



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire, social
et médico-social (D3S)**

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Novembre 2020**

**La prévention de la iatrogénie
hospitalière : une stratégie
d'établissement**

Elias HOKAYEM

Remerciements

Pour les relectures, commentaires, critiques pertinentes et les échanges fructueux à distance, je remercie particulièrement mon Référent mémoire, Professeur en sciences de gestion et titulaire de la Chaire de recherche « Prospective en Santé » à l'EHESP.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont accordé un temps dans le cadre d'entretiens semi-directifs. Ces derniers ont été essentiels pour axer mes approfondissements et mieux appréhender le sujet.

Pour mon stage effectué au centre hospitalier de Narbonne, leur bienveillance et leur amitié, je remercie les membres de l'équipe de direction et plus particulièrement ma maître de stage, directrice adjointe et des affaires médicales.

Enfin, je remercie particulièrement l'infirmière coordinatrice de l'Equipe régionale du Vieillissement et Prévention de la Dépendance d'Occitanie. Sa motivation, observée lors de la formation à la prévention de la dépendance iatrogène évitable, m'a conforté dans le choix du sujet de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	5
Développement	7
1 Les mesures préventives de la iatrogénie hospitalière se développent difficilement au centre hospitalier de Narbonne malgré les multiples avantages repérés	7
1.1 Le centre hospitalier de Narbonne peine à développer la prévention de la perte d'autonomie dans les unités des urgences et d'hospitalisations complètes.....	7
1.1.1 La iatrogénie hospitalière peut être évitée en agissant principalement sur les facteurs précipitants liés à : l'hospitalisation, l'environnement et les soins	7
1.1.2 L'environnement du service des urgences et la non préparation de l'hospitalisation ne favorisent pas une récupération rapide des patients âgés au sein du centre hospitalier de Narbonne	8
1.1.3 A défaut de pouvoir remplir totalement ses missions, notamment à l'égard des urgences, l'équipe mobile gériatrique se focalise sur le conseil des professionnels de santé vis-à-vis d'éventuels actes chirurgicaux.....	10
1.1.4 Pourtant, les plaintes des usagers invitent à agir sur les facteurs de prévention liés aux pratiques de soins et plus particulièrement au court séjour gériatrique	11
1.1.5 En effet, le court séjour gériatrique, spécialisé dans la prise en soins des personnes âgées, omet parfois l'évaluation et la prise en compte de leur autonomie	13
1.2 L'anticipation de la sortie, conditionnée à une coordination des équipes soignantes, médicales et para médicales, conduit à des économies financières à l'échelle d'un établissement	15
1.2.1 Le dépassement des durées moyennes de séjours concerne majoritairement les personnes de plus de 70 ans et conduit à des pertes de recettes pourtant nécessaires à créer un cercle vertueux.....	15
1.2.2 Dans ce sens, l'intervention d'une équipe d'assistantes sociales, si elle est anticipée, participe à limiter le dépassement des séjours en accompagnant dans la demande de services, d'allocations et/ou d'admission vers une structure médico-sociale	17

1.2.3	En outre, le rôle des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes est aussi essentiel pour le maintien et/ou la reprise de l'autonomie du patient en collaboration avec l'équipe médicale et soignante.....	19
1.2.4	Enfin, les actions préventives de la pharmacie de l'établissement est une opportunité de communication interne sur ce thème via la conciliation médicamenteuse et l'éducation thérapeutique	21
1.3	Toutefois, les difficultés d'attractivité de la filière « personnes âgées » combinées à des formations initiales peu sensibilisatrices, ne favorisent pas l'initiation d'un projet de service de soins durable et favorable à la prévention de la perte d'autonomie	24
1.3.1	D'importants « turnover » et mobilités au sein des services de soins rendent difficile l'exécution de projets	24
1.3.2	... et conduisent préalablement à la nécessité de développer la fidélisation et la cohésion d'équipe via l'institutionnalisation de valeurs et une organisation adaptée du service.....	25
1.3.3	Plus globalement, la moindre attractivité de la filière gériatrique serait expliquée tant par une mauvaise image du métier soignant que par une moindre valorisation des compétences spécifiques	27
1.3.4	De plus, les formations médicales, infirmières et soignantes initiales ont évolué au détriment, parfois, des compétences relatives à la prise en charge des personnes âgées expliquant en partie la moindre sensibilisation	29
2	Une institutionnalisation de la prévention de la iatrogénie hospitalière combinée à des initiatives au niveau du GHT, favoriseraient les nouvelles pratiques par l'intermédiaire d'outils concrets.....	31
2.1	Dans un contexte de prise en soin d'une population vieillissante, une politique de prévention de la iatrogénie hospitalière doit être adoptée au niveau de l'établissement jusqu'au niveau du service afin de justifier son exécution et son suivi	31
2.1.1	La population est plus ou moins vieillissante suivant le département et/ou territoire et peut avoir de fortes difficultés sociales conduisant à institutionnaliser la stratégie	31
2.1.2	L'intégration d'une stratégie d'adaptation de la prise en soins dans les projets de soins et médical permettraient à tous les acteurs de se mobiliser.....	32
2.1.3	Le binôme direction des ressources humaines et direction des soins pourraient accompagner l'exécution des projets de services via des formations et outils managériaux tout en fidélisant les équipes	35

2.2	Plus concrètement, des projets de sensibilisations accompagnés d'outils informatiques, de suivi périodique des performances ainsi que des plaintes et réclamations et d'aménagement permettraient d'instaurer une dynamique vertueuse .	37
2.2.1	La direction des affaires médicales, la direction des ressources humaines et la directrice de l'IFSI/IFAS pourraient mener et piloter des projets de communication et de formation du personnel	37
2.2.2	Un réaménagement des services d'hospitalisations spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées offrirait un cadre de travail adéquat	39
2.2.3	Des outils de gestion des données sociales et relatives à l'autonomie doivent être adaptés aux actions médicales, soignantes et paramédicales de prévention de la iatrogénie hospitalière.....	41
2.2.4	Des présentations périodiques des plaintes de patients pourraient être institutionnalisés en sus des évaluations des pratiques professionnelles.....	42
2.3	Enfin, le cadre juridique du GHT pourrait offrir une meilleure coordination entre établissements ainsi qu'une planification et organisation des soins plus efficaces en collaboration avec la médecine de ville	44
2.3.1	La convention collective intègre des objectifs de développement des actions préventives de la iatrogénie hospitalière qui pourraient être exploités	44
2.3.2	Le projet de soins partagé pourrait être accès sur la prise en compte de l'autonomie du patient dans un souci d'amélioration des prestations	46
2.3.3	Dans ce sens, une incitation à l'implication de la médecine de ville pourrait participer à des meilleurs transferts d'informations, éviter des hospitalisations non programmées tout en répondant aux orientations du GHT.....	48
	Conclusion	50
	Bibliographie	51
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADL : Activities of Daily Living
APA : allocation personnalisée pour l'autonomie
ARS : agence régionale de santé
AS : aide soignante
ASG : assistant de soins en gérontologie
ASH : aide sociale à l'hébergement
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATMP : accident de travail et maladies professionnelles
CAS : centre d'analyse stratégique
CD : conseil départemental
CDU : commission des usagers
CH : centre hospitalier
CHN : centre hospitalier de Narbonne
CHU : centre hospitalier universitaire
CHUM : centre hospitalier universitaire de Montréal
CME : commission médicale d'établissement
CODIR : comité de direction
COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
Cov : Coronavirus
CPF : conseiller professionnel de formation
CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé
CSCT : certificat de synthèse clinique et thérapeutique
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE : comité technique d'établissement
DAC : dispositif d'appui à la coordination
DAF : direction des affaires financières
DAM : direction des affaires médicales
DFASM2 : diplôme de formation approfondie en sciences médicales de deuxième année
DHRL : direction hôtellerie, restauration et logistique
DIM : département d'information médicale
DMS : durée moyenne de séjour
DRH : direction des ressources humaines
DS : direction des soins
DSN : direction des services numériques

DTIRBT : direction des travaux, des investissements, des ressources biomédicales et techniques

EGS : évaluation gériatrique standardisée

EHESP : école des hautes études en santé publique

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMG : équipe mobile de gériatrie

EPRD : état prévisionnel des recettes et dépenses

ERVDP : équipe régionale vieillissement et prévention de la dépendance

ETP : équivalent temps plein

ETPR : équivalent temps plein rémunéré

GHM : groupe homogène de malade

GHS : groupe homogène de séjour

GHT : groupement hospitalier de territoire

GIR : groupe iso-ressource

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HM : health manager

IDE : infirmière diplômée d'Etat

IFOP : institut français d'opinion publique

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

ISG : infirmiers en soins généraux

MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

OCDE : organisation de coopération et de développement économiques

OMS : organisation mondiale de la santé

PATHOS : système d'évaluation utilisé par les professionnels de santé pour identifier les pathologies du patient et les soins requis à un moment donné

PMP : projet médical partagé

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'informations

PSP : projet de soins partagé

PTA : plateforme territorial d'appui

PUI : pharmacie à usage intérieur

SAD : service d'aide à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

UE : union européenne

UHCD : unité d'hébergement de courte durée

UHR : unité d'hébergement renforcée

USLD : unité de soins de longue durée

Introduction

« Ce n'est plus l'expérience qui est honorée dans nos sociétés, c'est l'effervescence, l'énergie, la fougue, et le respect des Anciens est remplacé par la célébration des vieux qui ont su rester jeunes. »¹ Si la jeunesse et la vieillesse sont « des données biologiques socialement manipulées »², la vision sociétale vis-à-vis des personnes âgées a tout autant été modifiée durant le 20^{ème} siècle avec une difficulté aujourd'hui à s'adapter et/ou à prendre conscience de leurs habitudes de vie dans un contexte de prises en soins sous contraintes organisationnelle et financière. Ceci risque d'augmenter la iatrogénie hospitalière vis-à-vis des personnes âgées.

L'adjectif iatrogène est usuellement utilisé pour qualifier un trouble ou une maladie provoquée par un acte médical ou par des médicaments, même en l'absence d'erreur de médecin.³ Plus précisément, la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, ou iatrogénie hospitalière, se définit par un déclin du statut fonctionnel ou une perte d'autonomie dans les activités basiques de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, manger, aller aux toilettes, marcher et être continent), entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation⁴. Du fait de sa fragilité, elle concerne plus particulièrement la personne âgée dont la définition diffère selon l'époque, le pays ou encore l'institution. Or la définition de cette population apparaît essentielle pour toute éventuelle politique collective de prévention.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la personne âgée selon le critère unique de l'âge de 60 ans. On peut constater des différences entre pays ou au sein même de la France. Pour exemple, l'octroi de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA)⁵ est conditionné aux personnes âgées d'au moins 60 ans quand l'octroi de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) est lui conditionné à avoir au moins 65 ans (ou plus de 60 ans si on est inapte au travail).⁶

Plus globalement, c'est au sein même de la société que les représentations de la personne âgée posent questions dans un contexte de transformation démographique.

L'étude du groupe Prévoir réalisée par l'institut français d'opinion publique (IFOP) du 1^{er} au 3 février 2011 montre que la réponse à la question « Selon vous, à partir de quel âge

¹ Alain Finkielkraut dans L'ingratitude

² Pierre BOURDIEU dans Questions de sociologie

³ Définition du Larousse

⁴ Note méthodologique et de synthèse documentaire de la haute autorité de santé – Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, septembre 2017

⁵ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

⁶ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2444>

devient-on vieux ? » diffère selon l'âge des répondants⁷. L'âge donné dépend aussi de la catégorie sociale du répondant : 70 ans pour les cadres supérieurs et 65 ans pour les ouvriers. Aussi, dès 1962, la publication du rapport Laroque convenait déjà de la non pertinence d'une définition de la « personne âgée » basée uniquement sur l'âge : « Les données de ce problème sont complexes...l'âge chronologique ne constitue pas un critère valable, mais bien plutôt le degré de validité, l'état physiologique, l'aptitude ou l'inaptitude à mener une vie relativement indépendante... » L'âge de la retraite, 65ans et plus, avait toutefois été adopté. L'INSEE, s'il utilise les seuils de 60 ans ou 65 ans pour les études statistiques, convient qu'il s'agit d'un seuil « arbitraire mais commode ».⁸

En outre, l'augmentation conséquente de l'espérance de vie, au cours du 20^{ème} siècle, a conduit à une catégorisation du troisième âge et à la création du quatrième âge prenant en considération la situation sociale ou les modes de vie et les besoins⁹.

L'espérance de vie a augmenté considérablement passant de 43 ans pour les hommes et 47 ans pour les femmes en 1900 à 79 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes en 2018¹⁰. Le centre d'analyse stratégique (CAS) catégorise plus précisément les populations à partir de l'âge de 50 ans, en prenant en compte les critères de santé. Les seniors, âgés de 50 à 75 ans, sont encore en emploi ou à la retraite et bien insérés dans la vie sociale et économique. Les aînés désignent les personnes de plus de 75 ans qui ont une dégradation significative de leur état de santé et une vulnérabilité détectée. Le troisième âge, qui est « l'âge de l'individu accompli avant la sénescence et la mort »¹¹, correspond aux personnes âgées entre 75 et 85 ans qui restent en autonomie relative. Enfin, le quatrième âge, ou « le grand âge » est marqué par une raréfaction progressive des contacts sociaux et par un affaiblissement physique important constatés par une faible autonomie.

Ces critères médicaux, économiques et sociaux sont utilisés au niveau des politiques publiques et plus spécifiquement dans le secteur médico-social dans un souci de maintenir le statut fonctionnel et/ou de limiter son aggravation autant que possible. Les évaluations de ces critères s'effectuent indépendamment de l'âge de la personne ce qui pourrait montrer la faible pertinence d'une catégorisation par tranche d'âge. Ainsi, on mesure le groupe iso-ressource (GIR) afin de mesurer la perte d'autonomie d'une personne et d'octroyer, en conséquence, une dotation pour la prise en soins de la dépendance. Parallèlement, on mesure le PATHOS, l'outil d'évaluation des besoins de

⁷ 69 ans en moyenne

⁸ Marc G. (1990). Les personnes âgées. Contours et caractères, Paris, INSEE, p4

⁹ Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux : La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*, vol. 34 / 138(3), 127-142.

¹⁰ Chiffres de l'Insee

¹¹ Marcel GAUCHET. Les âges de la vie : quels changements ?

soins techniques pour les personnes âgées, afin d'octroyer une dotation dite soins qui sera spécifique à la personne¹². Les lieux de vie, tels que sont les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), s'efforcent de limiter la perte d'autonomie de la personne, quelle que soit son âge. Des aides sociales sont attribuées prenant en considération la perte d'autonomie et, parfois, les ressources financières de la personne.

Néanmoins, la prise en compte de ces critères apparaît plus difficile dans le secteur sanitaire où il s'agit, en priorité, de soigner une pathologie aiguë dans un contexte de tarification à l'activité et de tensions des lits. La catégorisation de cette population basée sur l'âge aurait pu favoriser une adaptation rapide de la prise en soins si elle n'était pas biaisée. Dans une société qui souhaite « permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à domicile et dans de bonnes conditions »¹³, le risque d'être admis en hospitalisation non programmée augmente ce qui ne favorise pas une adaptation à l'autonomie de la personne au niveau des services sanitaires. Pire, elle peut risquer d'accélérer l'aggravation de l'état de santé global. Les sujets âgés admis aux urgences sont à risque de déclin fonctionnel même lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés secondairement. On sait qu'un passage prolongé aux urgences supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de 2 fois.¹⁴ Une étude réalisée dans 105 services de médecine et chirurgie du CHU de Toulouse montre que parmi 503 patients âgés de 75 ans et plus et hospitalisés pour une durée d'au moins 48 heures, la prévalence de la dépendance iatrogène était de 11,9 % (95 % IC, 9,2 - 15,1 %), et elle était évitable dans 80 % des cas. Cette prévalence serait expliquée par des facteurs liés à l'hospitalisation, à l'environnement et aux soins.

Pourtant, des prises en soins spécifiques existeraient avec l'unité de court séjour gériatrique, l'unité post urgence gériatrique, l'unité post opératoire gériatrique, le service de soins et de réadaptation gériatrique ou encore les équipes mobiles gériatriques. La création de ces unités doit encourager la démarche engagée, par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, de développement de parcours de soins spécifique à la personne âgée. De plus, la création d'une aide pour l'accès aux nouvelles technologies, le plan autonomie géré par l'agence nationale de l'habitat, l'amélioration de l'APA ou encore le droit au répit devait compléter et améliorer l'accès aux services d'aide à domicile (SAD) et de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

¹² Fonction aussi du GIR

¹³ Alain DELEBARRE, publié le 29 mars 2018 : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/permets-les-personnes-agees-de-rester-le-plus-longtemps-possible-a-domicile-et-dans-de-bonnes-conditions-alain-delebarre>

¹⁴ Note méthodologique et de synthèse documentaire de la haute autorité de santé – septembre 2017

Dans ce contexte, quelles mesures, institutionnelles et opérationnelles, prenant en compte la situation physique, économique et sociale du patient âgé, favoriseraient l'amélioration ou le maintien de son statut fonctionnel entre l'entrée et la sortie d'une hospitalisation au sein d'un établissement sanitaire intégrant un service des urgences et une filière gériatrique ?

Méthodologie

Bien qu'intégrant une dimension soignante prégnante, la prévention de la iatrogénie hospitalière comprend aussi les dimensions pharmaceutique, sociale, financière, managériale ou encore de coordinations interprofessionnelles. Plus globalement, elle peut devenir une stratégie affirmée d'établissement, particulièrement sur un territoire comprenant une population plus âgée avec des difficultés sociales plus importantes que la moyenne nationale, tel que celui du Centre Hospitalier de Narbonne. Ce choix stratégique, du ressort notamment d'un directeur d'établissement de santé, impacte plusieurs directions fonctionnelles tant pour l'exécution du projet que via les externalités positives existantes. Travailler sur la prévention de la iatrogénie hospitalière, c'est promouvoir des valeurs d'accompagnement qui maintiennent autant que possible l'autonomie de la personne. Ce sont les raisons pour lesquelles le choix du mémoire s'est porté sur ce thème.

A la suite d'une première période de lecture de la bibliographie et de constats des faits relatifs au sujet sur le lieu de stage; une focalisation sur l'organisation de l'unité du court séjour gériatrique a été privilégiée dans le souci de comprendre le fonctionnement d'un service spécialisé dans la prise en soins des personnes âgées. Dans cette perspective, des entretiens semi directifs ont été menés avec le chef de service et la cadre de santé de l'unité. Ces entretiens ont été axés sur l'évaluation de l'autonomie de la personne âgée et son suivi. En effet, la bibliographie, et plus particulièrement les recommandations de la HAS¹⁵, précisent que toute politique de prévention de la iatrogénie hospitalière passe nécessairement par l'évaluation de l'autonomie. Le souhait de soutenir le chef de service et la cadre de santé sur la formalisation de l'évaluation de l'autonomie a aussi favorisé le recueil d'informations pour l'enrichissement de ce mémoire tout en constatant les freins issus du terrain. Une analyse complémentaire de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'unité des urgences a permis de mieux appréhender le parcours de soins dans un contexte d'hospitalisations non programmées majoritaires.

Parallèlement, un travail de recueil de données quantitatives a été initié dans le souci de factueliser les besoins et les opportunités de gains tant sur le plan financier que pour le bien-être du patient. Des données sur les durées de séjours, les actes de kinésithérapie, les actions des assistantes sociales ou encore le passage des personnes âgées au service des urgences ont été extraites et analysées avec la collaboration du service de contrôle de gestion de l'établissement d'accueil et le cadre de santé des urgences. En

¹⁵ Note méthodologique et de synthèse documentaire : Prévenir de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées – sept 2017 HAS

outre, ce sont des données concernant le bassin de vie du territoire narbonnais qui ont été extraites via les interfaces de l'INSEE et de l'ATIH. Elles ont permis, notamment, d'analyser et de comparer les taux de pauvreté des territoires de l'Aude par rapport au niveau national.

Suite au constat des difficultés du terrain, un travail approfondi au sein de la direction des ressources humaines permet de trouver des axes explicatifs du non développement des pratiques de prévention des soins. Des analyses approfondies du bilan social et de la cartographie des métiers ont été effectuées afin de déterminer l'attractivité et la fidélisation du personnel vis-à-vis de la filière personnes âgées. Les indicateurs de turnover et de mobilité ont permis d'affiner l'analyse et d'en déduire des pré requis au développement de projets.

La lecture et l'analyse des comptes rendus de réunions des commissions des usagers ainsi que les différentes plaintes et réclamations des patients sur l'année 2019 participent à démontrer l'existence de besoins d'adaptation de prise en charge. De plus, l'utilisation de la parole et du rôle important de la commission des usagers peuvent aussi être un moteur dans l'instauration d'une politique institutionnelle de développement des nouvelles pratiques, ce qui est décrit dans ce mémoire.

Plus largement, une analyse des éventuelles opportunités au niveau institutionnel d'un établissement et, plus largement, du GHT ont été réalisées sur la base, entre autre chose, des documents juridiques disponibles.

Ces éléments ont été complétés par une formation, offerte par le gérontopôle du CHU de Toulouse, sur la prévention de la dépendance iatrogène destinée, prioritairement, aux personnels médicaux et non médicaux du territoire et aux services à domicile pour personnes âgées. Cette formation explique en quoi il apparaît important, malgré les contraintes existantes dans un service, de s'efforcer à s'adapter à l'autonomie de la personne. Elle explique les bonnes pratiques préventives de la perte d'autonomie ainsi que les outils managériaux favorisant leurs développements.

Enfin, des entretiens semi-directifs ont été réalisés durant toute la période de stage à l'égard du cadre de santé du SSR gériatrique, du cadre supérieur de pôle du centre de gérontologie, de l'infirmière coordinatrice de l'équipe régionale du vieillissement et prévention de la dépendance, du cadre supérieur de l'IFSI/IFAS et de la directrice référence du pôle gériatrie de l'établissement support. Ces divers entretiens ont été préparés préalablement avec pour chacun des interlocuteurs, des questions précises sur

différents thèmes permettant ainsi d'axer les discussions. Une prise de note manuscrite en direct a été privilégiée. Parfois, le recueil de données et d'avis s'est effectué par échanges de courriels.

Développement

1 Les mesures préventives de la iatrogénie hospitalière se développent difficilement au centre hospitalier de Narbonne malgré les multiples avantages repérés

1.1 Le centre hospitalier de Narbonne peine à développer la prévention de la perte d'autonomie dans les unités des urgences et d'hospitalisations complètes

1.1.1 La iatrogénie hospitalière peut être évitée en agissant principalement sur les facteurs précipitants liés à : l'hospitalisation, l'environnement et les soins

Plusieurs études épidémiologiques montrent les risques de diminution de la santé due à une hospitalisation. Pour exemple, 30 à 60% des patients âgés perdent des capacités à réaliser les activités de vie quotidienne au décours d'une hospitalisation¹⁶. Certes, des facteurs exogènes existent tels que ceux liés à la maladie à savoir le type de sévérité, la chirurgie programmée ou non, le mode d'entrée via les urgences. Toutefois, des facteurs endogènes liés à l'hospitalisation, à l'environnement et aux soins sont directement influençables par les acteurs d'un établissement de santé : survenue d'une confusion aiguë par la modification de la prescription médicamenteuse, l'alitement, une mobilisation insuffisante ou encore les troubles du sommeil.

Des outils permettent de limiter les facteurs précipitant la dépendance liée à l'hospitalisation. La mesure du statut fonctionnel est recommandée en ce sens afin d'effectuer un pronostic et de s'adapter aux capacités de la personne âgée. En outre, ce pronostic permet aux soignants d'être à l'écoute et d'établir éventuellement un projet de soins. Il permet d'envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et de contribuer à leurs organisations telle qu'inscrit dans les missions de l'unité du court séjour gériatrique.

Ces actions participent à la diminution de la dépendance dite évitable correspondant à près de 90% de la dépendance iatrogène. La dépendance iatrogène est dite évitable

¹⁶ Chang HH, Arch Gerontol Geriatr, 2010

lorsqu'elle résulte d'une omission ou d'une mesure inappropriée qui ne respecte pas les standards de soin. Outre la mesure du statut fonctionnel, le repérage des situations à risque est préconisé afin de limiter cette dernière. Elle consiste à rester vigilant sur les 8 types de risques résumés par l'acronyme HOSPITAL.

- « H » pour habillage et toilette. Il faut encourager le patient à les effectuer seul.
- « O » pour orientation. Une orientation régulière dans le temps et l'espace doit être encouragée.
- « S » pour sonde urinaire et protection. Il s'agit de favoriser autant que possible l'utilisation des toilettes.
- « P » pour perfusion et oxygène. Il faut réévaluer régulièrement la pertinence des dispositifs médicaux
- « I » pour immobilité. Une levée du patient et sa mobilisation hors de son lit doivent être encouragées.
- « T » pour traitements. Il est préconisé de réévaluer en permanence les traitements.
- « A » pour alimentation. Une adaptation des textures par exemple doit être encouragée.
- « L » pour lieu de sortie. Une anticipation de la sortie du patient doit être effectuée dès son entrée dans l'établissement.

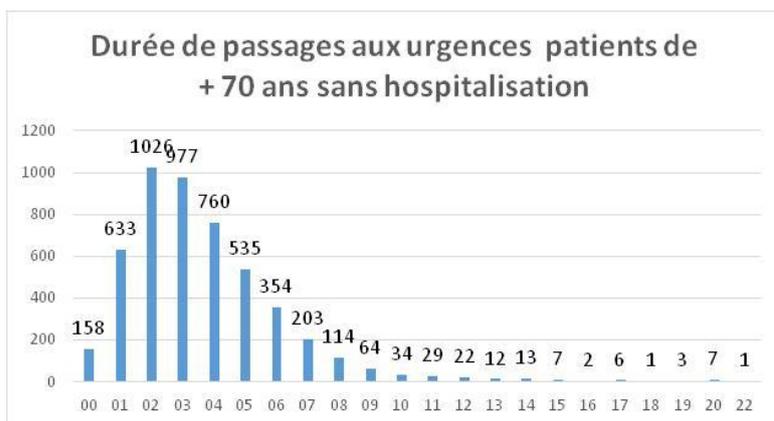
1.1.2 L'environnement du service des urgences et la non préparation de l'hospitalisation ne favorisent pas une récupération rapide des patients âgés au sein du centre hospitalier de Narbonne

L'hospitalisation des personnes âgées est en majorité non programmée ce qui complexifie la préparation de la prise en soins du patient et l'anticipation de ses besoins. Si la moitié des personnes âgées de plus de 70 ans sont hospitalisées à la suite du passage aux urgences, près des $\frac{3}{4}$ des hospitalisations sont non programmées au sein du CHN. Or, le service des urgences a pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel¹⁷. Il n'est pas prévu d'adapter l'environnement ou encore de prendre en compte l'éventuelle fragilité du patient. Ce constat est partagé au niveau national dès 2002 et l'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation.¹⁸

¹⁷ Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

¹⁸ Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Les sujets âgés admis aux urgences sont en effet à risque de déclin fonctionnel même lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés secondairement. Un passage prolongé aux urgences supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de 2 fois¹⁹. Les personnes âgées sont à risque élevé d'événement indésirable lors de l'entrée aux urgences tel que, par exemple, la non reconduction de prescription. En outre, il n'est pas prévu de livrer un repas au patient qui n'est pas hospitalisé, quel que soit sa durée d'attente. La prise en soins n'est pas effectuée par des professionnels sensibilisés sur ces enjeux.



La majorité des personnes âgées non hospitalisées sont pris en soins aux urgences en moins de 10 heures au CHN. Toutefois, lorsqu'il apparaît nécessaire d'hospitaliser, le service des urgences oriente souvent en fonction des lits

disponibles dans l'établissement au détriment des besoins du patient dans un contexte de « tension des lits ». Ceci risque de provoquer « des hospitalisations à répétition et allonger inutilement les séjours. »²⁰

De plus, une préparation de l'hospitalisation passe par l'évaluation de l'autonomie de la personne âgée. Cette dernière n'est pas réalisée par les équipes médicale et soignante du service des urgences. Dans ces circonstances, et notamment lorsque le passage aux urgences ne peut être évité, une évaluation globale de l'état de santé du patient pourrait être effectuée par un membre de l'EMG ou encore du service court séjour gériatrique notamment lors d'une hospitalisation de courte durée (UHCD). Si cette évaluation n'est pas réalisée au CHN, il est montré que le seul bénéfice d'une intervention de l'EMG était une réduction de taux de mortalité à 6 et 8 mois. Une des hypothèses sur ce manque d'efficacité est le probable manque d'adhésion aux recommandations faites par l'EMG par les unités qui demandent un avis spécialisé, éventuellement par manque de ressource. Seules des conciliations des traitements médicamenteux sont effectuées en UHCD. Elles sont « une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant

¹⁹ Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées

à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. »²⁰

1.1.3 A défaut de pouvoir remplir totalement ses missions, notamment à l'égard des urgences, l'équipe mobile gériatrique se focalise sur le conseil des professionnels de santé vis-à-vis d'éventuels actes chirurgicaux

La réalité du terrain fait apparaître une impossibilité à l'équipe mobile de gériatrie (EMG) de répondre pleinement à ces missions essentielles pour le développement de la prévention de la iatrogénie hospitalière tant via les facteurs liés à l'hospitalisation que ceux liés aux soins.

L'équipe mobile de gériatrie (EMG) intervient théoriquement dans l'ensemble des services de soins, notamment au service des urgences pour²¹ :

- Proposer un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique
- Contribuer au projet de soins/de vie
- Orienter dans la filière de soins gériatriques
- Participer à l'organisation de la sortie
- Conseiller, informer et former les équipes soignantes

Au CHN, la mission essentiellement effectuée par l'EMG fait suite à une demande d'avis gériatrique à visée diagnostique émise par un médecin afin de l'aider dans sa décision. Une évaluation gériatrique standardisée (EGS) est effectuée et dure en moyenne 3 heures par patient lorsque les informations sont disponibles et le patient mis à disposition de l'infirmière référente. Cela laisse peu de marge de manœuvre afin d'effectuer les autres missions.

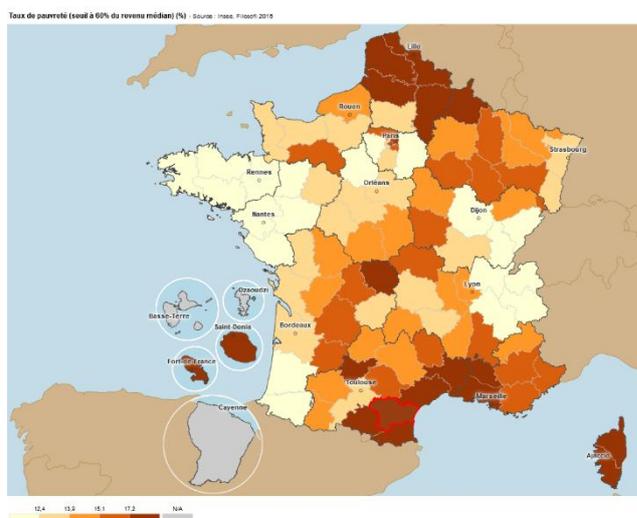
En effet, l'EGS consiste à analyser le dossier médical du patient, ses antécédents, évaluer son état cognitif, physique, son autonomie ou encore sa situation sociale. Elle ne peut être automatisée. Elle fait appel à des outils scientifiques validés à l'échelle internationale et répond principalement à la mission de proposition d'un avis gériatrique en prévision à un éventuel acte chirurgical à effectuer. Dans cette perspective, cette EGS augmente la probabilité que les patients soient en vie et à leur domicile au bout de 3 à 12

²⁰ Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé – Haute Autorité de Santé, février 2018

²¹ Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

mois de suivi et diminue la probabilité que les patients soient admis dans un établissement pour personnes âgées au bout de 3 à 12 mois de suivi.²²

De plus, la seule équipe mobile gériatrique ne peut, à elle seule, répondre efficacement à ses missions au sein d'un centre hospitalier (CH) et d'un département tel que celui de l'Aude. L'équipe mobile gériatrique est composée de 0,86 ETPR d'infirmière en soins généraux, 2 ETPR de secrétaires médicales et de 0,23 ETPR de médecin gériatre. Elle répond donc principalement aux sollicitations d'EGS des pôles médecine, médico-chirurgical et d'urgences-réanimation-imagerie qui intègrent 249 lits et places.



Enfin, le contexte territorial tend à exacerber la charge de travail de cette équipe. Le département de l'Aude a un taux de pauvreté le plus important de la France métropolitaine : 21,4% (Insee 2015) et une population âgée : 24.8% de personnes âgées de plus de 65ans (ScanSanté 2019).

Il apparaît ainsi nécessaire de trouver des alternatives afin de combler la non possibilité de l'EMG d'effectuer pleinement ses missions relatives à l'hospitalisation et aux soins de la personne âgée.

1.1.4 Pourtant, les plaintes des usagers invitent à agir sur les facteurs de prévention liés aux pratiques de soins et plus particulièrement au court séjour gériatrique

Les attentes de l'utilisateur et de sa famille coïncident avec les actions de prévention de la iatrogénie hospitalière concernant, entre autres choses, la pose d'une sonde urinaire, d'une couche ou plus globalement la prise en compte du statut fonctionnel de la personne.

Les plaintes et réclamations de l'année 2019 au CH de Narbonne sont au nombre de 15 pour le seul service du court séjour gériatrique sur un total de 106. Elles mentionnent un

²² L'évaluation gériatrique standardisée pour les personnes âgées admises à l'hôpital – Cochrane, 12 septembre 2017

manque d'écoute, des faits de « maltraitements non intentionnels », de prise en soins et/ou un comportement du personnel soignant non adaptés. Pour exemples :

Mars 2019 :

- « je veux faire pipi!
- vous avez une couche, vous n'avez qu'à pisser dedans! je reviens!" elle explique qu'à 11h30, la couche est "farci" et la personne âgée doit être lavée, changée et macérée dans les escarres. »

Novembre 2018 :

- « - patiente est rentrée à son domicile avec des plaies supplémentaires alors que la famille avait signalé au personnel la fragilité de la peau.
- la patiente a perdu plusieurs kilos => cela serait dû à la malbouffe, à l'absence de cuillère à café et de lait. Les professionnels auraient donné comme excuse "l'hôpital est pauvre"
- patiente est restée sur le siège pot de chambre 2 heures
- le personnel n'est pas à l'écoute
- le médecin traitant a diagnostiqué une nouvelle infection urinaire qui serait due à un microbe attrapé à l'hôpital »

Septembre 2018 :

- « Le fils de la patiente relate les faits suivants :
- Il relève le manque de considération et de compassion du personnel à l'égard des usagers de manière générale : personnel qui hèle, rires, commentaires personnels. Cela laissant peu de place à l'intimité pour les proches.
- Est déploré le manque "d'humanité", alors qu'il est avec sa mère une personne est venue retirer le plateau. Sans son fils à ses côtés sa mère "n'aurait pas mangé", la maladie ne lui permettant pas de couper du pain, viande, confiture etc.
- Il fait état d'un excès médicamenteux et déplore le manque de communication du service (incertitude sur la date de sortie, difficulté à obtenir des nouvelles) mais aussi le manque de temps du médecin qui l'a affirmé de vive voix. ...»

Parallèlement, la commission des usagers (CDU) du CHN avait relevé 4 thématiques sur lesquelles travailler dont « l'utilisateur acteur de son parcours ». ²³Le projet consiste à promouvoir le partenariat usager-soignant jusqu'au cœur du soin. Ce projet permettrait, entre autres choses, de développer l'écoute des besoins et d'améliorer la coïncidence entre l'offre et la demande. Il est question d'aborder la place de l'aidant et l'intégration des habitudes de vie du patient lors de son hospitalisation. ²⁴ La CDU constate une récurrence des problèmes du relationnel et de l'écoute du patient au niveau :

- Du respect de l'autonomie du patient, notamment concernant les soins de nursing liés à des problématiques d'incontinence et les médicaments
- De l'inquiétude du patient ou de ses proches
- De la communication

²³ Compte rendu de réunion de la CDU du 02 avril 2019

²⁴ Compte rendu de réunion de la CDU du 07 mai 2019

La réflexion collégiale conduit à « vouloir motiver une révision dans certains secteurs des méthodes de soins de nursing relatifs à l'incontinence car celles-ci peuvent très rapidement entraîner une grande perte d'autonomie pour la personne âgée. De plus, ce fonctionnement coûte cher à l'hôpital. »²⁵ Aussi, la CDU soulève la problématique des plaintes mentionnant de la maltraitance se traduisant par le comportement de l'agent envers le patient. Lesdites plaintes font référence au court séjour gériatrique.

1.1.5 En effet, le court séjour gériatrique, spécialisé dans la prise en soins des personnes âgées, omet parfois l'évaluation et la prise en compte de leur autonomie

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des personnes âgées, généralement de plus de 75 ans, qui ont « plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. »²⁶

A ce titre, elle devrait être un exemple en termes de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Outre l'admission des patients en hospitalisation non programmée, si possible sans passage par les urgences, l'unité doit offrir une évaluation globale et individualisée du patient à la fois médicale, psychologique et sociale. Plus encore, elle doit participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques au sein de l'établissement ce qui en fait une unité stratégique.

Si au sein du CHN, l'évaluation de l'autonomie est effectuée par le personnel médical via, entre autres choses, la grille « activities of daily living » (ADL) ; les pratiques de soins apparaissent inappropriées à un maintien et au suivi de l'autonomie. En effet, la grille ADL intègre l'évaluation de l'autonomie sur 6 grands thèmes : l'hygiène corporelle, l'habillement, aller aux toilettes, locomotion, continence et repas (Annexe 1). Elle permet de déterminer et d'évaluer les capacités du patient à réaliser les actes de la vie quotidienne. Sa simplicité d'évaluation, sous 3 degrés, permet d'avoir une estimation globale de l'autonomie de la personne via un score total. Outre cette vision globale, la grille permet aux soignants et médecins et autres personnels du service, de s'adapter à la dépendance du patient et d'effectuer un suivi de son autonomie durant l'hospitalisation et à sa sortie.

²⁵ Compte rendu de réunion de la CDU du 25 juin 2019

²⁶ Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Toutefois, la grille ADL n'est pas toujours utilisée par les soignants de cette unité et rarement documentée et/ou décrites dans les dossiers médicaux. Pourtant, « le statut fonctionnel est un des facteurs pronostiques les plus importants de dépendance liée à l'hospitalisation, mais aussi de mortalité hospitalière, de durée de séjour et d'entrée en institution.»²⁷ Le court séjour gériatrique du CH de Narbonne fait apparaître l'évaluation de l'autonomie du médecin gériatre dans son logiciel « hospital manager » (HM) sans pour autant intégrer les détails du calcul du score total. L'information de l'autonomie de la personne âgée, selon les 6 thèmes pré mentionnés, si elle existe, est dispersée au sein des interfaces informatiques d'ordre administratif et social. Elles ne sont pas utilisées par le personnel soignant lorsque les soins sont prodigués au risque de ne pas individualiser la prise en soins.

L'agence régionale de santé (ARS) d'Occitanie, et plus précisément l'équipe régionale vieillissement et prévention de la dépendance (ERVPD), faisant le même constat au niveau de plusieurs services de la filière de soins gériatriques de la région, préconise, entre autres choses, des évaluations périodiques : l'évaluation 15 jours avant l'hospitalisation, dès l'entrée en hospitalisation, une fois par semaine et à la sortie du patient. Ces évaluations doivent inciter les équipes de terrain de suivre la dépendance de la personne âgée, d'utiliser la grille afin de maintenir autant que possible son autonomie et d'anticiper sa sortie. Elles sont difficilement respectables dans le contexte actuel d'une majorité d'hospitalisations non programmées avec passage par les urgences.²⁸ Un parcours de soins incitatif à l'hospitalisation programmée pourrait être réfléchi afin de faciliter le développement des pratiques de prévention au sein du court séjour gériatrique.

Dans cette perspective, toute politique de prévention de la iatrogénie hospitalière, notamment le développement des pratiques de soins associées, pourrait être initiée au sein du court séjour gériatrique spécialisé, dans la théorie, sur ce thème. Cette politique passe nécessaire par l'évaluation de l'autonomie et son utilisation facilitée pour tous les professionnels. Elle doit être accompagnée par le développement d'un parcours de soins à l'échelle de l'établissement dans un premier temps puis au niveau territorial, notamment concernant la sortie du patient.

²⁷ Prévenir de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées – Haute Autorité de Santé

²⁸ Constat issu des données du contrôle de gestion de l'établissement

1.2 L'anticipation de la sortie, conditionnée à une coordination des équipes soignantes, médicales et para médicales, conduit à des économies financières à l'échelle d'un établissement

1.2.1 Le dépassement des durées moyennes de séjours concerne majoritairement les personnes de plus de 70 ans et conduit à des pertes de recettes pourtant nécessaires à créer un cercle vertueux

Le service de contrôle de gestion du CHN transmet à la direction un tableau mensuel récapitulatif des séjours dépassant le délai de 8 jours de tous les services de l'établissement. Si ce délai peut être discuté, il fait référence au seuil de durée moyenne de séjour (DMS) non dépassé au sein des pays de l'union européenne (UE). Les données 2018 de l'OCDE indiquent que la France a une DMS de 5.6 jours contre un maximum de 7.5 jours pour l'Allemagne.

La DMS est le nombre de jours moyen que les patients passent à l'hôpital. Elle est calculée en divisant le nombre de jours total passés par les patients par le nombre des admissions (ou sorties) sur une année donnée. Dans un système de tarification à l'activité, les DMS peuvent être comparées entre établissements et permettent d'analyser plus aisément les opportunités d'amélioration de l'efficience d'un service.

Les tableaux mensuels font apparaître qu'une majorité des dépassements de séjours concernent les patients âgés de plus de 70 ans. Une analyse approfondie des données montre qu'une proportion importante de ces dépassements va au-delà de la borne haute prévue.

Mois 2019	Nombre de patients qui dépassent 8 jours de séjour	Nombre de patients de plus de 70 ans	Nombre de patients qui dépassent la borne haute du GHM
Avril	59	44	12
Juin	48	34	10
Septembre	60	43	15

La tarification à l'activité est basée sur le programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) permettant un classement des séjours de chaque patient par groupe homogène de malade (GHM). Le pendant financier de ce dernier, le groupe homogène de séjour (GHS), est le tarif applicable qui est fonction, dans certains cas, des moyens disponibles de l'établissement. Des modulations d'ordre temporelles peuvent

avoir lieu s'il y a dépassement de la borne haute définie ou si la durée de séjour est inférieure à la borne basse définie.

L'analyse des dépassements de séjour sur trois périodes différentes de l'année a permis de mettre en évidence une perte de recette au niveau du CHN et qui concernent en majorité des personnes âgées de plus de 70 ans. Les GHS, bornes hautes et bornes basses ont été utilisés en fonction des GHM que le département d'information médicale a pu retrouver pour chaque patient. Ils proviennent de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans une perspective de recherche de l'efficacité, c'est-à-dire d'une efficacité à moindre coût, l'établissement devrait tendre vers une DMS la plus petite possible sans dégrader la qualité de ses services. Considérant que la DMS nationale²⁹ correspond à l'objectif, le tarif par jour de DMS est donc celui que l'établissement devrait recevoir et non le tarif GHS divisé par le nombre de jour correspondant au seuil de la borne haute. En effet, ce dernier serait le tarif par jour minimal que l'établissement recevrait au seuil de la borne haute. En d'autres termes, plus la DMS est dépassée, moins grand sera le tarif par jour. De plus, le déplacement de la borne haute entraîne une tarification à la journée, pour un même patient, qui est inférieure au tarif par jour de DMS nationale. Suite au traitement de données, une estimation de la perte de recettes a été calculée pour les trois extractions mensuelles de données précitées :

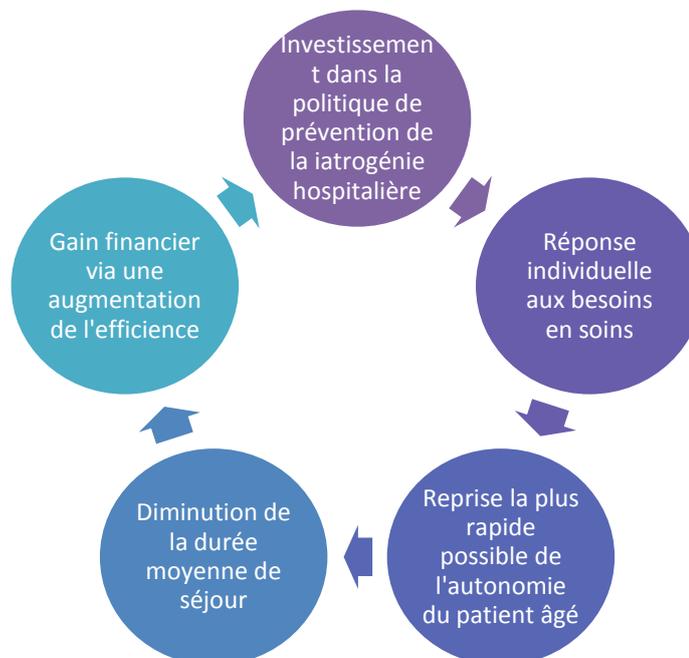
Mois 2019	Perte de recette si dépassement de la borne haute (ExH) uniquement	Perte de recette si dépassement de la DMS
Avril	37 491,11	57 707,36
Juin	22 020,06	32 721,62
Septembre	33 373,04	52 980,11

Une estimation moyenne de 47 803 euros de perte mensuelle correspond à une perte annuelle de 573 636 euros. (Annexe 2)

La prévention de la iatrogénie hospitalière tend à limiter le nombre de jours passé dans une unité de médecine qui augmenterait le risque de perte d'autonomie et/ou serait le reflet d'une non adaptation de la prise en soins. Adopter la politique de prévention de la iatrogénie hospitalière au sein de tout l'établissement est une opportunité de s'inscrire dans un cercle vertueux intégrant, entre autres choses, une réponse individuelle aux besoins en soins du patient âgé, une reprise la plus rapide possible de son autonomie, une diminution de la durée moyenne de séjour

²⁹ Provenant de ScanSanté

de cette population et enfin un gain en efficacité pouvant conduire à un réinvestissement financier lié à cette politique.



1.2.2 Dans ce sens, l'intervention d'une équipe d'assistantes sociales, si elle est anticipée, participe à limiter le dépassement des séjours en accompagnant dans la demande de services, d'allocations et/ou d'admission vers une structure médico-sociale

Le CHN possède une équipe d'assistantes sociales affectée dans les services de médecine et au niveau du centre de gérontologie. Si cette équipe intervient parfois à la demande du médecin, son intervention fait souvent suite à une concertation pluridisciplinaire, notamment durant les temps de transmissions. L'équipe d'assistantes sociales est composée de 11 personnes sectorisées par groupe de services. L'effectif correspond à 9,45 ETPR. Leurs périmètres d'actions ne sont pas étanches. L'assistante sociale recueille des données en s'appuyant sur un travail en équipe hospitalière pluridisciplinaire. Les critères de sollicitations ont été pré établis au sein du CHN :

- Evaluation de la situation sociale du patient
- Isolement
- Maltraitance / suspicion de maltraitance
- Questionnement sur le devenir
- Absence de couverture sociale et/ou une couverture incomplète
- Accès aux droits
- Difficultés financières / administratives
- Problème de logement ou recherche d'hébergement
- Liens et orientations avec les services sociaux extérieurs

Les assistantes sociales participent souvent aux temps de transmissions qui réunissent les professionnels de santé qui permet de déceler collégialement les nécessités d'assistance sociale. La fiche existante de demande d'intervention n'est donc pas toujours remplie pour la plupart des services. Néanmoins, l'assistante sociale ouvre un dossier social, s'il n'était pas existant, et créé une fiche d'observation pour le temps de l'hospitalisation. Cette action permet une analyse rétrospective et un suivi de leur assistance.

Durant l'année 2019, près de 1 001 ouvertures de dossiers sociaux ont été effectuées sur un total de 21 904 hospitalisations en 2019.³⁰ Les patients pris en charge par les assistantes sociales ont une moyenne d'âge de 77 ans avec un écart type de 15 ans. Une majorité des patients provient des unités ci-contre :

Court séjour
gériatrique :
202 patients

Médecine
polyvalente :
199 patients

Neurologie :
143 patients

Cardiologie :
105 patients

Si nous réussissons à constater que la majorité des demandes d'assistance sociale concerne les personnes âgées de plus de 70ans, il apparaît difficile de juger de l'anticipation de cette assistance. Un délai moyen entre la date d'entrée en hospitalisation et le remplissage de la première fiche d'observation est de 7 jours environ. Les données sont très disparates avec un écart type de 7 jours et une étendue de près de 106 jours. Les moyennes sont comparables lorsque l'on isole les données de chacune des unités.

Le rôle de l'équipe soignante et médicale dans le signalement du besoin d'assistance sociale est essentiel pour l'anticipation de la sortie. 806 demandes d'interventions des assistantes sociales sont transmises par l'équipe soignante/médicale, avec, souvent, l'entourage, le patient et/ou les partenaires extérieures tel que le dispositif MAIA par exemple. Parmi les patients de plus de 70 ans, qui ont dépassés la borne haute de durée de séjour sur les mois d'avril, de juin et de septembre 2019 ; seul 28% ont bénéficié d'une assistance sociale. La majorité d'entre eux nécessitent des aides sociales et/ou une admission en EHPAD. Si la limitation de l'accès au dossier médical ne permet pas d'en affirmer la raison; il apparaît à partir des fiches d'observations, deux principaux types d'actions des assistantes sociales :

- des discussions pour convaincre d'une orientation EHPAD
- et/ou le soutien dans les démarches administratives

Bien que nécessaires à la bonne orientation et au suivi du patient, ces actions pourraient entraîner l'allongement du séjour en particulier si la demande d'intervention et/ou

³⁰ Chiffres clés du Centre Hospitalier de Narbonne en 2019

l'initiation de l'intervention a tardé. Cet allongement est défavorable à une amélioration ou un maintien de l'autonomie du patient. En outre, la prise en charge par les assistantes sociales des personnes pré mentionnées a été initiée en moyenne 21 jours après l'entrée du patient. Ce délai moyen doit être relativisé car l'assistante sociale ne crée pas systématiquement un dossier social dès la prise en charge³¹. Toutefois, il est supérieur au délai moyen de 7 jours mesuré sur la totalité des 1001 interventions ainsi qu'à la moyenne de 17 jours de dépassement de la borne haute du séjour mesurée sur les trois mois : avril, juin et septembre 2019. Nous pouvons donc supposer qu'une sollicitation rapide de l'intervention des assistantes sociales, combinée à une disponibilité de celles-ci pour y répondre, favorise un respect de durées moyennes de séjours (DMS) et limite le risque de dégradation de l'autonomie du patient.

Concernant la non intervention des assistantes sociales vis-à-vis des autres patients qui ont dépassé la borne haute de séjour, les données ne permettent pas d'affirmer la réelle absence de besoin ou le manque de signalement du besoin. En d'autres termes, il est difficile d'analyser la correspondance entre l'offre d'assistance sociale et la demande d'assistance sociale.

1.2.3 En outre, le rôle des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes est aussi essentiel pour le maintien et/ou la reprise de l'autonomie du patient en collaboration avec l'équipe médicale et soignante

La prise en soins de la personne âgée requiert le maintien et/ou l'amélioration de sa mobilité. Si ces objectifs permettent d'augmenter le bien être de ce dernier, elle participe à la prévention de chute qui touche plus de 2 millions de personnes de plus de 65 ans en France sachant que plus de 25% d'entre eux vont décéder dans l'année³². Dans cette perspective, les kinésithérapeutes vont travailler sur le bon fonctionnement moteur des patients, musculaire et articulaire. Ce sont des auxiliaires médicaux qui vont agir sous condition d'une prescription médicale.

Selon un guide pratique de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la rééducation de la marche de la personne âgée est cotée selon deux objectifs³³ :

- AMK 6 pour une rééducation de maintien de la marche chez un malade capable de tenir la position verticale. Cette activité dure 20 minutes par séance.

³¹ Entretien semi directif avec assistantes sociales

³² Demangeat, Jean-Louis, et al. « Mise en place d'un dispositif de prévention des chutes au Centre Hospitalier de Haguenau », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 99, no. 4, 2009, pp. 26-42.

³³ Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie – commission socioprofessionnelle régionale des masseurs kinésithérapeutes de Rhône-Alpes – 12 juin 2017

- AMK 8 pour une rééducation de reprise de la marche ou d'amélioration d'une marche précaire. Cette activité dure 30 minutes par séance.

Ces deux codifications sont utilisées en dehors des activités spécialisées des kinésithérapeutes au sein de l'établissement. La décision de rééducation de la marche de la personne âgée par le kinésithérapeute est souvent prise en collégialité et fait suite à l'évaluation de l'autonomie de la personne.

Le CHN intègre 4 kinésithérapeutes hospitaliers sectorisés au sein de l'établissement et fait intervenir près de 18 kinésithérapeutes libéraux.

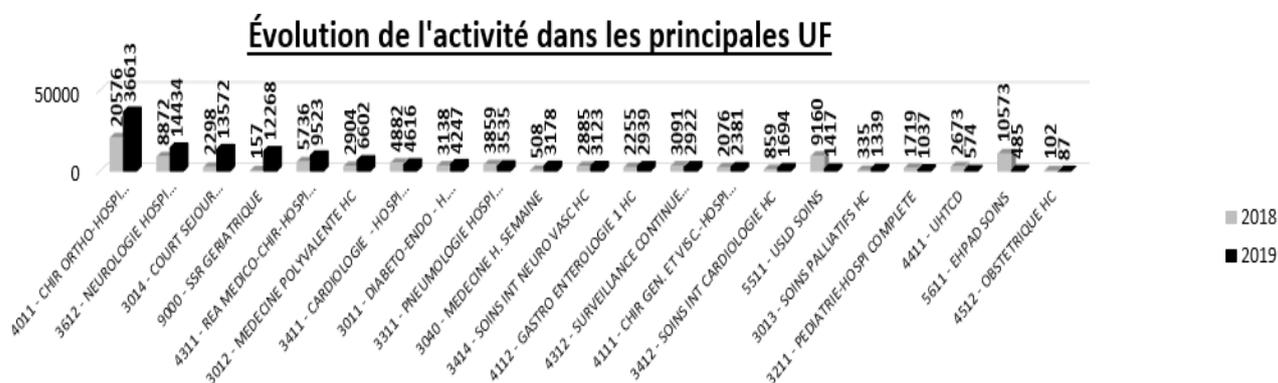
En moyenne, 25 patients sont pris en charge par jour et par kinésithérapeute. Ces professionnels assistent aux transmissions qui durent environ 20 minutes afin d'échanger et de discuter de la situation des patients en pluridisciplinarité. S'il est affirmé que toutes les personnes âgées de plus de 70 ans³⁴, dans les services de chirurgie orthopédique et de court séjour gériatrique, bénéficient de prestations de kinésithérapeutes; aucune donnée ne permet d'analyser l'efficacité de ces actions.

En outre, les conditions de prises en soins ne peuvent être analysées. Une seule salle de kinésithérapie existe au niveau du site de l'Hôtel Dieu. Seul 30% des patients y effectuent leurs séances. Ceci nécessite une coordination avec les soignants qui, pour optimiser le temps des kinésithérapeutes, accompagnent les patients vers ladite salle. Les autres séances s'effectuent dans les couloirs ou les chambres. Des séances en groupe pourraient aussi être envisagées dans la salle dédiée. Le nombre de patients ne peut excéder trois par groupe. La durée totale de séance est égale au nombre de patient multiplié par 30 minutes. La traçabilité des conditions, du nombre de demandes et les réponses aux prescriptions médicales permettraient de suivre les actions de préventions et de maintien et/ou d'amélioration de l'autonomie de la personne suite à son hospitalisation. Le CHN a engagé dans ce sens un projet prescription informatisé des prestations de kinésithérapie.

Actuellement, le CHN compte 4 kinésithérapeutes hospitaliers et près de 18 kinésithérapeutes libéraux qui exercent dans le cadre d'une convention signée. Ce déséquilibre reflète la relative faible attractivité de ce corps de métier dans la fonction publique hospitalière. Le renfort des libéraux permet toutefois d'augmenter significativement les activités au sein des unités fonctionnelles et plus particulièrement en chirurgie orthopédique, en neurologie, au court séjour gériatrique et l'unité du service de

³⁴ Entretien semi-directif avec le cadre de santé de la pharmacie, des diététiciens, de la stérilisation et des kinésithérapeutes

soins et de réadaptation (SSR) gériatrique qui passe de 157 à 12 268 actes de kinésithérapie entre 2018 et 2019. L'activité est passée de 2 298 séances en 2018 à près de 13 572 actes en 2019 dans l'unité du court séjour gériatrique. Le recours aux libéraux a permis de répondre aux besoins médicaux en inscrivant les dépenses sur le titre 2 correspondant aux charges médicales plutôt que le titre 1 des dépenses en personnel.



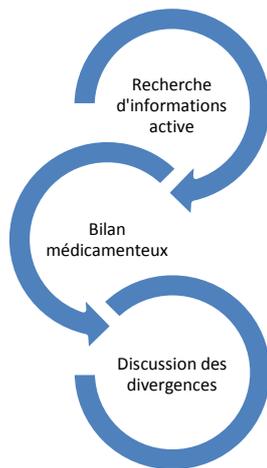
Seul un ergothérapeute travaille au sein du CHN et est affecté dans l'unité du SSR gériatrique. L'ergothérapie vise à restituer au patient l'autonomie fonctionnelle et l'intégration au milieu les meilleurs possibles.³⁵ Autrement dit, il travaille à l'adaptation du patient à son environnement et souvent par le biais de diverses activités (cuisine, bricolage etc.). Ses actions sont donc complémentaires à celles du kinésithérapeute c'est pourquoi il participe aussi aux réunions de transmissions pluri professionnelles. Si les interventions de kinésithérapie sont des actions préventives de chutes des personnes âgées, via notamment la rééducation de l'équilibre et de la marche, la iatrogénie médicamenteuse est indiscutablement associée au risque de chute.³⁶

1.2.4 Enfin, les actions préventives de la pharmacie de l'établissement est une opportunité de communication interne sur ce thème via la conciliation médicamenteuse et l'éducation thérapeutique

La conciliation médicamenteuse consiste à prévenir ou corriger les erreurs de prescriptions médicamenteuses en favorisant la recherche d'informations sur les médicaments prescrits usuellement au patient. Cette procédure s'effectue aux points de transition que sont l'admission et la sortie du patient dans l'établissement de santé.

³⁵ Charazac, P. (2015). 22. Médicaments et thérapies spécialisées. Dans : , P. Charazac, *Psychogériatrie: En 24 notions* (pp. 476-500). Paris: Dunod.

³⁶ Demangeat, Jean-Louis, et al. « Mise en place d'un dispositif de prévention des chutes au Centre Hospitalier de Haguenau », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 99, no. 4, 2009, pp. 26-42.



Trois phases s'inscrivent dans ce processus de conciliation médicamenteuse ³⁷ :

- Une recherche d'informations active consistant en l'analyse du dossier patient, de sa prescription de ville. Des entretiens sont souvent réalisés avec le patient, sa famille, la pharmacie de ville ou encore le médecin traitant pour rechercher l'information.
- L'établissement d'un bilan médicamenteux qui permet de synthétiser les données recueillies et compare les divergences entre la posologie et la prise effective de médicaments mais aussi entre la prescription hospitalière et la prescription usuelle. Ce bilan prend en compte l'éventuelle automédication du patient mais aussi « l'observance » qui est la prise effective de médicaments par le patient.
- Discuter avec l'équipe médicale des divergences ou constatations.

Ce procédé permet ainsi de prévenir les divergences dites non intentionnelles entre ce qui est prescrit à l'hôpital et ce qui était préalablement prescrit en ville. La prise en compte de la prescription de ville permet de vérifier les éventuelles allergies vis-à-vis des substances médicamenteuses de la personne, les maladies de longue durée et de prévenir de la iatrogénie médicamenteuse. La iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments. Elle peut être évitée car résulte parfois d'une erreur dans la prise de médicament ou encore dans les éventuelles interactions entre les différents médicaments.

La conciliation médicamenteuse peut ainsi être proactive, lorsqu'elle s'effectue avant la prescription du médecin et rétroactive, lorsque le pharmacien effectue une analyse à la suite de la prescription. Près de 700 actes de conciliations médicamenteuses sont effectuées par an par l'équipe de la pharmacie composé de 8 pharmaciens au sein du CHN. Elle est effectuée pour tous les patients entrant à l'unité d'hébergement de courte durée (UHTCD) de plus de 70 ans et tous les patients en hospitalisation programmée de chirurgie orthopédique de plus de 70 ans.

Concernant le service de médecine polyvalente, une analyse rétroactive est parfois effectuée lorsque le logiciel intégrant la prescription indique un nombre important de médicaments (près de 10) et/ou lorsque la prescription comprend un ou plusieurs

³⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse>

médicaments qui ne sont pas recommandés dans le livret thérapeutique de l'établissement intégrant les recommandations nationales. Ce livret thérapeutique arrête la liste des médicaments achetés et recommandés par l'établissement. Il fait l'objet de plusieurs études et discussions au sein de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS). En outre, une sensibilisation est effectuée une fois par an vis-à-vis des médecins du service de médecine polyvalente afin de présenter la démarche globale et l'utilité du livret thérapeutique de l'établissement utilisé par le logiciel de prescription.

Au niveau des services gériatriques, la conciliation médicamenteuse n'est pas effectuée par les pharmaciens mais par les médecins gériatres sensibilisés et formés sur ce sujet. Un avis du pharmacien peut être sollicité par le médecin gériatre.

L'éducation thérapeutique complète cette prévention globale de la iatrogénie médicamenteuse. Elle accompagne et informe le patient concernant la gestion de ses traitements. La durée de cette activité est estimée par les professionnels à 30 min pour chaque patient. Comme pour la conciliation médicamenteuse, elle est habituellement financée par l'ARS sous forme de dotation. A défaut de financement, elle n'est pas effectuée au CHN à la différence de la conciliation médicamenteuse. Pourtant, elle améliore la qualité de la prestation via la prévention d'une future hospitalisation évitable.

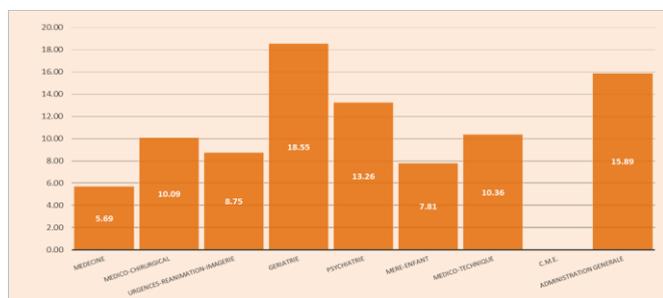
La coordination existante entre les pharmaciens et l'équipe médicale sur la iatrogénie médicamenteuse est une opportunité de développer la sensibilisation de tous les services sur le thème global de la iatrogénie et plus particulièrement pour l'unité de médecine polyvalente qui prend en charge de plus en plus de personnes âgées. En outre, une préparation à une éventuelle réponse à appel à manifestation d'intérêt par l'ARS sur l'éducation thérapeutique permettrait de compléter les actions préventives déjà effectuées.

1.3 Toutefois, les difficultés d'attractivité de la filière « personnes âgées » combinées à des formations initiales peu sensibilisatrices, ne favorisent pas l'initiation d'un projet de service de soins durable et favorable à la prévention de la perte d'autonomie

1.3.1 D'importants « turnover » et mobilités au sein des services de soins rendent difficile l'exécution de projets ...

Le bilan social a fait l'objet d'une simplification quant à sa rédaction.³⁸ L'objectif des pouvoirs publics était de lui « redonner une dimension stratégique et dynamique ».³⁹ Il intègre différents indicateurs permettant d'apprécier, entre autres choses, les compétences du personnel, l'absentéisme ou encore le turn-over et le taux de mobilité. Son analyse au sein du CH de Narbonne permet de mettre en perspective les éventuels freins au développement des nouvelles pratiques par les équipes soignantes.

Le turn-over est la somme du nombre d'arrivées d'agents dans l'établissement et du nombre de départs d'agents au cours de l'année de référence, divisé par 2 et divisé par le nombre moyen d'effectif physique de l'année.



Nous constatons que le pôle gériatrie, comprenant l'EHPAD, l'USLD et le SSR gériatrique, possède le pourcentage le plus important de turn-over de l'établissement (18,55%). Ceci

pourrait signifier une difficulté de fidéliser le personnel de l'établissement et plus particulièrement à la filière de la personne âgée étant donné l'hétérogénéité des taux par pôle.

Le taux de mobilité rend tout autant difficile l'initiation d'un projet au sein d'un service.⁴⁰ Il s'agit d'un pourcentage de mutation interne. Plus précisément, l'appréciation du nombre de personnels présents au sein de l'unité court séjour gériatrique durant une période donnée implique aussi d'intégrer les mobilités internes.

³⁸ Instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relatives au bilan social des établissements publics

³⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/ressources-humaines/article/le-bilan-social>

⁴⁰ Confirmé par l'entretien semi directif avec l'infirmière coordinatrice de l'Equipe régionale du Vieillessement et Prévention de la Dépendance

	Aides soignantes	IDE	ISG
Total de personnels	22	4	25
Nbre de nouveaux arrivants	2	0	11
Nbre de sortants	5	3	11
% de turnover et mobilité	22%	82%	89%

Lorsque nous prenons en compte toutes les entrées et toutes les sorties, qu'elles soient

en interne ou à l'extérieure de l'établissement, nous constatons une instabilité de l'équipe d'aides-soignantes et d'infirmières de l'unité du court séjour gériatrique puisque le taux correspondant à ces variations atteint près de 89% pour les ISG, 82% pour les IDE et 22% pour aides-soignantes. Cette situation rend nécessairement difficile toute initiation de nouveau projet et le maintien d'une organisation spécifique. La formation initiale aux pratiques de prévention de la iatrogénie hospitalière, si elle ne suffit pas à elle seule, est un préalable incontournable à toute ambition de les développer au sein d'un service. En outre, c'est une perte de capital humain valorisable par le coût de la formation qui devra s'effectuer une nouvelle fois avec les nouveaux personnels. Pourtant, une formation en interne, par les personnels formés et restés dans le service, auraient pu être une alternative à cet important flux de personnels sortants. Néanmoins, elle implique d'autres conditions préalables et pas toujours maîtrisables telles que la compétence pédagogique du personnel formateur, son caractère « leadership », l'acceptation par les autres personnels d'adopter les pratiques apprises par un collègue et un projet de service assumé et soutenu par le chef de service, la cadre de santé et tous les professionnels formés.

L'adoption d'une politique de prévention au sein de l'unité du court séjour gériatrique est freinée par un fort taux de mobilité et de turnover au sein des équipes soignantes et infirmières. Des stratégies institutionnelle et plus particulièrement de la DRH doivent être envisagées afin d'y pallier.

1.3.2 ... et conduisent préalablement à la nécessité de développer la fidélisation et la cohésion d'équipe via l'institutionnalisation de valeurs et une organisation adaptée du service

Le développement de ce type de projet de service implique préalablement une fidélisation et une implication conduisant à la stabilisation de l'équipe soignante. Ces dernières sont favorisées par la définition de valeurs par l'institution. En effet, une personne est considérée comme fidèle lorsqu'elle est « en mesure de contribuer à la performance tout en ayant une faible propension à rechercher un travail en dehors de l'organisation »⁴¹.

⁴¹ Peretti, Swalhi, 2007 dans Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. @GRH, 22(1), 31-54. doi:10.3917/grh.171.0031.

L'implication est requise pour contribuer à la performance. Elle correspond à « un comportement et une attitude caractérisés par une forte croyance dans les buts et la valeur de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d'en rester membre »⁴². Les leviers d'amélioration de l'implication améliorent la fidélisation et par suite l'attractivité. Pour développer ce cercle vertueux des ressources humaines, stabiliser une équipe et développer les pratiques préventives de la iatrogénie hospitalière ; il s'agirait préalablement d'augmenter les croyances des personnels dans la valeur institutionnelle inscrite dans le projet de service et validée par les professionnels de santé.

Dans cette perspective, l'organisation du service, et plus particulièrement le rythme horaire, est un frein de développement de projet non négligeable observé au sein du CH de Narbonne. Le personnel de l'unité du court séjour gériatrique effectue ses missions avec une amplitude horaire de 12h par jour. Certes, cette amplitude de travail peut limiter le risque de perte d'informations entre les équipes en réduisant les nombre de transmissions. Une continuité des soins est aussi favorisée par la limitation du nombre d'intervenants auprès du patient. Néanmoins, cette forme d'emploi dérogatoire⁴³ comporte des effets psychologiques négatifs⁴⁴, notamment une augmentation significative du stress. Plus particulièrement, l'amplitude horaire de 12 heures augmenterait la fatigue, difficilement récupérable notamment à partir de 35-40ans⁴⁵. Cette fatigue peut ralentir l'accomplissement des tâches, augmenter les erreurs, les accidents de travail et faire perdre le sens du travail⁴⁶ pourtant nécessaire à toute implication dans le développement de projet. Plus concrètement au niveau du CH de Narbonne, le retour envisagé de l'amplitude horaire à 7h42 faciliterait l'organisation des formations « flash » internes de l'équipe médicale et améliorerait les possibilités de remplacement.⁴⁷ Ce changement permet d'élargir la présence de deux binômes IDE/AS dès 6h30 jusqu'à 21h avec une répartition des taches plus équitables améliorant la cohésion d'équipe.

⁴² Petit, Renaud, et Véronique Zardet. « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 31-54.

⁴³ Décret 2007-826 du 11 mai 2007 modifiant le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail

⁴⁴ Horaire de travail quotidien et santé, une étude chez les infirmiers et les aides-soignants du CHU de Nice- 2013, Mme DO VAN Thien-Nga Virginie

⁴⁵ Keran CM., Duchon JC., Smith TJ. Older workers and longer workdays: are they compatible ? International Journal of Industrial Ergonomics, 1994.

⁴⁶ HOSPIMEDIA – Épineuse, la question du travail en 12 heures bouleverse les rapports sociaux à l'hôpital, suscitant de nouvelles lignes de fractures et un nouveau rapport au travail. - 2014

⁴⁷ Comptes rendus CHSCT du 17 juin 2020 et CTE du 24 juin 2020 du CH de Narbonne

Organisation en 12 heures	Organisation prévue en 7h42
<u>IDE : 11.01 ETP</u> 3 IDE en 12h débutant à 6h30, 8h et 9h 7j/7 1 IDE de nuit 7j/7	<u>IDE : 11.06 ETP</u> 2 IDE en 7h42 débutant à 6h30 7j/7 2 IDE en 7h42 débutant à 13h30 7j/7 1 IDE en 10h débutant à 9h 5j/7 1 IDE de nuit
<u>AS : 15.10 ETP 7j/7j</u> 4 AS en 12h débutant à 6h30, 2 x 8h et 9h 1,5 AS la nuit	<u>AS : 15.22 ETP</u> 3 AS en 7h42 débutant à 6h30 7j/7 2 AS en 7h42 débutant à 13h30 7j/7 1 AS en 7h42 débutant à 9h 7j/7 1 AS de nuit

Dans un souci de maintenir le sens au travail mais aussi de fidéliser les personnels du court séjour gériatrique, une organisation en 7h42 et l'institutionnalisation de valeurs au sein du service via, par exemple, un projet de service, faciliteraient donc le développement de projets.

1.3.3 Plus globalement, la moindre attractivité de la filière gériatrique serait expliquée tant par une mauvaise image du métier soignant que par une moindre valorisation des compétences spécifiques

La prise en soins de la personne âgée apparaît de plus en plus complexe, pénible et multidimensionnel. Ces caractéristiques doivent être prises en compte pour le développement de tout projet relatif à cette population. La complexification du travail apparaît au niveau des soins, notamment avec une tendance croissante de la proportion des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer⁴⁸, de démence ou qui se présentent en fin de vie. « Les personnes âgées de 75 ans ou plus qui décèdent au court séjour gériatrique séjournent à l'hôpital plusieurs jours à plusieurs semaines avant leur décès⁴⁹. Sur l'ensemble de la tranche d'âge 70 ans et plus, 36% des patients décédés en SSR ont séjourné à l'hôpital tout au long de leur dernier mois de vie, et la moitié y ont passé au moins une semaine. » Cette complexification est observée aussi au niveau administratif notamment lorsqu'il s'agit des procédures relatives au consentement éclairé, à la personne de confiance, à l'accompagnement social nécessaire à la sortie de la personne.

La pénibilité découle de cette complexification et apparaît davantage exacerbée lorsque les tensions en ressources humaines résultant, entre autres, de l'absentéisme sont

⁴⁸ <https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>

⁴⁹ Observatoire national de la fin de vie, Rapport 2013 – « Fin de vie des personnes âgées »

combinées à « des charges physique et psychologique demandées par les activités de soins ». ⁵⁰ Les poly pathologies sont fréquentes et les dépendances physiques et/ou psychiques peuvent souvent nécessiter une adaptation du personnel soignant à une agressivité ou un refus de soins. A la différence d'autres unités de médecine, l'unité spécialisée en gériatrie doit prendre en compte le projet de vie dans une perspective d'aval de l'hospitalisation en sus du projet de soins prioritaire. La prise en charge nécessite une compétence multidimensionnelle à savoir physique, mentale et émotionnelle ⁵¹. Une connaissance des dispositifs médicaux par exemple, tel que le lève-personne, et leurs utilisations diminuent les risques d'accident de travail. La charge émotionnelle importante au sein de ce service est une conséquence des situations observées d'angoisse, d'isolement social ou encore avec la proximité de la mort.

Alors même que l'étude initiée par la direction Handicap et Grand Âge d'une Agence Régionale de Santé (ARS) en 2017 révèle « la mauvaise image des métiers de la gériatrie » comme étant un facteur sociétal de cette faible attractivité, une qualification spécifique et multidimensionnelle sont requises. La valorisation, financière et autre, de ces compétences, apparaît nécessaire afin de combler la représentation négative de la personne âgée alors que seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et 1 personne de plus de 85 ans sur 5 (20%) ⁵².

A l'échelle nationale, la prime grand âge ⁵³ destinée aux aides-soignantes de la fonction publique hospitalière exerçant au sein d'une structure spécialisée dans la prise en charge de la personne âgée participe, en partie, à améliorer cette valorisation pour un corps de métier. Un projet de formation continue nommé « Grand Age » devrait être proposé afin, notamment, de renforcer les compétences requises et de développer la culture du grand âgé. ⁵⁴

A l'échelle du CH de Narbonne, le projet de développement de la prévention de la iatrogénie hospitalière placerait au cœur de la stratégie de l'hôpital les services spécialisés de la filière gériatrique. La reconnaissance des compétences mentionnées, via l'institutionnalisation de ce projet, pourrait ainsi favoriser une amélioration de l'attractivité de ces services sur le territoire. Parallèlement, elle favoriserait une diminution de la pénibilité via une prise en soins adaptée à l'autonomie et au besoin de la personne. Les

⁵⁰ Ben Aissa, 2015

⁵¹ Archambault, H. (2006). Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 118(3), 85-100. doi:10.3917/g.s.118.0085.

⁵² <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

⁵³ Plan « Investir pour l'hôpital »

⁵⁴ Décret n° 2020-66 du 30 janvier 2020 portant création d'une prime « Grand âge » pour certains personnels affectés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

formations en interne, par l'équipe soignante des services gériatriques, à l'égard des autres unités de l'établissement, permettraient de propager les compétences et donc les valoriser.

1.3.4 De plus, les formations médicales, infirmières et soignantes initiales ont évolué au détriment, parfois, des compétences relatives à la prise en charge des personnes âgées expliquant en partie la moindre sensibilisation

L'analyse des formations initiales des personnels soignants, infirmiers et médicales permet d'ajuster les stratégies de formations de l'établissement suivant l'importance ou la moindre sensibilisation à la prise en charge spécifique des personnes âgées.

Dans certains établissements, les acteurs soulignent un manque de compétences en gériatrie. Il s'agirait, plus particulièrement « de mieux comprendre la personne âgée et de mieux connaître la gérontologie dans son ensemble, ne serait-ce que pour percevoir l'intérêt et le sens du métier. »⁵⁵ Ce constat, déjà mentionné en 1998, nécessitait un effort des universités quant au respect de l'offre de formation en Thérapeutique dans le cadre de l'obtention du Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT).⁵⁶ Ce respect se reflète dans le programme du diplôme de formation approfondie en sciences médicales de deuxième année (DFASM2)⁵⁷ au niveau de cinq unités d'enseignements :

- Troubles nutritionnels chez le sujet âgé
- Confusion, démences ; troubles cognitifs du sujet âgé
- Autonomie et dépendance chez le sujet âgé
- La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques
- Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non-médicamenteuses; spécificités thérapeutiques de la personne âgée

Toutefois, si le système d'épreuves classantes nationales intègre dans son programme ces unités d'enseignements, aucune autre sensibilisation n'est prévue durant le 3ème cycle de formation de médecine malgré la transversalité de ce sujet. En compensation, des formations continues ou sensibilisation doivent pouvoir être promulguées à l'échelle d'un établissement.

⁵⁵ Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. @GRH, 22(1), 31-54. doi:10.3917/grh.171.0031.

⁵⁶ La latrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner – Patrice QUENEAU, 1 mars 1998

⁵⁷ <https://facmedecine.umontpellier.fr/wp-content/uploads/2020/04/DFASM2-MIF-Programme-19-20.pdf>

Un constat de moindre sensibilisation concerne la formation en soins infirmiers⁵⁸. Les réformes des études paramédicales⁵⁹ ont impacté la gouvernance des IFSI ainsi que le programme de formation. Les modules prévus ont été remplacés par des unités d'enseignement en diminuant le temps consacré à la formation de la prise en charge des personnes âgées. Les deux modules existants préalablement et intitulés « gérontologie » et « gérontopsychiatrie » ont été supprimés alors qu'elles correspondaient à près de 150 heures de formation. Actuellement, des sensibilisations sont effectuées ponctuellement dans quelques unités d'enseignement tels que le processus dégénératif, la pharmacologie, le service sanitaire ou encore l'éthique. Le nombre d'heures consacrées à la prise en charge spécifique de la personne âgée a été divisé par 5 environ.

Paradoxalement, la formation des aides-soignantes, toujours composée de modules, intègre la prise en soins spécifique de la personne âgée dans chacun des huit modules existants :⁶⁰

Module 1 : accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne, 4 semaines (140 heures).

Module 2 : l'état clinique d'une personne, 2 semaines (70 heures).

Module 3 : les soins, 5 semaines (175 heures).

Module 4 : ergonomie, 1 semaine (35 heures).

Module 5 : relation-communication, 2 semaines (70 heures).

Module 6 : hygiène des locaux hospitaliers, 1 semaine (35 heures).

Module 7 : transmission des informations, 1 semaine (35 heures).

Module 8 : organisation du travail, 1 semaine (35 heures).

En outre, « sur l'ensemble des stages cliniques, un stage dans une structure d'accueil pour personnes âgées est obligatoire »⁶¹. Ce qui n'est qu'une possibilité dans les formations en soins infirmiers. Une spécialisation en tant qu'assistant de soins en gérontologie existe pour les aides-soignantes qui justifient d'une expérience professionnelle.

Dans ce contexte, l'établissement pourrait mettre l'accent sur les formations continues des médecins non gériatres dans une stratégie de développement de la prévention de la

⁵⁸ Entretien semi-directif avec un cadre de l'IFSI/IFAS de Narbonne et avec l'infirmière coordinatrice de l'Equipe régionale du Vieillissement et Prévention de la Dépendance

⁵⁹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier et Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

⁶⁰ Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

⁶¹ Entretien semi directif avec le cadre de l'IFSI/IFAS

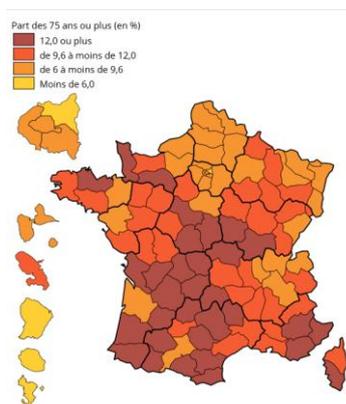
iatrogénie hospitalière. Le CH de Narbonne, intégrant un IFSI et IFAS, pourrait intervenir au niveau des stages professionnels et plus particulièrement pour les élèves infirmières.

2 Une institutionnalisation de la prévention de la iatrogénie hospitalière combinée à des initiatives au niveau du GHT, favoriseraient les nouvelles pratiques par l'intermédiaire d'outils concrets

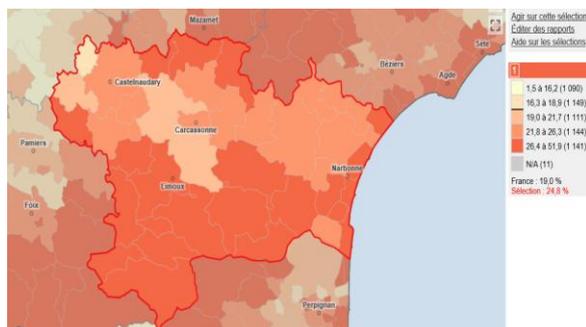
2.1 Dans un contexte de prise en soin d'une population vieillissante, une politique de prévention de la iatrogénie hospitalière doit être adoptée au niveau de l'établissement jusqu'au niveau du service afin de justifier son exécution et son suivi

2.1.1 La population est plus ou moins vieillissante suivant le département et/ou territoire et peut avoir de fortes difficultés sociales conduisant à institutionnaliser la stratégie

L'hétérogénéité démographique entre les départements de la France métropolitaine tend à s'estomper. Les taux des personnes âgées de plus de 75 ans se rassemblent autour de la valeur moyenne de 9,6% (France métropolitaine) avec une médiane située à 10,9% de la population. Le département du CHN, l'Aude, a un taux de 12,6% de personnes de plus de 75ans au sein de sa population.



Toutefois, l'hétérogénéité s'observe au sein d'un même département concernant notamment le taux de pauvreté de la population. Ceci questionne sur la gouvernance départementale.



Si le taux de pauvreté du département de l'Aude s'élève à 24,8% de la population, les territoires autour de Narbonne a un taux compris entre 26,4% et 51,9% quand les territoires autour de Carcassonne a un taux compris entre 16,3% et 21,7%.

Ces difficultés sociales, combinées à une forte proportion de personnes âgées, complexifient la prise en soins curative en établissement sanitaire lorsque les mesures préventives n'ont pas été promulguées par les institutions et/ou professionnels. En outre, l'influence des déterminants sociaux est importante dans la santé du patient. Les facteurs sociaux sont plus fortement corrélés aux facteurs de santé que ne le sont les variables d'offre de soins.⁶² L'éducation est, pour exemple, une composante du capital humain⁶³ qui incite davantage les personnes à investir dans leur santé, à effectuer de la prévention connaissant l'existence des dispositifs sociaux. Les personnes âgées en situation précaires sont moins enclines à effectuer les démarches administratives leur permettant d'obtenir des services d'aide à domicile (SAD), une APA, une aide sociale pour l'hébergement (ASH) ou en encore des SSIAD. Les observations sur le terrain montrent aussi l'existence de situations où les familles retiennent autant que possible les parents ou grands-parents dans leur domicile sans les inciter ou aider à débiter des démarches d'admission dans un EHPAD ou une USLD. Ainsi, le passage aux urgences peut concerner tout autant des personnes âgées en détresse sociale sans problème médical que des personnes âgées avec des difficultés sociales et une urgence médicale. Dans le premier cas, le médecin et l'équipe soignantes peuvent se sentir désarmés. Ces situations sortent de leurs champs de compétence, de leur cœur de métier. Dans le second cas, la prise en soins urgentes pour l'amélioration de l'état de santé physique n'aboutira pas à une amélioration optimale de la santé globale de la personne sans un accompagnement social indispensable. Si cet accompagnement n'est pas offert ou encore refusé par le patient et/ou sa famille, le risque d'un nouveau passage aux urgences sera augmenté.

L'institutionnalisation de la stratégie de prévention de la iatrogénie hospitalière pour un établissement ancré sur un tel territoire est d'autant plus justifiée par le besoin décrit que par l'ambition d'être une future référence sur ce thème dans le secteur sanitaire.

2.1.2 L'intégration d'une stratégie d'adaptation de la prise en soins dans les projets de soins et médical permettraient à tous les acteurs de se mobiliser

Dans ce contexte, l'institution doit initier le développement de la prise en compte des caractéristiques du patient autres que médicales. La prise en soins de la personne âgée doit nécessairement être différente d'un patient adulte non âgé. Tous les acteurs doivent être associés à ces nouvelles pratiques à savoir : le personnel administratif, social, soignant, paramédical et médical.

⁶² *La Santé en France*, Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, novembre 1994 ; 335 p

⁶³ Introduit par Gary BECKER en 1964

A cette fin, c'est une valeur en lien à la qualité de la prise en soins et l'adaptation au besoin du patient qui doit être promu par la direction. Cette dernière doit être déterminée et définie via des discussions au sein des instances de la CME, la CSIRMT, le CTE et la CDU. Un avis favorable de la CDU, justifié par le contexte démographique et social du territoire ainsi que par les diverses plaintes et réclamations des patients sur ce sujet, pourrait être un élément moteur dans l'intégration de cette valeur dans le projet d'établissement. Cette dernière serait stratégique notamment vis-à-vis de l'attractivité et de la fidélisation du personnel. Elle deviendrait partie intégrante de la marque employeur de l'établissement.

Une déclinaison dans le projet médical doit pouvoir ainsi suivre afin de concrétiser les actions du personnel médical au sein de tous les services de l'établissement. Les chefs de pôles, chefs de services et enfin les médecins pourront se baser sur cette institutionnalisation afin de développer au sein même de leurs services, et selon la spécialité, les politiques de diminution du risque de la perte d'autonomie du patient entre son entrée et sa sortie d'hospitalisation. La déclinaison dans le projet médical doit être précise, parler à tout un chacun et validée par tous les chefs de pôles. En effet, bien que le projet d'établissement du CHN indique qu' «un axe de développement important consiste à inclure la personne âgée dans toutes les politiques de l'hôpital », que « la prévention de la dépendance iatrogène évitable doit être approfondie » ou encore qu'elle doit « faire l'objet d'une acculturation nécessaire de tous les secteurs de soins »⁶⁴, peu d'actions, hormis dans les unités sanitaires de la filière personnes âgées et le centre de gérontologie, ne sont développées dans ce sens.

S'il est indiqué que l'unité de chirurgie orthopédique doit s'adapter aux « besoins de la population de son territoire dont les besoins d'ortho gériatrie », seules quelques actions paramédicales sont observées à ce jour avec les diététiciens et pharmaciens. Parallèlement, une déclinaison de la valeur adoptée dans le projet de soins doit pouvoir accompagner l'adaptation de la pratique médicale. Cette déclinaison doit être étudiée au sein de la CSIRMT et est indispensable pour la prévention de la iatrogénie hospitalière.

Trois axes ressortent des préconisations de la HAS et du gérontopôle de Toulouse :



⁶⁴ Projet d'établissement du CHN 2019-2023

Si des valeurs de respect des droits et devoirs des patients ou encore de professionnalisme, en développant les pratiques, sont notées ; aucune politique relative à la prévention de la iatrogénie hospitalière n'est mentionnée au sein du projet de soins du CHN. Il apparaît opportun d'institutionnaliser cette stratégie dans le projet de soins afin de rassembler tous les professionnels soignants, paramédicaux et techniques autour du développement de cette prévention en affirmant le soutien de la direction des soins.

L'institutionnalisation de cette stratégie via le projet d'établissement ainsi que l'adhésion des instances de la CME et du CTE favoriseraient une dynamique vertueuse impliquant tous les acteurs. En outre, cette stratégie s'intégrerait dans tous les projets de l'établissement, notamment des projets de constructions via les plans directeurs. L'aménagement des salles, l'ameublement et l'intégration de salles de soins de rééducation dans des services de médecine participeraient à l'amélioration de la qualité de la prise en soins, la diminution du temps de récupération et l'adoption des nouvelles pratiques de soins par tous.

Institutionnalisation de la stratégie et définition des valeurs

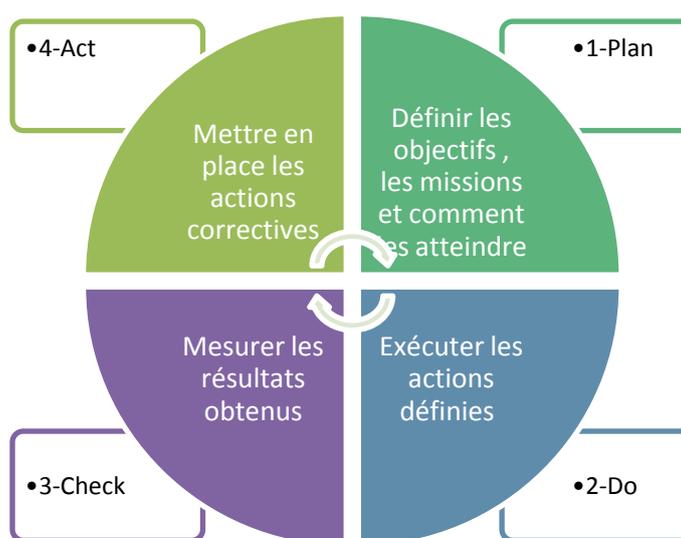
- Discussions sur l'adoption de la stratégie globale et la définition d'une valeur commune dans les instances de la CME, de la CSIRMT, du CTE et de la CDU
- Discussions sur la déclinaison de la stratégie globale dans le projet médical et le projet de soins. Réunion organisée avec tous les chefs de pôles + Réunion organisée au sein de la CSIRMT pour consultation.
- Soumettre au vote du conseil de surveillance, la modification substantielle du projet d'établissement intégrant ladite stratégie dans le projet de soins et le projet médical

2.1.3 Le binôme direction des ressources humaines et direction des soins pourraient accompagner l'exécution des projets de services via des formations et outils managériaux tout en fidélisant les équipes

Parallèlement à l'institutionnalisation de la stratégie de prévention, il apparaît primordial de former les cadres de santé à la gestion de projet afin de mener à bien ses missions. Ces dernières consistent notamment à organiser les soins, les ressources humaines et améliorer la qualité. Toute conduite de projet, et notamment de développement de nouvelles pratiques de prévention de la iatrogénie hospitalière, dépend de la capacité du chef de projet à animer et coordonner des représentations différentes sur un problème spécifique.⁶⁵ Il s'agit « d'une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. »⁶⁶ L'acquisition de cette compétence permet de simplifier ce qui est complexe, gérer le temps, repérer et intégrer les phases de validation, maîtriser un système d'acteurs complexe et de faciliter la circulation des informations.

Des outils managériaux de projets relatifs à leurs cadrages, leurs conduites et leurs conclusions doivent pouvoir être fournis. Des modèles informatisés de rétroplanning pourraient être institutionnalisés via une discussion et une validation au sein de la réunion des cadres rassemblant tous les cadres de santé et cadres supérieurs de pôles. Si besoin, la direction des services numériques (DSN) pourraient être un soutien dans la mise à disposition de cet outil.

En complément, une formation sur la qualité et gestion de risques apparaît indispensable afin de stabiliser le projet, le suivre et continuer à améliorer les nouvelles pratiques adoptées. Des formalisations via la rédaction de protocoles et procédures permettront de créer des indicateurs



⁶⁵ Dujardin, Pierre-Philippe, et al. « Cadre de santé et gestion de projet d'amélioration de la qualité : analyse de l'action managériale à partir d'une formation-action à la gestion de projet », Recherche en soins infirmiers, vol. 125, no. 2, 2016, pp. 46-60.

⁶⁶ Selon la Norme X50-105 de l'Association Française de Normalisation (AFNOR)

qualités sur lesquels s'appuyer pour le suivi. Plus concrètement, le cycle de Deming Shewhart, appelée communément PDCA⁶⁷, est un outil qualité permettant aussi une gestion des risques.

Elle complète le système de management de la qualité que dispose actuellement le CHN.

L'institutionnalisation des projets de services favoriserait le développement des projets, leurs valorisations, leurs suivis ainsi qu'une amélioration des intégrations et fidélisations des nouveaux arrivants. Elle permet une déclinaison réaliste et spécifique au service de la stratégie globale de développement de la prévention de la iatrogénie hospitalière. Elle fait office de canal de communication de la valeur institutionnelle adoptée. La direction de la qualité et gestion des risques, en collaboration avec la direction des soins, pourrait en être le pilote et initier les discussions concernant leurs formats et leurs modalités avec la CME et le CTE. Plus globalement, des primes par service pourraient ainsi être octroyées suivant les projets, leurs avancements, le nombre de personnels et l'activité entre autres choses. Le projet de service pourra intégrer les indicateurs préétablis mais aussi les moyens humains, matériels et informatiques prévus à l'image d'un contrat de pôle. Ce dernier pourra être institutionnalisé par la suite sur la base des projets de service au sein du CHN.

Enfin, des chargés de projets spécifiques au développement de l'implantation de la stratégie de prévention de la iatrogénie hospitalière pourraient être désignés par la direction générale avec rédaction d'une lettre de mission explicitant leur légitimité et champs d'actions. C'est dans cette perspective que « La direction du CHUM a désigné deux chargés de projet dont le mandat, en partenariat avec les directions concernées, est de définir et d'implanter des interventions pour améliorer la prise en charge de la clientèle fragile, à l'urgence et dans les unités de soins. »⁶⁸ Leurs présences favoriseraient la coordination et la communication entre les unités de soins. Elles garantiraient la cohérence des projets de service avec la stratégie de l'établissement.

⁶⁷ Plan Do Check Act

⁶⁸ Le projet OPTIMAH du CHUM : comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus - La gérontoise, vol 20, no 2, automne 2009

Accompagnement de la déclinaison de la stratégie globale

- Former les cadres de santé à la gestion de projet
- Diffuser et institutionnaliser des outils de gestion de projets avec le soutien de la DSN
- Former les cadres de santé sur la qualité et gestion des risques
- Institutionnaliser les projets de services avec discussions au sein de la CME et le CTE
- Désignation des chargés de projets de développement de la prévention de la iatrogénie hospitalière avec lettre de mission détaillée

2.2 Plus concrètement, des projets de sensibilisations accompagnés d'outils informatiques, de suivi périodique des performances ainsi que des plaintes et réclamations et d'aménagement permettraient d'instaurer une dynamique vertueuse

2.2.1 La direction des affaires médicales, la direction des ressources humaines et la directrice de l'IFSI/IFAS pourraient mener et piloter des projets de communication et de formation du personnel

Une stratégie de prévention pourrait se baser sur les formations continues, obligatoires pour tous les médecins, afin de sensibiliser sur ce sujet et adopter des nouvelles pratiques. Des formations continues pour le personnel médical, financées par l'établissement ou proposées par un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA), pourront être organisées durant l'année. Ces dernières favoriseront l'appropriation du personnel médical de ce sujet quel que soit sa spécialité et, par suite, sa participation active.

Des sensibilisations destinées aux personnels médicaux et non médicaux sont organisées par le gérontopôle de Toulouse. La DAM et la DRH pourraient davantage solliciter

l'Equipe Régionale du Vieillissement et Prévention de la Dépendance (ERVPD) afin de déployer la stratégie dans tout l'établissement.

Aussi, des formations ou sensibilisations en interne, notamment avec des visites organisées des unités de médecine spécialisées en gériatrie et acculturées sur ce sujet, offriraient une vision concrète des possibilités. En ce sens, le CHN possède une filière gériatrique intégrant une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR). La durée de séjour plus importante que dans une unité de médecine usuelle a facilité l'appropriation par l'équipe et le suivi du projet de vie de la personne âgée ainsi que l'évaluation de son autonomie. Les pratiques de soins liées à la prévention de la iatrogène hospitalière y sont développées. Des visites organisées des personnels des autres unités de médecine permettraient de mieux comprendre l'aval des hospitalisations et l'enjeu de la stratégie de prévention.

Une création officielle de la cellule de communication a été décidée le 24 avril afin de développer les canaux de communication à l'égard du personnel et de la population du territoire. Cette cellule pourrait être associée aux actions de la DRH et de la DAM dans le souci de communiquer vis-à-vis des évaluations à effectuer, des pratiques de soins et des bienfaits de la stratégie adoptée par l'établissement. Elle pourrait relayer les différentes dates de formations prévues à l'égard des professionnels. En outre, la valorisation des avancements de projets via la communication favoriserait le développement de cette stratégie au sein de tout l'établissement.

Enfin, des interventions au sein de l'IFSI, attaché au CHN, apparaissent nécessaires afin de combler, vis-à-vis des infirmières, la diminution du temps de formation relative à la prise en charge de la personne âgée. En ce sens, les représentants des usagers pourraient intervenir au sein des IFSI afin d'aborder l'intégration des habitudes de vie du patient lors d'hospitalisation et de promouvoir le partenariat usager-soignant. Les élèves aides soignantes pourraient y assister librement. Le compte rendu de réunion de la CDU du 7 mai 2019 indique que « les responsables des usagers sont favorables pour intervenir au sein de l'IFSI. »

Les regroupements de stage de professionnalisation semblent être une opportunité de sensibiliser les futures infirmières sur ce sujet. L'intégration de commandes relatives à la prise en soins des personnes âgées » combinée à une analyse critique des pratiques professionnelles pourrait être motivée par la directrice de l'IFSI/IFAS du CHN.

Formations et sensibilisation médicales et paramédicales

- La direction des affaires médicales (DAM) pourraient inviter les professionnels médicaux à suivre les formations continues relatives à la prise en charge de la personne âgée
- DAM et DRH pourraient solliciter l'Equipe régionale du Vieillissement et Prévention de la Dépendance pour sensibiliser le personnel
- La cellule de communication, en collaboration avec la DAM et DRH, pourrait communiquer vis-à-vis des évaluations à effectuer, des pratiques de soins et des bienfaits de la stratégie adoptée par l'établissement.
- La directrice de l'IFSI/IFAS pourrait solliciter des interventions des responsables des usagers ainsi que motiver des commandes de stage relatives sur ce sujet.

2.2.2 Un réaménagement des services d'hospitalisations spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées offrirait un cadre de travail adéquat

Parmi les 6 principales causes de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation, le syndrome d'immobilisation, la confusion aiguë ou encore les chutes⁶⁹ pourraient voir limiter leurs effets négatifs via un aménagement spécifique de l'environnement.

Dans un souci de maintien ou d'amélioration de la mobilité du patient, le lever du patient et sa mobilisation hors de son lit doivent être recherchés autant que possible. Un aménagement de la chambre et de l'unité dans ce sens pourrait être étudié notamment via l'installation, par exemple, de strapontins, de barres d'appuis muraux dans les couloirs ou encore des fauteuils lorsque cela est possible. La direction des travaux, des investissements, des ressources biomédicales et techniques (DTIRBT) pourrait se rapprocher de la commission de sécurité locale afin d'allier sécurité du bâtiment, notamment incendie, et environnement prévenant de la perte d'autonomie.

Si les recommandations tendent à limiter l'encombrement des couloirs, un avis favorable pourrait être facilité dans le cas de l'existence d'un projet de service associé à la

⁶⁹ <https://sfgg.org/actualites/la-dependance-iatrogene-suite-a-une-hospitalisation-les-personnes-agees-ont-60-fois-plus-de-risque-de-developper-des-incapacites-fonctionnelles/>

demande. Dans ce sens, la coordination avec la commission de sécurité doit succéder à l'intégration de ce projet au sein de l'unité du court séjour gériatrique prioritairement et une discussion préalable entre la DTIRBT, la cadre de santé, le kinésithérapeute et le médecin chef de service.

Concomitamment, l'aménagement de nouvelles salles spécifiques à la kinésithérapie pourrait être étudié afin de fluidifier ces activités, notamment les activités en groupe. Actuellement, une unique salle est dédiée au rez de chaussée obligeant le personnel à conduire les patients vers cette dernière. Les activités individuelles de kinésithérapie sont effectuées dans la chambre et dans le couloir de l'unité de médecine.

Enfin, le risque de confusion aigue et/ou ses conséquences pour le patient et les personnels pourraient être diminué par un aménagement de la chambre favorisant une orientation spatio-temporelle aisée. La cellule communication pourrait être sollicitée dans ce sens et travailler en collaboration avec la cadre de santé. L'installation de calendrier, d'horloge et de support indiquant l'emplacement précis du patient pourrait ainsi être étudiée.

Aménagement de l'aménagement de la chambre et de l'unité de médecine

- Réunion organisée entre le cadre de santé, le chef de service, le kinésithérapeute et la DTIRBT afin d'intégrer le projet d'aménagement dans le projet de service
- Discussions organisées par la DTIRBT avec la commission de sécurité locale pour obtenir un avis favorable
- Etudier un éventuel aménagement de nouvelles salles de kinésithérapie
- Favoriser une orientation spatio-temporelle via des supports et équipements d'informations au niveau des chambres d'hospitalisations. La cellule de communication y travaille en collaboration avec la cadre de santé.

2.2.3 Des outils de gestion des données sociales et relatives à l'autonomie doivent être adaptés aux actions médicales, soignantes et paramédicales de prévention de la iatrogénie hospitalière

Les difficultés d'analyse de l'anticipation de la prise en charge sociale des personnes âgées et du besoin en assistance sociale conduisent à devoir formaliser les actions de l'équipe d'assistantes sociales.

Il apparaît nécessaire qu'une ouverture de dossier ou fiche d'observation corresponde réellement à un début d'assistance sociale. En outre, les motifs de sollicitations renseignés sur le logiciel Health Manager (HM) pourraient être révisés afin de mettre en évidence les difficultés rencontrées et les délais. Un groupe de travail intégrant des assistantes sociales, aides soignantes, infirmières et médecins gériatres permettrait d'étudier une révision du logiciel et de formaliser les demandes d'assistance sociale de manière à les échelonner suivant l'urgence, à limiter le risque de ne pas assister une personne qui en aurait besoin et à déterminer les critères de sollicitations des assistantes sociales. La direction de la qualité et gestion des risques pourraient être le pilote de ce projet.

A la suite de ce travail, la cellule communication pourrait créer des affiches à apposer dans toutes les salles de soins et sur intranet. Une communication via la réunion des cadres permettra de transmettre les informations dans chaque unité.

Parallèlement, il serait judicieux d'analyser rétrospectivement les dossiers des personnes qui n'ont pas bénéficiées d'assistance sociale ainsi que les dossiers des personnes qui ont été prises en charge plusieurs jours après leur hospitalisation et qui ont dépassées la borne haute de durée moyenne de séjour. En effet, seul 28% des personnes âgées qui ont dépassé la borne haute de séjour ont été assistées pour leurs démarches administratives sociales. Le groupe de travail sus mentionné pourrait devenir un groupe de suivi et se réunir périodiquement. Prenant en compte le délai de traitement des dossiers par le Département d'information médicale (DIM), une périodicité d'une fois par trimestre apparaît raisonnable.

Enfin, la grille d'évaluation ADL doit pouvoir être extraite simplement du logiciel HM et être utilisée par les équipes soignantes. L'adaptation de leurs pratiques, mais aussi celles des médecins et paramédicaux, à l'autonomie du patient en sera favorisée. La direction des soins pourrait être le pilote d'une réunion de soignants et infirmiers du court séjour gériatrique et/ou du SSR dans le but de réfléchir à une interface davantage adaptée et

ludique. La direction des services numériques devraient participer à ces réunions à la suite de la définition des besoins. L'interface sera accessible pour toutes les unités médicales de l'établissement et une communication via la réunion des cadres sera effectuée pour le déploiement.

Outils de gestion de données en support de l'adaptation des pratiques

- Groupe de travail intégrant assistantes sociales, aides soignantes, infirmiers et médecins gériatres afin de formaliser les demandes d'assistance sociale, définir les critères ainsi que le suivi de la prise en charge. La direction qualité et gestion des risques pourrait en être le pilote.
La cellule communication sera sollicitée par la suite.
- Le groupe de travail pourrait devenir un groupe de suivi afin d'analyser rétrospectivement les sollicitations et les assistances sociales offertes aux patients.
- La direction des soins pilote une réunion de travail intégrant soignants et infirmiers afin d'extraire et de renseigner plus aisément la grille ADL. La direction des services numériques participera aux réunions à la suite de la définition des besoins.

2.2.4 Des présentations périodiques des plaintes de patients pourraient être institutionnalisés en sus des évaluations des pratiques professionnelles

Un suivi des plaintes des patients permet de repérer des axes d'amélioration de la qualité de la prise en charge mais aussi de suivre l'avancement de l'adoption des nouvelles pratiques.

Le service des relations avec les usagers pourrait piloter le suivi des plaintes et réclamations. Une présentation périodique en CODIR puis réunion chefs de pôles et

réunion cadre supérieurs de pôles permettraient suivre son évolution, repérer les pratiques à développer et focaliser les efforts sur des éventuelles unités.

Une valorisation du travail fourni par les équipes professionnelles pourrait aussi être éventuellement justifiée par la présentation des enquêtes de satisfaction proposées aux usagers à l'accueil du site de l'hôtel Dieu. Les volontaires en service civique, déjà employés afin d'orienter les patients à l'accueil, pourraient inciter les patients à remplir les questionnaires de satisfaction à la suite de l'hospitalisation dans le souci d'obtenir des résultats toujours plus significatifs. Cela viendrait en soutien à la commission des usagers qui soulève un problème concernant « les questionnaires de satisfactions qui ne sont pas suffisamment accessibles pour les usagers. Il faudrait travailler cette accessibilité afin d'obtenir davantage de retours. »⁷⁰

Des indicateurs tels que par exemple le nombre de plaintes relatives à la prise en soins du patient, pourraient être utilisés dans les projets de services afin d'observer les effets des projets exécutés. Ces indicateurs peuvent être complétés par des évaluations des pratiques professionnelles.

Dans un objectif d'optimiser ou d'améliorer la prise en charge, l'évaluation des pratiques professionnelles sous une approche par processus a l'intérêt d'analyser globalement la prise en charge, d'en améliorer ses étapes et d'analyser les interfaces organisationnelles.⁷¹

L'approche par problème pourrait parallèlement être adoptée afin d'analyser et de résoudre les problèmes évoqués lors de plaintes. « La méthode de résolution de problème permet d'analyser des problèmes complexes et de trouver des solutions qui permettent de les éliminer. Le problème sur lequel on décide d'agir doit être identifié soigneusement. ».

Les charges de missions préalablement désignés par la direction pourraient en être les pilotes et collaborer avec la direction de la qualité et gestion des risques.

⁷⁰ Compte rendu de réunion de la commission des usagers du 25 juin 2019

⁷¹ L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé – Haute Autorité de Santé, juin 2005

Suivi des plaintes de patients et évaluation des pratiques professionnelles

- Instituer un suivi des plaintes de patients via des présentations périodiques en CODIR, réunion chefs de pôles et réunion cadres supérieurs de pôles
- Organiser des évaluations de pratiques professionnelles sous deux approches : par processus et par problème. Les deux chargés de missions pourraient en être les pilotes en lien avec la direction de la qualité et gestion des risques.

2.3 Enfin, le cadre juridique du GHT pourrait offrir une meilleure coordination entre établissements ainsi qu'une planification et organisation des soins plus efficaces en collaboration avec la médecine de ville

2.3.1 La convention collective intègre des objectifs de développement des actions préventives de la iatrogénie hospitalière qui pourraient être exploités

La convention collective d'un GHT comprend deux volets. Le premier concerne le projet médical partagé (PMP) qui définit la stratégie médicale du GHT. Le second concerne les modalités d'organisation et de fonctionnement.⁷² Sa stratégie est donc définie dans un premier temps par le projet médical

La convention collective du GHT Aude-Pyrénées, signée le 1^{er} juillet 2016⁷³, présente des éléments territoriaux de diagnostic et des orientations stratégiques du projet médical partagé (PMP) relative à la gériatrie notamment. Le constat d'une population vieillissante du bassin y est mentionné. « Elle dépasse le taux d'accroissement de la France ». L'indice de vieillissement est mentionné comme étant élevé et renforcé par un flux migratoire. Si le contexte démographique justifie ainsi le besoin d'adaptation de la prise en charge des patients, l'axe d'orientation stratégique de la filière gériatrie mentionne aussi l'importance de la mise en place d'un pôle de formation en gérontologie favorisant l'adoption des pratiques de prévention de la iatrogénie hospitalière. Plus explicitement,

⁷² Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

⁷³ modifiée par l'avenant 1 le 16 décembre 2016

« la iatrogénie hospitalière est souvent sous-estimée et une prise en charge adaptée et rapide grâce à l'intervention des équipes est fondamentale. » Un développement des cycles de formation afin d'homogénéiser les pratiques mais aussi en vue du repérage des personnes âgées à risque de perte d'autonomie en intra et extra-hospitalier y est indiqué comme nécessaire.

Toutefois, les objectifs liés à la iatrogénie hospitalière ne représentent qu'une partie de tous les objectifs définis dans les trois axes du projet médical partagé. Ils s'inscrivent après les trois « premiers challenges » correspondant à la sphère « tête et cou », la cancérologie et la recherche clinique. En outre, aucune modalité de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation n'est inscrite dans le projet médical partagé telle que le mentionne la réglementation.

Dans une perspective de développement de projets relatifs aux objectifs du GHT, le CH de Narbonne pourrait initier des discussions sur les modalités concrètes d'exécution et de suivi des projets lors du comité stratégique du GHT qui se réunit au moins une fois par trimestre. Le CH de Perpignan développe depuis trois ans les évaluations de l'autonomie des patients âgés ainsi que l'adaptation des professionnels à celle-ci.⁷⁴ « Sa filière gériatrique participe à la dynamique de coopération hospitalière sur son territoire, en favorisant les échanges entre établissements face à des enjeux comme l'accès aux soins urgents, l'expertise gériatrique, la prévention de la iatrogénie et la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. »⁷⁵ En outre, une commission de veille de durée de séjour a été créée favorisant l'intervention éventuelle de la directrice lorsque la durée moyenne de séjour a doublé. Enfin, l'existence d'une unité post urgence gériatrique au sein du CH de Perpignan pourrait faire l'objet de visites des professionnels de l'unité des urgences du CH de Narbonne ou encore dans l'éventualité d'une autorisation d'ouverture d'une UPUG par le CH de Narbonne.

A défaut de réussite au niveau du GHT, le CH de Narbonne pourrait initier des actions au niveau de son bassin dans le département de l'Aude.

Ces coopérations, via notamment des formations communes et des échanges de pratiques, favorisent une dynamique



⁷⁴ Entretien semi-directif avec la directrice référente du pôle gériatrie du CH de Perpignan

⁷⁵ Projet médical partagé du GHT Aude-Pyrénées – page 71

territoriale, des gains de compétences et une accélération du développement des nouvelles pratiques. La DRH, la DS et la DAM pourraient se rapprocher des établissements partenaires afin de définir les modalités sous forme de convention partenariale. D'ici là, les chargés de missions désignés par la direction afin de développer l'adoption des nouvelles pratiques en prévention de la iatrogénie hospitalière au sein de tout l'établissement pourraient y être associés.

Créer un pôle de formation et d'échanges de compétences gérontologiques sur le territoire

- Initier la définition des modalités de suivi et d'évaluation des objectifs relatifs à la gériatrie du projet médical partagé. La DAM et la DRH pourraient en être les pilotes en y associant les chargés de missions relatives à la prévention de la iatrogénie hospitalière.
- A défaut, initier les actions au sein du bassin Est-audois.
- Concrétiser les objectifs mentionnés dans le PMP.

2.3.2 Le projet de soins partagé pourrait être accès sur la prise en compte de l'autonomie du patient dans un souci d'amélioration des prestations

« Le projet de soins partagé (PSP) s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. »⁷⁶ Quatre axes de progrès ont été inscrits dans le projet de soins partagés validé le 22 juin 2017 :

⁷⁶ Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire



Parmi ceux-ci, l'axe 3 intègre un objectif qui pourrait correspondre à une stratégie d'adoption des nouvelles pratiques préventives de la iatrogénie hospitalière. En effet, « le cadre s'assurera que les professionnels sont formés aux vigilances et aux risques iatrogènes. »

Néanmoins, la déclinaison concrète, comprenant par exemple l'évaluation de l'autonomie de la personne âgée ou encore la prévention de la iatrogénie hospitalière via les nouvelles pratiques n'y est pas inscrite. L'articulation avec le PMP n'apparaît pas explicitement. Pourtant, une des quatre valeurs du PSP irait dans ce sens : le professionnalisme. Elle est définie par « l'engagement institutionnel et le développement des compétences afin de s'adapter aux évolutions notamment réglementaires et des pratiques. » L'évolution des pratiques de soins des patients, et plus particulièrement du patient âgé, conduit vers une personnalisation des actions soignantes et paramédicales dans le souci d'une moindre diminution de son autonomie ou son amélioration.

Dans ce contexte, le projet médical partagé durant au maximum cinq ans, il apparaît opportun d'intégrer dans le prochain projet de soins partagé, au même titre que le projet médical partagé, des modalités de suivi et d'évaluation de sa mise en œuvre. Des indicateurs pourront être réfléchis dans ce sens et des objectifs relatifs à l'évaluation de l'autonomie et la prise en charge adaptée à la personne âgée devront y être intégrés. D'ici là, les chargés de missions désignés par le CH de Narbonne afin de développer l'adoption des nouvelles pratiques en prévention de la iatrogénie hospitalière au sein de tout l'établissement, pourraient initier des actions sur le bassin Est-audois du CH de Narbonne en lien avec la direction des soins et la CSIRMT.

Intégrer des objectifs et indicateurs relatifs à la prévention de la iatrogénie hospitalière

- Définir les objectifs et indicateurs relatifs à l'évaluation de l'autonomie et l'adaptation des soins pour le projet de soins partagés suivant.
- Initier des actions au sein du bassin Est-audois. Les chargés de missions pourront travailler en collaboration avec la direction des soins et la CSIRMT.

2.3.3 Dans ce sens, une incitation à l'implication de la médecine de ville pourrait participer à des meilleurs transferts d'informations, éviter des hospitalisations non programmées tout en répondant aux orientations du GHT

Si une convention de partenariat avec les établissements médico-sociaux du territoire tend à fluidifier le parcours du résident entre l'EHPAD et le CH de Narbonne⁷⁷, aucune convention n'existe encore avec les médecins de ville.

La création du dispositif d'appui à la coordination (DAC)⁷⁸ prévoit trois types de missions :

- Information et orientation des professionnels de santé vis-à-vis des ressources du territoire
- Appui à l'organisation des parcours complexes
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Celui-ci rassemble les dispositifs PTA, MAIA et réseaux de santé. Sa gouvernance doit refléter une « représentation équilibrée des acteurs ». Le CH de Narbonne pourrait donc théoriquement participer à sa gouvernance avec le Conseil Départemental (CD) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Une chargée de mission a déjà été désignée par l'ARS afin de créer ce DAC sur tout le département de l'Aude. Le CH de Narbonne pourrait se saisir de cette opportunité afin de fluidifier les informations entre les médecins traitants et ses professionnels mais aussi augmenter le nombre

⁷⁷ Convention de coopération 52/2019 du 1^{er} juin 2019

⁷⁸ Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

d'hospitalisations programmée en CSG au détriment des hospitalisations non programmées qui rendent difficile une prise en soins adaptée.

De plus, le deuxième axe inscrit dans la convention constitutive du GHT s'appuie sur l'intérêt organisationnel notamment avec la médecine de ville. En gériatrie, il est indiqué que « les orientations visent ... à accroître la communication entre la ville, les associations, les centres hospitaliers et l'HAD. » S'intégrer dans la gouvernance du dispositif d'appui à la coordination affirme aussi la position du CH de Narbonne d'établissement référent du territoire. Outre contribuer au développement de la prévention de la iatrogénie hospitalière en étant acteur des actions de coordinations, le CH de Narbonne pourrait ainsi obtenir davantage de poids politique au sein du GHT dans sa stratégie de développer la qualité de la prise en charge des patients et plus particulièrement des personnes âgées.

Développer la coordination avec la médecine de ville

- Initier des discussions avec la chargé de missions de l'ARS afin d'intégrer la gouvernance du DAC et définir les modalités

Conclusion

La mission relative aux actions de prévention de la iatrogénie hospitalière est une opportunité stratégique qui offre d'importantes externalités positives tant au niveau financier qu'au niveau des ressources humaines. Répondant au besoin territorial, cette stratégie doit être saisie par la direction pour l'institutionnaliser et favoriser son développement dans tout l'établissement.

Des actions peuvent être menées sur les trois facteurs de limitation de la perte d'autonomie que sont : l'hospitalisation, l'environnement et les soins. Ces actions conduisent à des gains en fidélisation du personnel, d'attractivité et limitent les pertes financières dues à une durée de séjour allongée.

Si le CH de Narbonne possède une filière gériatrique intégrant une unité de court séjour gériatrique, un cercle vertueux de formations et/ou sensibilisations internes pourrait être créé à condition que les actions préventives soient préalablement développées au sein de cette unité spécialisée. Les changements de pratiques dans un contexte de prise en charge de la pathologie aiguë, nécessite un soutien institutionnel.

Institutionnaliser la stratégie d'une personnalisation de la prise en charge du patient, et plus particulièrement du patient âgé, s'apparente à son intégration dans le projet d'établissement. La définition d'une valeur commune sur laquelle pourra se baser tous les projets relatifs à la prévention de la iatrogénie hospitalière pourrait permettre de rassembler tous les professionnels, de les impliquer et d'étoffer l'éventuelle marque employeur existante.

En outre, l'accompagnement de tels projets passent par l'investissement dans des outils managériaux complété par des formations dédiées à l'égard de tous les cadres de santé et cadres supérieurs de pôles. Les cadres et chefs de services doivent s'imprégner d'un état d'esprit « qualité et gestion des risques » dans le souci de formaliser l'avancer des projets et de les évaluer continuellement et les pérenniser. Un soutien matériel de la direction permettra de compléter les actions du personnel.

Cette stratégie, si elle répond à l'existence de difficultés sociales d'une population territoriale plus vieillissante que la moyenne nationale, elle est aussi cohérente avec certains objectifs définis par le GHT. Ces derniers mériteraient des déclinaisons concrètes via, au préalable, une définition des modalités de suivi et d'évaluation.

Bibliographie

Livres

Archambault, H. (2006). Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie. *Gérontologie et société*, vol. 29 / 118(3), 85-100. doi:10.3917/gs.118.0085.

BEN AISSA cité par Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *@GRH*, 22(1), 31-54. doi:10.3917/grh.171.0031.

BOURDIEU Pierre, *Questions de sociologie*

Chang HH, *Arch Gerontol Geriatr*, 2010

Charazac, P. (2015). 22. Médicaments et thérapies spécialisées. Dans : P. Charazac, *Psychogériatrie: En 24 notions* (pp. 476-500). Paris: Dunod.

Demangeat, Jean-Louis, et al. « Mise en place d'un dispositif de prévention des chutes au Centre Hospitalier de Haguenau », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 99, no. 4, 2009, pp. 26-42.

DO VAN Thien-Nga Virginie. *Horaire de travail quotidien et santé, une étude chez les infirmiers et les aides-soignants du CHU de Nice- 2013*

Dujardin, Pierre-Philippe, et al. « Cadre de santé et gestion de projet d'amélioration de la qualité : analyse de l'action managériale à partir d'une formation-action à la gestion de projet », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 125, no. 2, 2016, pp. 46-60.

Ennuyer, B. (2011). À quel âge est-on vieux : La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*, vol. 34 / 138(3), 127-142.

FINKIELKRAUT Alain, *L'ingratitude*

GAUCHET Marcel. *Les âges de la vie : quels changements ?*

Keran CM., Duchon JC., Smith TJ. Older workers and longer workdays: are they compatible ? International Journal of Industrial Ergonomics, 1994.

Marc G. (1990). Les personnes âgées. Contours et caractères, Paris, INSEE, p4

Peretti, Swalhi, 2007 dans Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. @GRH, 22(1), 31-54. doi:10.3917/grh.171.0031.

Petit, Renaud, et Véronique Zardet. « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, vol. 22, no. 1, 2017, pp. 31-54.

Références juridiques

Décrets :

Décret 2007-826 du 11 mai 2007 modifiant le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail

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

Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

Décret n° 2020-66 du 30 janvier 2020 portant création d'une prime « Grand âge » pour certains personnels affectés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

Arrêtés :

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier et Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

Circulaires

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
Instruction N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013 relatives au bilan social des établissements publics

Base de données

COCHRANE : L'évaluation gériatrique standardisée pour les personnes âgées admises à l'hôpital –12 septembre 2017

Health Manager : Données du centre hospitalier de Narbonne

INSEE

ScanSanté : données concernant les DMS

Publications d'institutions relatives à la santé

La Santé en France, Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, novembre 1994 ; 335 p

La latrogénie médicamenteuse et sa prévention : rapport au Secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner – Patrice QUENEAU, 1 mars 1998

L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé – Haute Autorité de Santé, juin 2005

Observatoire national de la fin de vie, Rapport 2013 – « Fin de vie des personnes âgées »

Norme X50-105 de l'Association Française de Normalisation (AFNOR) relative au management de projet, confirmée le 30 novembre 2016

Guide pratique de la NGAP en masso-kinésithérapie – commission socioprofessionnelle régionale des masseurs kinésithérapeutes de Rhône-Alpes – 12 juin 2017

Note méthodologique et de synthèse documentaire de la haute autorité de santé – Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, septembre 2017

Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé – Haute Autorité de Santé, février 2018

DELEBARRE Alain, publié le 29 mars 2018 : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/permouvoir-aux-personnes-agees-de-rester-le-plus-longtemps-possible-a-domicile-et-dans-de-bonnes-conditions-alain-delebarre>

Publications diverses sur internet

<https://www.weka.fr/actualite/sante/article/linrs-dresse-un-requisitoire-contre-les-12-heures-20688/> : HOSPIMEDIA – Épineuse, la question du travail en 12 heures bouleverse les rapports sociaux à l'hôpital, suscitant de nouvelles lignes de fractures et un nouveau rapport au travail. – 2014

<https://alzheimer-recherche.org/la-maladie-alzheimer/quest-maladie-dalzheimer/definition-et-chiffres/>

<https://facmedecine.umontpellier.fr/wp-content/uploads/2020/04/DFASM2-MIF-Programme-19-20.pdf>

<https://www.aqiig.org/publications/Gerontoise-automne%202009,%2020-2.pdf> : Le projet OPTIMAH du CHUM : comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus - La gérontoise, vol 20, no 2, automne 2009

<https://sfqg.org/actualites/la-dependance-iatrogene-suite-a-une-hospitalisation-les-personnes-agees-ont-60-fois-plus-de-risque-de-developper-des-incapacites-fonctionnelles/>

Service public :

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2444>

Solidarités santé :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/ressources-humaines/article/le-bilan-social>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-veillissement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>

Documents spécifiques au centre hospitalier de Narbonne

Compte rendu de réunion de la CDU du 02 avril 2019

Compte rendu de réunion de la CDU du 07 mai 2019

Compte rendu de réunion de la CDU du 25 juin 2019

Comptes rendus CHSCT du 17 juin 2020 et CTE du 24 juin 2020 du CH de Narbonne

Projet d'établissement du CHN 2019-2023

Convention collective du GHT Aude-Pyrénées, signée le 1^{er} juillet 2016 et modifiée par l'avenant 1 le 16 décembre 2016

Projet médical partagé du GHT Aude-Pyrénées – page 71

Convention de coopération 52/2019 du 1^{er} juin 2019 : Coopération entre le centre hospitalier de Narbonne et les 18 EHPAD/USLD du territoire

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des entretiens semi directifs effectués dans le cadre du mémoire

Annexe 2 : Exemples de questions préparées en amont des entretiens semi-directifs

Annexe 3 : Exemple d'analyse des séjours longs dépassant la borne haute de séjour sur un mois

Annexe 1 : liste des entretiens semi-directifs effectués dans le cadre du mémoire

Assistantes sociales

Cadre de santé de la pharmacie, des diététiciens, de la stérilisation et des kinésithérapeutes

Cadre de santé de l'IFSI/IFAS

Cadre de santé de l'unité des soins de suite et de réadaptation gériatrique

Cadre de santé de l'unité des urgences

Cadre de santé de l'unité du court séjour gériatrique

Cadre supérieur du pôle gériatrie

Contrôleuse de gestion

Directrice des affaires médicales et référente du pôle gériatrie du centre hospitalier de Perpignan, établissement support GHT Aude-Pyrénées

Infirmière coordinatrice de l'Equipe régionale du Vieillissement et Prévention de la Dépendance

Infirmière diplômée d'Etat de l'unité court séjour gériatrique

Médecin cheffe de l'unité court séjour gériatrique

Médecin du département d'information médicale

Pharmacienne cheffe de l'unité de la pharmacie à usage intérieur

**Questions destinées à l'infirmière coordonnatrice de l'Equipe régionale du
Vieillessement et Prévention de la Dépendance**

Gérontopole – CHU Toulouse

- 1) Combien d'établissements sanitaires ont-ils participé à votre formation ?
S'agissait-il de personnels affectés dans un service spécialisé en gériatrie ?

- 2) Concernant les formations aides-soignantes et infirmières, les trouvez-vous suffisamment sensibilisatrices sur ce sujet ? Concernant les formations des docteurs en médecine ?

- 3) Combien jugez-vous qu'il existe d'établissements sanitaires, dans la région Occitanie, pratiquant les mesures préventives de la iatrogénie hospitalière préconisées dans vos formations ?

- 4) Quels facteurs ont permis cette appropriation des pratiques ?

- 5) Selon vous, et suite à votre expérience sur ce sujet, quels sont les raisons d'une non appropriation de ces pratiques par tous les services spécialisés en gériatrie ?
par tous les services de médecine ?

- 6) Avez-vous connaissance de financement et/ou soutien pouvant être proposés par l'ARS pour accompagner l'appropriation de ces pratiques au sein d'un service gériatrique et/ou de tout service ?

- 7) Autres éléments que vous jugez utiles de me faire part ?

Entretien avec la cadre de santé du SSR gériatrique

Parcours du patient

- 1) Quels sont les différentes voies d'entrée en SSR gériatrique ?
- 2) Comment se déroule l'admission ? Quels sont les pratiques des soignants ? du personnel médical ?
- 3) Une semaine ou une journée type du patient c'est quoi ?

Prise en charge du patient et organisation des RH

- 1) Quelles pratiques favorisent l'amélioration ou le maintien de l'autonomie ?
- 2) Etes-vous formellement capable de suivre cette amélioration ?
- 3) Lorsqu'un patient se voit allonger son séjour, quelles en sont les raisons en général ?
- 4) Utilisez-vous la grille ADL ? Quelle grille ? Est-elle évaluée par les soignants ?
- 5) Cette grille est-elle intégrée dans HM ?
- 6) Quels professionnels participent aux transmissions ? L'autonomie y est-elle évoquée ?
- 7) Conciliation médicamenteuse comment s'effectue-t-elle ?
- 8) L'action des kinésithérapeutes ? Ergothérapeute ? Pourquoi pas plus d'ergothérapeute ?

Compétences des soignants

- 1) Comment estimez-vous la compétence des soignants vis-à-vis des pratiques de la iatrogénie hospitalière ?
- 2) Quelles formations sont prévues à l'année ?
- 3) Existe-t-il des référents soignants sur ce sujet ?

Annexe 3 : Exemple d'analyse des séjours longs dépassant la borne haute de séjour sur un mois

Code GHN	Bornes basses	Bornes hautes	Age patiel	durée de séjour complet	UM	Dépassement (en jours)	Tarif GHM (ATIH)	Tarif ExH (ATIH)	A partir de quelle jour, la recette par jour devient < ExH	Tarif GHM/jour	A	DMS nationale (scan santé)	prix par jour de DMS : GHM/DMS	B	C
											Perte si on prend tarif GHM/jour et à partir du dépassement ExH			Perte si on prend GHM/DMS et à partir du dépassement ExH	Perte en recette si DMS dépassée et si borne haute dépassée
04M054	0	39	66	65	4311, 4312, 3012	26	6466,79	274,09	24	165,815128	-2815,146667	16,76	385,846659	2905,673126	5352,423746
06C044	6	67	75	84	4011, 4112, 4312, 4311, 3014	17	15383,49	387,71	40	229,604328	-2687,796418	26,31	584,701254	3348,851323	10573,29828
04M053	0	23	75	30	4411, 4312,3012	7	4286,35	136,28	23	186,363043	350,5813043	11,43	375,008749	1671,101242	2762,416648
23M20Z	0	11	45	60	4411, 3612	49	2396,45	256,51	10	217,859091	-1893,894545	4,31	556,020882	14676,0332	15807,18439
05M084	0	25	86	30	4411, 3014	5	4259,26	252,27	17	170,3704	-409,498	12,86	331,202177	394,6608865	1370,909775
23Z02Z	4	12	59	97	4411, 3012, 3013	85	4025,78	262,5	12	335,481667	6203,441667	16,86	238,776987	-2016,456109	-1781,463737
23Z02Z	4	12	84	31	3012,3311, 3013	19	4025,78	262,5	12	335,481667	1386,651667	16,86	238,776987	-450,7372479	-215,7448762
23Z02Z	4	12	86	21	3311, 3013, 3411	9	4025,78	262,5	12	335,481667	656,835	16,86	238,776987	-213,5071174	21,48525427
05M093	0	24	86	26	4411, 3012	2	4489,04	159,75	24	187,043333	54,58666667	12,09	371,301902	423,1038048	1520,363584
04M163	0	20	80	38	3012, 4311, 3012, 3311	18	3811,28	90,65	20	190,564	1798,452	10,54	361,601518	4877,127324	5686,134785
07M102	0	14	48	26	4411, 4112	12	3161,36	126,35	14	225,811429	1193,537143	6,96	454,218391	3934,42069	4738,413197
06M033	0	22	70	24	4112, 4111	2	4523,86	101,12	22	205,63	209,02	10,5	430,84381	659,447619	1954,427024
01M34Z	0	20	74	24	3612	4	3318,72	236		165,936	-280,256	9,13	363,496166	509,9846659	1583,724171
01M081	0	7	68	14	3612	7	1419,96	124,27	7	202,851429	550,07	2,66	533,819549	2866,846842	3585,047663
23Z02Z	4	12	58	21	jours	9	4025,78	262,5	12	335,481667	656,835	16,86	238,776987	-213,5071174	21,48525427
Pourcentage des séjours qui dépassent la borne haute parmi les séjours qui dépassent 8 jours						25%	Totaux :				4973,418817		33 373,04	52 980,11	
Hypothèse : le prix GHM/jour est le prix qui rembourse les coûts												Perte estimée si nous avons libéré le lit au maximum à la borne haute	Perte estimée si nous avons libéré le lit au maximum à la DMS		

Calcul A : (« Tarif GHM/jour » – « Tarif ExH ») / « Dépassement (en jours) »

Calcul B : (« prix par jour de DMS » - « Tarif ExH ») / « Dépassement (en jours) »

Calcul C :

(« prix par jour de DMS » - « Tarif GHM/jour ») x (« bornes hautes » - « DMS nationale ») / 2 + (« prix par jour de DMS » - « Tarif ExH ») x « Dépassement (en jours) »

HOKAYEM

ELIAS

Novembre 2020

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2019 – 2020

La prévention de la iatrogénie hospitalière : une stratégie d'établissement

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Limiter la perte d'autonomie de la personne âgée, entre son entrée et sa sortie d'hospitalisation, implique de prendre en compte sa situation sociale, économique et médicale.

Le CH de Narbonne peine à développer cette prévention dans ses unités. Pourtant, l'anticipation de la sortie, conditionnée à une coordination des équipes soignantes, médicales et para médicales, conduit à des externalités positives financières et au niveau des ressources humaines. Les difficultés d'attractivité combinées à des formations initiales peu sensibilisatrices, ne favorisent pas l'initiation d'un projet de service de soins durable.

Cette stratégie doit être saisie par la direction pour l'institutionnaliser et favoriser son développement. Des actions pourront être menées sur les trois facteurs de limitation de la perte d'autonomie que sont : l'hospitalisation, l'environnement et les soins. Des projets de sensibilisations accompagnés d'outils informatiques, de suivi périodique des performances ainsi que des plaintes et réclamations et d'aménagement permettraient d'instaurer une dynamique vertueuse.

Mots clés :

Prévention santé, Dépendance d'une personne âgée malade, Autonomie gérontologique groupes ISO ressources, Attractivité, Fidélisation du personnel, Gain, Stratégie, Qualité des soins, Gestion du risque, Gestion de projet, Projet d'établissement, Projet médical d'établissement, Projet service, Projet thérapeutique, Groupement hospitalier de territoire.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.