel de santé. Cependant, les résultats de l'enquête montrent que régulièrement, le manque d'informations avant l'arrivée du patient ne permet pas d'organiser au mieux une prise en charge adaptée. Le défaut d'informations ou des informations incomplètes impactent directement la qualité de la prise en charge du patient dès son admission et préoccupe tous les professionnels rencontrés. Une infirmière en SSR précise « ... pour la prise en charge du patient, on ne peut pas le faire correctement parce qu'on n'a pas toutes les informations.... plus on va avoir d'informations, plus le dossier va être complet et meilleure va être la prise en charge et d'autant plus rapide aussi, parce que quand il faut commencer à chercher et qu'on va mettre 4 jours, 5 jours et qu'on va découvrir que la prise en charge qu'on avait mise au départ n'est pas la bonne parce que les informations qu'on avait n'étaient pas bonnes... voilà... » (E4). Le cadre de ce service précise que « dès l'entrée, le médecin va fixer des objectifs thérapeutiques. Si on n'a pas les données, y'a pas d'objectifs possibles.....on fait des staffs, le projet du patient est revisité en permanence, donc si on n'a pas les comptes rendus... on n'y arrive pas, on n'est pas dans le bon sens quoi » (E4). De la qualité des informations transmises en amont de l'arrivée du patient ou au plus tard lors de son transfert dépend en effet la qualité et la pertinence des soins délivrés et d'une prise en charge globale.

Un délai dans la transmission des informations pertinentes peut aussi avoir un impact sur la date de sortie.

3.1.3. Un retour à domicile parfois différé

Un défaut de transfert d'informations dans deux domaines peut faire retarder la sortie à domicile du service d'aval :

- Le niveau de récupération du patient sur le plan de la rééducation fonctionnelle
- Le contexte social peu ou mal renseigné

²³ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Le défaut de transmissions dans le champ de la rééducation entre le CHU et les services d'aval participe à différer le retour à domicile en sortie de SSR. En effet, comme l'explique une infirmière : *« le kiné, lui, part de zéro, donc on fait un bilan d'autonomie ... comme on n'a pas de transmissions qu'il y a une perte d'autonomie ... donc là déjà, on a perdu du temps mais la victime c'est aussi le patient, puisque s'il y a un trou dans sa rééducation, on sait très bien qu'à cet âge-là, ça perd très vite, donc déjà dans le parcours, c'est sûr que sur le temps qui avait dû être gagné au niveau du CHU, la perte de transmissions va entraîner une rechute au niveau autonomie... »* (E5). Une autre infirmière confirme le report de la date de sortie *«... si on perd déjà une semaine à bricoler en kiné »* (E4).

Un contexte social peu ou mal renseigné peut aussi participer à faire reporter la date de sortie du patient. En effet, si les informations concernant les mesures d'accompagnement déjà en place à domicile ne sont pas précisées, le délai nécessaire pour *« s'apercevoir que le plan d'aide qu'il y avait à la maison ne correspond plus au plan d'aide qu'il faut mettre actuellement »* (E5) va avoir un impact sur la date de sortie prévue initialement.

Les informations recueillies montrent bien que le niveau des informations transmises est essentiel pour adapter la prise en charge du patient dès son entrée et anticiper sur sa date de sortie. En effet, la perte d'autonomie non repérée et non prise en charge peut s'aggraver très rapidement chez un patient âgé poly-pathologique et faire reporter sa date de sortie car la dépendance nécessitera la mise en place ou le réajustement du plan d'aide et une sollicitation des différentes structures qui interviennent dans le maintien à domicile.

3.1.4. Des données transmises non sécurisées

Les éléments du dossier patient sont majoritairement transmis par fax, ce qui interroge la confidentialité des données transmises. Pour les patients admis en médecine et transférés depuis les urgences du CHU, le dossier est souvent faxé avant l'arrivée du patient. Les compléments d'information demandés par les professionnels d'aval, tant en médecine qu'en SSR, sont, eux, systématiquement envoyés par fax. Le professionnel qui demande l'information précise le numéro de fax sur lequel le document doit être envoyé. Une confirmation de l'origine du demandeur est parfois demandée par les secrétaires comme le décrit une infirmière *« parfois, il faut même faire une demande par fax, ce qui devrait être normal pour tout le monde, avec l'étiquette [du patient], avec le logo de l'hôpital, pour être sûr que ça [la demande] vient bien de l'hôpital, vu que c'est confidentiel, il y a des secrétariats qui nous demandent ça aussi... , mais ça fait perdre du temps aussi... mais c'est logique, normalement, elles ne doivent pas me faxer des données mais heureusement, c'est fait tout le temps donc j'ai de la chance »* (E3).

Jacqueline PILORGET

Cette infirmière a bien conscience que ce mode de transmission n'est pas conforme aux exigences de confidentialité des données de santé, mais reconnaît que cela facilite son travail au quotidien. Un cadre évoque également ce risque pour le patient : « *il (le dossier des urgences) est envoyé par fax, donc déjà, je pense qu'il y a une piste d'amélioration sur le transfert des données, ça devrait arriver sur une voie sécurisée ... on a très peu d'échanges sur les circuits sécurisés alors qu'on a des adresses, nous, normalement sécurisées, donc il y a peut-être une méconnaissance qu'on ait des adresses sécurisées et une difficulté parce que c'est pas l'habitude de fonctionnement* » (E3).

Le risque majeur dans l'utilisation du fax est une erreur de numérotation du fax destinataire et donc l'arrivée du dossier du patient sur un fax privé, ce qui conduirait alors à divulguer des données de santé qui relèvent du secret professionnel. Ces données à caractère personnel, sensibles, sont clairement définies depuis le 27 avril 2016 dans le règlement européen 2016/679²⁴ relatif à la protection des données personnelles : sont considérées comme données de santé, les « données à caractère personnel relatives à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne ».

Par ailleurs, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dans un article de décembre 2015, recommande d'utiliser une messagerie sécurisée pour le transfert des données de santé et émet des recommandations pour l'utilisation du fax²⁵.

Un évènement indésirable inter-établissement déclaré par un établissement du GHT en novembre 2016 met en évidence que la transmission des données par fax peut porter atteinte à la vie privée du patient. Le résultat d'un examen biologique avait été adressé par erreur au secrétariat de direction de l'établissement où était hospitalisé le patient. Ce résultat, faxé un vendredi, interroge non seulement la non-confidentialité du résultat mais aussi le risque de perte de chance pour le patient si ce fax n'avait pas pu être retransmis le jour même au service dans lequel était hospitalisé le patient.

Après avoir énoncé les impacts des ruptures de soins pour les patients, nous allons présenter les effets chez les professionnels de santé.

²⁴ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX%3A32016R0679&from=FR>

²⁵ Les recommandations émises sont les suivantes : le fax doit être situé dans un local médical, physiquement contrôlé et accessible uniquement au personnel médical et paramédical ; l'impression des messages doit être subordonnée à l'introduction d'un code d'accès personnel ; lors de l'émission des messages, le fax doit afficher l'identité du fax destinataire afin d'être assuré de l'identité du destinataire ; doubler l'envoi par fax d'un envoi des documents originaux au destinataire ; pré enregistrer dans le carnet d'adresses des fax (si cette fonctionnalité existe) les destinataires potentiels.

3.2. Pour les professionnels

C'est surtout la transmission d'un dossier médico-soignant incomplet qui impacte les professionnels. Les données manquantes peuvent être source de difficultés à anticiper l'accueil du patient, de ruptures de tâches et de tensions sur le circuit du médicament.

3.2.1. Des difficultés à anticiper l'arrivée du patient

Les résultats de l'enquête montrent que, régulièrement, le manque d'informations avant l'arrivée du patient ne permet pas d'organiser au mieux une prise en charge adaptée. Ainsi, une aide-soignante donne l'exemple d'un patient arrivé la veille en médecine : *« il est très très douloureux ...il est arrivé hier donc je ne le connais pas, il aurait fallu un matelas à air, sauf que là, c'est lever avec le lève-malade, donc c'est très compliqué... »*, et elle précise qu'une meilleure prise en charge aurait pu être anticipée *« si on avait su ça avant qu'il arrive »* (E2). Ce besoin d'anticiper la prise en charge du patient, notamment sur le besoin de dispositifs et matériels adaptés, est retrouvé chez tous les professionnels interrogés : *« on essaie de comprendre la situation avant qu'il (le patient) arrive pour anticiper sur des matelas à air, anticiper sur des traitements déjà, sur les sondes, sur les perfusions, moi j'essaie de préparer l'environnement avant qu'il arrive »* (E5), ce qui semble difficile en SSR car *« il y a beaucoup de différence entre les fax qui nous sont envoyés 8 jours avant et l'arrivée du patient, il y a une évolution... donc on peut déjà difficilement préparer une entrée au regard du fax »* (E5), mais aussi en médecine car *« la sincérité déclarative n'est pas bonne... il y a de plus en plus de déviance dans la présentation »* (E5).

Or, avoir la connaissance du niveau de dépendance du patient et du niveau de soins requis avant même l'arrivée du patient permet aussi au cadre de répartir les charges de travail dans les différents secteurs du service, et permet d'accueillir le patient dans une chambre préparée et adaptée à sa dépendance.

3.2.2. Des ruptures de tâches, source de désorganisation et de stress

Les professionnels des établissements d'aval semblent avoir intégré la gestion du risque de rupture dans la continuité de la prise en charge du patient en « rappelant » l'établissement d'amont pour obtenir les informations manquantes. Ils disent tous rappeler régulièrement quel que soit le service d'origine du patient. D'ailleurs, pour un infirmier d'un service de médecine, un appel au CHU est nécessaire *« régulièrement, dans quasi 90 % des cas, voire même plus »* (E2). Une infirmière qui travaille le plus souvent en horaire « de journée » et assure une grande partie de la gestion administrative des entrées et sorties des patients dit : *« je suis toujours obligée de rappeler, mais après, c'est ma vie, donc ça ne me choque*

Jacqueline PILORGET

même plus parce que je fais ça tellement par réflexe » (E3). Elle précise qu'elle regarde bien le dossier pour regrouper les demandes d'informations : «... souvent, j'appelle déjà aux urgences, on me passe l'infirmier ... attendez, je vous passe l'interne qui me répond pour le traitement et du coup pour le rendez-vous attendez, je vais vous passer la secrétaire, et donc ça se suit comme ça, c'est une chaîne... et après, ça arrive que le lendemain, ça arrive tout le temps même, que le médecin dise qu'il manque le résultat d'examen, donc je rappelle une deuxième fois... ». Elle précise que « ça prend quand même du temps d'avoir les informations, c'est souvent le médecin qui me demande de rappeler... toute la journée, il va me dire 'on a reçu le compte-rendu ?' et des fois, je le reçois qu'en fin d'après-midi ... déjà, ça reste dans ma tête, faut que je récupère le compte-rendu, donc j'appelle... ça désorganise... ça coupe quand même la journée... faut rappeler, le temps qu'on ait les secrétaires... 'donnez-nous le numéro de fax' et puis elles, qu'elles aillent rechercher les données aussi, parce qu'il faut donner le nom, la date de naissance... » (E3).

Cet exemple illustre bien la coordination nécessaire réalisée par les infirmières des services de médecine avec les services d'amont pour récupérer les informations manquantes. Il met aussi en avant, à la fois, le temps passé, la charge mentale et la désorganisation que cela peut engendrer.

Le cadre de ce service confirme « ça oblige les infirmières à rappeler, donc le nombre de rappel est super important... si on ne nous transmet pas dans un certain délai, on rappelle une troisième fois, et puis, on passe du temps à guetter, à chercher, à attendre, donc là, il y a de la perte de temps, beaucoup d'appels téléphoniques ... c'est de la désorganisation » (E3).

De son côté, un médecin explique « on est obligé de rappeler les secrétariats ou les services ... il manque les résultats biologiques du passage aux urgences... là où il y a le plus de perte de temps, c'est récupérer la biologie... on a chacun nos méthodes, le secrétariat des urgences est fermé à 17h, après faut repasser par le service ou faut passer par les labos, et le labo de biochimie ne donne pas les résultats d'hémato ... on est obligé d'appeler 3 ou 4 labos ou alors il faut passer par le service, mais c'est beaucoup plus rapide de passer par les laboratoires, c'est énervant de perdre du temps pour les biologies... » (E2).

Ce temps passé à rappeler est majoré par le fait que les professionnels des services d'aval n'ont pas accès facilement au bon interlocuteur : « sur les fiches de liaison, c'est pas évident de trouver le service d'où arrive le patient, donc j'appelle le standard.... souvent, je n'ai pas le numéro de téléphone du poste infirmier d'où arrive la personne... le problème, c'est qu'on va perdre du temps » (E5). Ces infirmières ont bien conscience des conséquences pour les équipes d'amont : « ça fait perdre du temps pour tout le monde ... c'est embêtant de rappeler les urgences parce qu'ils n'ont pas que ça à faire » (E3).

Pour les patients admis en SSR, une infirmière dit rappeler systématiquement le matin le service d'amont pour s'assurer du transfert du patient, du traitement de sortie et elle demande de faxer l'ordonnance de sortie si le traitement a évolué.

Une infirmière conclut qu'au final, le temps passé à rechercher l'information est préjudiciable aussi pour le patient car : « *qui dit perte de temps administratif, dit perte de temps auprès de nos patients aussi parce que la conséquence, c'est qu'on va devoir travailler plus vite, et donc passer moins de temps avec nos patients, pas forcément le patient rentré, mais sur l'ensemble de notre secteur d'activité... et on va être moins disponible pour aider notre AS [Aide-Soignante] car on travaille en binôme* » (E2).

3.2.3. L'ordonnance de sortie : un risque de tensions sur toute la chaîne des soins

Si les informations transmises sont parfois insuffisantes et provoquent des désorganisations dans les soins et des pertes de temps dommageables pour l'équipe soignante, le circuit du médicament peut, à lui seul, mettre en tensions plusieurs acteurs si une ordonnance reçue tardivement comporte un médicament non disponible à la pharmacie de l'établissement d'aval.

Lorsque le service d'aval ne dispose pas de l'ordonnance de sortie, pour une infirmière, « *ça impacte un peu sur tout le circuit de l'entrée finalement parce que, nous, on perd du temps à devoir recontacter le CHU, on perd du temps pour faire notre entrée tant que le médecin n'a pas validé son entrée, remplit ses traitements, à côté, nous, on ne peut pas faire non plus la commande de nos traitements à la pharmacie..... si on n'a pas nos traitements pour 17h30, on va soit aller dans les autres services pour se dépanner mais ça fait une perte de temps aussi de galoper dans tous les services, ou si vraiment on n'arrive pas à avoir le traitement, eh ben, on ne peut pas donner le traitement au patient... si c'est un traitement pour le lendemain, à ce moment-là, ça va pour le soir, mais même si c'est pour le lendemain matin, ça veut dire que l'impact, il aura lieu sur la collègue du matin aussi parce qu'elle va devoir aller en vitesse à 8h à l'ouverture de la pharmacie, aller chercher les traitements* » (E2). Cette situation a été évoquée par tous les professionnels rencontrés lors de l'enquête.

Un cadre explique « *il nous faut la bonne ordonnance dans un temps raisonnable* » (E3), tandis qu'un autre confirme « *si le médecin ne rentre pas le traitement dans le dossier..., les infirmières n'ont aucune info, ça bloque carrément la prise en charge... l'infirmière est obligée de rappeler, attendre qu'ils nous faxent l'ordonnance...* ».

Un coursier peut aussi être sollicité « *quand il y a vraiment des traitements particuliers... on n'a pas ça en pharmacie, donc le temps de le commander, ça arrivera que le lendemain, donc du coup, ils envoient des coursiers à aller chercher ça à Pontchaillou...* » (E3), et parfois le Directeur de garde de l'établissement est également amené à se déplacer.

Si les impacts des ruptures dans les parcours de soins sont importants pour les professionnels, ils le sont tout autant pour les établissements et le système de santé.

3.3. Pour les établissements de santé et le système de soins

Les ruptures dans le parcours du patient âgé sont à l'origine d'un ralentissement des flux des patients, d'une augmentation de la durée de séjour et ont un coût non négligeable.

3.3.1. Une orientation parfois inadaptée

L'orientation des patients admis en SSR est interrogée par un cadre : « *est-ce qu'il y a réellement un objectif de SSR ou pas ? parce que souvent, il nous manque les données sociales...* », or celles-ci sont indispensables pour poursuivre, dès l'arrivée dans le service, le projet de retour du patient dans son lieu de vie d'origine comme le stipule la HAS dans sa note de cadrage d'avril 2012 sur la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR : « L'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué. Le SSR ne doit plus être seulement reconnu comme l'aval du court séjour, mais comme une structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient car permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine. Ainsi toute admission en SSR doit être précédée d'une évaluation des besoins médicaux, psychologiques et sociaux permettant de valider ou non l'adéquation de son orientation²⁶. »

Ce cadre évoque des patients mal orientés : « *on a aussi en SSR des vraies demandes d'EHPAD qui auraient pu passer par un hébergement temporaire avant n'importe quel EHPAD aurait pu gérer, c'est consolidé donc il n'y a pas besoin de SSR...* » (E5).

Ces orientations, inappropriées pour ce cadre, questionnent directement le parcours de soins défini par la HAS, dans le cadre de la Certification V2014, comme suit « les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels », et elle précise par ailleurs que « l'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre 'appropriée ou pertinente' des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins²⁷. »

De plus, dans son manuel de certification en date de janvier 2014, le critère 24a concernant le parcours du patient et sa sortie est le suivant : « la sortie ou le transfert est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient »²⁸, or dans les situations décrites, le service d'aval ne semble pas toujours correspondre aux besoins du patient.

²⁶ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1497412/fr/realisation-d-une-grille-d-analyse-de-la-pertinence-des-demandes-de-transfert-et-d-admission-en-ssr-note-de-cadrage

²⁷ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

²⁸ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

3.3.2. Une durée moyenne de séjour augmentée

Ces orientations inadaptées peuvent avoir un effet direct sur la durée du séjour du patient en SSR, notamment si celui-ci est en attente d'une structure d'hébergement. Un cadre annonce « *là on est à 13 patients en attente de placement, ... des patients transférés, mais pas forcément du CHU* » (E5), tandis qu'un autre explique « *notre DMS, elle va se prendre 10 jours tout d'un coup parce qu'on a 3, 4, 5 patients qui passent plusieurs mois ici et qui ne sortent pas* » (E3), mettant là en évidence les patients dit « *bed-blockers* » pour lesquels, parfois, le devenir en aval du SSR n'a pas été suffisamment anticipé.

Les séjours prolongés de certains patients en SSR ont en effet un impact direct sur la capacité d'accueil des services qui est alors diminuée du fait d'une moindre disponibilité des lits. Des patients qui auraient réellement eu besoin d'une place en SSR ne peuvent alors en bénéficier. Un cadre explique que parfois « *il y avait un réel enjeu de SSR, si je réponds, moi sur ORIS, attente à 5 jours ... et je peux comprendre, le service est surbooké... c'est retour à la maison, oui mais qu'est-ce qui se passe, ils (les patients) vont retourner aux urgences, c'est évident...* » (E4), mettant ainsi en avant les risques de ré-hospitalisations précoces.

Les prises en charge rééducatives retardées de quelques jours et un délai dans l'organisation du retour à domicile lorsque le contexte social nécessite un plan d'aide conséquent participent aussi à augmenter les durées de séjour comme l'expliquent les infirmières : « *si on voit hospitalisé pour maintien à domicile difficile, on peut s'en occuper tout de suite plutôt que de s'apercevoir au bout de 8 jours de la perte d'autonomie, le temps d'appeler les ADMR...* » (E5) ; « *si on n'a pas le devenir dès le début, les aides ne sont pas mises en place dès le début, ça peut reporter la sortie... ça joue sur la DMS* » (E3).

La bonne orientation du patient, avec une prise en charge anticipée dans les différents champs et adaptée dès son arrivée dans le service est donc essentielle pour permettre une gestion fluide des parcours des patients et limiter les coûts.

3.3.3. Conséquences financières

Les ruptures dans le parcours de soins du patient âgé ont nécessairement un coût pour les établissements de santé et le système de soins. S'il est difficile d'apprécier ce coût, il est aisé de comprendre que les redondances d'examens représentent un coût pour le système de santé. Un médecin explique : « *les radios, les RP [Radios Pulmonaires], souvent on est obligé d'en refaire parce que nous aussi, on a besoin d'avoir une radio..* » (E2), et un cadre constate : « *il y a des gens, on leur refait subir des examens qu'ils ont déjà eu x fois parce qu'on n'a pas eu les bilans...* » (E1). De même, l'arrivée tardive ou non anticipée d'un patient

qui provoque, de ce fait, le retour d'un coursier au CHU pour obtenir le médicament indispensable a un coût qu'il est possible de calculer.

Cependant, un coût difficile à mesurer est celui des interruptions de tâches générées par les appels téléphoniques nécessaires pour obtenir des compléments d'information et assurer la continuité de la prise en charge du patient. De nombreux acteurs sont impactés en aval : infirmières, médecins, cadres de santé, kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales. Mais dans les services en amont, les sollicitations se reportent aussi sur ces mêmes professionnels, auxquels il faut rajouter les internes, les professionnels des laboratoires, les secrétaires et les standardistes. Même si une infirmière précise « *on essaie de regrouper les informations* » (E3), elle peut avoir besoin d'être en contact avec trois ou quatre personnes pour obtenir les différentes informations, donc autant de professionnels qui subissent aussi des ruptures de tâches au quotidien afin de pouvoir répondre aux sollicitations des professionnels des services d'aval. La difficulté à joindre d'emblée le bon interlocuteur, faute d'avoir le numéro de ligne directe, fait solliciter souvent d'autres acteurs que celui qui peut apporter la réponse. Une moindre efficacité du travail réalisé lorsque des interruptions de tâches sont récurrentes est difficile à évaluer de même que les impacts sur la santé des professionnels.

Les orientations inappropriées des patients vers les SSR et les durées de séjour prolongées du fait d'une prise en charge non optimisée dès l'arrivée du patient augmentent aussi les dépenses de l'assurance maladie, et ne participent pas à une bonne efficacité du parcours de soins du patient.

Enfin, une infirmière met aussi en avant le coût « écologique » des dossiers faxés par les urgences : « *et puis le papier, quand on voit des fois, c'est 30 feuilles pour les dossiers ! ... on a des tonnes de papier mais au final.... c'est redondant* ».

Pour conclure, nous pouvons dire que si des « ruptures » dans les parcours de soins ont été constatées lors des transferts inter-établissements des patients âgés de 75 ans et plus, il s'agit le plus souvent de « risques de ruptures » car les infirmières et les cadres de santé des services d'aval repèrent les données manquantes dans le dossier du patient et appellent le service d'amont pour obtenir des compléments d'information. Pour les orientations inadaptées en SSR, ils ne peuvent agir. Ces ruptures ou risques de rupture ont des impacts sur les patients, les professionnels, les établissements et le système de santé.

Pour limiter ces ruptures, une meilleure coordination pourrait participer à optimiser les parcours des patients. Après un point de données de littérature, nous allons évoquer les enjeux de la coordination puis nous ferons des préconisations pour améliorer la fluidité et la sécurité du patient dans son parcours de soins.

DEUXIEME PARTIE

La coordination, vecteur d'un parcours de soins optimisé pour le patient âgé

1 - Les données de la littérature

1.1. La notion de coordination

Dans un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2011, la coordination est définie comme une « organisation mise en place autour d'un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel et géographique). Elle nécessite un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels [...] du champ sanitaire, médico-social et social²⁹. » Pour Leutz, elle est le niveau intermédiaire du modèle d'intégration des services, la « liaison » étant le modèle le plus simple et l'intégration le niveau le plus élevé (Bloch, Hénaut, op.cit. p. 8).

Pour l'ARS Bourgogne, « la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs lorsqu'il faut atteindre de hauts niveaux de performance. Elle consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs, connaître et comprendre les contraintes de chacun et agir en conséquence³⁰. »

1.2. La notion d'optimisation

Le Trésor de la Langue Française donne la définition suivante du verbe optimiser « Rendre optimal, donner à quelque chose les meilleures conditions d'utilisation, de fonctionnement, de rendement, notamment en économie » et l'optimisation est « l'action d'optimiser, le résultat de cette action »³¹. Nous ne retrouvons pas de définition appliquée à la santé alors que de nombreux écrits font état de la nécessité d'optimiser les parcours de soins. Comme pour le terme « rupture », la compréhension du terme « optimisation » semble aller de soi.

Au total, nous pouvons retenir que la coordination relève d'une organisation harmonisée entre des acteurs, au service d'un projet commun, permettant d'utiliser au mieux les moyens, au bénéfice du patient. Elle participe à l'efficacité du parcours de soin du patient.

Après avoir effleuré ces deux notions, nous allons présenter les enjeux de la coordination au regard des ruptures et des impacts repérés lors de l'enquête.

²⁹ Agence Régionale de Santé, Lexique des parcours de A à Z, janvier 2011, p. 30

³⁰ Agence Régionale de Santé, Lexique des parcours de A à Z, janvier 2011, p. 30

³¹ <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=1270152960;>

2 - Les enjeux de la coordination : sécurité et fluidité

La coordination appliquée au parcours patient permet d'anticiper et d'organiser les bonnes prestations aux bons moments par les bons professionnels. C'est donc un vecteur de fluidité et de sécurité dans le parcours du patient. Ses enjeux sont triples : pour le patient, pour les professionnels, et pour les établissements et le système de santé

2.1. Pour le patient : être bien pris en charge au bon endroit, au bon moment

Pour le patient âgé fragile, les enjeux d'un parcours de santé coordonné se situent principalement à deux niveaux : être en sécurité tout au long de son parcours et harmoniser celui-ci avec son projet de vie.

2.1.1. Une prise en charge sécurisée tout au long de son parcours de soins

La mission première de l'hôpital est de garantir la sécurité des soins délivrés aux patients. Cependant, aujourd'hui, les prises en charge des patients ne se cantonnent plus aux soins délivrés à l'hôpital, surtout pour les personnes âgées poly-pathologiques. Elles ont besoin d'une prise en charge globale adaptée à leur état. Les parcours de soins permettent désormais d'avoir un regard élargi sur la continuité des prises en charge. Inscrits dans la loi de janvier 2016, ils nous obligent à questionner nos organisations et la coordination avec les structures d'amont et d'aval. Interrogés sur cette notion de parcours coordonné, les professionnels mettent en avant la sécurité du patient, ainsi pour un cadre de santé « *déjà, c'est la sécurité du patient, de sa prise en charge, qu'il n'y ait pas d'arrêt dans la continuité des soins parce que ça peut être dramatique pour lui* » (E2). Une autre cadre de santé complète cette notion de sécurité du patient au-delà de l'hôpital. Pour elle, l'enjeu du parcours de soins, c'est « *le patient, au bon moment, au bon endroit, pour une bonne prise en charge et un séjour le plus court possible le bon parcours, c'est que le patient ne rentre pas chez lui en insécurité, ça pour moi, c'est un enjeu vital pour notre population âgée, or c'est pas le cas* » (E4). Elle précise « *je pense avoir eu 10 coups de téléphone depuis lundi³², de patients qui sont sortis, pas forcément du CHU, rentrés chez eux et où, soit les familles sont en détresse, soit les médecins libéraux m'appellent* », ce qui interroge directement la coordination mise en place en aval du séjour hospitalier.

Cet exemple montre bien l'importance de l'organisation du parcours du patient qui, pour la HAS, doit permettre « la mise en œuvre appropriée ou pertinente des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient »³³. Il met aussi en évidence que,

³² Entretien réalisé le vendredi

³³ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

partir des besoins de la personne pour proposer une offre de soins et de services n'est pas encore complètement acquis. Or, M. Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé avait annoncé, dans un discours sur la stratégie nationale de santé en janvier 2013³⁴, « *c'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements.* »

2.1.2. Un parcours de soins en cohérence avec son projet de vie

Comme le précise un cadre, « *le parcours de soins fait partie intégrante du projet de vie* » et nécessite « *cohérence et coordination et partage avec le patient et ses aidants* » (E1). L'enjeu de cette coordination, c'est une prise en charge optimisée du patient à toutes les étapes de son parcours. Or, nous avons constaté que, du fait du cloisonnement entre les différents acteurs et du nombre conséquent de professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient pendant son séjour hospitalier, des informations ne sont pas transmises aux équipes d'aval, ce qui peut impacter directement sa prise en charge dans le service d'aval, mais aussi son retour à domicile dans de bonnes conditions.

Se pose la question du « qui » devrait assurer cette coordination du parcours du patient de son admission jusqu'à son transfert vers l'établissement d'aval. L'enjeu est important car il permet d'inscrire d'emblée le parcours de soins du patient en cohérence avec son parcours de vie. La coordination entre services d'amont et d'aval ne peut se faire qu'à l'interface de ces deux structures. Mais elle n'est pas, aujourd'hui, clairement identifiée. Chaque professionnel transmet ou non, dans son domaine de compétences, les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient. Le décroisement entre les différents acteurs est donc un enjeu important qui devrait favoriser un parcours de soins intégré au parcours de vie du patient et participer à sa sérénité. Comme le précise une infirmière, « *les patients sont souvent très angoissés à la sortie, ils se disent que ça ne va pas le faire, mais si tout est bien programmé, ils partent plus sereinement, la famille est bien au clair, quand il y a quelqu'un qui les attend à la maison* » (E3). Et c'est aussi, pour les professionnels des services d'aval qui ont pris en charge le patient, une satisfaction de le voir repartir en toute sérénité à domicile.

Sécurité et cohérence sont donc des enjeux essentiels pour les parcours de soins de cette population âgée, souvent poly-pathologique et donc fragile.

Pour les professionnels, les enjeux de la coordination sont également importants car ils conditionnent principalement leurs conditions de travail.

³⁴ <http://discours.vie-publique.fr/notices/136000080.html>

2.2. Pour les professionnels : anticiper et réduire les sources de stress

Du côté des professionnels, les enjeux se situent surtout à deux niveaux : l'anticipation des prises en charge des patients et la réduction des ruptures de tâches.

2.2.1. Anticiper pour assurer une prise en charge globale de qualité

Pour les professionnels d'aval, obtenir le dossier « sincère », complet et actualisé du patient est nécessaire pour anticiper et prévoir sa prise en charge avant même son arrivée.

Comme l'explique une infirmière, avoir ces informations le plus tôt possible en amont, « *ça permet aussi d'anticiper le bon patient dans la bonne chambre, parce que s'il arrive avec un gros fauteuil et que la chambre elle est toute petite, c'est pas terrible, s'il y a une mise au fauteuil avec un lève-malade et qu'il est dans une toute petite chambre, c'est pareil, ça ne va pas coller, quelqu'un qui va être perturbé, on ne va pas le mettre avec quelqu'un de valide..* ». Anticiper est donc le maître-mot de ces professionnels car la connaissance du patient avant même son arrivée permet d'organiser une prise en charge personnalisée. A titre d'exemple, une demande a été entendue à de nombreuses reprises : c'est le besoin de savoir si l'état clinique du patient nécessite l'installation d'un matelas anti-escarres. Anticiper ce besoin, pour des patients poly-pathologiques qui peuvent avoir des difficultés à se mobiliser, est essentiel pour les professionnels et participe à la qualité de la prise en charge du patient dès son arrivée. Comme le précise un cadre, « *L'enjeu c'est une bonne prise en charge dès le premier jour, dès qu'il arrive le patient, ...il faut pouvoir anticiper* » (E5).

Pour un des cadres de santé, il faut « *pour que ça se passe bien, communiquer le maximum d'éléments, ne surtout pas être restrictif...* » (E3). Du fait des pathologies complexes et évoluées d'une majorité des patients, leur prise en charge « *nécessite d'avoir tous les éléments... en terme d'aide à la décision, il faut un maximum d'information* », « *les ergos [ergothérapeutes] sont plus dans la culture de transmettre des synthèses ... et d'autres [professionnels] ont une culture 'je ne transmets que ce que je pense qui est important pour moi'...* » (E3). Or, la prise en charge globale du patient âgé poly-pathologique est au cœur des préoccupations des professionnels rencontrés, et un objectif majeur dans toute la filière gériatrique. Du fait de sa fragilité et/ou de sa vulnérabilité, chaque patient a besoin d'une attention particulière prenant en compte non seulement ses pathologies mais aussi ses antécédents, son histoire de vie, son mode de vie.

Concernant cette prise en charge globale, un cadre de santé explique « *au CHU, vous avez des services spécialisés, après il y a la gériatrie, donc là, en gériatrie, on a un maximum de choses parce que, en gériatrie, on sait qu'un patient âgé est poly-pathologique... quelqu'un*

qui vient de traumato et qui a 90 ans, il vient uniquement parce qu'il s'est cassé le fémur or il n'a pas qu'une fracture du fémur, et quand il arrive chez nous, on a besoin de savoir le reste aussi » (E4). Ce « reste », ce sont toutes les informations qui contribuent à sa prise en charge globale et qui vont être essentielles pour mettre en place son projet de soins intégré à son parcours de vie, mais qui font parfois défaut dans le dossier transmis : l'environnement social et familial du patient, l'état nutritionnel, la connaissance de l'autonomie du patient avant l'intervention chirurgicale mais aussi après l'intervention, l'heure des derniers soins et traitements administrés, l'évolution d'un pansement, etc..., ce que le patient ne sera pas toujours en capacité de dire s'il présente des troubles cognitifs. Ce « reste », ce sont toutes ces informations qui permettent d'éviter des ruptures dans le parcours de soins du patient. C'est bien ainsi d'ailleurs que la HAS pose le cadre de la certification V2014 pour la thématique « Parcours du patient ». Elle précise que la qualité du parcours du patient concerne « à la fois les étapes de la prise en charge hospitalière et la qualité des interfaces avec l'amont et l'aval de l'établissement de santé³⁵. »

Ce « reste » manquant met en évidence une segmentation au sein même des établissements hospitaliers d'amont qui se répercute sur les professionnels d'aval. Et « les professionnels de première ligne, c'est-à-dire ceux qui sont directement en contact avec les usagers, sont les premiers à déplorer les effets du cloisonnement du système » (Bloch M.A., Hénaut L., op. cit. p. 4). Ces cloisonnements génèrent chez eux « tatonnage » (E4) et frustration, faute d'avoir accès à toutes les informations. Comme l'explique une infirmière « nous aussi, on a droit à l'information » (E4) pour permettre « une meilleure prise en charge du patient, une efficience » (E2). L'ingénieur qualité interrogé confirme aussi que parfois, lorsque les professionnels n'ont pas les informations nécessaires, « ils sont amenés à interpréter certaines choses et bon, on n'a pas identifié derrière un défaut de prise en charge... mais qu'est-ce qui nous le dit que ce n'est pas arrivé ? ».

Anticiper, pour le cadre, c'est aussi pouvoir organiser et répartir la charge de travail au niveau de l'équipe soignante en fonction des soins requis : « si c'est un patient qui nécessite beaucoup de soins, je vais plutôt le mettre dans un petit secteur » (E2).

Ces différents témoignages montrent que pour préparer l'accueil du patient, l'équipe d'aval a besoin d'avoir un dossier complet, ce qui leur fait gagner du temps et évite de rappeler les équipes d'amont pour obtenir les compléments d'informations utiles à la continuité de la prise en charge du patient.

³⁵ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

2.2.2. Réduire les ruptures de tâches, source de temps gagné et de sérénité

Ces éléments manquants qui nécessitent tant d'appels téléphoniques et de demandes de fax, s'ils étaient transmis en première intention, pourraient faire gagner un temps précieux, au bénéfice du patient, à tous les professionnels qui sont au contact direct des patients, quel que soit leur niveau d'intervention dans le parcours du patient, que ce soit dans les services d'urgences, de chirurgie, de médecine, de SSR ainsi qu'à tous ceux qui participent indirectement à sa prise en charge : pharmaciens, secrétaires, professionnels des services médicotextuels, standardistes, coursiers, etc... . Comme le précise une infirmière, si un dossier est complet « *c'est un gain de temps pour tous car cela nous évite de re-solliciter d'autres professionnels... donc ça évite de leur faire perdre du temps* » (E2). A contrario, si le dossier n'est pas complet, pour une infirmière « *ça prend quand même du temps d'avoir les informations... ça reste dans ma tête..., ça désorganise, ça coupe quand même la journée...* » (E3).

Si les risques inhérents aux ruptures de tâches lors de la préparation et de l'administration des médicaments sont aujourd'hui mieux connus et prévenus, le retentissement des interruptions de tâches lors des soins sont encore peu mesurés. La HAS, dans une note parue en janvier 2016 sur l'interruption de tâches (IT) lors de l'administration des médicaments, donne une définition de l'IT qui peut s'appliquer aux ruptures de tâches non seulement lors des soins, mais aussi pour tout professionnel dans l'exercice de ses missions au quotidien : « L'IT est définie par l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. La raison est propre à l'opérateur, ou, au contraire, lui est externe. L'IT induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte »³⁶.

Elle précise que « les IT sont socialement perçues comme un fonctionnement normal auquel les professionnels se sont habitués ». Les sources en sont multiples (appels téléphoniques, bruit, activités multitâches...) et souvent de courte durée. Elles affectent l'attention et peuvent générer du stress. Pour la HAS, la réduction des interruptions de tâches est « un enjeu de sécurisation de la prise en charge du patient ». Si dans de nombreux services de soins, l'infirmière nommée « de coupe », « de gestion », « de bureau », « de dossiers » et présente souvent de 9h à 17h permet de gérer une partie des appels téléphoniques et de limiter, de ce fait, les ruptures de tâches des infirmières qui prennent en charge les patients, le transfert d'un dossier complet nécessaire à la continuité de la prise en charge du patient limiterait le nombre d'interruptions de tâches à tous les niveaux de la chaîne des soins, participerait à du

³⁶ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/guide_it_140316vf.pdf

temps gagné pour tous et à davantage de sérénité, source d'une meilleure qualité de vie au travail.

Nous avons vu que les enjeux d'un parcours coordonné du patient relèvent, pour les professionnels, à la fois de l'anticipation de la prise en charge du patient et d'une sérénité dans leurs missions au quotidien.

Les établissements et le système de santé ont aussi tout à gagner avec une coordination du parcours de soins des patients. Nous allons en présenter les enjeux.

2.3. Pour les établissements et le système de santé : optimiser

La coordination des parcours de soins des personnes âgées fragiles a des enjeux majeurs pour les établissements et le système de santé. Nous allons en présenter quatre qui sont importants : la confiance inter-établissements, la qualité des soins, l'optimisation des parcours et la sécurisation des transferts de données de santé.

2.3.1. Une confiance inter-établissements à consolider

La confiance est un terme entendu auprès de tous les cadres interrogés lors de l'enquête. Pour les patients admis en SSR, ils signalent en effet des écarts fréquents entre le profil du patient présenté sur la fiche ORIS et l'état clinique du patient lors de son arrivée dans le service d'aval. Le plus souvent, la demande de SSR est faite plusieurs jours avant l'arrivée du patient, ce qui suppose que lors de son transfert en SSR, le patient est à distance de la phase aigüe de sa prise en charge au CHU et ne devrait donc pas présenter un écart « défavorable » par rapport à l'état de santé décrit lors de sa demande de SSR.

Une cadre explique : « *les fiches ORIS, elles sont complétées sommairement, la partie sociale, c'est pas la priorité, du coup c'est souvent 'projet à revoir', au mieux 'projet EHPAD' quand les gens font preuve de transparence... au mieux on a 'projet à revoir, majoration du plan d'aide'. En aucun cas, on ne voit le souhait du patient ou de sa famille, c'est assez rare... je pense que ça simplifierait les relations entre les gestionnaires de lits ou cadres, on voit bien, certains jouent complètement le jeu ... sur ORIS, il y a quand même la possibilité d'avoir des compléments d'infos* » (E1). Elle rajoute que quand il n'y a pas d'informations précises « *ça attire la méfiance, mais où trouver le juste milieu parce que ORIS... c'est un peu commercial quoi, on doit vendre aussi notre patient, et qu'est-ce qu'on met, qu'est-ce qu'on ne met pas ? c'est toute la subtilité* » (E1). Pour elle, la description du patient, quelle qu'elle soit, n'empêchera pas sa prise en charge mais « *je pense qu'on accueillera*

différemment la situation.... et surtout, on va travailler différemment avec la famille parce qu'on ne va pas perdre 8, 10 jours à se dire 'c'est un RAD' [Retour A Domicile], et puis non... on va mettre 8 jours à caler le rendez-vous famille avec le médecin donc là du coup, on se sent floué et je pense que dans les jours qui suivent, quand on voit la case CHU ou ... on se dit 'ils vont attendre un peu, c'est humain en fait ». Elle estime que « *c'est une relation de confiance entre cadres de santé ».*

Cet exemple résume à lui seul le ressenti d'une majorité des cadres interrogés. L'un d'eux précise qu'un parcours de soins bien coordonné, c'est aussi « *la confiance qui existe entre les établissements et les services, c'est dommage de la casser ... si les vrais problèmes sont bien posés, c'est pas une raison pour ne pas le prendre [le patient].... même si je sais que c'est un patient très âgé ... et par conséquent je ne sais pas bien comment il va récupérer ... mais si je sais déjà qu'il y a une famille très présente, qu'il y a un entourage qui s'active, forcément je vais avoir moins peur que si je n'ai pas tous ces éléments-là , et c'est vrai que ça contribue au choix du dossier » (E2).*

Pour ces cadres, la confiance est donc une base indispensable aux échanges des données de santé des patients en amont des transferts. Par conséquent, comment instaurer une confiance entre établissements ou entre collègues au bénéfice du patient, et des établissements ? Le dictionnaire Larousse définit la confiance comme « un sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose »³⁷. Pour R.H. Desmarteau, M. Boucher et C. Trempe, la confiance « ne se commande pas, elle résulte d'une construction, se développe et se nourrit de transparence [...] et d'évaluation par les pairs. Elle se fonde aussi, de façon plus personnelle, sur la dynamique relationnelle qu'un individu entretient avec un autre, à travers une ou plusieurs expériences. Pour exister, la confiance a besoin de démonstration [...]. Plus nombreuses et répétitives sont les expériences positives des individus [...] plus le rapport de confiance se construit » (Fermon B., Grandjean P., 2015, p. 143).

Si le rapport de confiance résulte d'une construction, force est de constater que les expériences des cadres ne semblent pas toujours positives, d'où leur méfiance parfois lorsqu'ils ont été confrontés à des expériences négatives. Un cadre précise notamment « *moi, je refuse de prendre un patient si la case poids taille n'est pas remplie, donc ça fait partie des critères, je ne prendrai pas le patient parce que j'ai eu trop de fois des patients obèses où on ne m'avait pas prévenue, mais obèse nécessitant du matériel particulier, et le patient arrive et on m'apprend qu'en fait, il fait 120 kilos, et qu'il est plus grand que la normale et qu'il aurait fallu un lit, un montauban, etc.. et bien non, et je ne le mets pas non plus dans le même secteur ... » (E2).*

³⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082>

Ce besoin de transparence, source de confiance, est également demandé pour les patients admis en médecine. Pour un cadre, «... *il y a de plus en plus de déviance par rapport à la déclaration... ça ne plaît pas* » (E5).

Nous pouvons donc mettre en évidence que la confiance semble essentielle pour une bonne collaboration entre professionnels de structures différentes. Instaurer cette confiance est donc un enjeu important pour les établissements puisque les parcours de soins des patients âgés fragiles se répartissent souvent entre le CHU et l'établissement d'aval. Que ce soit après une intervention chirurgicale ou un passage aux urgences, les informations transmises aux services d'aval sont à fiabiliser autant que possible dans tous les champs de la prise en charge du patient et à actualiser en fonction de l'évolution clinique du patient pour les patients transférés en SSR, afin de créer un cercle vertueux de la confiance au bénéfice des patients et des établissements.

2.3.2. Garantir la qualité des soins, gage de sécurité des patients et de certification

Nous avons constaté que la complétude des données de santé échangées entre les services génère une qualité et une sécurité des soins au patient dès son admission, qualité qui peut être évaluée à partir de certaines données recherchées dans le dossier du patient.

Depuis 2008 pour les services de médecine et depuis 2009 pour les services de SSR, les établissements transmettent tous les deux ans à la HAS des données lui permettant de calculer des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) pour chaque établissement et de suivre leur évolution. Ces données sont recueillies sur un échantillon de dossiers tirés au sort, à posteriori du séjour.

Pour les séjours MCO et SSR, les domaines évalués sont :

- la tenue du dossier patient,
- le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation,
- la traçabilité de l'évaluation de la douleur,
- le dépistage des troubles nutritionnels,
- la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarres.

Pour les services de médecine, se rajoute un indicateur « document de sortie ».

L'indicateur « tenue du dossier patient » est calculé à partir de :

- 10 critères pour les services de médecine,
- 13 pour les services de SSR.

Cinq critères sont communs aux deux services, dont :

- « présence d'un document médical relatif à l'admission »,
- « courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval »,
- « rédaction d'un traitement de sortie (si applicable) ».

Ces trois critères sont en rapport direct avec la continuité de la prise en charge du patient, et mettent en évidence l'importance de la présence de ces documents pour la sécurité des soins, comme l'ont fait remarquer les professionnels rencontrés.

L'ingénieur qualité explique que *« pour l'indicateur de tenue de dossier des patients, où on évalue un critère qui porte sur la présence des documents médicaux relatifs à l'admission, ce qui veut dire en effet, on reçoit un patient ici, d'un établissement adresseur, est-ce qu'il nous envoie bien le document avec le patient, et là globalement, on s'est amélioré avec le temps, parce qu'on réclame les documents, c'est nous qui réclamons parce qu'on ne les a pas tout le temps, là, sur la dernière campagne qui a été faite en 2016... , sur cet indicateur-là, on est à 79 % de conformité³⁸, ce qui est bien, mais parce qu'on va à la pêche aux informations aussi, les professionnels d'ici rappellent les services, on a reçu un tel, pourquoi il n'y a pas de courrier avec, voilà... il y a 10 % des dossiers qui n'ont pas de courrier de l'établissement adresseur malgré les relances »* (E3). Les résultats de l'enquête montrent en effet que les professionnels des services d'aval rappellent régulièrement les services d'amont pour obtenir le courrier de sortie de l'établissement d'amont.

Ce courrier de fin d'hospitalisation dans le service d'amont, indicateur nommé « document de sortie » dans les IQSS, devient le « document médical relatif à l'admission » dans le service d'aval. La HAS précise que ce document signé par un médecin de l'établissement est « adressé au médecin de ville ou à la structure de transfert, ou encore remis au patient le jour de sa sortie [...]. Il résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital/ville » ou « hôpital/structure de transfert »³⁹. Avec l'ordonnance de sortie, il participe au parcours coordonné du patient, or nous avons vu que ces deux documents ne sont pas toujours présents lors du transfert du patient.

L'obligation⁴⁰, depuis le 1^{er} janvier 2017, de la remise d'une lettre de liaison le jour de la sortie du patient est un enjeu fort pour le CHU et devrait avoir un impact positif sur la présence de ce document dans le dossier des patients lors des transferts inter-établissements dès que les modalités de production de ce courrier seront opérationnelles.

³⁸ L'objectif national de performance est fixé à 80% pour cet indicateur

³⁹ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_doc_mco_7.12.2015.pdf

⁴⁰ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>

Les résultats des IQSS transmis par l'HAS à l'établissement permettent à celui-ci, d'une part de comparer ses résultats à l'objectif de performance attendue et d'autre part, de mettre en place, si besoin, des actions d'amélioration ciblées. Objets de diffusion publique pour certains et d'une communication au sein de l'établissement, ils sont un levier pour faire évoluer les organisations, améliorer la qualité des soins et la coordination du parcours du patient, au bénéfice notamment du patient âgé fragile.

2.3.3. Optimiser les parcours

Limiter les risques de rupture dans le parcours de santé du patient, c'est à fois sécuriser et optimiser les prises en charge. Nous avons constaté que des informations transmises tardivement ou non transmises au service d'aval pouvaient augmenter les durées de séjour. Optimiser les parcours des patients poly-pathologiques est donc un véritable enjeu pour les établissements à l'heure où le nombre des personnes âgées fragiles augmente. En Ile-et-Vilaine, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus devrait augmenter de 20 % entre 2015 et 2025⁴¹.

Mais comment optimiser ces parcours ? Comment décloisonner la transmission des informations entre les différents acteurs du soin pour mieux regrouper les différents éléments du dossier du patient et ainsi mieux transmettre les données au service d'aval ? Comment transmettre à tous les intervenants le juste niveau d'information pour qu'ils puissent assurer des soins de qualité au patient, sans les surcharger d'informations redondantes et inutiles, source de temps perdu et donc d'inefficience ? Autrement dit, comment être plus performant ? Pour définir la performance, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) fait référence à la définition de l'OMS : « la performance d'un système de santé se mesure à sa capacité à améliorer l'état de santé de la population, à répondre aux attentes des personnes et des clients du système et à assurer un financement équitable, en utilisant au mieux des ressources limitées⁴². »

Alors quel référentiel, quels indicateurs retenir pour évaluer la performance du parcours de soins d'un patient âgé poly-pathologique ? Est-ce le nombre d'hospitalisations sur un temps donné ? Le nombre de ré-hospitalisations précoces ? Est-ce le nombre de consultations non programmées ? Est-ce la satisfaction du patient ? Celle des intervenants ? Pour P. Grandjean, la multiplicité des acteurs dans le secteur sanitaire et médico-social rend la performance hétérogène. Si la qualité de la prise en charge du patient fédère les différents intervenants, leurs propres objectifs peuvent les conduire à des actions divergentes (Fermon B., Grandjean P., *ibid.* p. 24). Selon lui, l'imputabilité de la performance est difficile à relier à

⁴¹ Source : Convention Constitutive Hospitalière de la FIGAR

⁴² http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/l_anap/Programme_travail/plaquetteANAP_BD_def_01.pdf

une personne ou une entité car elle résulte souvent d'une co-production, comme dans le cas du parcours de soins inter-établissements. « La performance n'est pas unique mais plurielle » (Fermon B., Grandjean P., *ibid*, p. 28). Cet éclairage nous permet de comprendre qu'évaluer la performance du parcours du patient âgé poly-pathologique nécessite de poser clairement des objectifs partagés par les différents acteurs. Comme le précise Y. Bourgueil « l'amélioration de l'efficacité, qui est un objectif souhaitable et une impérieuse nécessité pour soutenir dans la durée un système de santé solidaire, doit faire l'objet d'une définition précise » (Bourgueil Y, 2014, p. 21). La coordination du parcours en sera d'autant plus aisée. Se repose donc la question du « qui » et du « comment ».

Des dispositifs existent pour la coordination des parcours de santé complexes, ou pour les PAERPA, afin d'éviter les ruptures, notamment aux interfaces entre les différents effecteurs et différentes structures prenant en charge le patient à domicile. Cependant, au sein même de l'hôpital, si la transmission d'informations semble aller de soi, signifie-t-elle coordination entre les acteurs ? Certaines informations, cloisonnées, ne semble pas la favoriser. Pourtant, optimiser les prises en charge reste une nécessité. Coordonner et organiser au mieux les ressources limite les risques de rupture et participe à optimiser les parcours de soins des patients.

Pour un cadre, en optimisant les parcours des patients, « *on peut en accueillir plus, c'est plutôt ma logique, parce qu'il y a une forte demande chez la population âgée... donc je me dis plus on peut en prendre en charge et mieux c'est* » mais elle précise que si « *le patient est tellement fragilisé, quand on a des pronostics réservés qui peuvent durer 20, 30 jours ... ces situations-là, éthiquement, on doit les prendre en charge ... heureusement, on peut encore s'autoriser à des durées moyennes de séjour beaucoup plus longues mais du coup, les gens qui ne nécessitent pas d'une hospitalisation de longue durée, leur place n'est pas ici ... pour moi, c'est ça une juste utilisation des moyens dont on dispose... c'est aussi une histoire de sous, parce que l'efficacité, c'est aussi lié à ça, aujourd'hui, on n'a pas une sécu qui peut se permettre* » (E1), mettant ainsi en exergue la nécessité d'adapter les prises en charge aux besoins réels des patients.

Si l'optimisation des parcours est un des six leviers identifiés par l'ANAP pour permettre d'améliorer la performance du système de soins, les outils des Systèmes d'Informations peuvent y participer. Ils sont aussi indispensables pour sécuriser le transfert des données de santé des patients.

2.3.4. Sécuriser le transfert inter-établissements des données de santé

L'enquête a montré que le fax était régulièrement utilisé pour la transmission des données de santé. Or, la confidentialité de ces données est un principe posé par l'article L.1110-4 du code de la santé publique qui précise : « Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins [...] a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ». Et un critère du manuel de certification V2014 concernant la sortie du patient est le suivant : « les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité ».

Le transfert inter-établissement des données de santé est donc un enjeu majeur pour l'établissement. Aujourd'hui, les Systèmes d'Informations Hospitaliers (SIH) des établissements de la FIGAR ne permettent pas d'échanger des données sécurisées. La transmission par fax est une « *habitude de fonctionnement* » (E4) comme le précise un cadre. Interrogée sur la circulation des données de santé entre les établissements, la Directrice des Systèmes d'Information répond : « *on sait mettre en place des flux d'envoi de compte-rendu par messagerie sécurisée aujourd'hui... mais la gestion de la messagerie sécurisée s'appuie pas mal sur la notion de prescripteur... c'est une possibilité technique mais qui se heurte aussi, dans la mise en œuvre, à des barrières organisationnelles* » (E6).

A l'heure où le territoire devient le périmètre de parcours du patient, assurer un transfert sécurisé des données de santé est un enjeu important. Un décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT prévoit qu'un Schéma Directeur du Système d'Information du GHT est élaboré au 1^{er} janvier 2018 et qu'au 1^{er} janvier 2021, le SI convergent comprend « des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels » et utilise « un identifiant unique pour les patients »⁴³. Cependant, les parcours des patients ne sont pas calqués sur les établissements du GHT, ce qui oblige à questionner les interfaces avec les établissements en dehors du GHT. Ce domaine du SIH, très technique et complexe, nécessite le recours à des professionnels experts de ce domaine du SIH. En attendant un SI convergent ou partagé, l'enjeu pour les établissements est bien de sécuriser le transfert des données de santé entre le CHU et les différents établissements d'aval.

Après avoir présenté les enjeux de la coordination des parcours de soins des personnes âgées, nous pouvons faire des préconisations pour améliorer ces parcours lors des transferts inter-établissements.

43

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=273396AF3668B867F3FD7B962C8BE6E9.tpdila23v_3?cidTexte=JORFTEXT000032465957&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT0000324652

3 - Des préconisations d'actions pour optimiser le parcours de soins

Nous avons constaté que le transfert inter-établissements des données de santé n'est pas optimisé. Or, il en va de la sécurité et de la qualité des soins délivrés au patient, de la fluidité de son parcours de soins et de santé, de l'impact sur le flux global des patients dans les établissements de santé, mais aussi de la sérénité des professionnels dans leurs missions. Coordonner et fluidifier le parcours de soins des patients âgés fragiles est aussi un enjeu de santé publique puisqu'il s'agit bien là de veiller à la santé d'une population vulnérable. Et cette population va fortement augmenter du fait d'une espérance de vie qui continue à croître. Elle est confrontée à la fois aux maladies chroniques et à la désertification médicale, deux paramètres qui apparemment s'opposent. Par conséquent, limiter les ruptures dans les parcours de soins, les redondances d'examen, les durées de séjour prolongées en coordonnant mieux ces parcours participe à l'optimisation de la prise en charge de ces patients et à l'efficacité de notre système de santé.

Alors comment favoriser une fluidité dans les parcours de soins, notamment dans ceux des patients âgés fragiles ? Comment coordonner les interventions des différents acteurs ? Si un Système d'Information partagé par tous peut sembler la cible à atteindre pour partager les informations utiles à tout moment, il n'en reste pas moins qu'elle prendra du temps car elle nécessite des moyens humains et financiers conséquents. Et si un Système d'Information convergent peut être envisagé pour les établissements faisant partie du GHT, qu'en sera-t-il pour les autres ? En effet, les circuits des patients ne sont pas calqués sur le périmètre du GHT puisque les deux établissements qui accueillent le plus de patients de 75 ans et plus en sortie du CHU ne font pas partie du GHT.

Au vu des résultats de l'enquête, nous pouvons faire des préconisations d'actions qui devraient permettre d'améliorer la coordination des acteurs dans les parcours de soins et de limiter ainsi les risques de ruptures en attendant un Système d'Information convergent. Ces recommandations se situent sur quatre axes :

- Optimiser nos outils existants et nos organisations,
- Améliorer la connaissance inter-établissements,
- Evaluer nos pratiques et fixer les cibles à atteindre,
- Sécuriser les transferts de données de santé entre les établissements.

3.1. Optimiser nos outils existants et nos organisations

Cette optimisation concerne les dossiers des patients transférés en SSR, ceux des patients transférés depuis les urgences et elle permettrait de mieux fluidifier les parcours.

3.1.1. Pour les dossiers des patients transférés en SSR

Au vu des résultats de l'enquête, nous pouvons proposer deux actions pour améliorer la qualité des informations transmises vers les services d'aval :

- Réinterroger en interne l'utilisation de l'outil ORIS
- Définir la composition d'un dossier de liaison.

Réinterroger en interne l'utilisation de l'outil ORIS, c'est se questionner sur la qualité de remplissage de la fiche de demande. Elle ne satisfait pas complètement les utilisateurs d'aval, notamment sur le volet rééducatif et social car la fiche est rarement mise à jour avant l'arrivée du patient. Optimiser le remplissage de cette fiche permettrait donc aux professionnels d'aval d'avoir des informations adaptées à l'état du patient à son arrivée. Une intégration automatique, réalisable au niveau du CHU, des transmissions des diététiciennes, kinésithérapeutes et assistantes sociales permettrait d'apporter en partie une réponse. Un bilan de l'utilisation du DPI avec les cadres de ces services permettrait d'avoir une exhaustivité de l'ensemble des organisations actuelles.

Ces évolutions techniques permettraient de répondre à une des difficultés rencontrées par les établissements d'aval : l'absence de données concernant la rééducation du patient et des données incomplètes sur le volet social et parfois sur la prise en charge diététique. Cependant, elles ne leur permettraient pas d'avoir une fiche actualisée avant l'arrivée du patient. Pour ce faire, il conviendrait de revoir les organisations existantes au sein des services de soins en formalisant au niveau institutionnel le circuit des demandes de SSR.

Nous pouvons donc proposer de :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Automatiser l'intégration des transmissions des kinésithérapeutes, diététiciennes et assistantes sociales dans la fiche de demande de SSR.- Définir par qui et à quel moment, avant le départ du patient, la fiche ORIS est à mettre à jour. |
|---|

Cette deuxième action présente cependant des limites car le traitement du patient peut évoluer jusqu'à son départ mais elle présenterait l'avantage pour le service d'aval d'avoir des informations plus actualisées. Cette mise à jour, simple à réaliser, permettrait aussi de mettre à jour automatiquement le traitement du patient, ce qui répondrait à la demande des services d'aval d'avoir le traitement réel du patient avant son arrivée. L'impact sur le circuit du médicament serait très positif, ainsi que sur le nombre d'appels téléphoniques reçus par les différents professionnels des services de soins.

Une proposition a été faite également par des cadres rencontrés pour faire évoluer la présentation de la fiche de demande ORIS, pour plus de lisibilité, en se basant sur le modèle de la fiche du territoire 6 ou 8.

Définir la composition d'un dossier de liaison, c'est aller vers une uniformisation des éléments à transmettre. En effet, une infirmière témoignait « *je n'ai pas repéré les dossiers de liaison du CHU* » (E5), preuve que les dossiers reçus présentent des éléments différents d'un service à l'autre, voire des différences au sein même d'un service.

Nous pouvons donc préconiser de :

- Définir, au niveau institutionnel, le contenu du dossier de liaison à transmettre lors du transfert d'un patient vers un autre inter-établissement.

Le projet de définition du contenu d'un dossier de liaison permettrait d'uniformiser les pratiques au CHU et pour les professionnels d'aval, de repérer rapidement les différents éléments du dossier transmis. Il devrait permettre aussi de limiter les ruptures dans le parcours du patient, de diminuer le nombre d'appels téléphoniques et les interruptions de tâches dans les deux établissements. Il pourrait s'appuyer sur les conclusions du GCS CAPPS de décembre 2016 qui préconisait de faire évoluer la check-list actuelle de sortie du patient pour l'adapter aux transferts des patients lors d'une hospitalisation ou d'un examen.

Aujourd'hui, la checklist de sortie, recommandée par la HAS, pour tout patient hospitalisé plus de 24 heures et destinée aux patients qui repartent à domicile afin de faire le lien avec les différents intervenants, ne convient pas aux transferts inter-établissements. La remise d'une lettre de liaison au patient et au médecin traitant, le jour de la sortie de l'hospitalisation est devenue obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2017, comme le précise l'article R. 1112-1-2 du décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016⁴⁴. Elle devrait répondre aux besoins des médecins d'aval. Cette lettre de liaison, actuellement en test, devrait être généralisée rapidement dans tous les services. Cependant, elle n'apportera pas toutes les réponses aux besoins des professionnels soignants sur l'autonomie du patient, les derniers traitements administrés ou les soins à réaliser.

Par conséquent, un groupe de travail pourrait être constitué pour proposer un contenu type du dossier de liaison. Ce dossier pourrait être accompagné d'une check-list permettant à l'infirmière de visualiser les différents éléments à joindre au dossier lors du transfert d'un patient.

⁴⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>

3.1.2. Pour les dossiers des patients transférés depuis les urgences

Le dossier qui accompagne le patient transféré depuis les urgences est souvent décrit comme présentant des informations redondantes. Il est aussi incomplet car les données du contexte social ne sont pas présentes⁴⁵. Il est faxé à l'établissement d'aval, ce qui représente un coût d'impression pour celui-ci mais aussi pour le CHU qui doit imprimer le dossier pour pouvoir le faxer. Cette double impression est d'autant plus regrettable que le dossier n'est pas exploité en totalité car trop compliqué à lire comme le précise une infirmière, « *On a des tonnes de papier* » (E5), tandis que pour le médecin « *quand on cherche une information, c'est absolument horrible* » (E5), ce que résume le cadre « *il est évident que le dossier des urgences qu'on nous envoie actuellement, qui n'a pas de synthèse d'hospitalisation, c'est un vrai problème* » (E4). La densité du dossier est donc peu utile à l'équipe d'aval, voire délétère pour retrouver rapidement les informations essentielles à la continuité de la prise en charge du patient.

Ces doubles impressions sont aussi peu adaptées aux recommandations, en termes de développement durable, qui vont vers une limitation des impressions. Aussi, un travail sur le contenu du dossier à transmettre pourrait répondre aux besoins des équipes d'aval.

Nous pouvons donc préconiser de :

- Réaliser une étude sur les possibilités techniques d'évolution du logiciel afin d'aller vers une récupération des informations essentielles à transmettre et vers une meilleure lisibilité des données produites.

Cette évolution nécessiterait, après une validation institutionnelle, une collaboration entre les professionnels des urgences, nos partenaires des services d'aval et le support informatique, afin de confronter les analyses et les besoins.

3.1.3. Fluidifier les parcours

Cet objectif a nécessairement des impacts forts au niveau du CHU. Cependant, fluidifier les parcours vers l'aval participe aussi à la fluidité des parcours dans tous les services d'amont. Aussi, nous pouvons proposer deux actions :

- Renforcer le transfert des patients en fin de matinée ou début d'après-midi,
- Agir sur les patients dont la date de sortie prévisionnelle est dépassée.

⁴⁵ Aujourd'hui, le dossier social ne s'imprime pas automatiquement avec le dossier médical et paramédical. Il nécessite une action volontaire de l'infirmière pour être imprimé

Organiser le transfert des patients en fin de matinée ou début d'après-midi, c'est prendre en compte les difficultés soulevées par les équipes d'aval lorsque le patient arrive tardivement. Elles ont toutes émis le souhait de recevoir les patients tôt, ce qui leur permet de mieux coordonner la prise en charge du patient, avec la présence du médecin et du pharmacien. Aujourd'hui, une action existe déjà en ce sens au CHU afin de favoriser les sorties le matin.

Nous pouvons donc préconiser de :

- | |
|---|
| - Renforcer l'action en cours sur l'organisation des sorties des patients le matin. |
|---|

Cette action est corrélée à l'organisation médico-soignante des services du CHU et à celle des transports des patients, qui sont, dans les deux cas, des freins à lever.

Agir sur les patients dont la date de sortie prévisionnelle est dépassée participe à optimiser les parcours des patients et les flux dans tous les services. Elle peut aussi permettre de questionner certaines orientations non justifiées vers des SSR pour des patients en attente d'EHPAD.

Nous pouvons donc proposer de :

- | |
|--|
| - Repérer les patients dont la date de sortie prévisionnelle est dépassée. |
| - Agir rapidement. |

La proposition suivante s'appuie sur une expérience réussie dans un CHU selon la méthode suivante :

- A J+3 d'une date prévisionnelle de sortie dépassée et non justifiée : le cadre de santé alerte le cadre supérieur en charge du pilotage des flux des patients et des séjours
- A J+7 de l'alerte, si le patient n'est pas sorti, ce cadre supérieur informe la Direction des Soins.

Ce processus permettrait de repérer rapidement les difficultés rencontrées par le service pour la sortie du patient et d'agir au plus tôt afin d'optimiser le parcours du patient et les flux à l'hôpital car « gérer et optimiser les flux dans un établissement de santé c'est aussi s'intéresser aux fonctionnements des interfaces » (Aissou M., Danos J.P., Jolivet A., 2016, p.47). Il permettrait aussi d'avoir l'histoire du patient au fil de l'eau et éviterait une recherche à posteriori pour une étude en commission des séjours complexes. Les blocages dans les circuits seraient ainsi identifiés, ce qui permettrait d'agir précocement dans une situation ultérieure identique. En fonction des organisations médico-soignantes, l'Equipe Mobile de Gériatrie pourrait être sollicitée rapidement afin d'apporter un appui.

3.2. Améliorer la connaissance inter-établissements

Les cadres rencontrés ont souvent mentionné le manque de connaissance de leurs pairs avec lesquels ils partagent la prise en charge des patients sur leurs parcours de soins, ainsi que la méconnaissance des activités de leurs établissements périphériques par les professionnels du CHU. Nous pouvons donc proposer deux actions en ce sens :

- Consolider la confiance entre les pairs des établissements
- Améliorer la connaissance des établissements périphériques.

Consolider la confiance entre les pairs des établissements permet une meilleure collaboration. Les professionnels des établissements d'aval ont tous évoqué un besoin de transparence et de « *sincérité déclarative* » (E5) afin de pouvoir se faire confiance. Les cadres des établissements en direction commune avec le CHU déclarent que la connaissance de l'autre participe à améliorer les relations entre collègues « *les rapports entre moi et le CHU sont beaucoup plus aisés depuis qu'on se connaît mieux* » (E4). Pourtant, pour un cadre : « *on ne prend pas le temps de se rencontrer, ... ça aiderait de visiter nos établissements respectifs* » (E1). Découvrir l'autre, c'est aussi mieux comprendre ses contraintes et permettre ainsi une meilleure collaboration. Instaurer la confiance entre cadres est un enjeu important pour les établissements dans les parcours des patients âgés.

Nous pouvons donc préconiser de :

- Engager une réflexion au niveau des établissements de la FIGAR afin de favoriser des temps d'échanges entre les cadres.

Cette action pourrait favoriser une meilleure qualité de remplissage de la fiche de demande ORIS.

Améliorer la connaissance des établissements périphériques, c'est porter à la connaissance des professionnels du CHU les capacités d'accueil et les organisations des établissements périphériques. Un cadre explique que, pour les professionnels du CHU, « *se dire que la pharmacie n'est pas accessible H24, c'est perturbant* » (E5), ou un autre « *savoir, qu'ici on est habilité à faire les transfusions, que le temps de présence médicale, c'est de 8h à 19h et le samedi matin* » (E3) permet de savoir quelle typologie de patients ces services peuvent accueillir et de mieux comprendre leurs limites. Ce constat est partagé par la Directrice en charge des établissements en direction commune avec le CHU « *il y a une méconnaissance globale de la taille de chacun, des capacités... et des acteurs* » (E6).

Un cadre a mentionné la nécessité d'un outil précisant « *ce que chaque établissement périphérique peut proposer comme prise en charge et quelles sont ses limites* » (E3).

Nous pouvons donc retenir cette proposition de :

- | |
|--|
| - Créer un outil présentant les possibilités d'accueil et les limites des établissements périphériques, outil à mettre à la disposition des professionnels du CHU. |
|--|

Cependant, cet outil devrait bénéficier d'une mise à jour en cas d'évolution des services.

L'entretien réalisé avec les deux chargées de mission de la FIGAR dans le cadre de cette enquête a permis d'échanger sur les besoins de coordination entre les établissements. Dans la convention constitutive hospitalière de la FIGAR signée en décembre 2016, le plan d'actions préconise de : « Diffuser aux internes, aux médecins, aux cadres et aux services sociaux l'offre de soins dans chaque établissement de santé ». Cette proposition pourrait donc s'inscrire dans l'action n°18 de l'axe 3 « Améliorer la coordination » de la convention.

3.3. Evaluer nos pratiques et poser les cibles à atteindre

Les évaluations participent à améliorer les pratiques en ce sens qu'elles permettent de faire un diagnostic et de poser des cibles d'amélioration selon la méthode de la roue de Deming.

3.3.1. Pour les dossiers des patients transférés en SSR

Nous avons proposé dans l'axe 1 « Optimiser nos outils existants et nos organisations » la définition du contenu d'un dossier de liaison afin d'uniformiser les pratiques de transmissions de données lors du transfert du patient, et celle d'une check-list permettant aux infirmières de s'assurer que tous les documents sont bien présents dans le dossier transmis. Nous proposons de poursuivre cette action par une évaluation de l'appropriation du contenu de ce dossier de liaison par les infirmières.

Aujourd'hui, des audits sont réalisés régulièrement dans l'établissement et les équipes soignantes y sont familiarisées. Des audits pourraient être réalisés par les établissements d'aval lors de l'arrivée du patient.

Nous proposons donc de :

- | |
|---|
| - Mettre en place des audits du contenu des dossiers transmis dans les services d'aval. |
|---|

Cette méthode avait déjà été utilisée pour « *objectiver la qualité des transferts* » a expliqué un cadre (E5). Les soignants ou le cadre du service d'aval, à partir d'une check-list validée par le CHU et les établissements d'aval, évaluaient la qualité de tous les dossiers des patients transférés du CHU. Des réunions de restitution étaient organisées une fois par an. Cette évaluation s'est arrêtée après quelques années de fonctionnement.

Lors de l'enquête de terrain, des infirmières ont manifesté leur disponibilité pour travailler si besoin avec le CHU à l'amélioration des pratiques, ce qui pourrait se faire dans le cadre de la Direction commune ou du GHT. Des audits croisés pourraient donc être réalisés, au CHU et dans l'établissement d'aval, à partir de la check-list de sortie.

A l'heure où la HAS, lors des visites de certification, s'intéresse particulièrement à la qualité des interfaces entre les établissements de santé et au parcours de soins des personnes vulnérables, ce type d'audit réalisé ponctuellement mais régulièrement permettrait de connaître avec précision et de façon probante la qualité des éléments du dossier de soins transmis lors des transferts inter-établissements.

Lors de ces audits, les professionnels des établissements d'aval pourraient être incités à faire des déclarations d'évènements indésirables si le dossier analysé n'est pas complet. Nous avons vu qu'aujourd'hui, rares sont les déclarations faites lorsqu'il manque un élément dans le dossier. L'infirmière du service d'aval rappelle le CHU pour obtenir le document manquant. L'ingénieur qualité l'explique « *les professionnels de santé préfèrent appeler en direct les services concernés, et dire 'on s'arrange' mais au final, ça ne résout pas le problème parce qu'on aura un autre patient qui arrive la semaine suivante, parfois exactement du même service et on a toujours des documents qui nous manquent. L'idée, c'est vraiment de travailler plus largement, plus globalement, de voir où sont les dysfonctionnements.* » (E3). Pour lui, « *ce qui va vraiment renforcer ce travail de signalement inter-établissement, c'est la mise en place du compte qualité commun dans le cadre du GHT... quels sont les risques dans les interfaces ?* ».

Ces audits devraient participer à limiter les risques de rupture dans le parcours de soins du patient lors de l'étape du transfert vers un service d'aval.

3.3.2. Pour les dossiers des patients transférés depuis les urgences

Le dossier qui accompagne le patient transféré depuis les urgences est souvent décrit comme à la fois trop dense, redondant et incomplet. Un entretien exploratoire fait auprès d'un cadre des urgences médico-chirurgicales adultes nous avait montré qu'une check-list de sortie des urgences avait été mise en place en décembre 2016 pour s'assurer de la

complétude du dossier lors du transfert du patient vers un service interne au CHU ou vers l'établissement d'aval. La check-list comprend notamment les items suivants :

- Impressions des dossiers administratif, médical et paramédical
- Impressions de l'ordonnance d'hospitalisation
- Documents présents dans le dossier : examens d'imagerie, examens de biologie et ECG.

Cette check-list semble donc répondre aux différentes demandes des établissements d'aval. A ce jour, l'utilisation de cette check-list n'a pas été évaluée.

Nous pouvons donc préconiser de :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Réaliser, au regard de la checklist renseignée lors du départ du patient, une évaluation de la complétude du dossier patient transmis aux établissements d'aval. |
|--|

Cette évaluation serait un élément qui permettrait de discuter les résultats de l'enquête.

3.4. Sécuriser les transferts de données

Nous avons vu que de nombreuses données de santé entre le CHU et les établissements d'aval sont transmises par fax : une majorité des dossiers des patients transférés depuis les urgences et tous les compléments d'information demandés par les services de SSR. La transmission par fax n'est pas sécurisée et la CNIL recommande un fax permettant :

- Lors de l'émission des messages, l'affichage de l'identité du fax destinataire afin d'être assuré de l'identité du destinataire
- Un pré-enregistrement dans le carnet d'adresses des fax des destinataires potentiels.

Les fax utilisés aujourd'hui au CHU ne disposent pas de ces fonctions. Et il ne paraît pas raisonnable de préconiser un renouvellement des fax au vu des évolutions à venir dans ce domaine et du coût, alors que les données ne seraient pas complètement sécurisées.

Par conséquent, le transfert des données devrait tendre vers l'utilisation d'une messagerie sécurisée. Aujourd'hui, au CHU, les courriers transmis aux médecins traitants via la messagerie sécurisée s'appuient sur la notion de « médecin prescripteur ». Cependant, des cadres de santé des établissements périphériques disposent de messageries sécurisées.

Nous pouvons donc proposer de :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Réaliser une étude de faisabilité pour la mise en place de messageries sécurisées pour tous les transferts de données de santé des patients. |
|--|

Par ailleurs, la Directrice des établissements en direction commune avec le CHU souhaiterait « *que les médecins puissent avoir un code d'accès, pas à tout, mais au moins au CR [Compte-Rendu] d'hospitalisation... ce serait une première étape dans l'attente du SIH convergent* » (E6), ce qui nous semble souhaitable. Cet accès limiterait le risque de rupture dans le parcours des patients orientés vers ces établissements.

Le SIH convergent du GHT devrait, à terme, résoudre une partie des difficultés rencontrées aujourd'hui par les professionnels pour l'accès aux données de santé des patients. Cependant, le statut des établissements d'aval pourrait avoir un impact sur les étapes nécessaires pour y parvenir.

Conclusion

Ce travail, initié dans un esprit d'ouverture vers l'extérieur du CHU, m'a permis d'aller à la rencontre des professionnels des établissements d'aval, de découvrir les organisations et les contraintes de ces structures et d'améliorer ma connaissance du fonctionnement des services de soins du CHU. Il permet d'apporter un éclairage sur les parcours de soins des patients âgés de 75 ans et plus lors des transferts inter-établissements entre le CHU et les services d'aval de médecine et de SSR.

L'enquête a été menée auprès de six établissements de la Filière Inter-hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR), dont le CHU. Les entretiens réalisés avaient pour objectif de repérer si les parcours de ces patients présentaient des ruptures ou des risques de ruptures. Si des ruptures étaient repérées, il s'agissait d'en connaître les impacts sur la prise en charge des patients et sur les organisations. Enfin, recueillir auprès de ces professionnels leurs besoins a permis de comprendre leurs attentes et de préciser les enjeux d'un parcours de soins coordonné au bénéfice de ces patients âgés et fragiles, des équipes médico-soignantes et des établissements de santé. Des préconisations ont été émises pour limiter les risques de ruptures et pour optimiser la prise en charge de ces patients.

Lors de cette enquête, nous avons constaté des ruptures ou risques de ruptures dans les différents champs de la prise en charge du patient, que les patients soient transférés vers les services de médecine ou vers les services de SSR.

Pour les patients transférés depuis le service des urgences vers les services de médecine d'aval, les risques de rupture identifiés sont principalement dus à une incomplétude du dossier transmis. Celui-ci, communiqué le plus souvent par fax avant la venue du patient, présente des informations redondantes qui ne permettent pas aisément aux professionnels d'aval de trouver rapidement les informations essentielles à la continuité de la prise en charge du patient, ce qui est majoré par l'absence de compte-rendu de sortie des urgences. En fonction du niveau de présence médicale et des organisations dans les structures d'aval, l'absence régulière d'ordonnance de sortie peut être une réelle rupture dans la continuité des soins. D'autres éléments, souvent manquants dans le dossier, nécessitent de fréquents rappels au CHU : résultats de laboratoire, radiographies, électrocardiogramme.

Pour les patients transférés vers les services de SSR, une demande d'admission est réalisée préalablement avec l'outil ORIS. Les professionnels des services d'aval signalent un écart fréquent entre la description du patient dans ORIS et la situation du patient à son arrivée,

avec une qualité variable des informations contenues dans cette fiche, régulièrement non mise à jour avant le transfert du patient. Les informations concernant la rééducation initiée au CHU ne sont pas transmises lors du départ du patient. Et une difficulté majeure est signalée dans la transmission des rendez-vous de suivi du patient, que ce soit des rendez-vous liés à son séjour hospitalier ou des rendez-vous prévus initialement dans son parcours de santé. Ces défauts d'informations ont pour conséquence un risque de rupture important dans le parcours de soins et de santé du patient, de même que l'absence de compte-rendu d'hospitalisation parfois. Par contre, les comptes rendus des évaluations gériatriques, lorsqu'elles ont été réalisées, sont précieuses pour la qualité de la prise en charge du patient dans le service d'aval.

Le contexte social n'est pas retrouvé dans le dossier des urgences et insuffisamment renseigné pour les patients transférés en SSR, ce qui ne permet pas d'anticiper les actions à mettre en place pour la continuité du parcours de santé ou de vie du patient.

Un facteur important à prendre en compte est l'heure d'arrivée tardive du patient dans la structure d'aval. Il est, à lui seul, un risque de rupture à apprécier en fonction du niveau de présence médicale et des heures d'ouverture de la pharmacie de l'établissement d'aval.

Les impacts de ces ruptures ou risques de ruptures dans les parcours de soins de ces patients se situent à trois niveaux : au niveau du patient, au niveau des professionnels et au niveau des établissements et du système de santé.

Au niveau du patient, des manques sont mis en évidence dès l'accueil du patient. En effet, il est difficile pour une équipe d'assurer un accueil de qualité si elle ne dispose pas d'un dossier complet et mis à jour concernant les multi-pathologies et les capacités fonctionnelles du patient. Les professionnels sont aussi parfois en difficulté pour répondre aux demandes du patient et/ou de sa famille sur les résultats d'examens car ils n'ont pas suffisamment d'informations. Le manque de données sur la rééducation fonctionnelle initiée au CHU provoque parfois une rupture de quelques jours dans la continuité de ce programme, ce qui peut avoir un impact sur l'autonomie du patient et par conséquent sur la date de sortie du SSR. Il en est de même pour le contexte social : l'insuffisance de données ou le défaut de connaissance peut participer à faire augmenter la durée du séjour. Concernant la transmission du dossier ou des informations complémentaires par fax, cela met en évidence un risque de non confidentialité des données de santé.

Pour les professionnels, la non complétude du dossier transmis ne leur permet pas d'anticiper l'arrivée du patient et de préparer un accueil personnalisé à ses besoins, ce qui nécessite ensuite des ajustements, sources de charges de travail évitables, sans oublier le défaut de confiance potentiellement engendrée entre le patient, son entourage et l'équipe

Jacqueline PILORGET

soignante. Afin de limiter ces ruptures, les équipes d'aval appellent très régulièrement le service d'origine. Ces appels récurrents provoquent de nombreuses interruptions de tâches, source de désorganisation et de majoration de charge mentale, tant pour l'équipe qui appelle que pour l'équipe sollicitée, les soignants mais aussi le standard et les secrétariats. L'absence fréquente des résultats de biologie et des radiographies peut nécessiter la prescription d'examens déjà réalisés au CHU, source d'inconfort pour le patient et de coût pour le système de santé.

Pour les établissements et le système de santé, l'augmentation des durées de séjour et les orientations inadaptées en SSR représentent également un coût. L'augmentation de la DMS provoque un ralentissement des flux préjudiciable à l'établissement, à l'heure où les lits d'aval sont très sollicités.

Une meilleure coordination du parcours de soins des patients âgés fragiles devrait participer à optimiser la qualité des prises en charge. Ce sont des enjeux pour le patient, pour les professionnels, pour les établissements et le système de santé.

Pour le patient, organiser en amont sa prise en charge, c'est lui assurer un parcours de soins en cohérence avec son parcours de vie et lui garantir une qualité de prise en charge à toutes les étapes de son parcours.

Pour les professionnels de santé des établissements d'aval, la coordination des parcours permettrait d'anticiper l'arrivée du patient et de lui garantir un accueil de qualité. Un dossier complet où les informations essentielles sont aisément repérables sécurise aussi les prises en charge et fait gagner du temps aux équipes.

Pour les établissements, un parcours de soins coordonné offrant une complétude et une qualité des informations transmises devrait permettre une meilleure confiance inter-établissements, une meilleure qualité des prises en charge et une durée de séjour au plus juste du besoin du patient et par conséquent une optimisation des parcours de soins. A l'heure où la durée des séjours hospitaliers se réduit, il est essentiel de s'assurer que le temps gagné sur le séjour hospitalier ne se reporte pas sur le SSR.

Au vu des résultats de l'enquête, nous avons préconisé des actions pour améliorer la coordination des parcours de soins des patients de 75 ans et plus transférés vers les services d'aval de médecine et de SSR. Ils se situent sur quatre axes : optimiser nos outils et nos organisations, améliorer la connaissance inter-établissements, évaluer nos pratiques et fixer les cibles à atteindre et enfin, sécuriser les transferts de données de santé entre établissements de santé.

Pour optimiser nos outils, il s'agirait de faire évoluer les DPI utilisés aux urgences et dans les services cliniques afin de produire une synthèse des informations saisies par les différents professionnels, pour en favoriser une lecture aisée lors de l'impression du dossier. Quant à nos organisations, il est préconisé d'agir sur le suivi des demandes de SSR initiées dans ORIS afin que le service d'aval dispose de données en cohérence avec les besoins du patient à son arrivée. Une deuxième action serait de définir le contenu d'un dossier de liaison afin d'uniformiser les pratiques des différents services. La troisième préconisation concerne le suivi des patients ayant dépassé leur date prévisionnelle de sortie avec la mise en place d'un processus d'alerte à faire par le cadre de santé du service au cadre supérieur en charge du pilotage des flux des patients et des séjours afin de mettre en place en temps réel les actions nécessaires. Enfin, afin d'éviter un horaire d'arrivée tardif dans les services d'aval, il conviendrait de renforcer l'action en cours sur la sortie des patients le matin.

Pour améliorer la connaissance inter-établissements, la première action proposée est d'engager une réflexion au niveau des établissements de la FIGAR afin de favoriser des temps de partage entre les cadres de santé. La deuxième action serait d'établir un outil présentant les possibilités d'accueil et les limites de ces établissements afin de favoriser une bonne orientation des patients.

Evaluer nos pratiques permettrait de faire un état des lieux actuel et de définir des axes d'amélioration. Des audits croisés entre le CHU et les établissements d'aval permettraient d'évaluer la qualité des dossiers transmis.

Enfin, pour sécuriser le transfert des données de santé, la préconisation est de délaisser le fax pour aller vers une messagerie sécurisée, tout en préparant la mise en place d'un Système d'Information partagé ou convergent.

Si cette enquête a mis en évidence des ruptures ou risques de ruptures dans le parcours des patients âgés fragiles lors des transferts vers les services d'aval de médecine et de SSR, elle reste cependant limitée à un faible nombre d'établissements et à la FIGAR. Si certaines données semblaient saturées, d'autres ne l'étaient pas, preuve que de nouveaux entretiens auraient été nécessaires pour circonscrire la recherche.

De plus, le périmètre ne couvrait pas le champ de la santé mentale. Or, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, Etablissement Public de Santé Mentale fait partie de la Filière Inter-Gériatrique de l'Agglomération Rennaise. Nous pouvons donc nous interroger sur les données de santé transmises lors du transfert d'un patient du CHU vers cet établissement, et plus largement sur les autres filières du GHT existantes et en cours d'organisation avec la mise en place du GHT - Haute Bretagne.

Bibliographie

Ouvrages

Aissou M., Danos J.P., Jolivet A. (2016), *Structurer les parcours de soins et de santé Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, Bordeaux, LEH Edition.

Béland F., Michel H. (2013), *La fragilité des personnes âgées, Définitions, controverses et perspectives d'action*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Bloch M.A., Hénaut L. (2014), *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.

Fermon B., Grandjean P. (2015), *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Paris, Dunod.

Articles scientifiques

Bertillot H., Bloch M.A. (2016), « Quand la ' fragilité ' des personnes âgées devient un motif d'action publique », *Revue française des affaires sociales* n° 4, pp.107-128.

Bourgueil Y. (2014), « Les parcours, promesses d'efficience et d'équité ? », *actualité et dossier en santé publique*, n° 88, pp. 21-23.

Michel H. (2012), « La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive », *Retraite et société*, n° 62, pp.174-181.

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2012-1-page-174.htm>

Publication - Rapport

Gérard S., « Les outils d'évaluation de la fragilité », Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc, 2015 pp. 37-47

<http://www.medcomip.fr/--82/tg-formations/fragilite/livre-blanc-fragilite-2015.pdf>

La consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne, ARS

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2016-03%20-%20Rapports%20ARS%20Bretagne%20-%20Consommation%20PA.pdf>

Groupements hospitaliers de territoire et santé publique « Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé », Haut Conseil de la santé publique, 13 mars 2017
file:///C:/Users/pilorget/Downloads/hcspr20170313_ghetsantepublique.pdf

Mémoires

PPASP : Comment améliorer le parcours de soins hospitalier des adolescents au sein d'un service de pédiatrie générale ? L'exemple du Centre Hospitalier de Bretagne Sud, Anne-Sophie RIOU, 9 septembre 2015

Documents

ARS, Parcours de soins, Parcours de santé, Parcours de vie, Lexique des parcours de A à Z, janvier 2016

Convention Constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire de Haute Bretagne

Convention Constitutive Hospitalière de la FIGAR, ARS Bretagne

Communiqué de presse du 5 juillet 2016 émis par la Direction de la communication du CHU

Charte du patient hospitalisé

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Manuel de certification V2014

Loi - décrets - Règlement

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/20160427_JO_Decret_GHT.pdf

Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>

Règlement européen, données de santé

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX%3A32016R0679&from=FR>

Sites consultés

http://qcscapps.fr/?page_id=6.

https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288201#graphique-Figure_8

<https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/2016-03%20-%20Rapports%20ARS%20Bretagne%20-%20Consommation%20PA.pdf>

<https://www.ars.sante.fr/index.php/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf

<http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=969339915;>

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1497412/fr/realisation-d-une-grille-d-analyse-de-la-pertinence-des-demandes-de-transfert-et-d-admission-en-ssr-note-de-cadrage

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

<http://discours.vie-publique.fr/notices/136000080.html>

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/guide_it_140316vf.pdf

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/fiche_descriptive_doc_mco_7.12.2015.pdf

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/l_anap/Programme_travail/plaquetteANAP_BD_def_01.pdf

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=273396AF3668B867F3FD7B962C8BE6E9.tpdila23v_3?cidTexte=JORFTEXT000032465957&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT0000324652

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922482&categorieLien=id>

Liste des annexes

1 - Liste des entretiens réalisés

2 - Grille d'entretien pour les professionnels des établissements extérieurs au CHU

3 - Grille d'entretien pour les professionnels du CHU

Annexe 1 : liste des entretiens réalisés

Les entretiens exploratoires au CHU : 4

- Cadre supérieur de santé du pôle ASUR - MIG : 20 janvier (30 mn, par téléphone) et 18 avril (1h30)
- Cadre de santé des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes : 27 avril (45 mn)
- Cadre de santé du Service d'Aide Médicale Urgente : 5 mai (40 mn)
- Attachée d'Administration de la Direction de la Qualité et des Relations avec les Usagers : 27 avril (40 mn)

Les entretiens dans le cadre de l'enquête de terrain : 26

Centre Hospitalier de Montfort-sur-Meu : 3 entretiens

- Ingénieur qualité Montfort-sur-Meu / St Méen-le-Grand : 22 juin (35 mn)
- Cadre supérieur de santé du service médecine / SSR : 22 juin (1h17)
- Infirmière de « gestion » : 4 juillet (58 mn)

Centre Hospitalier de Saint-Méen-le-Grand : 1 entretien

- Cadre de santé + infirmière du service médecine / SSR : 30 juin (1h44)

Pôle Gériatrique Rennais à Chantepie : 1 entretien

- Cadre administratif service social et « parcours et ressources » : 28 juin (45 mn)

Polyclinique Saint-Laurent à Rennes : 3 entretiens

- Cadre de santé du service SSR : 23 juin (43 mn)
- Cadre de santé du service médecines poly-spécialités + intervention d'une aide-soignante, d'un infirmier et d'un médecin : 28 juin (54 mn)
- Infirmière du service SSR : 26 juin (28 mn)

Centre Hospitalier de Janzé : 3 entretiens

- Cadre supérieur de santé : 27 juin (53 mn)
- Cadre de santé du service médecine / SSR : 26 juin (48 mn)
- Infirmière de gestion + intervention d'un médecin libéral : lundi 26 juin (36 mn)

Centre Hospitalier Universitaire de Rennes : 13 entretiens

- Directrice déléguée des établissements de Montfort-sur-Meu et Saint-Méen-le-Grand : 5 juillet (28 mn)
- Directrice des Systèmes d'Information : 20 avril (58 mn)
- Médecin chef de service du Département d'Information Médicale : 30 juin (20 mn)
- Cadre supérieur de santé « parcours patient » : 2 mai (20 mn)
- Assistante sociale dans le Pôle Cœur-Poumons-Vaisseaux : 5 juillet (54 mn)
- Assistante sociale des Urgences Médico-Chirurgicales Adultes : 5 juillet (45 mn)
- Diététicienne en médecine interne et rhumatologie : 3 juillet (28 mn, par téléphone)
- Diététicienne dans le pôle abdomen : 3 juillet (36 mn, par téléphone)
- Diététicienne dans le pôle Cœur-Poumons-Vaisseaux : 4 juillet (27 mn)
- Infirmière de la Cellule de Gestion des Lits : 11 juillet (40 mn)
- Kinésithérapeute n° 1 du pôle locomoteur : 30 juin (19 mn, par téléphone)
- Kinésithérapeute n° 2 du pôle locomoteur : 3 juillet (27 mn, par téléphone)
- Kinésithérapeute dans le pôle neurosciences : 6 juillet (32 mn)

Filière Inter-hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR) : 1 entretien

- Deux chargées de mission FIGAR : 12 juillet (1h28)

Pays de Brocéliande - Maia (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) : 1 entretien

- Pilote Maia : 12 juillet (50 mn, par téléphone)

Annexe 2 : grille d'entretien avec les professionnels de santé des établissements extérieurs au CHU

Connaissance de l'interviewé :

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service / établissement ?
- Périmètre d'activité ?

L'existant :

- Pour les patients de 75 ans et plus en provenance du CHU, disposez-vous toujours de toutes les informations nécessaires à la continuité des soins ?
- Si ce n'est pas le cas, à quels types de difficultés êtes-vous confronté ?
 - o Dans quel domaine (médico-soignant, social...)
 - o Quelles sont les problèmes les plus fréquents ?

Les impacts :

- A votre avis, quelles sont les informations manquantes les plus délétères pour la continuité des soins au patient ?
- Quelles sont les informations manquantes qui, pour vous, perturbent le plus les organisations de travail ?
- De façon globale, quels sont pour vous les impacts d'une rupture dans le parcours de soins du patient ?

Représentations :

- Comment définiriez-vous le parcours de soins du patient ?
- Et une rupture dans le parcours de soins du patient ?

Gestion des ruptures dans le parcours de soin :

- Comment gérez-vous les difficultés rencontrées lors des ruptures dans le parcours de soin des patients ?
- Faites-vous une déclaration d'évènement indésirable lorsque vous êtes confronté à une rupture dans le parcours de soins du patient ? Si oui, systématiquement ? Si non pourquoi ?

Les enjeux :

- Quels sont, pour vous, les enjeux d'un parcours de soins coordonné ?
- Et plus spécifiquement pour les patients âgés de 75 ans et plus ?

Propositions d'actions :

- Que souhaiteriez-vous voir évoluer pour limiter ces ruptures ?
- Quelles propositions pouvez-vous faire ? De quoi auriez-vous besoin ?

Annexe 3 : grille d'entretien avec les professionnels de santé du CHU

Connaissance de l'interviewé :

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? au CHU ?
- Périmètre d'activité ?

L'existant :

- Comment transmettez-vous les informations aux services d'aval lorsque des patients que vous prenez en charge sont transférés ?
- A quel moment (avant le départ ? lors du départ, après le départ ?)
- Connaissez-vous vos collègues des établissements d'aval ? leurs organisations ? leurs contraintes ?

Les impacts :

- Avec les informations transmises, pensez-vous que l'équipe d'aval dispose de toutes les informations pour la prise en charge du patient ?
- Etes-vous parfois contacté par vos collègues d'aval s'il manque des informations relevant de votre domaine de compétence ?
- Si oui, pour quel type d'informations ?
- De façon globale, quels sont pour vous les impacts d'une rupture dans le parcours de soins du patient ?
- Et plus spécifiquement pour les patients âgés de 75 ans et plus ?

Représentations :

- Comment définiriez-vous le parcours de soins du patient ?
- Et une rupture dans le parcours de soins du patient ?

Les enjeux :

- Quels sont, pour vous, les enjeux d'un parcours de soins coordonné ?
- Et plus spécifiquement pour les patients âgés de 75 ans et plus ?

Propositions d'actions :

- Pensez-vous que nos organisations favorisent le transfert d'informations dans les établissements d'aval ?
- Si non, que souhaiteriez-vous voir évoluer ?
- Quelles propositions pouvez-vous faire ? De quoi auriez-vous besoin ?

Note réflexive

Mon choix, pour la période de « stage » du Master, a été d'emblée d'aller vers une mission qui me permettrait une ouverture à l'extérieur du CHU. Je partais en effet du postulat que ma mission en transversalité sur le Dossier Patient Informatisé me permettait d'avoir une bonne connaissance du fonctionnement des services cliniques de l'établissement et qu'une mission orientée en dehors du CHU serait plus riche d'enseignements. Je n'avais cependant pas mesuré les difficultés à délimiter cette mission dans un environnement en mouvance avec la création récente du GHT - Haute Bretagne et un Projet Médical Partagé du GHT en pleine élaboration mais aussi avec les projets en cours portés et déployés par les pôles.

Définir précisément le périmètre de ma mission sur la sécurisation des transferts inter-établissements a été ma première difficulté. Si j'avais connaissance de groupes de travail identifiés déjà activés dans le cadre de la préparation du PMP, savoir précisément où en étaient leurs travaux et quels étaient leurs périmètres d'actions n'était pas chose aisée. Pourtant, je ne souhaitais pas m'inscrire dans un travail déjà en cours de réalisation dans un pôle ou au niveau du GHT.

Mes entretiens exploratoires m'ont fait prendre conscience que définir une mission précise n'était pas simple. S'ils m'ont permis de découvrir des projets en cours au sein d'un pôle, ils ne m'ont pas donné d'orientations pour circonscrire ma recherche, ce qui n'était pas sécurisant. Mais cette insécurité m'a engagée à ouvrir d'autres voies pour explorer d'autres possibles.

Lorsque mon objet de recherche a été précisément délimité, j'ai intégré autant que possible ce travail avec mes missions institutionnelles. Cependant, des entretiens réalisés plus précocement et des lectures plus approfondies m'auraient permis de porter un regard plus distancié sur l'objet de ma recherche.

J'ai découvert, en juillet, qu'une partie du travail que j'ai réalisé avait déjà été fait par les deux chargées de mission de la FIGAR, ce qui montre bien que le CHU est un environnement complexe dans lequel il n'est pas aisé d'avoir accès à toutes les informations et que mon postulat de départ était infondé. Si certaines données recueillies se recourent avec le travail fait par ces chargées de missions, d'autres se complètent et il sera utile de pouvoir les associer dans l'intérêt des patients, des professionnels et des établissements.

Jacqueline PILORGET

Une posture différente de celle du stagiaire

Etre cadre de santé au CHU ne m'a sans doute pas permis d'avoir le regard distancié sur nos organisations qu'aurait eu un stagiaire en arrivant dans l'établissement. En effet, après avoir défini l'objet de ma recherche, j'ai ciblé les professionnels à interroger dans les établissements d'aval, mais je ne me suis pas questionnée sur le besoin d'interroger ces mêmes profils d'acteurs au CHU (infirmiers, cadres, médecins) puisque je pensais bien connaître nos organisations médico-soignantes et le DPI. Ce n'est qu'après avoir rencontré des professionnels dans les services d'aval qu'il m'a semblé nécessaire de rencontrer certains acteurs du CHU qui interviennent en transversalité dans les services (assistantes sociales, kinésithérapeutes, diététiciennes) pour comprendre comment ils faisaient le lien avec les établissements d'aval lors du transfert d'un patient. Mais à ce moment de l'enquête, il ne m'a pas semblé utile de rencontrer des infirmières ou des cadres du CHU. Aujourd'hui, je réalise qu'il aurait été intéressant de comparer les organisations de deux services pour identifier les éléments communs transmis aux équipes d'aval et analyser les éventuelles différences. Et pourtant, une infirmière rencontrée assez tôt lors de l'enquête m'a dit : « je n'ai pas repéré les dossiers de liaison du CHU » (E 5), ce qui sous-entendait que selon les services, les documents reçus étaient différents ; il aurait donc été intéressant de questionner ces différences afin de confronter les données recueillies auprès des professionnels du CHU avec celles des établissements d'aval.

Si cette posture présente sans doute un biais dans le recueil des données lors de cette enquête et manque probablement d'un regard critique sur nos organisations, elle a facilité mon accès aux informations nécessaires à ce travail puisque toutes mes demandes ont reçu une réponse positive.

La découverte des établissements d'aval

Aller à la rencontre des professionnels des services d'aval a confirmé ce que je savais déjà : je ne connaissais pas le fonctionnement de ces établissements périphériques. Cette démarche m'a confortée dans l'idée que j'avais fait le bon choix pour ma mission, à savoir, porter mon regard au-delà du CHU. Mieux comprendre le fonctionnement et les contraintes d'un établissement organisé autour d'une activité médicale libérale, autour d'une pharmacie avec des horaires limités d'ouverture, recueillir les difficultés des professionnels accueillant un patient sans avoir toutes les informations pour poursuivre une prise en charge adaptée, me font porter un regard nouveau sur les organisations du CHU, mais aussi sur ces établissements périphériques qui reçoivent en majorité une population âgée et poly-pathologique. Les professionnels ont à cœur d'y développer une prise en charge globale, respectueuse du projet de vie du patient et en lien avec les structures d'aval qui interviennent

à domicile. Les durées de séjour, notamment en SSR, permettent d'anticiper et de coordonner le retour à domicile en lien avec les structures extrahospitalières, ce qui permet d'éviter des ré-hospitalisations précoces. Pour exemple, un établissement transmet une fiche de pré-sortie cinq jours avant la sortie du patient à toutes les structures qui seront amenées à le prendre en charge, afin qu'elles aient le temps d'anticiper et de qualifier leur niveau d'intervention.

Les échanges avec ces professionnels m'ont permis d'avoir un regard élargi sur le parcours de soins, de santé et de vie de ces patients, mais aussi sur le maillage territorial nécessaire à l'accompagnement du maintien à domicile des personnes âgées, et sur l'importance fondamentale de la coordination entre tous les professionnels qui y participent. La définition de parcours de santé donnée par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes en 2012 prend un sens très concret, avec cette notion de parcours de soins notamment articulé « en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile⁴⁶. » Ces patients fragiles ont en effet besoin d'une bonne coordination de leur prise en charge à domicile pour éviter les ré-hospitalisations, et les initiatives prises par les établissements périphériques ou les pôles de santé prouvent qu'ils y participent au quotidien.

Cependant, les professionnels des services d'aval ne disposent pas toujours de toutes les informations pour organiser non seulement le retour du patient à domicile mais aussi anticiper son accueil lors de son transfert, ce qui est dû en partie à la segmentation de nos métiers, au sein même de l'hôpital.

La segmentation des métiers à l'hôpital : une réalité

J'ai pris réellement conscience de cette fragmentation des métiers après avoir rencontré une assistante sociale et les kinésithérapeutes du CHU qui ne font pas de lien avec les services d'aval. Ces professionnels notent bien dans le dossier du patient les soins de rééducation ou la prise en charge sociale réalisés. Ces informations sont donc disponibles pour l'équipe médico-soignante du CHU, mais sont-elles utilisées ? Si elles sont nécessaires à la traçabilité du travail réalisé, on peut s'interroger si, dans ces situations précises, elles présentent un autre intérêt puisqu'elles ne semblent pas être réutilisées pour assurer la continuité de la prise en charge du patient dans son parcours de soins vers l'établissement d'aval. Regrouper les données de santé du patient dans un seul outil (le DPI) devrait faciliter la connaissance du patient pour toute l'équipe médico-soignante. Cependant, force est de constater que, si les données sont présentes, si des transmissions orales se font dans l'équipe, il existe une rupture lors du départ du patient. L'exemple est particulièrement

⁴⁶ ARS, Lexique des parcours de A à Z, janvier 2016, p. 60

frappant chez les kinésithérapeutes puisqu'ils ne font pas de transmissions vers les services d'aval.

On peut donc s'interroger à nouveau sur le « qui » doit faire ce transfert d'information. Est-ce le professionnel en direction de ses pairs ? Est-ce à l'infirmière comme semble le dire les kinésithérapeutes puisque « *tout est transmis dans DxCare* » (E6). Mais est-ce du rôle de l'infirmière de transmettre des données de rééducation ? Est-ce le médecin ou l'interne qui rédige le compte-rendu d'hospitalisation et à qui le kinésithérapeute fait des transmissions orales ? Les kinésithérapeutes précisent par ailleurs que l'information concernant la rééducation est disponible dans le dossier du patient si l'interne souhaite l'utiliser pour rédiger son compte-rendu. Et quel niveau d'information transmettre au médecin, au kinésithérapeute, à l'infirmière des services d'aval ? Le besoin d'information n'est probablement pas le même pour ces différents professionnels. Faut-il que chaque professionnel, dans son champ de compétences, fasse les transmissions à ses pairs ? Ou faut-il une synthèse qui soit accessible à tous et réponde aux besoins d'informations de tous les professionnels d'aval pour une prise en charge globale du patient ?

Cet exemple montre bien que la segmentation est réelle dans une même équipe de soins, et que le risque de rupture est important. Il fait écho à la question posée par Denis Piveteau : « les gains d'efficacité individuelle ne sont-ils pas, au moins pour partie, contrecarrés par des pertes d'efficacité collective ? » (Piveteau, 2014, p. 15). En effet, « l'absence de vision d'ensemble peut, à rebours de ce qu'on attendrait d'une addition d'actes soignants, déboucher sur des défauts de soins et des pertes de chances » (Piveteau, *ibid.*, p. 14). Il fait également interroger la coordination nécessaire à la préparation de la sortie du patient au sein même du service de soins avant le transfert du patient dans le service d'aval, coordination variable en fonction de la complexité de la prise en charge du patient.

Les différents niveaux de coordination : de la liaison à l'intégration

Le besoin de coordination varie en fonction du nombre de professionnels intervenant autour du patient. Plus une organisation est divisée, plus le besoin de coordination est important et consomme des ressources, et plus le risque de dysfonctionnement est important (Baly, Cazin, Despatin et al. 2016, p.147).

Leutz propose trois modèles pour évaluer les besoins de coordination (Bloch M.A., Hénaut L., *op. cit.* p. 8) :

- la liaison (linkage). Elle concerne l'orientation d'une personne d'un service à un autre et s'adresse aux patients dont la situation est relativement stable et qui nécessitent un petit nombre de services.

- la coordination (coordination). Elle convient aux services qui s'organisent entre eux pour fournir de manière cohérente les soins et les aides qu'ils apportent.
- l'intégration complète (full integration). Ce modèle nécessite un service dédié au pilotage d'un nombre important d'interventions nécessaires à la prise en charge des personnes très dépendantes.

Selon ce modèle, le transfert inter-établissement relèverait plutôt de la liaison puisqu'il s'agit bien de l'orientation d'un patient d'un service du CHU vers un service d'aval. Le transfert d'informations devrait donc se faire assez facilement puisque nous sommes dans le niveau le plus simple de la coordination. Cependant, force est de constater que ce n'est pas toujours le cas. Il faut alors s'interroger sur le pourquoi. Qu'est-ce qui fait que nos organisations ne soient pas en capacité de fournir le niveau d'informations nécessaires à la continuité des soins au service d'aval ?

Le nombre d'intervenants auprès des patients âgés poly-pathologiques (médecin(s) et/ou chirurgien(s), interne(s) en médecine et/ou en chirurgie, infirmiers, aides-soignants, diététicien(s), kinésithérapeute(s), ergothérapeute(s), assistante(s) sociale(s), cadre(s) de santé, étudiants dans ces différentes spécialités, etc...), sans compter le nombre d'intervenants des différentes plateformes techniques et des secrétariats, constitue un élément de réponse pour interroger ce modèle de la liaison.

S'il s'agit bien d'orienter une personne d'un service à un autre, l'organisation de la délivrance des soins et donc de la coordination de ceux-ci en amont du transfert pourrait presque s'apparenter au modèle de l'intégration, si nous prenons comme référence le nombre important de professionnels participant à la prise en charge du patient avant son transfert. Si ce nombre est important, il est dû, d'une part, au fait que le patient est pris en charge pour une pathologie aiguë qui nécessite des soins appropriés dans les meilleurs délais et d'autre part, au fait qu'un établissement universitaire participe de facto à la formation de nombreux étudiants. Sans aller jusqu'au modèle de l'intégration, regarder le transfert d'un patient du CHU vers un établissement d'aval sous le modèle de la liaison, est-il suffisant, au vu du nombre d'intervenants participant parfois à sa prise en charge ? Car comme nous l'avons vu, plus une organisation est segmentée, plus le besoin de coordination est important.

Un besoin de coordination pour intégrer l'ensemble des données de santé du patient avant son transfert ?

Le nombre d'intervenants auprès du patient dans un CHU peut faire poser les questions suivantes : comment préparer la sortie du patient pour éviter une rupture dans son parcours

de soins et de santé ? Comment regrouper les informations nécessaires à la continuité des soins du patient avant son transfert dans l'établissement d'aval ?

La continuité du parcours de soins est définie par l'HAS comme « la manière dont le patient bénéficie de la coordination entre les soignants », ce qui est « particulièrement important au moment des transitions » entre les structures de soins⁴⁷. Cependant, « la coordination seule ne permet pas forcément de lutter contre la fragmentation dans la prise en charge des patients » (Baly, Cazin, Despatin et al. op.cit. p. 147), elle « vise à animer le mieux possible cette fragmentation » (Bataillon R., Varroud-Vial M., Maréchaux F., 2014, p.37).

Si la coordination ne peut, à elle seule, supprimer les risques de pertes d'information qui peuvent être source de perte de chance pour le patient, elle constitue « un levier important d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, tant dans sa durée que dans sa qualité » (Q. Demanet, S. Meaume, E. Paul, 2015, p. 74). Dans tous les cas, s'assurer de la prise en charge du patient, sans rupture dans son parcours de soins, devrait être un objectif pour tous.

Les nouveaux métiers de la coordination

La coordination du parcours de soins du patient était initialement dévolu au médecin traitant avec l'objectif de rationaliser les dépenses de santé. Cependant, depuis quelques années, de nouveaux métiers sont apparus pour coordonner certains parcours de santé notamment des gestionnaires de parcours dans le cadre de la démarche Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie pour mettre en place les actions définies dans un Plan Personnalisé de Santé. Un cadre explique « *on a ici, au niveau du pôle de santé élargi, un gestionnaire de parcours qui, avec tous les libéraux du secteur, repère les gens en fragilité, donc nous alerte, moi je suis en rapport direct avec eux, donc si quelqu'un est hospitalisé au CHU et qu'ils le savent, moi j'ai un mail sécurisé en disant 'Mme ou Mr x est au CHU, voilà ce que j'en sais si tu as une demande', et à la sortie du patient de chez nous, ce gestionnaire de parcours va suivre le patient à domicile à un mois* » (E4). Ce gestionnaire coordonne l'ensemble des professionnels intervenants au domicile du patient.

Puis la Méthode d'action et d'intégration des acteurs pour l'autonomie des personnes âgées (Maia) a vu l'arrivée des gestionnaires de cas pour faire face à la coordination des parcours complexes. Enfin, une nouvelle forme de coordination territoriale a vu le jour avec la loi du 26 janvier 2016⁴⁸ avec la mise en place de la Coordination Territoire d'Appui (CTA) via une Plate-forme Territoriale d'Appui (PTA) pour aider les professionnels à apporter à leurs patients des solutions coordonnées de prise en charge dans les parcours complexes. Si le

⁴⁷ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/rapport_analyse_projets_article_70.pdf

⁴⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> - article 74

médecin garde son rôle pivot de coordonnateur du parcours patient, il est toutefois aidé par ces dispositifs.

Par conséquent, des solutions existent pour la coordination des parcours de santé à l'extérieur de l'hôpital et pour faire le lien ville-hôpital. Mais il n'existe pas de dispositif pour faire les liens entre les établissements de santé. C'est le rôle de l'établissement d'amont de transmettre à l'établissement receveur les informations nécessaires à la continuité des soins du patient. Les résultats de l'enquête montrent que ce transfert de données n'est pas optimal, aussi on peut s'interroger sur le besoin d'un dispositif de coordination au sein même des services hospitaliers afin d'optimiser les parcours des patients.

Pour une infirmière d'un établissement d'aval, *« il faudrait que ce soit la même personne qui organise les sorties... s'il y avait quelqu'un qui était plus là pour organiser les choses, je pense qu'il y aurait beaucoup moins de dysfonctionnements et d'oublis de documents, avec quelqu'un qui centralise les sorties... un peu comme on fait ici »* (E5), s'appuyant sur son expérience d'un poste à mi-temps détaché du lundi au vendredi pour coordonner les entrées et les sorties du service. Cependant, les flux des patients étant très différents entre un service de médecine ou de SSR d'un établissement périphérique et un service de chirurgie d'un CHU, les organisations des uns ne sont pas automatiquement superposables aux autres. Pourtant, avec la durée des séjours qui tend à diminuer dans les services aigus, avec l'évolution des prises en charge et aussi des technologies, les organisations médico-soignantes seront sans doute à réinterroger au fur et à mesure des transformations de notre système de santé et de l'offre de soins du territoire.

Des besoins de coordination pourraient se faire plus prégnants à l'hôpital afin de fluidifier et d'optimiser les parcours. Les infirmières qui organisent les entrées des patients et que l'on nomme communément « infirmières de programmation » deviendront-elles des infirmières de coordination ? Une « fiche métier en chantier » dans le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la Fonction Publique Hospitalière est « coordinateur (trice) de parcours en santé », ce qui montre que les métiers de la coordination ont réellement toute leur place à l'hôpital.

D'autres alternatives sont-elles envisageables ? Un Système d'Information Hospitalier partagé par les établissements de santé et donc un DPI identique pour tous les professionnels des établissements de santé permettrait-il cette circulation des données de santé du patient nécessaires à la continuité de sa prise en charge ?

Un Système d'Information Hospitalier partagé entre les établissements de santé : la solution pour un parcours de soins optimisé ?

La loi de modernisation de notre système de santé impose aux établissements de santé d'un même GHT d'aller vers un Système d'Information convergent, afin de favoriser les échanges de données de santé des patients entre tous les acteurs participant à leur prise en charge. Quels en seront les impacts dans les organisations médico-soignantes et pour les établissements ? Pour Sylvie Delplanque, Conseiller Système d'Information (SI) à la Fédération Hospitalière de France et Directrice du SI au Centre Hospitalier de Calais, « faire converger les SI ne se réduit pas à sélectionner en commun un ensemble de logiciels : il s'agit de mettre en commun les moyens et les organisations de nature à renforcer l'efficacité de la réponse SI aux besoins des professionnels » (Delplanque, 2017, p.21).

Le groupe qui travaille aujourd'hui sur le Schéma Directeur du SIH du GHT Haute Bretagne rendra ses conclusions le 31 décembre. Il est donc trop tôt pour savoir quelles solutions seront retenues pour aller vers cette convergence du SI du GHT. Cependant, les parcours des patients ne se limitant pas au GHT, la question va se poser de savoir comment partager les informations avec les établissements en dehors du GHT. Pour Sylvie Delplanque, « à l'heure où chaque GHT repense ses filières de soins via le projet médical partagé... le risque existe de mener cette réflexion sans lui associer une approche territoriale, plus large, par parcours de soins » (Delplanque, *ibid.* p. 21).

Ce sujet de l'urbanisation des SI du GHT, voire des établissements hors GHT est un sujet complexe qui nécessite des compétences spécialisées dans ce domaine. Cependant, des questions peuvent être soulevées concernant l'accompagnement des évolutions qui seront nécessaires à ce partage d'informations au bénéfice du patient. Quelle sera la politique d'attribution des droits d'accès au dossier d'un patient hospitalisé dans un autre établissement ? Comment sera contrôlé l'accès aux données de santé du patient ? Une formation sera-t-elle nécessaire aux utilisateurs pour trouver rapidement les informations pertinentes ? Ces informations seront-elles agrégées pour en faciliter la lecture ? Pour Sylvie Delplanque, « un projet 'ressources humaines' associé à la convergence des directions des systèmes d'information est une clé du succès » (Delplanque, *ibid.* p. 21).

C'est donc une évolution conséquente que s'apprête à vivre les établissements et les professionnels de santé avec la convergence des Systèmes d'Information du GHT. Elle devrait faciliter l'accès à l'information des données de santé des patients, encore faut-il que les données saisies soient pertinentes et renseignées sur le même mode par tous les professionnels prenant en charge le patient pour en faciliter la lecture. Ce sera sans doute

une condition pour assurer un parcours de soins sans risque de rupture. Cette évolution peut aussi questionner l'accès au Dossier Médical Partagé (DMP), à l'heure où des territoires pilotes expérimentent la nouvelle génération de ce dossier.

Les apports de la mission et de la formation

De « culture hospitalière », mon inscription à ce master Pilotages des Politiques et Actions en Santé Publique a été motivée par mon souhait d'avoir une vision globale des politiques de santé et des enjeux de demain en matière de santé publique et d'économie de la santé, afin de mieux comprendre les évolutions actuelles du système de santé. Les enseignements reçus et cette mission ont pleinement répondu à mes attentes.

Cette mission qui m'a permis d'aller questionner la sécurisation du parcours des patients âgés de 75 ans et plus lors des transferts inter-établissements entre le CHU et les services d'aval a été pour moi d'une grande richesse. Elle m'a donné l'opportunité de découvrir le fonctionnement de ces établissements et de comprendre à quelles difficultés pouvaient être confrontés les professionnels. Elle m'a aidé à mieux comprendre les interactions entre les établissements de santé du territoire 5 dans cette phase récente de création du GHT Haute Bretagne ainsi que celles qui existent entre le CHU et les établissements hors GHT. Elle répond complètement à mon souhait d'ouverture en ce sens qu'elle m'a permis de me décentrer du CHU et de porter un regard neuf et élargi sur l'environnement hospitalier du territoire 5. Elle m'a fait réinterroger nos organisations complexes et cloisonnées des services de soins alors que je pensais bien les connaître.

Les entretiens réalisés auprès d'acteurs de santé de métiers différents m'ont permis d'avoir une vision assez large de la filière gériatrique. Confronter le vécu des professionnels des établissements d'aval à celui des professionnels du CHU permet de mieux comprendre les dysfonctionnements, ce qui a fait changer mon regard sur leur quotidien et sur nos organisations et va nourrir ma réflexion. Ils ont contribué aussi à interroger les interfaces entre les établissements de santé qui participent tous à prendre en charge ces patients et à améliorer leur état de santé.

L'analyse « bottom-up » des conditions de transfert des patients âgés m'a permis de mettre en perspective les organisations médico-soignantes du CHU et des établissements d'aval. Cette approche ascendante qui consiste à analyser les détails pour généraliser m'a fait croiser les regards des différents acteurs pour mieux les regrouper, tandis que la rédaction de ce travail m'a fait prendre un regard « top-down » c'est-à-dire une approche descendante. Celle-ci m'a fait mettre en perspective les politiques de santé actuelles et le matériau récolté

Jacqueline PILORGET

et m'a permis de faire des liens avec les enseignements reçus pendant cette formation de master.

Analyser le parcours de soins du patient âgé sur un de ses segments, le transfert inter-établissements, participe à porter un regard sur la qualité et la sécurité des soins délivrés à ces patients fragiles, sur l'intégration du parcours de soins dans le parcours de santé et le parcours de vie du patient.

Ce travail de rédaction m'a permis de faire du lien entre l'enquête de terrain, les enseignements reçus et les nombreux projets qui se mettent en place au CHU et d'avoir une vision élargie du système de santé et de la santé publique.

Si la santé publique, depuis la définition de Charles-Edward Winslow en 1920, a vu son périmètre évoluer et les définitions se multiplier, l'approche populationnelle en reste une des caractéristiques essentielles. Avec le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et l'augmentation des patients poly-pathologiques, la coordination du parcours de soins des personnes âgées relève d'une politique de santé publique, et ce travail ciblé sur les patients fragiles de 75 ans et plus s'y intègre pleinement puisque « vulnérabilité et fragilité partagent la notion de risque, que la fragilité soit définie comme syndrome ou, évidemment, comme cumul de risques » (Béland, Michel, 2013, p. 23).

Je peux aussi inscrire ce travail en lien avec la promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa, en ce sens que « la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements » et que « la réorientation des services de santé » doit faire « évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité. »⁴⁹

⁴⁹ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Bibliographie

Ouvrages

Aissou M., Danos J.P., Jolivet A. (2016), *Structurer les parcours de soins et de santé Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, Bordeaux, LEH Edition

Béland F., Michel H. (2013), *La fragilité des personnes âgées, Définitions, controverses et perspectives d'action*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Baly O., Cazin L., Despatin J., Kletz F., Periac E. (Dir.), (2016), *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Paris, Presses des Mines.

Bloch M.A., Hénaut L. (2014), *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.

Articles

Bataillon R., Varroud-Vial M., Maréchaux F. (2014) « Regards croisés sur le déploiement des parcours », *actualité et dossier en santé publique*, n° 88, pp. 36-19.

Demagnet Q., Meaume S., Paul E. (2015), « La prise en charge des personnes âgées dans la médecine de demain », *Les cahiers de la fonction publique*, n° 356, pp. 73-75.

Delplanque S. (2017), « Système d'information et GHT, Une chance pour les parcours de soins », *Revue Hospitalière de France*, n° 574, pp. 20-24.

Piveteau D. (2014), « Les parcours portent la transformation du système de santé », *actualité et dossier en santé publique*, n° 88, pp. 15-17.

Charte d'Ottawa :

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

PILORGET	Jacqueline	12 septembre 2017
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Enjeux de la coordination dans le parcours de soins inter-établissements des patients âgés de 75 ans et plus		
Promotion 2016-2017		
<p>Résumé :</p> <p>Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé nous incitent à revisiter nos modes de prises en charge des patients. Une enquête réalisée dans six établissements de la Filière Inter-Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR) nous permet d'avoir un regard sur le parcours de soins des patients de 75 ans et plus lors des transferts inter-établissements. 18% des patients admis au CHU sont dans cette tranche d'âge et parmi ceux-ci, près de 15 % ne repartent pas chez eux, ils sont orientés vers des services de médecine ou de SSR.</p> <p>Les résultats mettent en évidence des ruptures dans le parcours de ces patients fragiles. Elles se situent à plusieurs niveaux, tant dans la prise en charge médico-soignante, sociale et rééducative. Pour le patient, nous trouvons ces ruptures à toutes les étapes de son hospitalisation dans le service d'aval, de l'accueil à la sortie. Pour les professionnels, il en ressort des manques, insuffisances avec des conséquences sur l'anticipation nécessaire à un accueil de qualité pour le patient. Les conséquences sont aussi pour les soignants eux-mêmes alors que leur charge de travail s'accroît et pour les établissements de santé tant au niveau social, financier sans oublier un contexte de mouvance technologique, source de complexité organisationnelle.</p> <p>La coordination, qui participe à un décloisonnement entre les acteurs, est un vecteur d'efficacité du parcours de soins, Les enjeux en sont triples. Pour le patient, il s'agit d'être pris en charge au bon endroit, au bon moment, en toute sécurité. Pour les professionnels, c'est un besoin d'anticiper et de réduire les sources de stress. Quant aux établissements, garantir une qualité des soins, optimiser les parcours, consolider une confiance inter-établissements et sécuriser le transfert des données de santé des patients sont, pour eux, des enjeux importants.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Personne âgée, fragilité, parcours patient, transfert inter-établissements, ruptures, coordination, décloisonnement.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		