



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **année 2020 - 2021**

Date du Jury : **octobre 2021**

**La crise sanitaire, catalyseur du
décloisonnement de l'hôpital autour
des parcours des personnes âgées ?**

**L'exemple du déploiement de la mesure 5 sur la filière
gériatrique du CHU de Brest**

Enora GUERIF

Remerciements

Je tiens à profondément remercier tous les professionnels du CHU de Brest et du territoire du pays de Brest de m'avoir accordé de leur temps et de m'avoir partagé les enjeux de leur travail et leur vision sur mes interrogations.

Merci à l'équipe des infirmiers de la POP, aux membres de la cellule de fluidité des parcours, aux assistantes sociales, aux professionnels des DAC, et des CPTS du Finistère ou d'ailleurs qui m'ont consacré du temps.

Merci à l'ensemble des médecins qui m'ont permis de découvrir les richesses de la gériatrie, spécialité qui porte un regard large sur les personnes âgées, personnes avant tout. Merci au Professeur Gentric, au Docteur Legagne, au Professeur Somme, au Docteur Cudennec. Merci au Docteur Duquesne pour le temps consacré et cette conviction du travail en collectif autour des parcours.

Merci à l'équipe du bureau de pôle PARME, Julie Cottenceau, Béatrice Sorrieul, Yannick Jestin.

Merci à Frédéric Caroff Karson et à Diane Hillaireau pour votre travail intense sur la mesure 5 dans un laps de temps limité.

Merci à Felyse Launay et Armelle Germain pour nos partages sur nos recherches concomitantes et complémentaires.

Merci Stéphane pour le partage d'une passion pour l'hôpital.

Enfin tout particulièrement merci Josiane Bettler pour ton écoute, tes conseils et ton énergie contagieuse qui m'ont accompagné tout au long de ce mémoire passionnant.

Sommaire

Introduction	1
1 LA FLUIDITE DES PARCOURS DES PERSONNES AGEES A L'HOPITAL : enjeu global du système de santé, enjeu de plus en plus prégnant à l'hôpital	3
1.1 L'adaptation du système de santé à la bascule du vieillissement : des acteurs toujours en silos ?	3
1.1.1 <i>La bascule vers le vieillissement de la population française : enjeu de société, enjeu du système de santé, enjeu pour les hôpitaux</i>	<i>3</i>
1.1.2 <i>Ce vieillissement global des profils patients questionne l'hôpital</i>	<i>5</i>
1.1.3 <i>D'un constat partagé à une mise en œuvre complexe, les défis de la coordination pour les politiques publiques</i>	<i>6</i>
1.1.4 <i>Pourquoi le parcours de soin reste alors souvent un parcours du combattant ? Des pistes de réflexion</i>	<i>8</i>
1.1.5 <i>Focus sur les filières gériatriques de territoire : outil du maillage des acteurs pour les prises en charge polypathologiques et à haut risque de perte d'autonomie</i>	<i>9</i>
1.2 Le déploiement de la mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences au CHU de Brest : améliorer la fluidité des parcours des personnes âgées par le prisme des urgences	10
1.2.1 <i>Les passages aux urgences évitables des personnes âgées : pertes de chances pour les patients, désorganisations pour les professionnels, et conséquences financières pour le système de santé</i>	<i>10</i>
1.2.2 <i>Focus mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences : une ambition nationale de réduction des passages aux urgences évitables pour les plus de 75 ans</i>	<i>12</i>
1.2.3 <i>Les passages aux urgences des personnes âgées sur la filière gériatrique du Pays de Brest</i>	<i>12</i>
1.2.4 <i>Les caractéristiques de ces patients âgés entraînent potentiellement des trajectoires de soins et des prises en charge complexes</i>	<i>14</i>
1.2.5 <i>... ces parcours individualisés et potentiellement complexes révèlent l'enjeu central de la coordination entre acteurs</i>	<i>15</i>
1.3 Qu'est-ce que la crise COVID a mis en lumière pour la coordination et la fluidité des parcours ? Analyse des premiers retours d'expériences	17
1.3.1 <i>Impact de la crise sanitaire sur la prise en charge des personnes âgées : des conclusions tirées des expériences à échelle nationale</i>	<i>17</i>
1.3.2 <i>Tirer des enseignements de la crise sur les filières gériatriques bretonnes : la mission de RETEX de l'ARS Bretagne</i>	<i>19</i>
1.3.3 <i>Focus retours d'expériences : quels impacts de la crise COVID sur le territoire de Brest ?</i>	<i>20</i>

2 LE DEPLOIEMENT DE LA MESURE 5 SUR LA FILIERE GERIATRIQUE DU PAYS DE BREST EN PERIODE DE CRISE SANITAIRE : cinq mois pour déployer une analyse terrain des

difficultés et l'identification de leviers pour une meilleure fluidité des parcours des personnes âgées des plus de 75 ans	23
2.1 La filière gériatrique du territoire de santé du Pays de Brest	23
2.1.1 <i>Historique d'une structuration des coopérations par la filière gériatrique</i>	23
2.1.2 <i>Les caractéristiques de l'offre de soin et des acteurs du territoire de la filière gériatrique du Pays de BREST</i>	24
2.1.3 <i>Le lancement de la mesure 5 : cinq mois pour déployer un plan d'action pour limiter les passages aux urgences évitables des personnes de plus de 75 ans</i>	26
2.2 Les résultats de la mesure 5 à la lumière de la crise sanitaire : des axes de travail et des actions concrètes pour le décroisement des parcours	27
2.2.1 <i>Le déploiement de la mesure 5 met la lumière sur des points de difficulté accentués par le contexte de crise sanitaire, mais aussi sur des innovations et succès</i>	28
2.2.2 <i>.. Et propose des actions influencées par les retours d'expériences COVID et les modes de coordination mis en œuvre depuis le début de la crise sanitaire</i>	30
2.3 Les difficultés à aboutir à des améliorations et les limites de la mesure 5	35
2.3.1 <i>Des difficultés à faire adhérer les professionnels</i>	35
2.3.2 <i>Trouver des solutions à partir d'acteurs déjà engagés et sans les usagers : quelle crédibilité ?</i>	36
2.3.3 <i>Sur les effets de rapprochement de la crise COVID, un décroisement pérenne ou des acteurs vite rattrapés par la réalité ?</i>	36
3 REPOSITIONNEMENT DE L'HOPITAL AUTOUR DES PARCOURS DES PERSONNES AGEES : QUELS APPRENTISSAGES DE LA CRISE SANITAIRE POUR LES GOUVERNANCES ?	39
3.1 Engager les gouvernances dans le décroisement	39
<i>Préconisation 1 : Travailler en logique de flux à échelle de l'établissement et du territoire</i>	39
<i>Préconisation 2 : Investir de l'énergie sur le décroisement entre acteurs et la communication</i>	41
3.2 Pérenniser ce qui fonctionne	42
<i>Préconisation 3 : Capitaliser sur l'existant, privilégier l'expérimentation à faible échelle et la diffusion par imitation</i>	42
<i>Préconisation 4 : Formaliser pour pérenniser les coordinations au-delà des acteurs</i>	43
3.3 Travailler à l'insertion territoriale de l'établissement et penser ses évolutions en lien avec les besoins du territoire	43
<i>Préconisation 5 : Penser les évolutions du CHU selon un principe de responsabilité populationnelle</i>	43
<i>Préconisation 6 : Faire de l'hôpital un moteur de la recherche en prévention</i>	44
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	49
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DREES	Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
EMS	Etablissement médico-social
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation A Domicile
HJ - HDJ	Hôpital De Jour
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
POP	Plateforme Opérationnelle des Parcours
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SARS- CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SRS	Schéma Régional de Santé
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
T2A	Tarifification A l'Activité
UAG	Unité d'Accueil Gériatrique
UGE CAM	Union pour la Gestion des Etablissements de Caisses d'Assurance Maladie
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMPU	Unité de Médecine Post-Urgence
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé (libéraux)
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« *Personnes âgées et COVID-19 : liaisons dangereuses* » (BALARD, CORVOL, 2020), la tribune de la revue *Gérontologie et Société* est l'un des multiples articles ayant alerté sur les difficultés des acteurs prenant en charge des personnes âgées à s'adapter continuellement aux effets de la crise sanitaire.

La place accordée aux personnes âgées vulnérables au sein de la société, les difficultés de leurs parcours dans le système de santé, notamment les problématiques de leur passage aux urgences est un sujet qui m'interroge depuis plusieurs années. Or, la difficulté à lire les parcours des personnes âgées entre domicile, structures d'amont et d'aval, et au sein même de l'établissement, m'a également frappé au cours de mes deux périodes de stage au sein du CHU de Brest-Carhaix. Ces observations ont soulevé les questions suivantes : Quelles sont les spécificités des prises en charge des personnes âgées ? Quelles problématiques sont soulevées comme freins à la fluidité de leur parcours à l'hôpital ?

L'hôpital a pour rôle de garantir à chaque patient la meilleure prise en charge possible, en intervenant au bon moment (identification en amont, orientation rapide et pertinente), en permettant que les bons soins soient prodigués (pertinence des actes), et en garantissant un suivi adapté à la sortie (orientation pertinente et réussie vers l'aval). La coordination entre acteurs semble jouer un rôle essentiel pour fluidifier les trajectoires de soin des personnes âgées de plus de 75 ans en limitant les pertes d'autonomie ou pertes de chances, ainsi que les ruptures de parcours. Les acteurs du soin et les politiques publiques investissent depuis de nombreuses années ces sujets de la perte d'autonomie, du décroisement du système de santé et interrogent la logique des parcours. Pourquoi donc le ressenti des professionnels est-il toujours celui d'un cloisonnement des pratiques et des prises en charges ? Quelles évolutions sont nécessaires pour fluidifier les parcours des personnes âgées ? Pourquoi, si les constats sont partagés, la mise en œuvre d'améliorations concrètes semble complexe ?

C'est le suivi de la mise en œuvre de la mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences (PRU) sur la filière gériatrique qui m'a permis de m'appuyer sur une expérimentation concrète pour avancer dans mes interrogations. L'objectif de cette mission est précisément de limiter les passages aux urgences évitables des personnes âgées de plus de 75 ans en travaillant sur la coordination au sein de la filière gériatrique.

Or les échanges avec les acteurs revenaient fréquemment sur le contexte de crise sanitaire et ses effets sur la coordination entre acteurs.

Cette crise sanitaire a indéniablement interrogé la protection et la prise en charge des personnes âgées au sein du système de santé français. Les plus de 60 ans représentaient en 2020 près de 17 millions de personnes en France, dont 6 millions ayant plus de 75 ans, soit 9.6% de la population française (DREES, 2020). Or près de deux tiers des 612 000 décès liés à la COVID-19 en 2020 étaient des personnes âgées de plus de 75 ans. Sur le territoire de Brest, la protection des personnes âgées et le déploiement de la vaccination ont largement sollicité les acteurs de la filière gériatrique. Il m'a alors semblé impossible de travailler sur la coordination des acteurs autour des parcours des personnes âgées sans l'interroger à la lumière des expériences tirées de la crise sanitaire.

J'ai également choisi de cadrer le périmètre de ce mémoire du point de vue des organisations internes au CHU pour travailler sur le périmètre du directeur d'hôpital.

Ce mémoire s'appuie ainsi sur le travail réalisé autour de la mesure 5 sur la filière gériatrique et sur le pôle Personne Agées Rééducation Médecine (PARME) au CHU de Brest pour répondre à cette interrogation :

La crise COVID constitue-t-elle un catalyseur du décloisonnement des parcours des personnes âgées ?

Méthodologie

La méthodologie de recherche utilisée s'appuie sur le recueil et l'analyse de données issue du terrain de stage, combinée à un travail de recherche documentaire, et à une enquête pour comparaison en dehors du lieu de stage. La logique globalement inductive s'est appuyée sur les données recueillies, enrichies par allers-retours entre analyse terrain et ressources documentaires afin d'identifier des tendances, les interrogations redondantes, et tenter d'en déduire des préconisations.

Une **première phase exploratoire et de problématisation** s'est faite autour de l'analyse de documents et le suivi des réunions relatives au lancement de la mesure 5, ainsi que sur des échanges informels avec les acteurs impliqués au sein de l'établissement, pour identifier des pistes de réflexion et hypothèses.

Une **deuxième phase d'enquête** s'est fondée sur :

- Des **entretiens semi-directifs** basés sur un guide d'entretien (ANNEXE 2);
- Une **journée d'observation** des prises en charge aux urgences gériatriques (ANNEXE 1);
- Le suivi de la mesure 5 (points d'étapes du comité de pilotage, focus groupe avec les professionnels de la filière gériatrique), de la cellule de fluidité des parcours (ANNEXE 3)

La méthode de confrontation par allers-retours a permis de travailler à la confirmation ou infirmation des hypothèses identifiées en phase exploratoire, et à ouvrir sur des points plus précis nouvellement identifiés.

Une **troisième phase** a été consacrée à réaliser une **enquête qualitative** plus modeste par entretiens ciblés pour nuancer la réflexion au regard d'autres expériences sur le territoire national (entretiens semi-directifs auprès de professionnels hors Finistère).

Entretiens réalisés :

Acteurs de la filière gériatrique et mesure 5 : chef de service gériatrie - responsable de la filière gériatrique, chef de pôle Personnes Agées Rééducation et Médecines (PARME) - responsable des urgences gériatriques, cadre de pôle (PARME), médecin coordinateur et chargée de mission du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), chargées de projet mesure 5 versant hospitalier et versant libéral, coordinateur de la CPTS Brest Iroise;

Acteurs intrahospitalier : infirmiers de la Plateforme Opérationnelle des Parcours, Service Social;

Acteurs hors terrain de stage : gériatre ancienne présidente de commission médicale d'établissement investie dans un DAC, gériatre chef de pôle en centre hospitalier universitaire, gériatre à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, 4 médecins et un coordinateur référents de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Avantages de la méthodologie :

Le contexte de déploiement de la mesure 5, avec le recrutement de deux chargées de mission dédiées, m'a permis de m'appuyer sur un état des lieux et une analyse à échelle de la filière gériatrique dense et précieuse, dégagant du temps pour investir les impacts de la crise sanitaire.

Le guide d'entretien modulable a permis de cibler ce chaque acteur interrogé pouvait apporter de plus critique et nouveau au regard de son expertise propre (une heure ou une demi-heure selon les acteurs).

L'analyse par méthode d'allers-retours a permis une certaine souplesse pour réorienter la réflexion vers les hypothèses qui m'ont semblé les plus pertinentes.

Biais et faiblesses :

Le premier biais identifié est celui d'un manque de recul sur les conséquences de la crise sanitaire sur les organisations à échelle nationale, avec une littérature encore restreinte à des retours d'expérience et peu d'analyses organisationnelles et managériales approfondies.

Un autre biais cognitif potentiel est celui des acteurs interrogés sur les conséquences de la crise. Leur retour d'expérience est naturellement fondé sur un vécu individuel dans un contexte de forte sollicitation et de difficultés. Les questions des entretiens ont cherché à objectiver par des faits les impacts de la crise (organisation et outils concrets mis en place). On pourra noter la faiblesse de l'échantillon des acteurs interrogés pour les points de comparaisons à échelle nationale (3 gériatres, 4 représentants de CPTS).

On soulignera enfin l'ensemble des biais relatifs à la complexité du sujet, empêchant d'avoir une vision exhaustive des acteurs et des liens entre eux. Les préconisations proposées sont ainsi fondées sur une appréhension personnelle des organisations et des acteurs. J'ai tenté de corriger ce biais en restant proche des entretiens et en passant du temps en observation concrète aux urgences gériatriques.

1 LA FLUIDITE DES PARCOURS DES PERSONNES AGEES A L'HOPITAL : enjeu global du système de santé, enjeu de plus en plus prégnant à l'hôpital

1.1 L'adaptation du système de santé à la bascule du vieillissement : des acteurs toujours en silos ?

En 2018, l'ONU projetait qu'un quart de la population mondiale serait âgée de 60 ans à minima à horizon de 2050. Or si le constat d'une urgence à faire évoluer le système de soin pour l'adapter aux besoins actuels et futurs de sa population vieillissante est partagé, la bascule organisationnelle et culturelle autour des parcours des personnes âgées semble bien plus complexe à réaliser

1.1.1 La bascule vers le vieillissement de la population française : enjeu de société, enjeu du système de santé, enjeu pour les hôpitaux

Le vieillissement global de la population française est clairement admis comme l'un des enjeux majeurs du système de santé français. En 2050, 4 millions de français auront potentiellement plus de 85 ans, soit 3 fois plus qu'en 2017 (INSEE, 2019). Les causes de cette dynamique de vieillissement sont également clairement partagées. La bascule des générations issues du baby-boom vers un âge avancé, l'allongement de l'espérance de vie par l'amélioration des conditions de vie, des traitements et prises en charge médicales, soit un vieillissement par le « haut » de la pyramide des âges, et, en parallèle, la baisse du taux de fécondité, soit un vieillissement par le « bas » (DUMONT, 2017) sont les facteurs majeurs qui contribuent au phénomène de vieillissement global de la population.

On vit en effet mieux, plus longtemps, en meilleure santé avec un allongement de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), mais aussi potentiellement longtemps en moins bonne santé, avec des pathologies multiples et de longue durée dites « affections de longue durée » (ALD), avec une perte d'autonomie progressive voir une dépendance (impossibilité partielle ou totale d'effectuer sans aide certaines activités de la vie). La population de personnes âgées en perte d'autonomie et/ou dépendante en France était ainsi évaluée à 1.3 millions en 2019, avec une projection vers les 2.2 millions pour 2050 (LIBAULT, 2019).

L'INSEE projette le dépassement d'un cap autour de 2030 où les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans en France.

« *Faire face* », « *absorber* », « *choc démographique* » sont les termes associés au vieillissement de la population. Ce champ sémantique est révélateur d'une préoccupation sociétale et politiques vis-à-vis des conséquences de ce phénomène. Les capacités organisationnelles et financières du système de santé sont-elles préparées à absorber cette évolution ? La question portée par la gériatrie dès les années 1980 appelle les pouvoirs publics à prendre conscience du phénomène, mais également à agir pour réorganiser le système de santé et accompagner les évolutions nécessaires pour permettre sa résilience à long terme.

Le vieillissement de la population interpelle enfin plus profondément la place des personnes âgées dans la société. Il questionne continuellement les inadaptations du système de soin français à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes âgées. En 2018, le Comité consultatif national d'éthique interpellait lors de son 128^{ème} avis sur la « *nécessité de prise de conscience par notre société de ce « nouveau temps » qu'est la fin de la vie et de cette réalité épidémiologique de la vulnérabilité des personnes, de leur solitude et de leur isolement.* ». Il soulignait l'enjeu pour les politiques publiques d'une prise en compte du sujet : « *Dans l'illusion d'une vie dont les aléas seraient tous maîtrisables par la médecine moderne, nous avons glissé progressivement au cours du XXe siècle vers une forme de déni de la finitude de l'homme, [...] une augmentation de l'angoisse de la finitude, de notre destinée qui est de vieillir et de mourir. Au plan politique, cela devrait se traduire par le sentiment de l'impérieuse obligation, pour un état démocratique, de penser à prendre soin des plus vulnérables, et par le constat d'une relative inadaptation de nos organisations en matière d'accompagnement social et d'organisation du système de santé.* »

L'hôpital, maillon essentiel du système de santé, lieu des prises en charges de recours et de l'expertise médicale gériatrique est largement concerné par l'impact du vieillissement de la population. En 2017, deux personnes sur cinq dans la population des 80 ans et plus ont été hospitalisées. Un patient sur huit a plus de 80 ans cette même année. Cette réalité interpelle les structures hospitalières qui prennent conscience progressivement que les **caractéristiques des patients hospitalisés évoluent avec ce vieillissement de la population**. Les personnes âgées prennent progressivement plus de poids dans l'ensemble des séjours hospitaliers. Elles représentent désormais 30% des patients du secteur court séjour des établissements de santé, 50% des hospitalisations à domicile et près de 65% des places en soins de suite et de réadaptation (LIBAULT, 2019).

1.1.2 Ce vieillissement global des profils patients questionne l'hôpital

D'une part, ce phénomène fait émerger des **difficultés organisationnelles internes concrètes** liées aux prises en charge des personnes âgées (passages aux urgences évitables, spécificités des prises en charge autour des troubles cognitifs ou comportementaux, problématiques d'hébergement et d'orientation, et autres constats déployés dans ce mémoire). Or, le cloisonnement historique des sphères sanitaire et médico-sociale faisait de l'hôpital le lieu des prises en charge de recours, organisées selon un principe de spécialité par organe, voire d'hyperspécialisation (BLOCH, 2013). Le patient est historiquement considéré par le biais de sa pathologie et non des caractéristiques relatives à son âge. *« Le nombre de personnes très âgées augmente et va continuer à augmenter. La polypathologie, les pathologies chroniques et leurs répercussions fonctionnelles sont les caractéristiques des besoins de santé du grand âge. Le schéma traditionnel –signes, diagnostic, traitement, guérison – valable chez le sujet jeune, n'est plus pertinent. Les organisations sanitaires doivent s'adapter à cette réalité. Les professions de santé et les professions de l'aide ont à conjuguer leurs activités et leurs relations dans une réelle pluridisciplinarité »* (BERTHEL, PETER-BOSQUILLON, 2012). On notera en ce sens que les spécialités comme la psychiatrie, l'oncologie ou autre, ont investis cette question en créant des organisations à compétences croisées (exemple de l'orthogériatrie).

D'autre part, le vieillissement questionne l'hôpital dans sa **coordination avec les acteurs du parcours de santé** de la personne, et plus loin la place de l'hôpital sur son territoire. Mais pourquoi un tel enjeu de coordination ? Et pourquoi aller vers une logique de parcours ? Parce qu' *« on ne passe pas sa vie à l'hôpital et la place de la personne âgée n'est pas à l'hôpital »* (verbatim des entretiens, gériatre chef de pôle). Paradoxalement, l'hôpital doit s'adapter massivement à la prise en charge des personnes âgées, mais il ne doit pas être le maillon clé et central. Il doit intervenir en justesse sur un épisode du parcours de santé, sans être une solution long terme. A échelle du système de santé, cette logique appelle à focaliser la prise en charge hospitalière sur des prises en charge pertinentes, sur un temps court au possible, avec une fluidité sur l'amont de la prise en charge (processus d'arrivée à l'hôpital) et l'aval (processus de sortie). Comme synthétisées par le rapport Libault, l'hôpital a aujourd'hui trois priorités : limiter les hospitalisations et les passages aux urgences évitables ; rendre fluide le parcours en hôpital en articulation avec les autres acteurs du parcours, et adapter l'établissement de santé dans son ensemble à l'accueil et

à la prise en charge de la personne âgée. Concrètement « *c'est à l'hôpital de s'adapter à la personne âgée et non l'inverse* » (LIBAULT, 2019).

Les établissements de santé prennent conscience de l'enjeu de la coordination entre acteurs et entre organisations pour tendre vers l'objectif de **garantir à chaque personne un parcours de soin cohérent et fluide**. Le vieillissement de la population est ainsi révélateur des difficultés organisationnelles, de coordination et de communication entre acteurs du système de santé. Travailler à la fluidité des parcours des personnes âgées c'est donc par ricochet travailler à la fluidité des parcours de tout usager. « *Si on le fait bien pour les personnes âgées, on le fait bien pour tous* » (verbatim entretien, Pr SOMME, juin 2021).

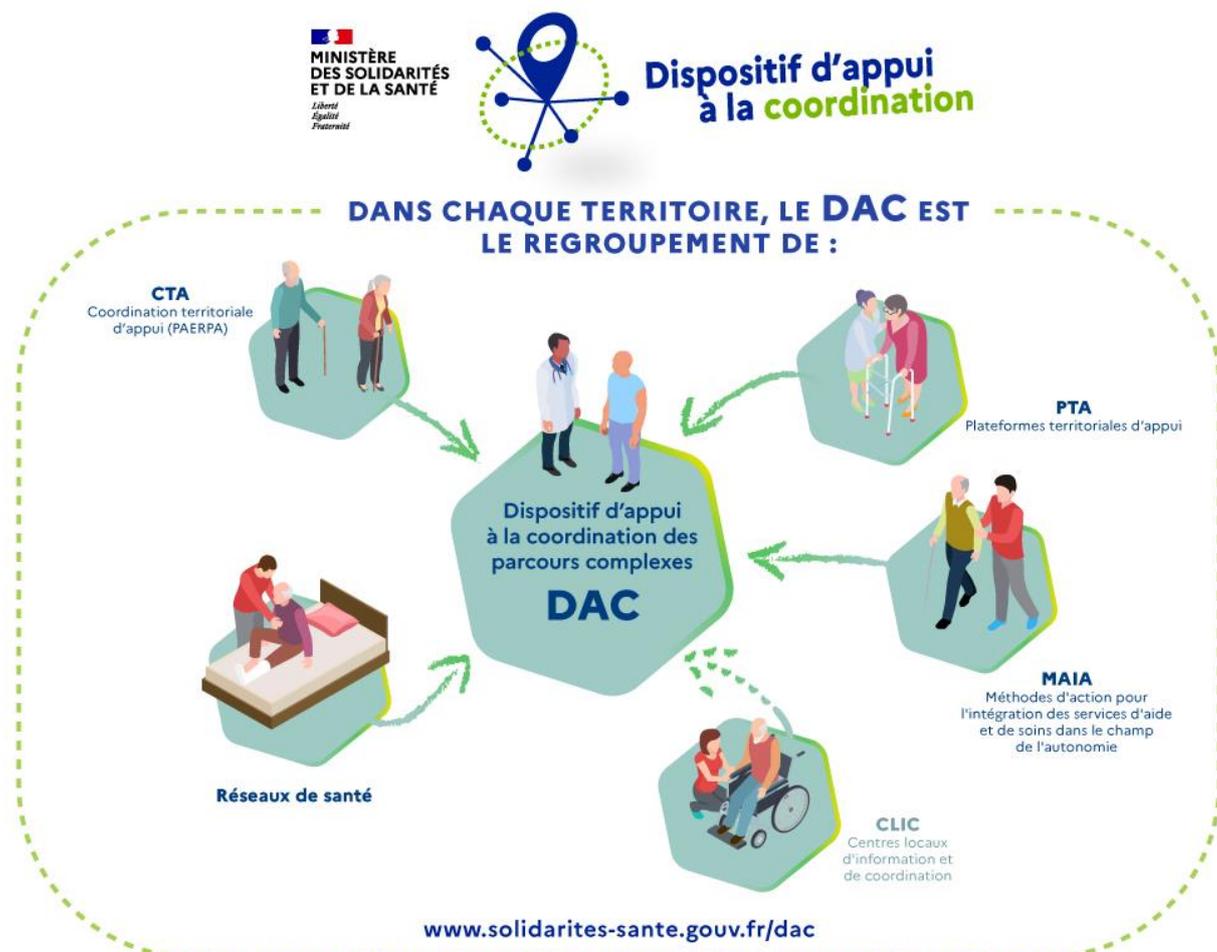
« *La logique de parcours tout le monde s'accorde dessus, mais c'est clairement plus facile à dire qu'à faire* » (verbatim entretien, coordinateur de CPTS)

1.1.3 D'un constat partagé à une mise en œuvre complexe, les défis de la coordination pour les politiques publiques

Le diagnostic et les préconisations pour une évolution du système de santé vers une logique de parcours décloisonnée semblent partagés depuis plusieurs décennies par les acteurs de l'écosystème de santé social, médico-social et sanitaire. Des événements comme la canicule de 2003 ont également accentué la prise de conscience nationale autour de la protection des personnes âgées. Les pouvoirs publics se sont ainsi saisis du sujet de manière accrue depuis les années 2000.

Les politiques relatives au « bien vieillir » et à la prévention de la perte d'autonomie et effets du vieillissement ont été amorcées. Les jalons législatifs que sont la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015, la stratégie « Ma Santé 2022 » de 2018, et aujourd'hui, le très attendu projet de loi « Grand âge et autonomie », se complètent et vont dans le sens d'un constat unique : répondre aux besoins des personnes âgées « vulnérables » passe par un décloisonnement entre acteurs participants de leur prise en charge médicale sanitaire, médico-sociale, ambulatoire, entre acteurs de leur parcours de soin, de santé, voir leur parcours de vie (SPINI, BERNARDI, ORIS, 2017). Ce décloisonnement préconisé en proximité sur les territoires de santé a pris la forme de

multiples dispositifs dits de « coordination ». Ces réseaux de coordination de santé ont pu prendre la forme de centres locaux d'information et de coordination (CLIC), de réseaux « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), fusionnés en plateforme territoriale d'appui (PTA), et ayant ensuite convergé vers les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) en 2019. Les dispositifs se sont développés de manière hétérogène, et malgré de nombreuses évolutions leur convergence reste complexe.



Source : site du Ministère des Solidarités et de la Santé

En structure hospitalière, les générations de gériatres, parfois anciens urgentistes, internistes qui se sont dédiés aux prises en charge des personnes âgées, ont déployé des organisations pour aller dans cette logique de parcours. Le développement des courts séjours gériatriques, des équipes mobiles de gériatrie (EMG) en intra et extrahospitalier, des filières gériatriques, portent cette dynamique d'ouverture et de décloisonnement malgré des contextes organisationnels hétérogènes.

Enfin, la concertation nationale « Grand âge et autonomie » achevée en 2019 constitue aujourd'hui la plus grande réflexion à échelle nationale sur ce sujet. Elle démontre une prise de conscience désormais élargie à l'ensemble des pouvoirs publics.

« Le regard en hôpital est moins âgiste, de la part des directions comme des professionnels [...] je ne veux pas revenir à l'hôpital des années 1980, ni des années 2000 » (verbatim entretien, gériatre hospitalier)

1.1.4 Pourquoi le parcours de soin reste alors souvent un parcours du combattant ? Des pistes de réflexion

Des avancées culturelles et organisationnelles considérables progressives doivent être soulignées notamment à l'hôpital. Cependant le rapport final de la mission « Grand Age et Autonomie » refait le même constat de forts cloisonnements : *« Que ce soit dans les champs sanitaires et sociaux, les organisations administratives, les établissements et les acteurs de ville ont fait évoluer leurs réponses aux besoins des personnes âgées. Si cet engagement est une richesse, ces réponses ont presque toujours été faites en silos, sans réelle coordination »* (LIBAULT, 2019). Il dénonce à l'hôpital *« la fréquence du mode d'entrée par les urgences, les risques de dépendances iatrogène et nosocomiale, une organisation du travail peu respectueuse des rythmes de la personne âgée. »* ayant pour conséquence un taux de ré-hospitalisation de 17 % dans les 30 jours pour les 65 ans et plus. Pourquoi de tels défis pour engager la coordination ?

Une première piste est la spécificité de la prise en charge des personnes âgées qui est par **essence multidisciplinaire et individualisée**. *« La spécificité de la gériatrie se trouve là, dans la capacité d'analyser les forces et les faiblesses dans tous les domaines: marche et déplacements, états cognitifs, état psychologique, état nutritionnel, état sensoriel, continence, activité de la vie quotidienne. La culture gériatrique est par essence multidisciplinaire, et la pratique pluri professionnelle »*. (BERTHEL, PETER-BOSQUILLON, 2012).

De ce premier facteur découle une **multiplicité des acteurs** impliqués dans les parcours des personnes âgées. A échelle nationale comme à échelle locale, les évolutions ne

peuvent se concrétiser qu'en impliquant les collectivités territoriales, les professionnels de ville, les acteurs et organisations des champs sanitaire, médico-social, social. Ces acteurs et leurs gouvernances sont de fait éclatés, engendrant une éternelle complexité au pilotage sur le sujet.

La lenteur des évolutions peut enfin être liée à une **faible politisation** des enjeux relatifs aux personnes âgées. Le sujet est considéré comme enjeu de santé publique, de résilience organisationnelle et financière du système de soin, de qualité des prises en charge, mais plus difficilement comme combat politique porté par les premiers concernés.

1.1.5 Focus sur les filières gériatriques de territoire : outil du maillage des acteurs pour les prises en charge polypathologiques et à haut risque de perte d'autonomie

Les filières de soins gériatriques se sont structurées dans le cadre du plan Solidarité Grand Age 2007-2012 et d'une circulaire ministérielle de 2007 pour être le creuset de cette coordination entre acteurs sur les territoires de santé.

Chaque filière doit proposer les dispositifs de soins gériatriques nécessaires à la réponse aux besoins de santé des personnes âgées du territoire, en assurant les évaluations gériatriques et l'orientation adaptées aux besoins, servir de ressources dans le domaine de la gériatrie et fédérer les acteurs spécialisés sur des activités gériatrique. L'établissement support de la filière doit donc comporter a minima un court séjour gériatrique et une structure d'urgence, et la filière doit organiser des consultations gériatriques, des consultations mémoire et une hospitalisation de jour.

Plus concrètement les filières doivent permettre une interaction permanente et un maillage des acteurs pour pouvoir constituer des parcours de soin sur leur territoire, avec une focalisation sur les profils polypathologiques et à haut risque de perte d'autonomie. Elles sont le canevas sur lesquels doivent s'entrelacer les fils des trajectoires de soin entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux. Elles portent ainsi la responsabilité de la coordination des prises en charge des personnes âgées résidant sur le territoire, dans une logique de proximité et de gradation. La convention constitutive de filière gériatrique proposée par l'ARS Bretagne le résume par la logique d'une personne « au bon endroit »

au « bon moment ». Il y a donc une véritable collaboration à nourrir au sein des filières pour articuler le conseil, le recours et l'expertise que chaque acteur met à disposition des autres.

1.2 Le déploiement de la mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences au CHU de Brest : améliorer la fluidité des parcours des personnes âgées par le prisme des urgences

1.2.1 Les passages aux urgences évitables des personnes âgées : pertes de chances pour les patients, désorganisations pour les professionnels, et conséquences financières pour le système de santé

La problématique qui se pose autour de la place des patients âgés dans les services d'urgence nait de plusieurs difficultés. Le constat initial est que « *le service d'urgence encore trop souvent la porte d'entrée principale de l'hospitalisation des personnes âgées* » (LIBAULT, 2019). Concrètement, 36% des hospitalisations de personnes de 75 ans et plus débutent par un passage aux urgences, un taux montant jusqu'à 58% pour les personnes de 90 ans et plus. Sur les durées de passage, 23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10% des 15-74 ans (PRU, 2019).

Or ce passage est majoritairement délétère pour l'état de santé de la personne âgée et surtout potentiellement évitable. Le mode d'entrée par les urgences est facteur de plusieurs risques pour le patient âgée fragile : un passage prolongé aux urgences supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de 2 fois, le risque d'événement indésirable lors de l'entrée aux urgences tel que la non-reconduction de prescription est plus élevé (HAS, 2017).

Au niveau des équipes de soins, les personnes âgées constituent « un groupe spécifique mobilisant les équipes d'urgence de façon particulière » selon deux études menées par la DREES en 2017. Il résulte en une prise en charge plus lourde, avec un nombre d'actes plus élevé, un passage plus fréquent par les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et une durée de passage globale plus longue (BOISGUERIN, MAURO, 2017). Si le patient nécessite une expertise gériatrique globale ou sur une autre spécialité, le passage aux urgences n'apporte parfois pas de plus-value.

Les passages des personnes âgées aux urgences évitables entraînent ainsi, au-delà des difficultés organisationnelles, des conséquences financières à plus long terme pour l'établissement et pour l'ensemble du système de santé. Les cycles d'hospitalisations et de ré-hospitalisation, de redondances d'actes et de prises en charges causées par des ruptures de parcours entraînent des coûts pour l'établissement. Près de 18 % des séjours seraient ainsi suivis d'une ré-hospitalisations à 30 jours à partir de 75 ans, et 23% de ces ré-hospitalisation seraient évitables (VAN WALRAVEN, 2013).

Plus largement, les difficultés de fluidité des parcours patients (par exemple un blocage sur la solution d'aval), impactent les séjours et leurs durées moyennes de séjour (DMS). L'augmentation des hospitalisations des personnes âgées rend ce phénomène de poids financier plus prégnant pour les établissements.

Il s'agit donc de considérer le lien entre fluidité des parcours, bien-être des patients, organisation de travail des professionnels et protection financière des établissements. Ainsi, en mettant de côté la question de la permanence des soins territoriale, l'intérêt de l'hôpital en interne est de favoriser « *quand cela est possible, l'admission directe en circuits courts gériatriques, sans passage par les urgences* » autrement appelés « *fast-tracks* » (COHEN, GÉNISSON, SAVARY, 2017). La création des urgences gériatriques au CHU de Brest a précisément eu pour rôle d'aider à clarifier les flux aux urgences avec une prise en charge directe spécifique pour les personnes âgées fragiles.

1.2.2 Focus mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences : une ambition nationale de réduction des passages aux urgences évitables pour les plus de 75 ans

La mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences ou « PRU » (ANNEXE 3) est une expérimentation visant un objectif de « zéro passage par les urgences pour les personnes âgées d'ici 5 ans » par la structuration et la généralisation de parcours dédiés aux personnes âgées dans les structures possédant un Service d'Accueil et d'Urgence (SAU). L'expérimentation, lancée par appel à projet via les ARS, se déploie au sein des filières gériatriques choisies en leur proposant une démarche d'état des lieux, analyse et plan d'action. La mesure 5 cherche à répondre précisément aux difficultés des urgences, mais elle questionne par ricochet toute l'organisation des prises en charges des personnes âgées au sein de l'hôpital, et son articulation avec les acteurs de l'amont et de l'aval.

Certaines pistes sont proposées par le Pacte de Refondation des Urgences : faciliter les admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou les EHPAD, l'accès pour les médecins à un avis médical hospitalier, mais aussi la création d'équipes mobiles gériatriques en renfort aux EHPAD et aux libéraux, et la mise à disposition d'IDE mutualisées en EHPAD.

Cependant le diagnostic doit être réalisé selon les réalités du terrain d'expérimentation. La filière gériatrique du Pays de Brest, pilote de la mesure 5, s'est ainsi engagée à réaliser son propre état des lieux autour des urgences du CHU de Brest, du CH de Lanerneau et de la clinique Keraudren, pour construire un plan d'action à horizon de septembre 2021 et le mettre en œuvre.

1.2.3 Les passages aux urgences des personnes âgées sur la filière gériatrique du Pays de Brest

Le diagnostic de la mesure 5 sur la filière s'est fondé sur les données de 2019, les données de 2020 comportant un biais relatif à la crise COVID avec un passage potentiellement majoré de personnes âgées via les urgences.

L'analyse des données extraites du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) recense 10 708 personnes de 75 ans et plus passées par les urgences du CHU sur l'année, soit 21% de l'ensemble des passages. Les passages ont été analysés avec une réflexion sur les différentes unités rattachées aux urgences constituant son aval le plus direct. 1808 sur 10 708 personnes de plus de 75 ans entrées aux urgences sont passées par les urgences gériatriques, soit 17% de l'ensemble. Sur ces mêmes 10 708 passages, près de 7000 ont débouché sur une hospitalisation, soit un taux d'hospitalisation à partir des urgences du CHU de 64% pour les personnes de plus de 75 ans, avec 1230 passés par l'accueil gériatrique et 1126 passés par l'unité de médecine post-urgences (UMPU). Au niveau de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), 27 % des hospitalisations ont concerné des sujets de plus de 75 ans sur l'année.

Au niveau du service d'accueil des urgences (SAU) de la clinique Keraudren, 2467 personnes de 75 ans et plus ont été accueillies en 2019, soit 6% des passages. 306 ont ensuite été transférées en hospitalisation. Pour le centre hospitalier de Landerneau 1258 des 12732 passages aux urgences sur l'année concernaient des 75 ans et plus, soit près de 10%. Enfin, sur l'Hôpital d'Instruction des Armées, 2142 personnes de 75 ans et plus ont été accueillies, avec 801 hospitalisations consécutives au passage par les urgences. Le SAU du CHU de Brest est donc concerné par une part de passages des plus de 75 ans plus importante.

La mesure 5 s'inscrit dans l'objectif de favoriser les admissions directes, objectif qui structurait déjà les filières gériatriques et les courts séjours gériatrique depuis la circulaire de 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Le taux d'admission directe a donc été un indicateur recherché pour l'état des lieux de la mesure 5. Pour l'Hôpital d'Instruction des Armées, 33% des 1150 entrées de personnes de plus de 75 ans enregistrées en court séjour gériatrique l'ont été en admission directe. Les taux d'admission pour les autres courts séjours gériatrique avoisinent les 30%. Enfin, le travail de la plateforme opérationnelle des parcours avec deux infirmiers dédiés sur le SAU du CHU de Brest a été souligné, avec 46 sorties directes permises des urgences vers une solution d'hospitalisation à domicile (HAD) et 16 sorties directes de l'unité post urgence (UMPU) essentiellement vers un EHPAD.

1.2.4 Les caractéristiques de ces patients âgés entraînent potentiellement des trajectoires de soins et des prises en charge complexes ...

L'analyse qualitative suivante s'appuie sur l'observation en temps réel de prises en charges dans l'unité d'accueil des urgences gériatriques du CHU de Brest (ANNEXE 1), croisée avec l'analyse des entretiens semi-directif, et avec l'analyse de la mesure 5 sur les caractéristiques profil du patient âgé de 75 ans et plus passant par les urgences (ANNEXE 5).

L'interrogation des médecins libéraux a permis d'identifier quatre profils de patients âgés qui seront susceptibles d'être orientés vers les urgences : (1) un patient avec une phase aiguë pour une urgence normale ; (2) un **patient sans suivi** venant consulter trop tard, pas d'alerte donnée assez tôt (3) un patient connu et suivi pour une affection de longue durée (ALD), avec aggravation de son état de santé avec risque de phase aiguë ; (4) un patient avec des complications organiques ou polypathologiques, et des troubles du comportement, de la mémoire, ou du jugement.

Les caractéristiques majeures du profil patient de plus de 75 ans au moment du passage aux urgences sont les **polypathologies associées à une polyconsommation médicamenteuse**. En effet, entre 40% et 70% des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour plusieurs pathologies. Et 50% d'entre-elles prennent 7 molécules différentes régulièrement (LIBAULT, 2019). Selon les professionnels de santé libéraux du territoire, le parcours de soins du patient est moins difficile à suivre lorsque le patient présente au contraire une pathologie aiguë correspondant à une filière unique.

Les motifs d'entrée aux urgences évitables identifiés sont multiples. Les recours aux urgences évitables sont souvent la conséquence d'un **maintien à domicile difficile ou impossible** du fait de l'altération de l'état de santé de la personne ou de l'hospitalisation de son aidant principal (notamment son conjoint). Il est souvent lié à des chutes successives, des troubles du comportement, des troubles cognitifs, des états confusionnels ou fébriles. Un environnement de vie ou des conditions de vie précaires, un patient vivant seul ou isolé, aggrave le risque d'un passage aux urgences évitable.

L'importance de la prévention et du repérage de la vulnérabilité et de la fragilité, en amont des urgences, est soulignée par les gériatres interrogés. Elles permettent notamment de détecter certains signaux faibles et de prévenir une décompensation fonctionnelle. Ce phénomène de cascade, caractéristique des personnes âgées, se traduit par un état de crise chez le sujet âgé, où une affection aiguë entraîne des décompensations organiques

en série. Seule une évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet alors d'appréhender la personne âgée dans sa globalité pour établir un diagnostic et définir une orientation pertinente (retour à domicile ou en EHPAD, hospitalisation à domicile, hospitalisation, soins de suite et de réadaptation, autre). Les urgences gériatriques jouent sur Brest ce rôle de point pivot pour récupérer au plus vite les patients du flux principal des urgences et les orienter vers la solution d'aval adéquate en intra ou extrahospitalier.

1.2.5 ... ces parcours individualisés et potentiellement complexes révèlent l'enjeu central de la coordination entre acteurs

Quels sont les points de blocages fréquents et communs dans les prises en charge ? Pour répondre à cette interrogation les conclusions des travaux de la mesure 5 (ANNEXE 5), ainsi que les entretiens qualitatifs réalisés auprès des acteurs jalons des parcours à partir des urgences (gériatre des urgences gériatrique, du court séjour gériatrique, infirmier de la plateforme opérationnelle des parcours, cellule de gestion des cas complexes) ont été analysés. Le point de vue est pris de l'intrahospitalier, bien que les conclusions soient directement liées aux problématiques exprimées par les professionnels extrahospitaliers. Des points de blocages sont identifiés à chaque étape : à l'arrivée aux urgences, sur l'orientation de sortie des urgences (retour à domicile, EHPAD, SSR, hospitalisation), et sur la solution de sortie d'hospitalisation si il y en a eu une. Ils révèlent que les moments précis d'interface entre les acteurs intervenant dans les prises en charges des personnes âgées hospitalisées par le biais des urgences sont cruciaux.

A l'arrivée aux urgences, les difficultés de prise en charge sont la récupération des informations relatives à l'état de santé et à l'environnement de vie de la personne (pathologie, traitements, marche, nutrition, aides sociales, famille). Les professionnels ont besoin de sources fiables d'information sur le « cercle de soin » que sont : le médecin traitant avec l'enjeu central autour des ordonnances, l'infirmière de ville, tout autre professionnel impliqué (spécialiste intrahospitalier, kinésithérapeute, autre), et les aidants. Plus l'information est éparse et difficile à récupérer, plus le diagnostic et l'orientation sont complexes. La coordination avec « l'amont » de l'entrée aux urgences, voir avec certaines spécialités intrahospitalière concernées, impacte directement la prise en charge. En parallèle, l'articulation avec les aidants ne peut être sous-estimée : les aspects pragmatiques relatifs à l'acceptation d'une orientation, l'anticipation des solutions de sorties

et leur potentiel financement (entrée en EHPAD, SSR, autre) par la personne, et son environnement familial conditionnent fortement le succès ou l'échec de l'orientation préconisée par le gériatre. Le service social joue ici un rôle majeur pour concrétiser au mieux l'orientation adéquate.

Sur le parcours hospitalier (si hospitalisation après passage aux urgences), les difficultés identifiées sont liées majoritairement aux spécificités de la prise en charge. Du point de vue des services de spécialité, la difficulté, ou la réticence à accueillir ces patients âgés de plus de 75 ans, vient souvent des difficultés à la prise en charge de patients polyopathologiques, ou avec des troubles du comportement dépassant leurs champs de compétence. Il peut aussi être lié à un impact sur l'organisation des services (perturbation des processus de travail) et sur la durée moyenne de séjour, comme développé précédemment. En parallèle, la mesure 5 a remonté une méconnaissance globale de l'offre de soin sur le territoire par les professionnels, notamment les hôpitaux de jour et les hébergements temporaires pour les aidants, trop faiblement sollicités car mal identifiés. Ceci pourrait être la cause de certains passages par l'hôpital évitable.

A la sortie de l'hôpital, pour les professionnels libéraux comme les services de soins infirmiers à domicile (SIAD), les EHPAD et structures de SSR, c'est le manque de visibilité et de transmission d'information qui est identifié. Le besoin pour l'aval est d'avoir des informations claires et complètes sur l'état de santé du patient, les traitements mis en place ou réévalués, l'ensemble des prises en charge et des démarches réalisées au cours du passage à l'hôpital. Du point de vue des SSR, les difficultés semblent concentrées sur la fiche ORIS, une fiche d'orientation médicale remplie pour faire la demande d'admission au SSR. La fiabilité et l'actualité des informations rassemblées sur cette fiche est centrale pour que les professionnels acceptent en confiance d'accueillir un patient selon leurs capacités et spécificités de prise en charge. Certains exemples démontrent des décalages entre les informations reçues par le SSR, et les besoins réels de médicalisation et d'aide à l'autonomie nécessaires, entraînant parfois des ruptures de confiance.

Ces points de difficultés révèlent que la **fluidité des parcours s'appuie sur une fluidité des organisations**, avec en son cœur la place centrale de la **coordination**. La prise en charge des patients de plus de 75 ans, aux profils hétérogènes et potentiellement complexes, oblige les organisations hospitalières à s'adapter pour rendre possible cette coordination. Elle passe par **l'identification des acteurs** des parcours et la **communication des informations** entre ceux-ci. Le temps et l'énergie investis sur ces interfaces entre acteurs sont complexes à mesurer. Mais ils agissent bien comme

une « huile dans les rouages » pour éviter de potentiels blocages pour la suite du parcours (erreur d'orientation, maintien à domicile impossible, ré-hospitalisation via les urgences).

1.3 Qu'est-ce que la crise COVID a mis en lumière pour la coordination et la fluidité des parcours ? Analyse des premiers retours d'expériences

1.3.1 Impact de la crise sanitaire sur la prise en charge des personnes âgées : des conclusions tirées des expériences à échelle nationale

La protection et la prise en charge des personnes âgées au sein des structures de santé a été largement mise en lumière par la crise sanitaire, d'abord comme une épreuve vécue par les usagers et patients, et mais aussi par les professionnels et les structures obligées de s'organiser et se réorganiser depuis mars 2020. L'analyse de retours d'expérience, et les entretiens réalisés auprès de gériatres sur le territoire national mettent ici en avant certaines difficultés vécues, et les impacts de la crise sur leurs organisations et leurs modes de coordination. Quels sont donc ces apprentissages de la crise sanitaire sur la prise en charge des personnes âgées ?

Une première conséquence de la crise a été l'hospitalisation accrue de personnes âgées infectées par le SARS-CoV-2, avec le développement de clusters sur un certain nombre d'établissements. Santé Publique France établit 3834 cas de COVID-19 en provenance d'établissements d'hébergement pour personnes âgées depuis le 1er mars 2020, soit 69% de l'ensemble des signalements remontés. 344 résidents sont décédés dans les établissements, et 167 à l'hôpital, depuis le début de l'épidémie. Les périodes de confinement au domicile ou en structure ont également entraîné pour une partie de la

population âgée des phénomènes d'isolement, des pertes d'autonomie, avec un suivi médical, paramédical et social en proximité plus complexe. Les effets immédiats ont été suivis de conséquences à plus long terme comme des syndromes de glissement par exemple, ou des pertes de chance concrètes sur le suivi d'une ALD.

Les établissements médico-sociaux ont été particulièrement impactés par la crise et ont dû mettre en place des mesures de réorganisation considérables (mise en œuvre de protocoles d'isolement, réorganisation des équipes et des locaux). Du point de vue de la coordination au sein et entre structures, la crise semble avoir suscité des rapprochements entre les acteurs du parcours de soin, fondés sur les coopérations existantes mais aussi révélant des besoins et des interdépendances nouvelles. Les professionnels interrogés insistent largement sur les phénomènes de « décloisonnement », de « solidarité », entre acteurs plus ou moins habitués à travailler ensemble. *« Alors que l'épidémie met en lumière les limites du modèle organisationnel actuel des EHPAD, elle est également un révélateur des solidarités et des capacités de mobilisation et de réactivité dont les acteurs ont su faire preuve à l'égard de leurs collègues, des résidents et des familles de ces derniers. »* (CORVOL, BALARD, 2020)

Ces coopérations et rapprochements se retrouvent à échelle des territoires de santé, par exemple au travers de coopérations public-privées favorisées (RECKER, 2020). A échelle nationale, la crise semble avoir favorisé les partenariats et avoir renforcé une logique de sortie de l'hôpital « hors-de-ses murs » (verbatim entretien, gériatre en centre hospitalier). Elle a dans tous les cas forcé les acteurs à se questionner sur la pertinence de leurs organisations, de l'usage des ressources humaines et matérielles, des locaux sur chaque territoire frappé de manière hétérogène.

La mise en œuvre des évolutions réglementaires et la mise à jour des protocoles de soin ont créé un besoin d'expertise et d'accompagnement sur la prise en charge des patients COVID, et fortement sur la protection des personnes âgées fragiles. Ce besoin d'appui a été fortement exprimé par les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les professionnels de proximité (infirmiers de ville, aides-soignants, auxiliaires de vie), et les médecins traitants.

Enfin, une conséquence directe du contexte sanitaire est le « déverrouillage » des usages des outils digitaux et de la télémédecine comme outils de coordination. Un exemple concret parmi d'autres est la création spontanée de groupes de partage sur des applications smartphone, entre professionnels d'un même territoire, ou à échelle nationale.

1.3.2 Tirer des enseignements de la crise sur les filières gériatriques bretonnes : la mission de RETEX de l'ARS Bretagne

L'Agence Régionale de Santé Bretagne a engagé une mission régionale de retours d'expériences (RETEX) auprès des 9 filières gériatriques. Elle a missionné une conseillère autonomie grand âge sur la question « Quels apports des filières gériatriques aux EMS pendant la crise ? », avec l'objectif court terme de faciliter la gestion de crise, et l'objectif long terme d'améliorer les parcours gériatriques par le décloisonnement et l'articulation de l'ensemble des dispositifs existants. Ces RETEX se sont fait sur le contexte de déploiement de la mesure 5, avec une interrogation commune aux deux sujets : quels apprentissages de la crise pourraient contribuer à limiter les passages aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans ?

L'analyse suivante s'appuie sur cette mission de RETEX de filière gériatrique, et sur les retours de la « Mission d'Appui Médico-sociale (MAMS) », lancée par l'ARS depuis avril 2020 auprès de 50 établissements médico-sociaux régionaux pour accompagner les structures les plus isolées. L'analyse s'appuie enfin sur la démarche de retour d'expériences COVID réalisée par le Centre d'Appui à la Prévention des Infections Associées aux Soins (CPPIAS) de Bretagne, très actif et réactif à construire une plateforme de ressources en ligne pendant la crise.

La mission RETEX filières gériatriques conclut à quelques constats marquants. Les difficultés majeures affrontées ont été : la gestion d'une profusion d'information émanant des institutions et la difficulté de fond à identifier et associer les acteurs qui ont utilité à agir, particulièrement au-delà du champ médical. Les EHPAD ont particulièrement souffert de leur déficit initial de coordination médicale. 30% des établissements régionaux ne disposent pas de médecin coordonnateur, et peu bénéficient d'un appui de médecin référent. La crise a également soulevé un déficit global d'expertise hygiène, avec 75% des EHPAD ne bénéficiant pas d'appui IDE hygiène en avril 2021. L'ARS fait également le constat de certains fonctionnements en silos, et d'une méconnaissance des acteurs au sein des territoires et des filières gériatriques.

Les RETEX convergent aussi vers certains apprentissages vertueux. La crise a réunis les acteurs autour de webconférences et de cellules de crises territoriales, devenus des espaces de partage d'expertise et d'expériences précieux. Les filières gériatriques ont précisément ici joué leur rôle de support et d'expertise (animation des espaces d'échange,

astreintes, intervention équipe mobile de gériatrie...). La crise a révélé une volonté de promouvoir des outils partagés (dossier médical du patient, dossier de liaison unique). Sur la réflexion relative à l'hospitalisation à domicile, les échanges avec la fédération nationale de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD) ont souligné la pertinence de l'HAD comme renfort sur des clusters épidémiques (soutien organisationnel aux EMS non médicalisés et domicile des patients COVID +, appui pour les orientations patients), et son utilité pour former les professionnels et les aidants. Le rôle de la télémédecine a été mis en avant pour éviter les transports des patients grâce aux téléconsultations entre infirmiers de l'HAD et spécialistes hospitaliers.

Plus profondément, les RETEX démontrent une tendance des structures et des professionnels à créer eux-mêmes des réponses aux difficultés traversées, avec une certaine place laissée à « *l'inventivité et à l'adaptabilité face à un contexte de crise très évolutif* » (verbatim entretien, Mme BETTLER, juillet 2021). Elle a démontré à échelle régionale une vraie capacité des acteurs à renforcer leur coordination lorsqu'ils sentent une dépendance réciproque et partagent des objectifs communs. L'ARS ainsi conclu à une certaine résilience des acteurs du territoire breton en dépit de l'impréparation des structures et des acteurs aux enjeux de santé publique et organisationnels de la crise sanitaire. Elle encourage ainsi : à un renforcement de la culture de prévention des risques dans les EMS, à la consolidation des coopérations et des mutualisations de compétences, et à un travail d'harmonisation des actions des acteurs au sein des partenariats (filiales gériatriques, hygiène, soins palliatifs, psychiatriques etc.).

1.3.3 Focus retours d'expériences : quels impacts de la crise COVID sur le territoire de Brest ?

L'expérience de la gestion de crise au sein du territoire de la filière du Pays de Brest donne un exemple concret, en écho aux retours d'expérience nationaux et régionaux.

Les entretiens menés soulignent d'abord que la crise sanitaire a révélé un certain nombre de fragilités et exacerbé les difficultés de chaque acteur de la filière. Si les difficultés de prises en charge des patients infectés, de réorganisation des unités et de déploiement de la vaccination ont été éprouvants pour tous, elles ont été majorées pour les acteurs plus

isolés. La crise a ainsi objectivé l'isolement de certains EHPAD de la filière, avec un stress et un désarroi accru. L'absence de médecin coordonnateur, d'infirmière compétente sur les protocoles d'hygiène, l'absence de réseau et de partenariats sont des failles ayant ralenti ces structures dans la gestion de la crise. Pour la gériatre responsable des SSR et EHPAD du CHU, l'application des protocoles et recommandations issus des ministères et sociétés savantes a été l'un des défis les plus complexes pour les structures d'aval de l'hôpital.

Or l'analyse des *verbatim* des entretiens indique que cette mise en difficulté des acteurs semble avoir eu pour effet d'accentuer le sentiment d'interdépendance et le besoin de coordination. L'urgence à construire des réponses de terrain rapides et pertinentes, en contexte contraint, et la volonté partagée de protection et de prise en charge optimale des personnes âgées, a poussé les acteurs à interagir de manière plus intense que dans le cadre des coopérations ayant précédé dans la filière. Pour la gériatre responsable de la filière gériatrique, la crise a mis la lumière sur les liens déjà créés, et a permis la création de nouveaux canaux de communication (réunions plus fréquentes entre le DAC, la gériatrie et le pôle PARME du CHU, l'HAD, les soins palliatifs). La filière gériatrique a aussi permis la centralisation de certaines problématiques pour trouver des solutions collectives et faire gagner du temps aux acteurs dans l'urgence.

Enfin, le contexte de crise semble avoir réaffirmé les acteurs dans leur champ de compétences respectifs. La crise a nécessité de l'expertise gériatrique hospitalière qu'elle se rende plus accessible aux EHPAD, acteurs libéraux et autres professionnels de proximité. « *L'hôpital a pris la place qu'il devait avoir, sur de l'expertise précise. [...] les gens étaient en questionnement, avec des besoins d'avis sur les pratiques que l'hôpital avait* » (extrait entretien, Dr Duquesne, juin 2021). La filière gériatrique et le pôle PARME ont donc joué un rôle de « filtre » et de « traducteur » pour la mise en œuvre de certains protocoles et réorganisations des modes de travail. Ils ont été support de partage d'expériences mutuels, et de mise à disposition d'une expertise médicale gériatrique.

2 LE DEPLOIEMENT DE LA MESURE 5 SUR LA FILIERE GERIATRIQUE DU PAYS DE BREST EN PERIODE DE CRISE SANITAIRE : cinq mois pour déployer une analyse terrain des difficultés et l'identification de leviers pour une meilleure fluidité des parcours des personnes âgées des plus de 75 ans

2.1 La filière gériatrique du territoire de santé du Pays de Brest

2.1.1 Historique d'une structuration des coopérations par la filière gériatrique

La filière gériatrique du Pays de Brest se déploie sur le territoire de santé numéro 1 qui regroupe le Pays de Brest, le Pays de Morlaix et le Pays de COB (Centre Ouest Bretagne). La filière, constituée en 2005, rassemble les acteurs libéraux, publics et médico-sociaux du territoire que sont : l'Inter-URPS, l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Clermont-Tonnerre, l'HAD du Ponant, les urgences du centre hospitalier de Landerneau, le SAMU 29, les EHPAD hospitaliers rattachés à la fondation ILDYS, à l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV), au CCAS de Brest, à l'UGECAM, de l'association des médecins coordonnateur de l'Iroise (AMECO), les acteurs du domicile notamment ARCHIPEL et AMADEUS. Le CHU de Brest, avec son court séjour gériatrique et ses urgences gériatriques, est établissement support de la filière.

La filière actuelle est le fruit d'une succession d'évolutions portées par les acteurs territoriaux travaillant à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire. Outre la gériatrie intrahospitalière, la filière s'appuie sur les réseaux de santé historiques dont le réseau gérontologique brestois porteur de la MAIA, fusionnée par la suite en une plateforme territoriale d'appui à la coordination (PTAC) puis en dispositif d'appui à la coordination (DAC) qui a pour spécificité d'avoir un gériatre dédié. Elle bénéficie d'une équipe mobile gériatrique depuis 2006.

La filière se caractérise par une taille considérable impliquant une pluralité d'acteurs. Les forces de la filière sont, d'une part, l'unité d'accueil gériatrique aux urgences de Brest combinée au numéro de filière unique accessible aux médecins sollicitant une expertise

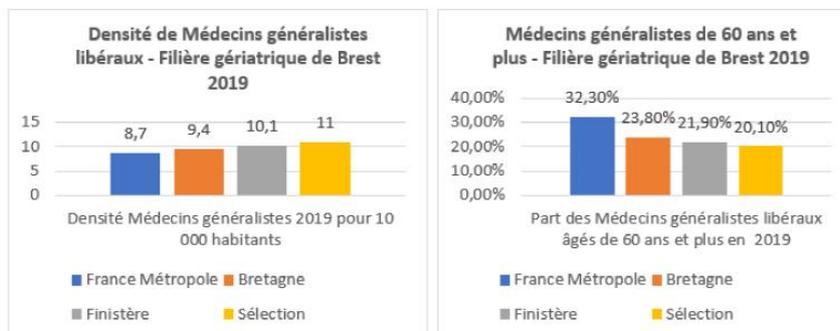
gériatrique. D'autre part, la filière héberge les dispositifs de fluidification des parcours et d'amélioration des prises en charge que sont le programme de soins hospitaliers Hospital Elder Life Program (HELP), le dispositif d'appui à la coordination (DAC), la plateforme opérationnelle des parcours « POP ». La filière est aussi l'organisation support de la formation d'infirmiers de pratique avancée (IPA) ou l'organisation des stages d'internes au sein des EHPAD par exemple. Cependant, elle a comme faiblesse une méconnaissance encore forte entre acteurs, et des dispositifs de coordination fortement conditionnés par les réseaux personnels. A cela s'ajoute un sentiment pour les structures les plus éloignées de Brest d'être peu intégrées.



2.1.2 Les caractéristiques de l'offre de soin et des acteurs du territoire de la filière gériatrique du Pays de BREST

Sur l'offre de soins libérale partenaire de la filière gériatrique, on compte 437 médecins généralistes, 750 infirmiers, 470 kinésithérapeutes, 235 chirurgiens-dentistes et 123 pharmaciens répartis de manière hétérogène. Le territoire possède des zones plus faibles au niveau du bassin de Ploudalmézeau et de la presqu'île de Crozon. Mais le territoire est

globalement attractif avec une progression constante de l'offre de soin libéral médical, paramédical, de premier et de second recours. On peut tout de même noter une concentration de 97% des professionnels spécialistes installés sur Brest Métropole et une faiblesse globale sur l'ophtalmologie et la psychiatrie.



Source : Cartos@anté – ARS Bretagne – 31 décembre 2020



Zonage Médecin - janvier 2021 – ARS Bretagne

Sur le versant hospitalier, la filière gériatrique du Pays de Brest a comme spécificité un accueil gériatrique aux urgences du CHU de Brest avec un gériatre présent du lundi au vendredi, sur des locaux dédiés depuis novembre 2017. L'aval des urgences de Brest est constitué de 16 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et de 41 lits d'unité médicale post-urgence (UMPU) répartis entre la Cavale Blanche et l'hôpital militaire. Depuis 2016, une plateforme opérationnelle des parcours (POP) est en charge des sorties complexes. Cette POP s'est formée en lien avec l'hospitalisation à domicile (HAD) privée du Ponant et avec une IDE du CHU formée au diplôme universitaire de soignant en gérontologie.

Trois établissements sanitaires de la filière disposent également d'un service d'accueil des urgences (SAU) : le centre hospitalier de Landernau, l'Hôpital d'Instruction des Armées et la Clinique de Keraudren. Il existe deux numéros de filière : un ouvert au CHU de Brest pour les médecins traitants et les EHPAD pour donner des avis gériatriques (astreinte gérée par les gériatres du CHU), et un numéro à l'hôpital de Landernau, ouvert à tous les publics pour un avis gériatrique.

Sur le versant médico-social, la filière rassemble une pluralité d'acteurs de statuts publics ou privés, autonomes ou regroupés, dont 9 EHPAD hospitaliers et 43 structures non hospitalières. Sur le niveau de médicalisation de ces structures, 70% disposent d'un médecin coordonnateur, 28% d'une IDE de nuit et 23% sont sans matériel O2.

Le territoire se caractérise également par une offre de dispositifs de coordination assez établis mais mal identifiés et relativement sous-utilisés par les professionnels de santé, avec un besoin des professionnels de santé exprimé de coordination (CAROFF-KARSON, 2021). Il existe 7 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et 2 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en voie de construction (Brest Iroise Santé et CPTS Iroise) sur le territoire. Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) s'étend sur tout le territoire de santé numéro 1 pour la prise en charge des patients complexes.

2.1.3 Le lancement de la mesure 5 : cinq mois pour déployer un plan d'action pour limiter les passages aux urgences évitables des personnes de plus de 75 ans

La filière gériatrique a répondu à l'appel à projet de l'Agence Régionale de Santé Bretagne pour répondre à l'objectif fixé d'amélioration du parcours de soins des personnes âgées 75 ans et plus sur son territoire, en visant notamment la réduction de leur passage aux urgences. Elle a choisi comme méthode un diagnostic territorial des difficultés devant déboucher sur un projet territorial partagé et son plan d'action, soumis au 1er septembre 2021. L'enjeu était de « *recupérer des informations venant du terrain pour ne pas répondre avec nos idées à nous* » (verbatim entretien, Pr GENTRIC, juin 2021). L'originalité de la filière du Pays de Brest est d'avoir choisi le recrutement de deux chargées de mission, l'une positionnée auprès des acteurs libéraux et missionnée par l'Inter-URPS, l'autre positionnée depuis le CHU de Brest auprès des acteurs rattachés au CHU, du médico-social et des aides à domicile. Ce portage de projet « à deux têtes » travaillant de concert a permis de travailler en croisant les perceptions des professionnels de la filière. Le pilotage a été assuré par le comité opérationnel de la filière sur un calendrier déployé du 1^{er} mars 2021 au 31 août 2021.

La mission mesure 5 s'est déployée en plusieurs phases :

- (1) Un diagnostic fondé sur une revue de littérature et le recueil de données quantitatives (C@RTOSANTE, REZONE, contrat local de santé (CLS), établissements de la filière) ;
- (2) une phase de recherche qualitative par 71 entretiens semi directifs auprès de professionnels des hôpitaux, SSR, service d'aide à domicile, soin infirmier à domicile, des EHPAD et du DAC ainsi que 31 professionnels libéraux ;
- (3) une phase de construction du plan d'action par groupes de travail avec 60 professionnels de la filière issus des établissements sanitaires, médico-sociaux et libéraux, ainsi que des dispositifs de coordination.

Le diagnostic a fait émerger quatre axes thématiques autour desquels les groupes ont travaillé selon une méthode d'Abaque de Régnier (outil de prise de décision collective par réponse à des affirmations présentées au groupe). Le plan d'action rassemble ainsi quatre fiches actions finales.

2.2 Les résultats de la mesure 5 à la lumière de la crise sanitaire : des axes de travail et des actions concrètes pour le décloisonnement des parcours

La première phase d'enquête de la mesure 5 ayant soulevé certains sujets directement liés à la crise sanitaire et à ses impacts, l'analyse suivante s'attache à répondre aux questions : dans quelle mesure le déploiement de la mesure 5 et ses préconisations ont été nourris par le contexte de crise sanitaire ? La crise a-t-elle agit comme un catalyseur du décloisonnement des parcours ?

2.2.1 Le déploiement de la mesure 5 met la lumière sur des points de difficulté accentués par le contexte de crise sanitaire, mais aussi sur des innovations et succès ...

Les entretiens déployés auprès des professionnels de la filière gériatrique révèlent une série de points de difficulté dans la prise en charge des personnes âgées au niveau des trajectoires de soin « ville – urgences – hospitalisation – solution d’aval ». Ces constats ont été analysés de manière croisée avec une série d’entretiens semi-directifs interrogeant les acteurs intrahospitaliers, et les chargées de mission, sur l’influence du contexte de crise sanitaire.

Les obstacles à la prise en charge fluide du patient identifiés par la mesure 5 peuvent être rattachés à trois enjeux. D’une part, les spécificités des prises en charges des personnes âgées, telles que détaillées précédemment, rendent ces parcours difficiles à suivre. D’autre part, il existe une problématique sur l’offre de soin, et de places en court séjour de gériatrie sur le CHU de Brest et dans certaines structures d’aval. Enfin, l’enjeu de la coordination entre professionnels a été remonté. C’est sur ce dernier point que mon analyse questionne les impacts de la crise sanitaire.

Les urgences gériatriques du CHU de Brest ont été converties en unité COVID pendant la période de crise sanitaire. L’analyse des impacts du contexte sanitaire sur les passages aux urgences est trop complexe. En revanche la crise met la lumière sur le cycle « domicile – point de rupture – hospitalisation ». Les problématiques soulevées sont en majorité des problématiques présentes avant la crise sanitaire, mais qui ont été accentuées ou révélées dans un contexte de crise. Le constat global se résume par une interdépendance accrue entre acteurs en temps de crise sanitaire, qui se manifeste par un besoin de coordination, de partage des expertises, des ressources et de bonnes pratiques.

- A) Une offre mal identifiée entraînant l’isolement des professionnels et des difficultés de coordination

L’offre de soins sur le territoire est nombreuse mais trop peu lisible. Les dispositifs existants sont difficilement identifiés, leurs missions respectives sont floues et ne sont pas une ressource de première intention. Ils sont sollicités trop tardivement dans la prise en charge du patient. Les professionnels libéraux et des établissements médico-sociaux font remonter le constat d’un besoin de coordination autour d’une bonne offre de soin (CAROFF-CARSON, HILLIAIREAU, 2021). L’anticipation et le repérage des fragilités précoces par les

acteurs du domicile et du premier recours sont des points de fragilité en amont de l'hôpital. Concrètement, les besoins se situent sur la coordination interprofessionnelle, la transmission de l'information, l'accès aux établissements de santé (transports), l'accès aux médecins spécialistes d'ophtalmologie et de psychiatrie, et la télémédecine.

Les EHPAD ont particulièrement été concernés par un recours accru aux hospitalisations pour cause d'infection au SARS-CoV-2. Ces trajectoires ont questionné la fluidité des parcours quand une expertise de recours est nécessaire, avec des difficultés de coordination préexistantes. La mesure 5 fait remonter un passage par les urgences évitable souvent lié à une difficulté à accéder à un spécialiste ou à un plateau technique dans les 48h, et un manque de place en admission directe. L'analyse révèle une sous-utilisation des numéros uniques de gériatrie du CHU de Brest et du CH de Landerneau pour recourir à une expertise. Les équipes mobiles gériatriques (EMG) intrahospitalières et l'hospitalisation à domicile (HAD) semblent bien fonctionner, mais l'EMG extrahospitalière est peu connue sur le territoire. L'hôpital de jour (HJ) semble également sous-utilisé, alors que le retour des professionnels de ville soulève plutôt des difficultés à avoir rendez-vous. L'hospitalisation directe en SSR et les hébergements temporaires pour les aidants sont trop peu sollicités. Enfin, les solutions d'hébergement en aval sont largement facilitées par l'interconnaissance et les réseaux personnels.

B) Un besoin de pluridisciplinarité et de recours à l'expertise du CHU et de la filière

La crise sanitaire a révélé sur le territoire l'isolement des professionnels libéraux, de certains SSR et des EHPAD. L'analyse de la mesure 5 cible particulièrement la faiblesse de l'expertise gériatrique et de l'expertise hygiène des établissements médico-sociaux. La crise a ici eu pour effet une « *ouverture de l'hôpital sur l'extérieur* » (verbatim entretien, chargée de mission mesure 5) avec une mise à disposition de ressources matérielles et de l'expertise des gériatres du CHU.

Le diagnostic puis les groupes de travail de la mesure 5 ont révélé le besoin de formation des professionnels extrahospitalier sur des domaines d'expertise du CHU. Un exemple concret en est la proposition collective d'une formation des infirmières libérales pour la détection et à l'alerte sur les signes de vulnérabilité pouvant entraîner une décompensation et une hospitalisation. Or la crise a vraiment donné à la filière gériatrique un rôle de « support » de formation pour les acteurs du territoire en permettant la création de capsules vidéo, de témoignages, et d'échanges de pratiques en webinaire.

C) Des difficultés pour les admissions concentrés autour du transfert d'information patient

Les admissions dans les solutions d'aval (SSR, HAD, HJ, hébergement temporaire du territoire) sont identifiées comme points de blocage fréquent par la mesure 5. Les difficultés semblent concentrées autour de défauts de transmission (manque d'interaction orale, absence de compte rendu) combinée à un manque d'anticipation et de préparation des sorties avec un hôpital souvent qualifié de « boîte noire ». Les EHPAD identifient un sous-usage du dossier de liaison unique ou « DLU » (enveloppe accompagnant le résident lors du transfert hospitalier restant fermée). Les professionnels des urgences soulignent eux une difficulté à rassembler l'information nécessaire à la prise en charge aux urgences.

Or la crise a multiplié les échanges entre acteurs de la filière gériatrique. Ces rapprochements dans le transfert d'information est passé par un usage plus large voir nouveau des outils numériques. Une enquête flash réalisée par la chargée de mission URPS sur les pratiques e-santé de 128 professionnels de santé libéraux du territoire a révélé un usage encore majoritaire du téléphone, des mails non sécurisés, du courrier papier. Les difficultés d'interopérabilité et de communication avec l'hôpital ont été largement remontées. L'enquête a cependant démontré un usage accéléré des outils type Whatsapp, InzeeCare ou SMS particulièrement chez les infirmiers libéraux par exemple. La mesure 5 a révélé une volonté globale d'amélioration des échanges par messagerie sécurisée (protection des données) et le partage de données patients par le DMP.

En parallèle, l'analyse des entretiens révèle que la coordination est largement appuyée sur les réseaux informels la proximité et la fréquence des échanges entre acteurs.

2.2.2 .. Et propose des actions influencées par les retours d'expériences COVID et les modes de coordination mis en œuvre depuis le début de la crise sanitaire

Le plan d'action final de la mission mesure 5 sur la filière du Pays de Brest est constitué de 4 fiches actions en réponse à quatre besoins d'amélioration identifiés par la phase de diagnostic. Les quatre besoins déterminés (ANNEXE 6) sont :

- Besoin 1 : Assurer une lisibilité de l'offre de soins et d'accompagnement du territoire ;
- Besoin 2 : Rendre visible les modalités d'admissions des structures telles que : SSR, HAD, HDJ, hébergement temporaire ;
- Besoin 3 : Apporter une expertise gériatrique extra hospitalière sur le territoire ;
- Besoin 4 : Utiliser un outil numérique commun pour optimiser la coordination ville – hôpital.

Les quatre actions qui en découlent après les travaux collectifs sont :

- Action 1 : Ouvrir un guichet unique sous la forme d'une Plateforme ressources;
- Action 2 : Développer le projet Personnes âgées fragiles (PAF);
- Action 3 : Optimiser le numéro de filière gériatrique;
- Action 4 : Externaliser l'action de l'équipe mobile gériatrique en équipe mobile de coordination. ville-hôpital en articulation avec le DAC

Ces 4 actions viennent répondre aux besoins des acteurs en s'appuyant sur les dispositifs déjà existants pour éviter une énième redondance de dispositifs. Les solutions proposées démontrent des apprentissages tirés de la crise sanitaire.

Action 1 : Ouvrir un guichet unique sous la forme d'une plateforme de ressources en ligne

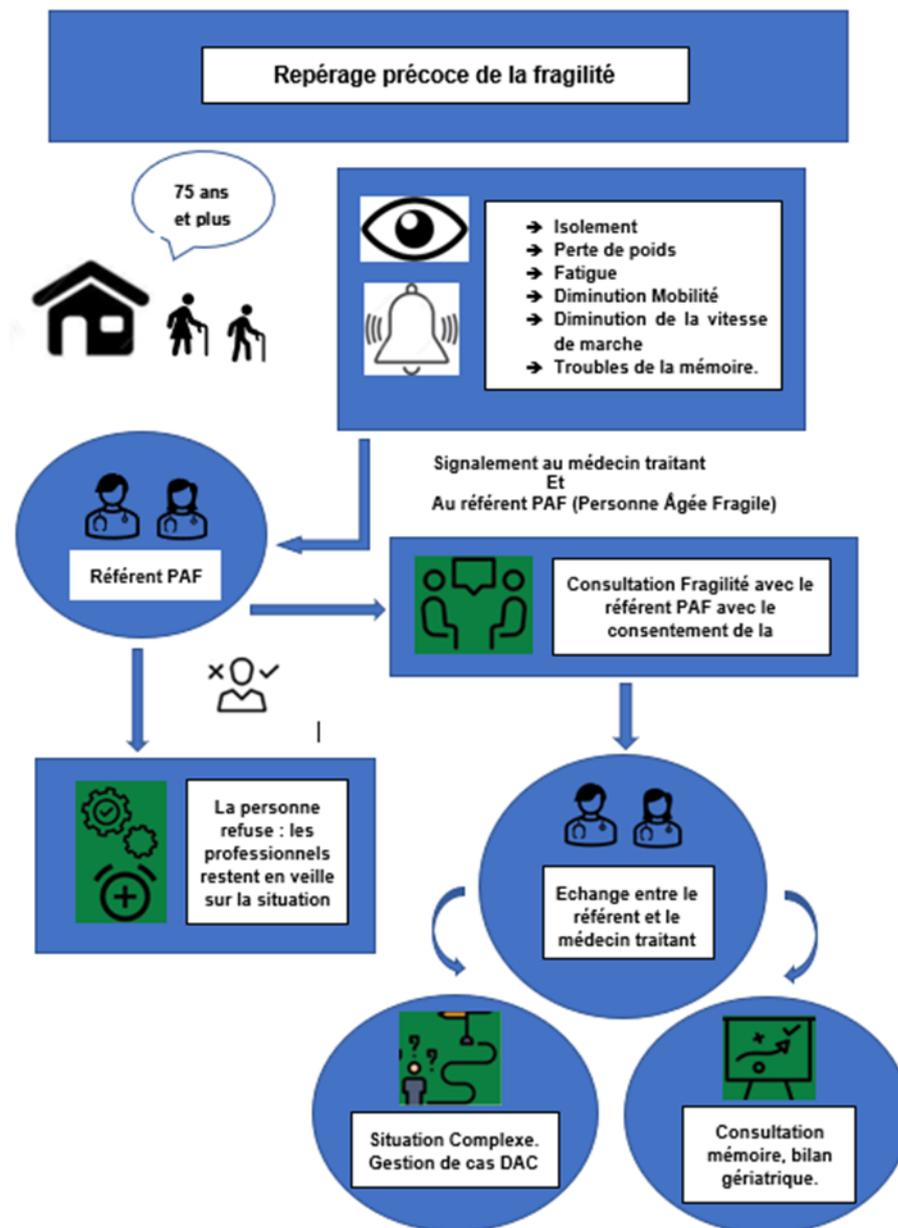
L'ouverture d'un guichet unique doit permettre de recenser et de rendre lisible l'offre de soins du territoire pour rendre accessible en priorité l'offre disponible mais jusqu'à présent sous-utilisée. Elle revient à l'identification des acteurs qui fonde la base de toute coordination (qui fait quoi ? quand ? comment ?).

Elle doit être le support d'une offre de formations pour répondre aux besoins exprimés par les acteurs de la filière gériatrique, en appui sur les outils testés et validés par les professionnels pendant la crise sanitaire (cité précédemment). Elle servira de support pour centraliser et rendre plus accessible les outils utiles à la coordination et l'anticipation des prises en charge (accès au dossier de liaison unique Domicile/EHPAD, à la grille de repérage de la fragilité HAS, kit fragilités). Cette plateforme serait mise œuvre portée par le dispositif d'appui à la coordination (DAC).

Action 2 : Développer un projet « Personnes Agées Fragiles »

Cette action vise à l'optimisation des prises en charge par le repérage des fragilités, de manière à retarder les pertes d'autonomie, et donc à limiter un certain nombre de passages aux urgences évitables. Elle doit aider à développer une culture de la prévention.

Le projet sera piloté par l'Inter-URPS qui apportera un soutien et un accompagnement aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et équipes de proximité. Il doit se déployer en trois étapes qui sont (1) former les professionnels de santé et acteurs du domicile au repérage précoce de la fragilité ; puis (2) aider mettre en œuvre des actions de prévention avec les outils de repérage de la fragilité ; et enfin (3) financer la coordination de proximité avec la création de référents « repérage de la fragilité ». Ces référents auront à faciliter et fluidifier la transmission de l'information autour du parcours et entre les différents acteurs, tout en laissant le médecin traitant en pivot du parcours.



Source : documentation interne mesure 5 (CAROFF-KARSON, HILLAIREAU)

Action 3 : Optimiser le numéro de filière gériatrique

Améliorer l'accès au numéro de la filière gériatrique a été identifié comme priorité absolue pour l'accès à l'expertise gériatrique. Le numéro, originellement accessible aux médecins traitants et parfois sous-utilisé, sera ouvert à l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique. Cette action doit permettre de réduire les hospitalisations évitables liées à un signalement tardif. Les infirmières libérales sont notamment identifiées comme susceptibles de recourir

au numéro de la filière pour gérer certaines problématiques dès le domicile, et donc prévenir les points de rupture.

L'optimisation du numéro doit permettre des admissions directes plus aisées avec une sollicitation plus précoce des praticiens hospitaliers. Cette mesure fait écho aux divers dispositifs de hotline gériatrique mis en œuvre sur l'ensemble du territoire pendant la crise, fondés sur des numéros existants ou créés, par exemple une hotline gériatrique ville-hôpital COVID-19 mise en œuvre sur l'Île-de-France par l'ARS.

Action 4 : Ouvrir l'équipe mobile de gériatrie vers la ville en articulation avec le DAC

La crise sanitaire semble avoir facilité l'ouverture de l'expertise hospitalière du CHU vers le territoire. L'action 4 est la concrétisation de cette ouverture d'externaliser l'EMG intra hospitalière afin d'assurer dans un premier temps un suivi aux patients âgés sortant de l'hôpital (court séjour, SSR et urgences), et identifiés comme à risque de réhospitalisation. L'équipe devra aider à concrétiser les plans d'aides préconisés et éviter des échecs de parcours directement en sortie d'hôpital. L'infirmier équipe mobile de gériatrie (IDE EMG) aura un rôle de coordination avec les structures sociales et le DAC, pour réévaluer les aides en fonction de la complexité de la situation. Cette action doit renforcer la coordination ville-hôpital identifiée comme défaillante.

On notera enfin, que les groupes de travail de la mesure 5 ont constitué en eux-mêmes des espaces d'échanges entre professionnels intra et extrahospitalier allant dans une logique d'interconnaissance et de coordination. La crise sanitaire conjuguée au déploiement de la mesure 5 a donc été une fenêtre de tir particulière pour s'appuyer sur un contexte de rapprochement et construire des actions pour aller plus loin.

2.3 Les difficultés à aboutir à des améliorations et les limites de la mesure 5

La mise en œuvre de la mesure 5 a cependant comporté des limites, des biais et s'est heurté à un certain nombre de difficultés.

2.3.1 Des difficultés à faire adhérer les professionnels

La représentativité des acteurs de la filière gériatrique est partielle. L'ensemble des analyses s'appuie sur des échantillons limités au regard du nombre de professionnels et d'acteurs institutionnels impliqués dans la filière gériatrique et la mesure 5. Par exemple, le questionnaire e-santé a rassemblé les retours de moins de 10 % de l'effectif total des professionnels de la filière gériatrique. Si la phase de diagnostic a permis de solliciter un panel diversifié d'acteurs, les groupes de travail ont peiné d'avantage à rassembler une véritable diversité.

La difficulté a été plus grande pour mobiliser les professionnels intrahospitaliers. Les participants intrahospitaliers aux groupes ont été essentiellement les membres du pôle PARME et les gériatres du CHU, et non les médecins spécialistes hospitaliers invités. Les contraintes de temps et les questionnements sur l'utilité de la mesure 5 peuvent être des facteurs, mais les chargées de mission soulignent également que certains services ne se considéraient pas concernés ou non légitimes en tant que non membres de la filière gériatrique. Ce biais a été partiellement compensé par mes entretiens centrés sur l'intrahospitalier. Mais les raisons de cette faible adhésion des professionnels du CHU pourraient être largement investiguées.

Enfin, les groupes ont révélé la difficulté à mettre des acteurs libéraux, hospitaliers, médico-sociaux, publics et privés autour d'une table. Le cloisonnement du système de santé s'est manifesté concrètement selon les animatrices des groupes par l'impression que « *tout le monde ne parlait pas forcément de la même chose* » (verbatim entretien, Mme CAROFF-KARSON, Mme HILLAIREAU, juillet 2021).

2.3.2 Trouver des solutions à partir d'acteurs déjà engagés et sans les usagers : quelle crédibilité ?

Enfin, une prise de recul peut être faite sur les biais cognitifs des participants aux groupes : les personnes attirées à participer sont potentiellement celles qui adhèrent déjà à un décloisonnement par la coordination. Les actions proposées sont-elles pertinentes pour l'ensemble des professionnels du territoire ? Ou sont-elles juste le reflet des modes de pensées d'un groupe d'acteurs restreint, biaisés par leur implication dans les outils déjà en place ?

On peut aussi soulever l'absence des usagers dans les réflexions autour de la mesure 5. La question se pose des biais d'une analyse exclusivement fondée sur les organisations et les professionnels. Dans quelle mesure les solutions déployées correspondront à la réalité des usagers de la filière gériatrique que sont les personnes âgées et leurs aidants ?

2.3.3 Sur les effets de rapprochement de la crise COVID, un décloisonnement pérenne ou des acteurs vite rattrapés par la réalité ?

« On se souvient de l'émotion soulevée par la canicule de 2003 [...]. Une fois le drame passé, et en dépit de réformes utiles, il n'y eut pas de bouleversement systémique dans les modalités d'accompagnement des plus fragiles. Les vieux clivages ont perduré, entre sanitaire et médico-social, entre domicile et établissement, entre pilotage national et gouvernance locale » (GUEDJ, 2020). Cette réflexion peut s'appliquer au phénomène de décloisonnement et d'interaction entre acteurs favorisé depuis mars 2020.

Les professionnels interrogés à ce sujet sur le territoire de la filière gériatrique et les gériatres d'autres établissements du territoire national font état de rapprochements, du renforcement des dispositifs et des relations préexistantes mais ne s'engagent pas sur la pérennité de ces évolutions. Sur le site d'Ambroise Paré de l'APHP, la crise a permis le financement d'une équipe mobile gériatrique extérieure qui s'est inscrite dans les organisations et a révélé sa plus-value, mais rien ne permet de garantir que d'autres liens plus informels tiennent à long terme.

3 REPOSITIONNEMENT DE L'HOPITAL AUTOUR DES PARCOURS DES PERSONNES AGEES : QUELS APPRENTISSAGES DE LA CRISE SANITAIRE POUR LES GOUVERNANCES ?

L'analyse du déploiement de la mesure 5 à Brest en contexte de crise sanitaire et les retours d'expérience au national sont source d'apprentissages pour les gouvernances des établissements. Les préconisations suivantes tentent d'identifier des leviers pour accompagner l'évolution de l'hôpital vers des parcours plus fluides pour les personnes âgées fragiles, et vers une meilleure insertion territoriale.

« *Si l'hôpital ne le fait pas ça se fera en dehors et sans l'hôpital* » (verbatim entretien mesure 5)

3.1 Engager les gouvernances dans le décroisement

Préconisation 1 : Travailler en logique de flux à échelle de l'établissement et du territoire

« On voit sur le territoire qu'on est plus sur une question de gestion de flux que de places. Comme pour un lavabo dans lequel il y a trop d'eau, il y a débordement. L'évier pourra être de plus en plus grand si on ne travaille pas sur les parcours et les flux ce ne sera jamais suffisant » (verbatim entretien).

En intrahospitalier, la fluidité des parcours des patients âgés de plus de 75 ans passant par les urgences n'est pas réalisable sans une vision globale et systémique des parcours patients. L'analyse de la mesure 5 démontre la place centrale des enjeux de durée moyenne de séjours (DMS) et de gestion des lits (voir partie I.2). Un rapport du Sénat ciblait déjà en 2017 l'importance de l' « amélioration de la gestion des lits comme réponse aux problématiques des urgences et aux parcours des personnes âgées » fondée sur le constat simple que « l'hôpital fonctionne sur une logique de flux permanent et croisés » (SAVARY, 2017). Pour faciliter les hospitalisations directes des personnes âgées de plus de 75 ans, le déploiement de la mesure 5 doit s'articuler aux difficultés pragmatiques de gestion des

lits. Par exemple, en évitant les hospitalisations directes en gériatrie le lundi si les lits sont systématiquement investis par les patients issus des urgences du weekend.

L'amélioration de la fluidité des parcours dépendra d'une gestion des lits globale, capable de souplesse et de réactivité. Le CHU de Brest a créé des outils pour cette gestion des lits (gestionnaire des lits, plateforme opérationnelle des parcours dite « POP ») qui pourraient être mieux coordonnés. La cellule de fluidité des parcours complexes, initiée spontanément pour répondre à l'afflux de demande de lits auprès de l'encadrement du pôle personnes âgées, a notamment prouvé son efficacité pour la fluidité des parcours vers l'aval. Elle se fonde sur une concertation pluridisciplinaire autour de chaque dossier patient (service social, gériatre, POP, cadre du pôle), et sur la connaissance approfondie des solutions d'aval de la filière gériatrique. Cette cellule tire sa force de sa souplesse d'organisation et de l'interconnaissance des acteurs. Le travail de ces acteurs autour de la gestion des lits pourrait bénéficier d'un outil de disponibilité des lits élargi aux unités d'aval (notamment les SSR). Elle devrait permettre une orientation plus pertinente pour le patient, notamment en sortie des urgences, ou au niveau des sorties vers l'aval.

La réflexion sur les flux implique également la réflexion sur des modèles de financements plus adaptés (MARIN, 2019). L'objectif de réduction des durées de séjour s'oppose parfois à la fluidité des prises en charge en provoquant des refus de patients considérés comme « bedblockers », ou des sorties accélérées. La logique de parcours doit permettre une réflexion sur les incitations et désincitations financières du système de tarification à l'activité. Cette réflexion sur l'impact financier des parcours des personnes âgées au CHU pourrait ainsi objectiver les difficultés et identifier des actions. Elle viserait à mieux intégrer les spécificités des prises en charges des personnes âgées aux profils complexes par les services concernés, et à cibler les difficultés mises en avant, de manière à corriger certains effets de lutte. Cette mission devra s'articuler avec une analyse du système d'hébergement des patients de gériatrie dans les services de spécialité en vigueur (utilité, difficultés pour les professionnels, risques patients).

Préconisation 2 : Investir de l'énergie sur le décloisonnement entre acteurs et la communication

Le travail en logique de parcours repose sur la coordination entre les acteurs qui constituent la chaîne de prise en charge du patient. L'analyse précédente démontre l'enjeu central de l'interconnaissance et des relations de confiance dans la fluidité des parcours. Au sein même de l'hôpital, l'amélioration des prises en charges des patients de plus de 75 ans nécessite de basculer de logiques de silos (difficultés des urgences, des services de gériatrie, des services d'aval, des services sociaux) à une logique collective autour du patient. Or l'objectivation des difficultés, la remise en question des organisations, et la mise en œuvre concrète d'actions est complexe. Une première étape pourrait être de cibler les interfaces entre acteurs au moment des transferts (sortie de l'unité d'amont, entrée dans l'unité d'aval). La mesure 5 et des entretiens du mémoire démontrent l'utilité du travail sur l'utilisation de la fiche ORIS d'orientation SSR (transfert hôpital – SSR), et du dossier de liaison unique (transfert EHPAD – hôpital).

Plus largement, la crise sanitaire a démontré la fiabilité des organisations reposant sur des relations interprofessionnelles de confiance. La responsabilité des gouvernances est de faciliter la création de canaux d'interaction directe entre acteurs intra et extrahospitalier (contact téléphone, espaces d'échanges formels et informels). La filière gériatrique doit être accompagnée dans ce rôle de support des interactions (réunions de filière, réponse commune aux appels à projet tels que la mesure 5).

Ce décloisonnement passe également par la diffusion d'une culture gériatrique au sein des services, et auprès des professionnels en exprimant le besoin. *« C'est l'ensemble du système hospitalier, et pas seulement les unités de gériatrie, qui doit s'imprégner d'un savoir-faire et d'une culture gérontologiques. Les soignants et les jeunes médecins bougent [...] On peut espérer que s'ils sont passés un jour en gériatrie, ils apporteront quelque chose de leur expérience dans leurs lieux d'exercices ultérieurs. »* (BERTHEL, PETER-BOSQUILLON, 2012). L'équipe mobile de gériatrie (EMG) dans son interaction avec les autres services, ou les sessions de formation à la prise en charge des pathologies des personnes âgées proposées aux internes peuvent être appuyés pour développer cette culture.

3.2 Pérenniser ce qui fonctionne

Préconisation 3 : Capitaliser sur l'existant, privilégier l'expérimentation à faible échelle et la diffusion par imitation

Le déploiement de la mesure 5 s'est achevé par un plan d'action. La critique principale remontée par les professionnels interrogés sur leurs attentes se résume par ce verbatim tiré des entretiens : « *un diagnostic et un plan d'action théorique, d'accord, mais qu'est-ce que ça change dans le concret ensuite ?* ».

Il est en effet essentiel de ne pas manquer la marche du passage du diagnostic à l'expérimentation. Or, la crise sanitaire a mis en avant le déploiement de solutions à échelle locale, en proximité des professionnels et la diffusion d'expériences, d'un établissement à un autre. L'expérimentation en proximité est déjà préconisée entre acteurs du champ ambulatoire, par exemple dans la construction des CPTS à l'initiative des professionnels volontaires. « *On en revient à la proximité et à la taille humaine, on parle beaucoup de petite équipe sur le territoire, plus les gens sont identifiés meilleure sera la prise en charge* » (verbatim entretien, médecin coordinateur de CPTS). Le défi est alors de favoriser l'expérimentation et la diffusion par l'imitation au sein d'une structure complexe comme un CHU. Cela peut passer en expérimentant et de partageant les méthodes de la cellule de fluidité des parcours sans perdre ce qui fait son efficacité.

L'importance de l'expérimentation s'applique aussi avec force au déploiement des outils numériques pour la coordination. Les enjeux d'interopérabilité, l'hétérogénéité des pratiques rendent souvent l'appropriation d'un outil et son usage difficile. L'expérimentation doit apporter la preuve concrète et matérielle d'une amélioration pour susciter l'adhésion des acteurs, et les difficultés doivent être accompagnées pour éviter un rejet par les professionnels. C'est ce qui sera testé avec le déploiement d'une application de partage d'information sur le cercle de soin et les données patients entre professionnels libéraux de la CPTS Brest Iroise.

Préconisation 4 : Formaliser pour pérenniser les coordinations au-delà des acteurs

Une grande question s'est imposée dès les recherches initiales : comment stabiliser des évolutions portées par les acteurs pour qu'elles demeurent au long terme ?

Cette question vient du constat de l'importance des relations interpersonnelles, de la place des acteurs incarnant une volonté de décloisonnement au sein de la filière gériatrique de Brest et des autres établissements sondés. Si les acteurs sont les premiers facteurs de la réussite d'un changement organisationnel, le risque est aussi grand de voir des organisations s'écrouler au départ d'un seul acteur majeur. Le décloisonnement au sein de la filière gériatrique du Pays de Brest, du CHU de Brest ne doit pas reposer uniquement par les acteurs qui l'incarnent.

Il s'agit donc de trouver des outils de formalisation des partenariats, pour les solidifier par des engagements concrets des institutions (engagements financiers, humains, organisationnels). Les coopérations spontanées créées dans un contexte de crise ont notamment intérêt à être travaillées et pérennisées. C'est le rôle des gouvernances d'établissement que d'engager ce travail pour pérenniser ce qui fonctionne.

3.3 Travailler à l'insertion territoriale de l'établissement et penser ses évolutions en lien avec les besoins du territoire

Préconisation 5 : Penser les évolutions du CHU selon un principe de responsabilité populationnelle

Le décloisonnement ville-hôpital d'un centre hospitalier universitaire autour des parcours des personnes âgées doit se penser en articulant sa triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, avec les besoins de sa population territoriale. Comme proposée par le rapport « Mission CHU de demain » publié en 2018, le CHU et l'université doivent tendre vers un rôle de « *co-animateurs de la santé dans les territoires [...] en instaurant une responsabilité territoriale conjointe* ». Le décloisonnement des parcours de

soins passe par cette réflexion de l'établissement sur son intégration territoriale et son articulation avec les acteurs du territoire (TROTTIER, DENIS, 2014). Et elle passe par la gradation des parcours de santé sur différents niveaux complémentaires à échelle du GHT et de la filière gériatrique.

L'hôpital se pense ainsi, non pas comme un acteur à part, mais comme le « maillon d'une chaîne ». Il doit travailler ses interfaces avec l'ambulatoire et les structures médico-sociales pour intervenir avec le plus de pertinence possible. Cette logique doit le pousser à s'adapter aux évolutions du territoire pour ne pas subir a posteriori les difficultés sur lesquelles il aurait pu agir (anticipation des signalements, transmission de l'information).

Sur une année de vie d'une personne de plus de 75 ans, l'hospitalisation représente 1,3 jours en moyenne et la vie hors de l'hôpital 363,7 jours (BERTHEL, PETER-BOSQUILLON, 2012). La logique des parcours des personnes âgées qui doit prédominer est celle d'un suivi médical, social au plus près du lieu de vie, et une intervention de l'hôpital sur ses domaines de compétences et de recours. La crise a confirmé que les évolutions organisationnelles se déployaient avec plus de force sur des cercles d'acteurs restreints. Il s'agit donc de s'appuyer autant que possible sur les acteurs des cercles de proximité pour prévenir les potentielles hospitalisations, et travailler à rendre lisible les parcours intrahospitalier.

La filière gériatrique doit être soutenue dans son rôle d'identification des acteurs et de leur complémentarité pour les prises en charge. Le projet d'établissement du CHU de Brest pour 2021-2025 porte cette vision d'une stratégie d'insertion territoriale, avec le lancement de la restructuration de sa filière médico-sociale autour du pôle Personnes Agées, Rééducation, Médecines (PARME).

Préconisation 6 : Faire de l'hôpital un moteur de la recherche en prévention

Les leçons de la mesure 5 et de la crise sanitaire démontrent une difficulté à détecter et à agir en amont d'un point de rupture entraînant un passage aux urgences évitable.

L'hôpital peut être moteur dans l'amélioration de la prévention sur le territoire en s'appuyant sur ses ressources internes croisées avec celle des acteurs du territoire. Le gérontopôle de Toulouse offre un exemple du croisement entre soins, promotion de la santé via un Institut

du Vieillissement, et recherche clinique. Il est rattaché à un centre hospitalier universitaire mais nourri par l'expérience des acteurs du territoire. Il est aussi au service de la filière gériatrique pour développer la recherche clinique pour les personnes âgées dépendantes (verbatim entretien, coordinateur de la CPTS Sud Toulousain, juin 2021).

Sur le territoire de Brest, ce travail autour de la prévention pourrait s'engager en lien avec la CPTS Brest Iroise naissante qui travaille sur certains axes de prévention (groupe de travail amélioration de l'accès aux soins non programmés et accès au médecin traitant pour les personnes âgées). La synthèse des entretiens réalisés auprès de 5 coordinateurs de CPTS dont une, ancienne présidente de communauté médicale d'établissement, mettent en avant le potentiel des CPTS, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des dispositifs de coordination comme le DAC pour travailler au repérage des vulnérabilités et à la prévention de la perte d'autonomie. Une action concrète serait de travailler au déploiement des actions de la mesure 5 en lien la CPTS.

Conclusion

La crise sanitaire qui sollicite depuis mars 2020 le CHU de Brest a largement questionné la coordination autour des parcours des personnes âgées en intrahospitalier et sur l'ensemble du territoire. Elle a joué un rôle de révélateur de blocages autour des parcours, mais également un rôle plus positif de catalyseur du décloisonnement.

La crise a été révélatrice des difficultés de coordination entre acteurs de la filière gériatriques et acteurs intra hospitaliers. Elle a également mis en lumière l'isolement des professionnels de terrain (EHPAD), et le besoin d'expertise du territoire envers l'hôpital. Or ces difficultés ont été le moteur de certaines évolutions bénéfiques pour la fluidité des parcours des personnes âgées de plus de 75 ans. La crise sanitaire a en effet permis un renforcement des liens entre les acteurs de la filière gériatrique sur le Pays de Brest, voire une convergence vers des processus et outils nouveaux ; ce constat faisant écho aux retours d'expériences des acteurs sur le territoire national.

Le déploiement de la mesure 5 s'est appuyé sur ce contexte de retours d'expériences de la crise, pour tenter de déployer des actions concrètes issues du terrain, pour l'amélioration des parcours des personnes âgées. Comme le soulignait un professionnel interrogé : « *la personne âgée, le COVID c'est une cause commune, ça nous montre l'importance de l'interconnaissance et de priser les solutions venant du terrain* ».

Cependant les retours des acteurs démontrent que les effets de décloisonnement n'ont rien d'acquis et de pérenne. Les innovations permises par la crise (outils numériques, espaces d'échange, partenariats) nécessitent d'être accompagnées et pérennisées. Passer des retours d'expériences à la mise en œuvre d'actions pertinentes dépendra largement de l'historique des organisations, des coopérations et des acteurs en place.

La crise COVID est donc une fenêtre de tir que l'hôpital peut en partie utiliser pour avancer sur des évolutions de fond. Si les acteurs capitalisent sur les expériences vécues, la crise devient alors un moteur pour aller vers des prises en charge plus adaptées aux personnes âgées vulnérables, et pour un meilleur positionnement de l'hôpital sur son territoire, au service de sa population de proximité.

Bibliographie

Ouvrages et rapports :

- ASTRE, CLAUDON, DEFEVER, et al/, *Mission CHU de demain : Redynamiser un modèle français de créativité et de symbiose*, 2018
- BLOCH, HENAUT, *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, 2014
- COHEN, GENISSON, SAVARY, *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé* » Rapport d'information au Sénat n° 685, 2017
- LIBAULT, « *Concertation Grand âge et Autonomie : le temps d'agir* », Rapport final, 2019
- GUEDJ, « *Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement : des jalons pour l'après-crise* », Rapport d'étape, 2020

Textes réglementaires et législatifs, avis :

- LOI n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie
- LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (Ma Santé 2022)
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Pacte de Refondation des Urgences 2019
- Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique
- Plan « Solidarité Grand âge » 2007-2012
- Avis n° 128 du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE)

Articles scientifiques et techniques :

- ALSENE, PICHULT, 2007, « La coordination au sein des organisations: éléments de recadrage conceptuel », *Gérer et Comprendre*, n°87, pp.61-77
- ARGOUD, 2010, « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société*, vol.33/132, n°1
- BALARD, CORVOL, « Covid et personnes âgées : liaisons dangereuses », *Gérontologie et société* 2020/2 (vol. 42 / n° 162), pages 9 à 16
- BELMIN, PIETTE, « L'entrée de la gériatrie dans le paysage médical français », *La Presse Médicale*, 2004
- BERTHEL, PETER-BOSQUILLON, « Impact des évolutions démographiques sur les organisations sanitaires », *Gérontologie et société*, 2012, vol. 35 / 142
- BLOCH, « La fragmentation du système de santé et d'aide pour les personnes âgées », *Actualité et dossiers en santé publique*, La Documentation Française, 2015
- BOUSIGUES, « L'évolution de la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital », *La revue de gériatrie*, tome 42, 2017, pages 225-238
- DUMONT, « Vieillesse de la population de la France : les trois causes de son accentuation », *Population & Avenir*, 2017/2 n°732 pages 17-19
- GERNIGON, GERMAIN, SOMME, « Accompagner la gestion de l'épidémie de Covid-19 : Une coopération des acteurs de santé en Bretagne », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol. 18, 2021, pages 35-40
- MARIN, « Le financement au parcours de soins : Entre mode d'allocation des ressources et promotion de la qualité et de la pertinence », *Gestions hospitalières* n° 583, 2019
- SPINI, BERNADO, ORIS, « Vulnerability Across the Life Course », *Research in Human Development*, vol. 14 / n°1, 2017
- YATIM, MINVIELLE « Quel mode d'action publique pour améliorer la coordination des soins ? », *Politiques et management public*, Vol.33/1, 2016

Etudes, thèses et mémoires :

- BOISGUERIN, MAURO, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier » et « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », *Études et Résultats*, DREES, 2017
- BONTOUT, COLIN et KERJOSSE, « Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040 », *Etudes et Résultats*, DREES, 2002
- CASABIANCA, *De la difficulté à utiliser une filière d'admission directe pour un patient gériatrique: ressentis des médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers du Var*, 2019.
- CNSA, « MAIA Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie », *Les cahiers pédagogiques de la CNSA*, 2014
- GOUST, *Le virage ambulatoire et les spécificités de la personne âgée*, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), 2016
- TROTTIER, DENIS « La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau : un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle », IPDC, 2014
- VAN WALRAVEN « Comment réduire le risque de réhospitalisation évitable des personnes âgées ? », *Points clés et solutions*, HAS, 2013

Autres ressources :

- Programme Régional de santé Bretagne 2018-2022
- Note de synthèse relative à la Mission d'Appui Médico-Social ARS Bretagne, 2020
- Plan d'Accompagnement de la transformation de l'offre en EHPAD en Bretagne, 2019
- Convention constitutive des filières gériatriques de territoire ARS Bretagne

Sitographie :

- « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 - Insee Première - 1767 », <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>.

- Site de l'ONU : <https://www.un.org/fr/un75/shifting-demographics>
- Données COVID 19 gouvernement : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/donnees-hospitalieres-relatives-a-lepidemie-de-covid-19/>
- « COVID 19 : Ressources pour les professionnels intervenant auprès de personnes âgées (PA) hébergées en structure ou au domicile, en région Bretagne », plateforme de ressources et webconférences associées du CPIAS CPPS : <https://view.genial.ly/5e7230ca5a13f909afc9178a/guide-covid-19-guide-pa>
- RECKER, « Lutte contre le Covid-19 : la difficile coordination entre l'hôpital public et le privé », Public Sénat : <https://www.publicsenat.fr/article/societe/lutte-contre-le-covid-19-la-difficile-coordination-entre-l-hopital-public-et-le>
- Site de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie : <https://sfgg.org/>
- <https://devenirgeriatre.org/#>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Observation - prises en charge de patients aux urgences gériatriques du CHU de Brest – 28 juin 2021

ANNEXE 2 : Guide d'entretien des professionnels – trame modulable

ANNEXE 3 : Mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences – extraits

ANNEXE 4 : Déploiement de la mesure 5 sur la filière gériatrique du Pays de Brest – acteurs et calendrier

ANNEXE 5 : Résultats de l'analyse de la mesure 5 sur les personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences (profils patient - motifs d'entrée – difficultés)

ANNEXE 6 : Axes de travail identifiés - Mesure 5 Filière gériatrique du Pays de Brest

ANNEXE 1 : Observation - prises en charge de patients aux urgences gériatriques du CHU de Brest – 28 juin 2021

Ces situations décrivent deux situations de prise en charge aux urgences gériatriques pour y analyser les potentielles difficultés relatives au parcours intrahospitalier des personnes âgées.

Situation 1 :

11h – examen d'une patiente arrivée via les urgences à 8h et orientée vers les urgences gériatriques

Dr D, gériatre, réalise un interrogatoire pour recueillir le maximum d'information sur la situation de la patiente, son **environnement de vie**, ses **antécédents** et les **motifs du recours aux urgences**.

Mme X vit seule à domicile depuis le décès de son mari il y a trois ans. Elle a réalisé deux chutes en l'espace de deux semaines et n'arrive plus à se lever de son lit le matin. Elle a un fils aidant, une infirmière à domicile et un portage de repas. Le fils montre une vidéo de sa mère en incapacité de se lever et détaille tout l'environnement de vie de la patiente (aides, lieu de vie, etc). La consultation des logiciels de l'UAG permet d'identifier les antécédents de passage à l'hôpital.

L'évaluation globale gériatrique (marche, nutrition, sommeil, environnement de vie, autre) conclut à un besoin de surveillance et d'examen complémentaires : une orientation en unité d'hospitalisation de courte durée (UCHD) est préconisée.

La gestion des lits est interrogée, une place est disponible à l'UHCD.

Le Dr D appelle la médecin de l'UCHD, lui décrit la situation et évalue avec elle la possibilité d'un transfert. La patiente est transférée autour de 16h avec un dossier médical décrivant l'ensemble des examens réalisés.

Verbatim

- « *Sans une EGG cette dame n'aurait pas trouvé une sortie si rapide, elle aurait pu attendre des heures sur le plateau* »
- « *Comme on a cette notion de durée de passage, de bien-être des patients et de nécessité institutionnelle, tu essayes d'avoir le maximum d'info pour bien orienter ou les utiliser pour argumenter* »
- « *Les gens arrivent avec un motif, mais derrière c'est souvent une décompensation d'organe, et dans les diagnostics un train peut en cacher un autre* »
- « *Sur le passage des urgences au service d'hospitalisation, on change de logiciel avec du papier qui arrive de main à main* »

Situation 2 :

12h – examen d'une patiente arrivée à 6h30 aux urgences et orientée vers l'UAG

La consultation du logiciel intrahospitalier révèle que la patiente a déjà été hospitalisée en neurologie et est également sous dialyse au CHU. L'EGG aboutit à une hospitalisation orientation néphrologie / hémodialyse.

La gestion des lits est sollicitée, avec une prise de contact de l'interne du service de néphrologie, puis un échange direct avec le senior du service pendant lequel la gériatre répond aux questions du praticien sur l'état de la patiente.

Le Dr D explique que le déblocage d'un lit adapté à l'orientation de la patiente est idéal, souvent les patients sortant de l'UAG et nécessitant une hospitalisation sont hébergés au sein des services ayant des lits (médecine, chirurgie) à cause d'un manque de lits en gériatrie court et long séjour. Ce système est complexe car nécessite de la part des gériatres un déplacement dans les services.

Verbatim

- « *On se rend compte que les médecins en intra ont souvent besoin d'avoir une meilleure lisibilité de ce qui existe en externe , en amont et en aval, les choses existent mais on n'est pas forcément au clair dessus »*

- « *Je passe un temps certain à leur dire d'emmener les ordonnances c'est essentiel »*

- « *Pour cette dame là on a l'IDE à domicile car elle sait évaluer les traitements, les repas etc., ou le médecin traitant [...], la famille car nos décisions dépendent énormément de ce que la famille va accepter et décider »*

Analyse

Le besoin primordial pour le praticien est la **récupération d'informations transversales** pour réaliser le diagnostic le plus précis possible et identifier la meilleure orientation (hospitalisation, retour à domicile, USLD, EHPAD).

La réussite de la prise en charge réside dans un diagnostic qui doit s'appuyer sur des **données complètes, transversales et fiables** : c'est l'enjeu de l'évaluation gériatrique globale.

Le déblocage d'un lit s'est réalisé **par l'interaction directe entre la gériatre de l'UAG et l'unité d'accueil**, par la confiance du praticien récupérant le patient dans les informations communiquées par la gériatre.

La gériatre demande à l'interne de **contacter le médecin traitant pour l'informer** sur la prise en charge hospitalière.

ANNEXE 2 : Guide d'entretien des professionnels – trame modulable

Guide d'entretien – Crise sanitaire et décloisonnement autour des parcours des personnes âgées

Confidentialité: à la demande du professionnel, l'entretien pourra être anonymisé et un engagement de confidentialité pourra lui être transmis.

Objectifs :

- comprendre en quoi votre exercice en tant que praticien est impacté par la prise en charge de la personne âgée et votre perception des enjeux soulevés par ces prises en charges
- appréhender les impacts de la crise sanitaire sur les prises en charge des personnes âgées et l'interaction entre les professionnels
- identifier les leviers d'un repositionnement de l'hôpital pour « la bonne prise en charge, au bon, moment, au bon endroit »

Questions :

- Pourriez-vous décrire votre parcours professionnel ? le fonctionnement de votre service ? (praticiens, type d'exercice, espaces de soin/unités, modalités de prise en charge)
- Avez-vous senti une évolution dans la place de la personne âgée à l'hôpital ? de quel ordre ?
- Est-ce que vous considérez que l'environnement de votre service, vos modes de fonctionnement ou organisations sont adaptées à la prise en charge ? quels sont vos points de difficultés ?
- Quelles sont les difficultés majeures de parcours des personnes âgées à l'hôpital selon vous ? (passage aux urgences, hospitalisations directes, modalités de sortie)
- Quelle est pour vous le rôle de la gériatrie hospitalière vis-à-vis des acteurs du territoire ? (rôle d'expertise, ressource ?)
- Pourriez-vous décrire la manière dont s'articulent la gériatrie et les autres acteurs hospitaliers (médecins spécialistes, assistantes sociales, acteurs d'amont et d'aval etc.) ?

- Le décloisonnement ville/hôpital/médico-social et les parcours sont des sujets omniprésents, est ce que vous notez une amélioration sur ce sujet ? des blocages ?
- Quels sont les impacts de la crise COVID selon vous sur ces sujets ? (+ -)
- Qu'attendez-vous de la mesure 5 ? Quel est votre sentiment sur sa pertinence ?
- Quelle place accordez-vous dans ces évolutions aux acteurs, aux outils mis à disposition, aux gouvernances ?

ANNEXE 3 : Mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences – extraits

MESURE 5 | GENERALISER DES PARCOURS DEDIES AUX PERSONNES AGEES POUR EVITER LES URGENCES

Ce qui pose problème...

Trop souvent, alors même que les médecins traitants voudraient l'éviter, les services d'urgence sont encore le point d'entrée principal de l'hospitalisation des personnes âgées. 45% des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation complète concernent des patients âgés de 65 ans et plus du quart, des patients âgés de 80 ans et plus.

Il faut aussi noter que 36% des hospitalisations de personnes de 75 ans et plus débutent par un passage aux urgences, ce taux montant à 58% pour les personnes de 90 ans et plus.

Pourtant, l'admission par les urgences est un facteur de risque important pour les personnes âgées : 23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10% des 15-74 ans et sont beaucoup plus sujettes à la survenue d'événements indésirables lors de leur passage.

... et ce qui permettra de le résoudre

175 M€

Atteindre l'objectif « zéro passage par les urgences » pour les personnes âgées d'ici 5 ans

L'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD constitue un levier puissant. Pour fonctionner, cette organisation doit permettre à des médecins de ville de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins. Des moyens nouveaux seront donc versés aux hôpitaux qui organiseront ce parcours structuré de qualité, avec une équipe hospitalière en charge d'assurer cet accueil direct dans de bonnes conditions.

Outre l'adhésion des médecins libéraux et l'engagement des établissements de santé – incluant l'hospitalisation à domicile (HAD) – cette organisation doit également prévoir un accès rapide aux plateaux techniques lors de l'admission. La régulation du SAMU doit aussi y être impliquée.

CALENDRIER

Incitation financière à la généralisation de cette organisation dès la fin 2019

Renforcer la prise en charge médicale et soignante au sein des EHPAD

Pour éviter au maximum le recours aux urgences, des équipes mobiles de gériatrie seront créées ou renforcées pour appuyer à la fois les équipes des EHPAD et les professionnels libéraux. En outre, le dispositif d'astreinte d'infirmières de nuit mutualisées en EHPAD sera généralisé.

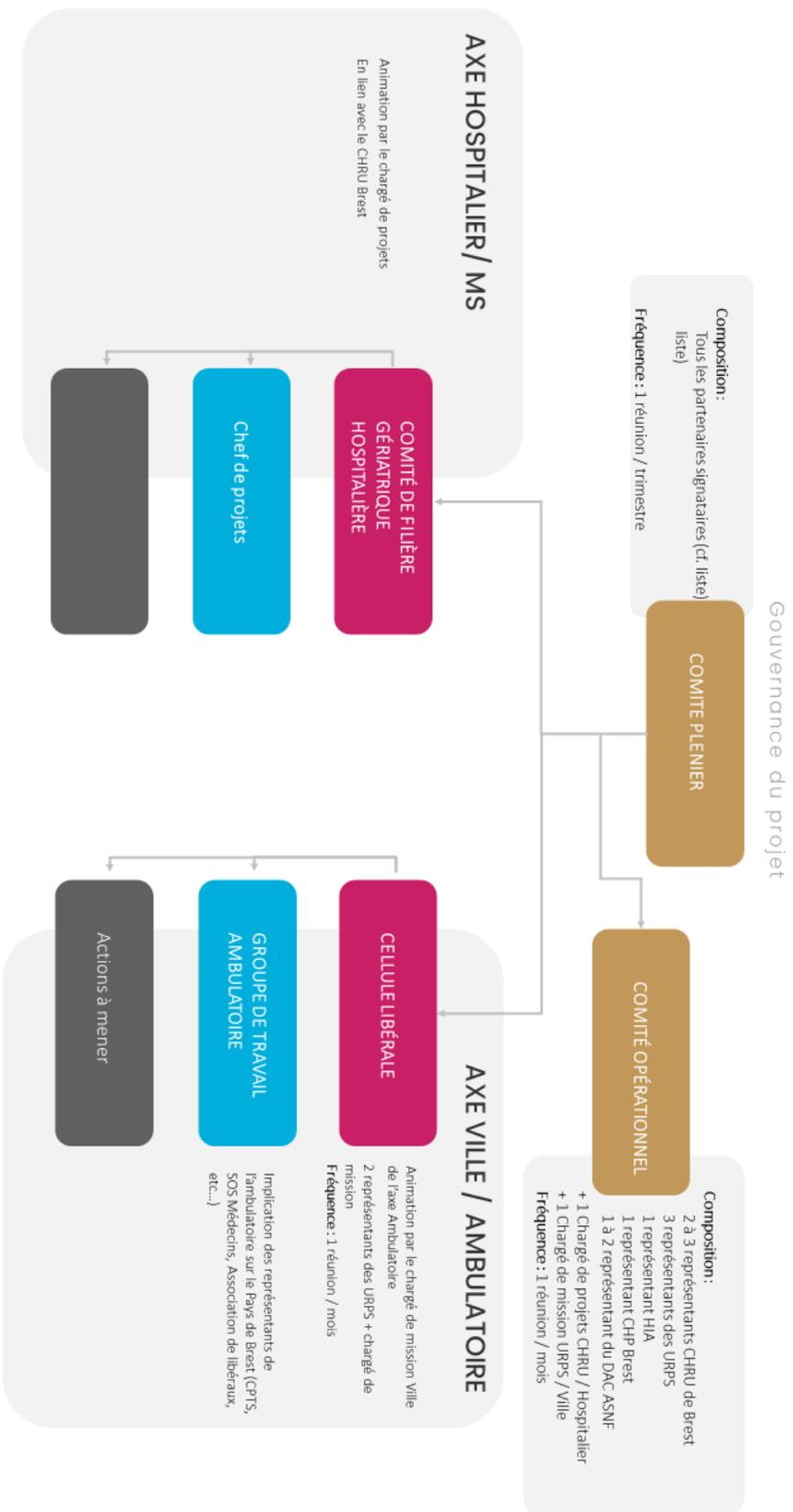
CALENDRIER

*Déploiement des équipes mobiles de gériatrie supplémentaires dès la fin 2019
Généralisation des infirmiers de nuit mutualisés en EHPAD à compter de 2020*

De façon générale, l'ensemble des travaux concourant à éviter l'hospitalisation de la personne âgée dépendante et à lutter contre la iatrogénie de l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire seront soutenus. Cet axe de travail est commun avec le plan « Grand âge et autonomie ».

ANNEXE 4 : Déploiement de la mesure 5 sur la filière gériatrique du Pays de Brest – acteurs et calendrier

Mesure 5 Pacte de refondation des urgences – Pays de BREST



Version en date du 8/01/2021

Projet Filière Gériatrique Mesure 5 BREST

PERSPECTIVES ET PROJETS



8/01/2021

ANNEXE 5 : Résultats de l'analyse de la mesure 5 sur les personnes âgées de plus de 75 ans aux urgences (profils patient - motifs d'entrée – difficultés)

Caractéristiques du patient âgé de 75 ans et + atteint de polyopathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables						
↓						
	Amont : Domicile/EHPAD	Point de rupture	Entrée aux urgences	Passage aux urgences	Sorties des urgences	En aval : Retour à domicile/EHPAD
<p>Constats</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polyopathologies « cas complexe » (chroniques) - Isolé ; couple aidant/aidé - Famille absente ou peu présente - Situation sociale défavorable - Pas aménagement/adaptation du domicile 		<ul style="list-style-type: none"> - Chute - Confusion/Trouble du comportement/Troubles cognitifs. - Altération de l'état de santé (dénutrition, déshydratation). - Déficiences cardiaque, neurologique, vasculaire. - Épuisement de l'aidant. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transport et changement de lieu - accentuent : Fatigue - Confusion. 	<ul style="list-style-type: none"> - Longue attente sur un brancard ; - Fatigue - Altération supplémentaire de l'état de santé ; - dénutrition, déshydratation. - Confusion. - Formation Escarre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Transport ; - Fatigue - Confusion supplémentaire. 	<p>Retour à domicile avec une reprise du cycle :</p> <pre> graph TD A[domicile sortie précoce] --> B[Point de rupture] B --> C[Entrée aux urgences] C --> D[passage aux urgences] D --> E[sorties des urgences] E --> A </pre>
<p>Problèmes identifiés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat polyopathologique nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. - Environnement de vie et sociale peuvent être un frein à une hospitalisation à domicile (HAD) et aux soins ambulatoires. - Troubles cognitifs peuvent compliquer la prise en charge des autres pathologies et empêcher le maintien à domicile. - Être aidant est un critère de vulnérabilité de la santé. - Situation familiale et sociale dégradée/famille absente ou peu présente/désinvestissement de la famille dans la prise en charge. 	<p>Obstacles à une prise en charge fluide :</p>					
<p>Patient de 75 ans et +</p>						

Les acteurs et dispositifs intervenant dans la prise en charge du patient âgé de 75 ans et + qui passe aux urgences pour des urgences évitables.

	Amont : Domicile/EHPAD	Point de rupture	Entrée aux urgences	Passage aux urgences	Sorties des urgences	En aval : Retour à domicile/EHPAD
Acteurs intervenant dans la prise en charge patient	<ul style="list-style-type: none"> - Réfèrent famille - Cercle de soins de proximité identifié : médecin généraliste, IDEL, masseur kinésithérapeute, pharmacien, aide à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> Les professionnels de santé alertés plus rapidement en cas de point de rupture : - Réfèrent famille - Infirmière libérale - Médecin généraliste. - <u>Dans un second temps</u> : - Masseur Kinésithérapeute - Pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulancier, SMUR, pompiers. - Personnels hospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels hospitaliers soignants et non soignants (assistante sociale). 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels hospitaliers - Ambulancier 	<ul style="list-style-type: none"> - Réfèrent famille - Cercle de soins de proximité (IDEL, masseur kinésithérapeute, pharmacien, aide à domicile)
Problèmes identifiés	<ul style="list-style-type: none"> - Qui fait quoi à quel moment ? Beaucoup de professionnels intervenent dans la prise en charge ce qui peut être source de confusion pour la famille. De même pour les professionnels, qui est le réfèrent de la famille ? - Le médecin généraliste est pas ou peu prévenu du passage aux urgences de son patient (prévenu par la famille, IDEL ou lors de la consultation suivante au cabinet, ou plus tardivement lors de la réception du compte rendu hospitalier). Ce qui a pour conséquences : <ul style="list-style-type: none"> o De provoquer une rupture dans le parcours de soins du patient. o Un sentiment de perte de crédibilité du médecin généraliste vis-à-vis du patient et de la famille. - L'absence du chirurgien-dentiste dans le cercle de soins alors que les patients polyopathologiques nécessitent une bonne hygiène dentaire ; une prévention renforcée ; une formation des aidants/professionnels de santé. - Le risque de perte d'informations est réel entre chaque articulation des différents acteurs (Domicile/Transport ; Transport/urgences ; sortie urgences/domicile). - Le surinvestissement d'IDE, masseur-kinésithérapeute, aide à domicile pour pallier un manque d'investissement du cercle familial. <p>Constats des dispositifs identifiés par les libéraux pendant les entretiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le DAC : Appui Santé Nord Finistère est relativement bien identifié et utilisé sur le territoire pour les patients complexes. - Le CLIC est identifié par les professionnels de santé libéraux pour une PEC sociale (aides à domiciles). - L'HAD est identifié par le cercle de soins de proximité. Pour certains professionnels, l'HAD est perçue comme un relais d'hospitalisation et non comme une hospitalisation à domicile directe. - Le SSIAD est identifié par l'IDE et le masseur-kinésithérapeute. C'est un passage supplémentaire chez le patient (contrebalance avec une absence familiale). - Le Juge Tutelle, curatelle identifié par les médecins généralistes pour les situations de patient âgé/entourage familial toxiques. 					
Principaux dispositifs intervenant dans la prise en charge	<p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les dispositifs sont identifiés dans l'ensemble mais ne sont pas une ressource de première intention. - Les missions de ces dispositifs restent floues pour les professionnels de santé libéraux. - La prévention et la formation des aidants/professionnels de santé dans l'hygiène buccodentaire. - L'anticipation est à renforcer. Le DAC et CLIC intervenient tardivement dans la prise en charge. 					

Le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + atteint de polypathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables.

	Point de rupture	Entrée aux urgences	Passage aux urgences	Sorties des urgences	En aval : Retour à domicile/EHPAD
	Amont : Domicile/EHPAD				
Le parcours de soins dans la prise en charge quotidienne	<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alerte des professionnels de santé de la fragilité du patient souvent peu ou pas entendue par la famille, le médecin traitant, le spécialiste. - Manque de visites à domicile du médecin traitant pour le suivi régulier et en cas de point de rupture (ex : chute). - Recommandations des professionnels de santé sur un aménagement du domicile peu ou pas suivies par la famille. - Difficulté du recours à la prévention plus importante quand la situation sociale est précaire. - Coopération fragile entre le médecin traitant/Pharmacien/ IDE dans le circuit médicamenteux (prescription, délivrance, livraison). - Le poids de la parole du spécialiste a plus d'impact pour la famille que celle du médecin généraliste. <p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation non anticipée malgré les alertes - Maintien à domicile difficile - Surinvestissement des professionnels de santé - Méconnaissance de l'environnement du patient <p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès difficiles : échographie et IRM. - Envoi du patient aux urgences pour une imagerie et biologie et pour une évaluation par un urgentiste. - L'accès se fait par réseau informel. - Le manque de transport commun ou une autonomie du patient dans les transports est un obstacle à l'accès aux spécialistes. <p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accès est difficile pour des examens non programmés et programmés en établissement et en libéral. 				
L'Accès aux plateaux techniques	<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les délais de rendez-vous sont longs et leurs obtentions difficiles. Cela se complique lorsqu'un nouveau patient n'est pas intégré dans une filière de soins. - L'obtention de rendez-vous se fait par réseaux et par téléphone entre médecins. - L'Accessibilité/rapidité de prise en charge varient d'une filière à une autre. Certaines filières nécessitent un passage aux urgences avant la prise en charge. - Les filières spécialistes des moins accessibles (ophtalmologie, Psychiatrie Dermatologie,) aux plus accessibles (Cardiologie, Pneumologie). - Le manque de transport commun ou une autonomie dans les transports est un obstacle à l'accès aux spécialistes. <p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recours aux soins et accessibilité difficiles. 				
L'Accès aux médecins spécialistes difficiles	<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les délais de rendez-vous sont longs et leurs obtentions difficiles. Cela se complique lorsqu'un nouveau patient n'est pas intégré dans une filière de soins. - L'obtention de rendez-vous se fait par réseaux et par téléphone entre médecins. - L'Accessibilité/rapidité de prise en charge varient d'une filière à une autre. Certaines filières nécessitent un passage aux urgences avant la prise en charge. - Les filières spécialistes des moins accessibles (ophtalmologie, Psychiatrie Dermatologie,) aux plus accessibles (Cardiologie, Pneumologie). - Le manque de transport commun ou une autonomie dans les transports est un obstacle à l'accès aux spécialistes. <p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recours aux soins et accessibilité difficiles. 				

Le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + atteint de polyopathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables.				
Arriver à Domicile/EHPAD	Point de rupture/ Entrée aux urgences/ Admission directe	Passer aux urgences	Sortir des urgences	Revenir à domicile/EHPAD
<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les patients se rendent aux urgences sans l'avis médical (régulation, médecin traitant, SOS Médecins...). - Le numéro de la filière gériatrique n'est pas identifié par tous les professionnels de santé. Il est utilisé pour une prise en charge prioritaire à l'arrivée aux urgences. - Les urgences gériatriques sont identifiées sur le territoire. Pour les urgences gériatriques, cela dépend du moment. S'il y a un problème le matin, envoi aux urgences gériatriques ; S'il y a un problème après 15 h, il n'y a plus accès aux urgences gériatriques. - Difficulté réelle pour le médecin généraliste d'hospitaliser son patient en admission directe en situation anticipée ou non anticipée. Les appels téléphoniques à chaque filière pour hospitaliser son patient sont chronophages et décourageants. Le passage aux urgences permet une hospitalisation pour les patients très complexes. L'hospitalisation est difficile en gériatrie. - Les filières oncologie et hématologie sont très difficiles d'accès par les professionnels de santé libéraux. - Âgisme - Situation non anticipée : Ex : Chute, décompensation cardiaque... - IDE ou référent famille appelle le médecin traitant - Le médecin traitant ne peut pas se déplacer à domicile (poursuite des consultations programmées au cabinet). - L'IDE appelle le 15 pour la PEC du patient et pour une protection vis-à-vis de la famille. - Transport du patient vers les urgences. - Situation anticipée : Ex : le médecin traitant souhaite une hospitalisation directe pour une insuffisance cardiaque. Le médecin traitant appelle le numéro de la filière gériatrique, les services de cardiologie, pneumologie... - Il n'y a pas de lit, conseillé d'appeler le 15. - Appel vers 15 / transport du patient vers les urgences. 				
<p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification/communication et éducation à l'utilisation du numéro de la filière gériatrique. - Proposition d'alternative à la non-possibilité de l'hospitalisation directe. Hôpital de jour ? - Identification et compréhension des difficultés d'accès à certaines filières de soins. - Sensibilisation à l'âgisme. 				

Le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + atteint de polyopathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables.

Amont : Domicile/EHPAD	Point de rupture/ Entrée aux urgences/ Admission directe	Passage aux urgences	Sorties des urgences	En aval : Retour à domicile/EHPAD
<p>Le passage aux urgences</p> <p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cercle de soins de proximité n'est pas prévenu de l'entrée aux urgences. - Pas ou peu de contact avec le cercle de soins de proximité, ce qui conduit à : <ul style="list-style-type: none"> o Pas d'exploration et évaluation globale du patient polypathologique nécessitant une prise en charge globale. o Pas de prise en compte des troubles associés neuro (Parkinson...). o Méconnaissance de l'état habituel du patient : marche, alimentation, traitement, comportement, ... - Longue attente du patient sur un brancard et une prise en charge qui nécessite plusieurs heures. - L'envoi du patient aux urgences permet d'avoir un accès aux plateaux techniques (ex : pour des patients en refus de soins et/ou présentant des troubles cognitifs). <p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de visibilité de la prise en charge du patient par le cercle de soins de proximité et référent famille. - Pas d'accompagnement du patient âgé présentant des troubles cognitifs - Peu d'informations sur le dossier patient. Optimisation du recueil de données patients. 				

Le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + atteint de polypathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables.

	Annuité : Domicile/EHPAD	Point de rupture/ Entrée aux urgences/ Admission directe	Passage aux urgences	Sorties des urgences / En aval : Retour à domicile/EHPAD
<p>Sorties des urgences</p> <p>En aval :</p> <p>Retour à domicile/EHPAD</p>	<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les sorties non anticipées et non préparées : <ul style="list-style-type: none"> o Le cercle de soins de proximité n'est pas prévenu de la sortie des urgences. o Sortie en soirée ou en pleine nuit en laissant le patient seul à domicile, o Aucune investigation sur le domicile pour le maintien à domicile. o Pas de traitement anticipé : Ordonnance/traitement vendredi soir à 19h (délai de commande 48h), - Les retours à domiciles sont souvent précoces avec un fort risque de ré-hospitalisation. - Le médecin traitant n'a pas de compte rendu de l'hospitalisation. - La fiche de liaison remise au patient est souvent égarée. - La prise en charge est optimisée si le patient est intégré dans une filière : « <i>En chirurgie peu d'anticipation du retour à domicile de personnes âgées sans si prise en charge par équipe mobile</i> ». - Problématique de Prescription : hospitalière (actes et médicaments) présentant des erreurs de nomenclatures. Prescription souvent non signée. Délivrance d'une ordonnance pour un lit médicalisé sans tenir compte du délai de réception. - Retour à domicile qui nécessiterait un aménagement. - Placement en institution alors que le domicile peut être aménagé. <p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des sorties non anticipées, non préparées et souvent précoces. - Défaut de transmission de l'information qui a pour conséquence une rupture dans le parcours de soins. - Le maintien à domicile devrait être questionné avant un retour à domicile. - Défaut de prescription qui a pour conséquence une rupture du parcours de soins. 			

Analyse thématique des verbatim - mesure 5 :

Le point de rupture :

« Des personnes qui ont des troubles cognitifs plutôt avancé avec des troubles du comportement souvent associée qui se majore un moment donné. Ce qui peut déclencher l'adressage aux urgences est le fait que les aidants lâche, un épuisement avancé des aidants. Et puis des inquiétudes sur l'altération de l'état de santé général (dénutrition, déshydratation), principalement. Il y a les causes cardiaque et neurologiques (AVC) qui nécessite une prise en charge en urgences. Le fait qu'il y ait des aidants ou pas, qu'il soit en capacité ou pas, d'accompagner ou pas. Cela joue beaucoup. ». (Infirmière C9).

« Les patients qui posent problèmes sont ceux qui ont eu des accidents de la vie (perte du conjoint, la douleur du deuil et de la solitude) avec le vieillissement. C'est intriqué et on ne peut pas les démêler. On n'est pas les premiers interlocuteurs, mais d'abord les autres spécialistes. Je suis un interlocuteur parallèle ». (Infirmière C9).

L'Âgisme :

« S'ils sont polypathologique ou trouble cognitif ou problème social, c'est moins vendeur...Ce qui me décourage, c'est que je vais être en difficulté. Prendre un patient pour lequel je vais être en difficulté ». (Médecin S5).

« C'est une personne âgée, on n'en a rien à foutre ». (Masseur Kinésithérapeute G6).

La famille : « la famille en soi est un problème omniprésent et source de blocage ». (Infirmière M15).

La problématique majeure est sociale avec une famille bloquante et un réel maintien à domicile difficile : « Chaque situation après va avoir ses particularités. En fait ça fait longtemps qu'elle a des hospitalisations itératives. Elle rentre à la maison et elle retourne à l'hôpital. Il y a des mises en danger, il y a des chutes à répétition, les infirmières et les aides à domicile font ce qu'elles peuvent mais on a une famille opposante à l'entrée en EHPAD. On essaie de travailler ce projet là depuis longtemps mais on est bloqué par rapport au positionnement familial. Donc on fait ce qu'on peut pour qu'arriver à l'hôpital que le lien se fasse rapidement et que l'on pose les choses car dans cette situation, on n'est pas loin du point de rupture des professionnels qui l'accompagnent à la maison. Il faut à tout prix reposer les choses et puis là en l'occurrence pour cette dame, elle va probablement rentrer en EHPAD car il n'y aura probablement pas de retour à domicile et de travailler sur une protection juridique car elle a besoin d'être protégée juridiquement. ». (Infirmière C9).

Les sorties d'hospitalisation non prévenue et non préparée :

« Un patient de 75 ans sans famille amputé des 2 jambes son appartement est adapté pour une personne handicapée. Il y a eu un retour à domicile après un passage aux urgences sans prévenir l'infirmière et l'aide-soignante ». (Infirmière M15).

« Les sorties sèches, c'est un dépôt du patient par l'ambulancier. ». (Infirmière G3).

HAD est perçu comme un relais d'hospitalisation et non une hospitalisation à domicile : « Ce sont plus nos collègues de l'hospitalisation ». « C'est mieux que ça n'a été un certain temps. Les choses évoluent positivement du moment que l'on met les moyens ». « Dans ma tête HAD est un relais d'hospitalisation plutôt qu'une hospitalisation directe ». (Médecin K8).

La demande d'intervention de dispositif d'appui à la coordination auprès des médecins traitant est bien accepté dans l'ensemble : « Donc du coup ça facilite forcément l'entrée en relation et la demande du consentement. Maintenant on sait aussi que certain médecin ne souhaite pas forcément travailler avec nous et dans ce cas-là, on va aller recueillir leur avis et quand l'avis est négatif on s'arrête là. Mais moi je n'ai pas vu en tout cas à mon niveau de mon secteur de difficulté particulière à ce là niveau-là. On arrive à joindre les médecins grâce à la messagerie sécurisée ou par téléphone. Les choses se sont quand même assez facilement. »

Cas négatif : coopération difficile avec le médecin traitant : « Il y a pu avoir des préconisations faites et qui n'ont pas été suivies par les médecins. J'ai une situation en tête d'une patiente qui a été orienté par la remplaçante du médecin traitant pendant ses congés et en fait ce médecin là en l'occurrence n'était pas forcément favorable à ce que l'on intervienne. Mais la demande avait été faite donc on avait commencé à faire en accord avec le médecin généraliste. Les préconisations n'ont pas été mis en place. Toute la coordination que ce soit au niveau thérapeutique et un plan d'aide à domicile mais aussi pour éventuellement envisager et travailler ensemble sur un projet d'hospitalisation etc. et bien je n'ai pas pu le mettre en place. »

Cas positif : le médecin est facilitateur dans la prise en charge : « Il y a des situations où on va pouvoir parce qu'il y a un partenariat privilégié avec notamment le médecin traitant, pouvoir alerter directement le médecin traitant ou par le cabinet infirmier qui alerte directement le médecin et qui adresse son patient du coup sur l'hôpital. Et quand en plus ce médecin va avoir du réseau, ça passe parfois directement par ses collègues et les patients sont pris directement dans les services. On peut voir ça par moment mais c'est vrai que je ne vous cache pas que ce n'est pas la majorité des situations où la plupart de nos patients passent par les urgences. »

Prise en charge par connaissance :

« Par personne identifiée puisque mon travail avec des patients qui ont plus de 75 ans qui sont majoritairement hospitalisé en médecine gériatrique. Donc on connaît l'assistante sociale, on connaît les médecins. Et inversement il y a parfois les services de médecine et de neuro. On connaît bien les collègues. Les liens se font facilement. »

« Pour moi le fait d'avoir travaillé à l'hôpital que l'on se connaît bien avec les collègues. Cette proximité fait que l'on s'appelle facilement. »

Apport de l'assistante sociale dans la prise en charge : « Oui on peut être amené à les solliciter quand il y a des évaluations autour de la vulnérabilité si on est plutôt dans le recueil des informations préoccupantes sur la partie accompagnement version administrative, financière et cetera. Ce sont des collègues qu'on interpelle si besoin. »

Lien Hôpital avec le service social bien établi : « Avec le CHU de Brest les choses sont plus ou moins bien mises en place je n'ai pas les médecins au téléphone. Le lien se fait avec le service social. Quand il y a le médical, il se fait de médecin à médecin. C'est rare que j'aie des médecins au téléphone. On est bien identifié. Les collègues nous appellent quand il y a besoin et inversement. »

Les Spécialistes :

Le délai de rendez-vous sont longs et l'obtention de rendez-vous difficiles :

« Le médecin généraliste va déranger le médecin spécialiste pour avoir une expertise spécifique mais le délai de rendez-vous chez le cardio ou chez l'ophtalmo est long. Rendez-vous en hématologie, compliqué à avoir ». (Médecin G1)

« Le délai est très long en rhumatologie, quatre semaines pour un rendez-vous que ce soit en libéral ou en hospitalier ». (Masseur kinésithérapeute P2).

« L'accès à tous les spécialistes est plus compliqué et les délais de plus en plus long. Cependant on reste tout de même dans une temporalité correcte. » (IDE G3).

Le manque de lits complique l'accès aux spécialistes : « La cardiologie au CHU est débordé et ne peut pas répondre à toutes les demandes avec peu de lits et un service de chirurgie médicale ». « La médecine générale souhaite accéder aux spécialistes avec une cardiologie avec moins de lit et une population vieillissante qui nécessite plus de soins ». (Médecin T9).

Le premier recours pallie occasionnellement la difficulté d'accès aux spécialistes :

« On nous appelle pour du 1^{er} recours en dermatologie et nos patients ont un rendez-vous très tardivement avec le spécialiste (secrétariat pas joignable, délai long...). » (Médecin F6).

Le poids de la parole du spécialiste vis-à-vis du généraliste : « La parole du spécialiste a plus de poids que celle du médecin généraliste pour les familles ». (Médecin B4).

L'accessibilité et la rapidité de prise en charge varient d'une filière à une autre. Certaines filières nécessitent un passage aux urgences.

« Les prises en charge qui fonctionnent sont la pneumologie avec un avis rapide par téléphone. Le service cardiologie, je travaille avec la Clinique Keraudren. C'est plus simple et sont plus disponibles. Je travaille moins avec le CHU car après un appel au service, le patient doit passer par les urgences pour dégrossir le dossier. C'est compliqué avec un passage aux urgences. Pour le service des maladies infectieuses, j'appelle et mon patient est vu sous deux jours. En dermato, j'envoie une photo pour avis et j'ai un avis dans la journée et mon patient est vu dans les quinze jours suivants. Les prises en charge difficiles sont l'ORL, l'ophtalmo, ... » (Médecin K12).

L'hospitalisation est difficile en gériatrie :

« ...la gériatrie. C'est difficile pour hospitaliser mon patient. Je l'utilise pour avoir un avis. J'envoie à Landerneau car il y a un bilan chute aux urgences gériatriques. J'ai envoyé une mamie qui chutait de plus en plus donc j'ai envoyé la patiente pour un bilan chute au CH de Landerneau et ça fonctionne plutôt bien ». (Médecin K12).

Le manque de transport est un obstacle à l'accès aux spécialistes :

« Exemple de la phlébite : on appelle l'angiologue et on a un rendez-vous dans la journée. Mais pour une personne âgée seule, qui n'est pas autonome dans ses déplacements qui n'est pas prise en charge à 100% pour les transports, ça devient compliqué. On fait appel aux urgences pour que le transport soit pris en charge. Alors que l'on sait gérer les angiologues. On bidouille avec le 100 % pour avoir une prise en charge du transport. On fait appel aux voisins ». (Médecin K12).

L'intégration d'une filière de soins permet de fluidifier le parcours de soins et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins :

« En chirurgie peu d'anticipation du retour à domicile de personnes âgées sauf si prise en charge par équipe mobile ». (Médecin S5).

« Je reçois des appels des médecins généralistes pour des conseils. A la demande du médecin généraliste, un rendez-vous sous 48h à 72h si le patient est dans ma filière active. Je peux le recevoir dans la journée si c'est aigu. S'il n'y a pas de degré d'urgence,

On peut avoir un rendez-vous sous 3 semaines pour un nouveau patient. On ne fait pas du bourrage de cabinet, c'est-à-dire revoir le patient après 6 mois, donc cela permet d'avoir des rendez-vous plus vite ». (Médecin B7).

L'objet de la demande de consultation varie d'une filière à une autre : « En gériatrie c'est rare que je consulte le spécialiste. Je consulte le spécialiste en cardiologie et pneumologie pour la prescription médicamenteuse. Je suis les protocoles pour les personnes âgées et je contacte quand il y a des complications. Les complications respiratoires et cardiologiques nous posent plus de problèmes. » (Masseur Kinésithérapeute Z2).

L'attractivité du privé par rapport au public :

« C'est plus simple de traiter avec le privé qu'avec le public dans plein de spécialités. Avec les cardiologues de Keraudren, c'est simple avec une lignée privée pour un avis rapide ». « Avec le cabinet orthopédie/traumatologie, on envoie une photo du cliché d'une fracture à l'orthopédiste. L'orthopédiste nous rappelle pour fixer un rendez-vous pour une prise en charge rapide du patient. Soit, on a un conseil par exemple ». (Médecin K12).

La difficile prise en charge de la douleur du patient : « on ne trace pas la douleur et on ne soucie pas de la douleur. Le médecin traitant ne va pas mettre de la morphine. Il faut passer par l'oncologue. Le patient va souffrir pendant un mois jusqu'au prochain rendez-vous avec l'oncologue. Il va prescrire du paracétamol ! ». (Infirmière N18).

Les délais de transmission de compte rendu varient d'une filière à une autre : « cela est très variable et dépend des services. Pour la traumatologie, le délai est long et il est très court pour la cardiologie. Cela peut être le lendemain ou en soirée par voie dématérialisée à rien du tout. Même on appelle pour apprendre le décès de notre patient ».

Le défaut de transmission de l'information entre les auxiliaires médicaux et les spécialistes : « Pas de retour avec les médecins spécialistes : ont-ils lu notre compte-rendu ? » (Masseur Kinésithérapeute Z2).

Le manque d'information patient des auxiliaires médicaux complique la prise en charge du patient en oncologie : « la prise en charge compliquée car souvent une fin de vie. Il y a plusieurs spécialistes : oncologue, gastroentérologue, médecin traitant. Le médecin traitant se défausse une fois sur deux. Je n'ai pas reçu le compte rendu. On n'est pas au courant du diagnostic et du pronostic en chimiothérapie ». (Infirmière N18).

Les urgences gériatriques :

Constat sur les urgences gériatriques :

« C'est une prise en charge à part. c'est positif. Il y a Des progrès qui sont fait mais qui reste à faire. C'est un patient dénutri, déshydraté, sur un brancard pendant de longues heures, avec un risque d'escarre en quelques heures ! » (Médecin B4).

Les urgences répondent aux urgences aigues :

« Les urgences règlent les problèmes aigus mais ne vas pas au fond des choses ». (Médecin B4).

Les urgences permettent ensuite une hospitalisation :

« Le passage aux urgences pour des situations hyper complexes permet ensuite une hospitalisation. » (Infirmière G3).

Passage aux urgences sans avis médical :

« Les patients nous appellent et se désistent car ils vont aux urgences avant notre visite. Pourtant on a une réponse à domicile sous 1 heure dans 95% des appels. C'est l'angoisse du patient et le défaut d'information du patient ». (Médecin F6).

Le numéro de la filière gériatrique facilite une prise en charge prioritaire aux urgences :

« La filière gériatrique, le numéro gériatrique est utilisé. Quand il est utilisé cela permet que le patient arrivant aux urgences à une prise en charge prioritaire. »

« Pour les urgences vitales, le circuit est clair et fonctionne. Pour les urgences gériatriques, cela dépend du moment : s'il y a un problème le matin, j'envoie aux urgences gériatriques. S'il y a un problème après 15 h, il n'y a plus accès aux urgences gériatriques. Pour l'entrée directe en gériatrie, cela se fait par connaissance en réseau informel. S'il n'y a pas de lits en gériatrie, il y a 2 possibilités, on passe par les services des urgences du CHRU : « On nous dit de faire passer par les urgences » ; soit par le service de médecine interne à la Clinique Pasteur. La prise en charge est complète avec une vision globale du patient. Ce sont des anciens de HIA, « les choses sont carrées ». Cette prise en charge fonctionne lorsqu'il y a de la place. » (Médecin S5).

Le point de vue diverge sur la filière gériatrique : « les libéraux ont dû mal à accepter la filière gériatrique de l'hôpital. C'est un élément dans leur quotidien parmi d'autres éléments. La filière est noyée parmi d'autres informations. C'est un millefeuille de dispositifs. » (Médecin J7).

L'accès aux plateaux techniques :

Les Accès aux plateaux techniques sont difficiles suivant les territoires. « C'est difficile d'un territoire à un autre. Crozon est différent de Brest par exemple ». (Médecin G1).

L'Accès aux plateaux par un réseau informel :

« Pour une radio thoracique ou une imagerie, je peux obtenir un rendez-vous sous 24 h si j'appelle le médecin responsable, de médecin à médecin. Avec l'infirmière, il y a un blocage. Ça demande de l'investissement ». (Médecin B7)

« Les examens les plus difficiles à obtenir sont échographie et IRM. » (Médecin F6).

Le passage aux urgences :

Le passage aux urgences est long :

« La prise en charge aux urgences est longue. C'est long pour être vu 10 minutes. Le patient revient fatigué. Le retour de nuit pour les EHPADs. Le patient épuisé mais 3 ou 4 jours à récupérer de son passage aux urgences. » (Masseur Kinésithérapeute Z2)

« Aller à 10h et retour à 20h30 pour un bras dans le plâtre. » (Infirmière S1).

« Une coordination qui fait défaut. La difficulté en tant que professionnel de santé, ou connaît les conséquences délétères du passage aux urgences, mais on n'a pas le choix. » (Infirmière G3).

Le patient atteint de troubles cognitifs seul aux urgences :

« Le malade Alzheimer, seul aux urgences est dans l'incapacité de communiquer son état de santé. » (Masseur Kinésithérapeute G6).

Le passage aux urgences pour avoir accès au plateau technique : « peut être fait pour des personnes ayant des troubles cognitifs ou des personnes qui sont en refus de soins » (Infirmière G3).

Le professionnel n'est pas informé du passage aux urgences de son patient :

« Le problème avec l'hôpital est que nous ne sommes pas tenus au courant des passages. Le Compte rendu, ils font l'effort de nous le faire, mais peut-être qu'il devrait être un peu plus protocolisé pour que cela nous évite de perdre de l'information ou du temps à aller la chercher. Mais aussi pour alerter sur la prise en charge et faire ce qu'il faut de notre côté. Je ne suis pas mis systématiquement au courant quand mon patient aux urgences. » (Médecin K8).

« Je suis informée du passage aux urgences par la famille et l'infirmière, pas de la part des urgences. » (Médecin S5).

« La famille prévient mais pas toujours du passage aux urgences ». (Infirmière S1).

Le passage aux urgences est toujours justifié : « si le Médecin généraliste envoie le patient. Le passage aux urgences est justifié si on veut avoir un avis hospitalier. L'hospitalisation n'est pas forcément justifiée ensuite ». (Médecin J7).

Compte rendu après le passage aux urgences :

« On a demandé aux services des urgences des comptes rendus de passage pour avoir une suite. Ils ne veulent pas envoyer des comptes rendus. On ne veut pas gaspiller du papier ». (Médecin F6)

« Il n'y a pas de courrier accompagnant la personne âgée et le passage aux urgences, ainsi que les soins prodigués. » (Chirurgien-Dentiste A10).

La transmission de l'information :

« Et on a notamment un partenariat qui est quand même très confortable pour nous et qui fonctionne très bien avec les services de gériatrie du CHU. Mais enfin, il y a encore beaucoup de progrès à faire, il n'est pas encore pour moi vraiment formalisé parce qu'on y arrive parfois mais c'est encore à travailler. La plupart de mes patients passe par les urgences. En règle générale ce que je fais c'est : on m'alerte tout de suite quand je sais que les personnes sont aux urgences alors ça c'est aussi grâce à tout le travail de partenariat avec les personnels de domicile. J'ai une vieille dame qui a été hospitalisée tôt le matin il y a 10 jours. Le cabinet libéral m'a appelé tout de suite à 9h en me disant que la patiente avait été hospitalisée par le 15, 2 heures avant. Donc elle doit être aux urgences donc moi j'ai pu appeler tout de suite. En fait je passe en général par les collègues du service social puisqu'on se connaît bien. Donc j'ai appelé l'assistante sociale du service des urgences qui en fait à tout de suite mis un mot dans le dossier de la personne âgée pour dire qu'...intervenant et qu'il y avait eu des interventions faites à domicile pour pouvoir proposer de transmettre notre évaluation et expliquer aussi pourquoi ça nous semble important que la dame soit hospitalisée. En l'occurrence chez cette dame-là, il y avait un refus de soins,

une opposition aux soins importante, de l'agressivité envers les soignants qui n'arrivaient pas du tout ne serait-ce qu'à la changer, donc des cris, des insultes, des griffures envers les soignants. Et puis une dame qui est arrivée aux urgences dénutrie et déshydratée, hallucinée avec une problématique sociale et familiale autour de ça. Donc on puisse un peu se poser et puis essayer de travailler à un projet de vie avec cette dame. Mon rôle, là qui est pour moi essentiel est de pouvoir sécuriser les choses en disant on la connaît à ..., voilà ce qui a déjà été mis en place, voilà ou on en est et puis que les collègues du service social puissent faire le lien avec les médecins. Cette dame a été gardée et a été hospitalisée en médecine gériatrique et depuis on travaille ensemble avec le service pour essayer d'avancer parce qu'en fait le maintien à domicile de cette patiente est impossible. On va probablement s'orienter sur une entrée en ehpad. On a pu travailler car le lien s'est fait très tôt et qu'elle a été gardée surtout. »

La transmission de l'information rapide pour une raccourcir le temps aux urgences : « quand l'hospitalisation est nécessaire, c'est de raccourcir au maximum le temps passé aux urgences en donnant les informations rapidement. On sait qu'il y a les contraintes de l'hôpital c'est-à-dire la question de la place, des lits disponibles.... Les informations sur se positionner rapidement pour éviter un temps trop long passé aux urgences, une mauvaise orientation. »

L'outil numérique pour la transmission de l'information : « On utilise le message sécurisé quand même beaucoup. Le fait qu'on transmette des comptes rendus d'évaluation ça permet d'avoir un outil partagé ou les informations s'échangent. »

Les modalités de transmission de l'information (téléphone est le plus rapide ; inter connaissance ; messagerie sécurisée) : « Le plus facile c'est par téléphone. Il permet d'avoir un échange. Davantage que l'écrit. Généralement lorsqu'on est interpellé par l'hôpital c'est par quelqu'un de connu. Il y a un suivi mis en place. Quand ce sont des orientations vers nous, ce sont des demandes d'appui. Ensuite j'ai tendance à prendre vite mon téléphone pour avoir un échange. Le téléphone et la transmission par écrit par messagerie sécurisée. Peut-être aussi par fax cela dépend beaucoup des usages. »

Le manque de transmission de l'information à l'équipe ambulatoire en sortie hospitalisation : « A l'hôpital, il n'y a pas de lien avec l'équipe qui peut en charge le patient à domicile et qui explique que le patient retourne à domicile et ne tiendra pas longtemps. L'hôpital ne joue pas son rôle dans la transmission de l'information ».

Télé médecine :

Pas pour une Médecine sans osculation : « une médecine où on n'a pas besoin d'examiner le patient ». « Ce n'est pas de la médecine. Ne touche pas le patient. » (Médecin K8). **Au Rabais :** « Téléconsultation est une médecine au rabais ». (Médecin B4).

C'est une contrainte supplémentaire. « C'est une mesure supplémentaire, je fais de l'..., je vois des patients qui ont de la radiothérapie, ceux qui récidivent, ceux qui vont bien... pff ça multiplie encore une adaptation sur une prise en charge sur laquelle on pourrait être gagnant et moi aussi. Avec un patient que je vois 5 minutes et je peux échanger avec lui, si je mets 20 minutes le temps de me connecter et que lui se connecte pour qu'il puisse répondre. Ben non ! » (Médecin K8).

Nécessite une organisation : « Pendant le premier confinement, 100 % en télé médecine était en appel téléphonique à nécessiter une organisation pré et une organisation post parce que le patient que vous avez vu. Avez-vous cet examen ? Etes-vous allé chercher vous-même cet examen ? Etes-vous

Éléments de cadrage

Axe 1 : Culture gériatrique

Objectif 1 : Identifier et diffuser les ressources du territoire auprès des professionnels acteurs dans la filière gériatrique

Qui fait quoi, comment et quand ?

- Les **dispositifs de coordination** sont identifiés dans l'ensemble mais ne sont pas une ressource de première intention. Les **missions de ces dispositifs restent floues** pour l'ensemble des professionnels du territoire. La sollicitation des DAC et CLIC dans la prise en charge du patient est à anticiper.
- L'**HAD** est identifiée sur le territoire, cependant pour certains professionnels elle est perçue comme un relais d'hospitalisation et non comme une hospitalisation à domicile directe.
- **Equipe mobile extra-hospitalière** ; aujourd'hui le dispositif d'appui à la coordination (DAC) a à disposition un gériatre et une équipe de coordinatrices qui se déplacent au domicile pour effectuer des bilans et préconisations destinés et demandés par le médecin traitant, mais il n'a pas pour vocation d'être identifié comme une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière.
- **Identification, communication, et éducation à l'utilisation du numéro de la filière gériatrique** : le numéro de la filière gériatrique n'est pas identifié par tous les professionnels de santé. La Cavale Blanche : **02 98 14 52 67** : destiné uniquement aux médecins généralistes et aux EHPAD pour avis gériatrique et admissions programmées. Landerneau : **02 98 21 98 84** : ouvert à tout public : médecin généraliste, service à domicile, cabinet infirmier libéral, famille, etc.
- **SSR** : admissions directes possibles par le médecin traitant.
- **Hôpital de jour** : **02 30 33 77 93** admissions programmées et accès aux plateaux techniques de la Cavale Blanche.

Objectif 2 : Analyse et montée en compétence des professionnels du terrain confrontés à des situations difficiles (formation)

- **Formations** nécessaires pour les professionnels d'EHPAD, de SAAD, SSIAD et libéraux sur les difficultés rencontrées lors des prises en charge des patients âgés présentant des troubles du comportement : profil type identifié comme problématique sur le territoire.
- Connaissance des possibilités de prise en charge en EHPAD pour les groupes des internes aux urgences : point positif à poursuivre. Objectif : améliorer le retour en EHPAD.

Objectif 3 : Communiquer les dispositifs existants auprès des citoyens.

- Informer sur les recours éventuels afin que la prise en charge se fasse le plus tôt possible et au mieux.
- Prévention et formation des aidants dans l'hygiène bucco dentaire.
- Information et formation des aidants et/ou entourage au repérage de la fragilité.
- Information auprès des patients de l'usage des urgences.
- Information auprès des familles du rôle des professionnels d'aide à domicile dans la prise en charge de leurs aînés.

Axe 2 : Articulation des professionnels

Objectif 1 : Optimiser le parcours ambulatoire : Identifier le cercle de soins de proximité.

Besoins identifiés du territoire :

- **Systematiser** la prise de contact avec le cercle de soins de proximité lors du passage aux urgences afin d'optimiser la prise en charge globale du patient polypathologique.
- **Intégrer le chirurgien-dentiste** dans le cercle de soins pour les patients polypathologiques.
- **Optimiser** le circuit du médicament dans le cercle de soins de proximité (prescription, délivrance, livraison).
- **Fluidifier** l'adressage des patients du premier recours vers le second recours. Des filières spécialistes les moins rapidement accessibles (ophtalmologie, Psychiatrie Dermatologie,) vers les plus accessibles (Cardiologie, Pneumologie).

Objectif 2 : Optimiser les transferts du patient EHPAD / domicile vers un service d'hospitalisation

Méconnaissance de l'environnement du patient par les professionnels des établissements

- Besoin de formaliser un dossier de liaison d'urgence (DLU) commun pour les EHPAD et le domicile.
- Prescription non respectées car pas de ressources au domicile ; conséquence : ré hospitalisation précoce.
- Le risque de perte d'informations est réel entre chaque articulation des différents acteurs (Domicile/Transport ; Transport/urgences ; sortie urgences/domicile).
- Le dossier médical partagé (DMP) pas utilisé par les professionnels car pas d'inter opérabilité entre les logiciels utilisés et le DMP.

Objectif 3 : Identifier et développer les outils numériques de coordination.

- Différents logiciels métiers sans interface possible. Utilisation des canaux : fax, messagerie sécurisée de santé (quand elle existe), Whatsapp, courrier tardif au médecin traitant (sous 15 jours) et transmissions téléphoniques.
- Beaucoup d'échanges interpersonnels : liens pas formalisés, pas de traçabilité des contacts.
- Confusion ou manque d'identification des professionnels de santé avec les différents outils numériques proposés sur le marché.
- Le besoin de coordination avec des outils adaptés est ressenti sur le territoire afin de fluidifier le parcours de soins. Le souhait d'obtenir une application de coordination est formulé par les professionnels de santé.

Axe 3 : Expertise à destination des professionnels

Objectif 1 : Apporter une expertise ciblée sur les pathologies neuro évolutives : diagnostic précoce et symptômes psycho-comportementaux

- Profil identifié comme problématique sur le territoire : personne âgée présentant des troubles cognitivo-comportementaux.
- Manque de prise en charge précoce car méconnaissance de la prise en charge adaptée au profil.
- Envoi aux urgences mais pas de solutions.
- Besoin ressenti du territoire d'une expertise médicale extra-hospitalière pour ce type de profil.
- Besoin ressenti du territoire d'un service d'aval pour ce type de profil.

Objectif 2 : Repérer et traiter précocement les fragilités.

- SAAD, SSIAD, cabinet infirmier et masseurs-kinésithérapeutes utilisent dans leur pratique le repérage de la fragilité. Problématique : l'alerte est formulée mais pas forcément entendue.
- Situations non anticipées malgré les alertes.
- Souhait de repérer et traiter précocement les fragilités
- Formation des infirmiers en pratique avancée : IPA.

Objectif 3 : Développer la télémédecine (téléconsultation/téléexpertise)

- Problématique d'admission directe. Besoin ressenti de mettre en place la télémédecine afin d'éviter aux personnes âgées de se déplacer (peur de l'hôpital, difficile de s'y rendre).
- Cela permet au patient de s'inscrire dans la filière gériatrique et favorise l'admission programmée.
- Proposition de mise à disposition de salle des EHPAD pour la télémédecine afin de favoriser un accès de soins de proximité, en fonction du moyen médical et du profil patient.

Axe 4 : Admissions des aînés

Objectif 1 : Favoriser les admissions directes dans les services de court séjour

- Difficulté réelle pour le médecin généraliste d'hospitaliser son patient en admission programmée.
- Les services de médecine sont embolisés car peu de solutions d'aval
- Développer et optimiser la coordination en amont afin de favoriser les admissions directes.
- Quelques données quantitatives :

Cavale Blanche	HIA	Keraudren
<p>30 % d'admissions directes*</p> <p>En moyenne 924 passage par mois par les urgences en 2019 contre 869 en 2020*</p> <p>DMS : 10 jours en service de gériatrie.</p>	<p><u>Médecine interne :</u></p> <p>30,7% d'admissions directes en 2019 contre 29% en 2020</p>	<p>En moyenne 8 passages par jour en 2020 contre 10 en 2019.</p> <p>31% des PA passées par les urgences sont redirigées vers les services (66% en chirurgie, 20% en courte durée, 11% en cardiologie).</p>

*mardi 20 avril 100% des patients du service gériatrique venaient des urgences *En 2020 : Covid-19

Objectif 2 : Admissions directes en Soins de Suite et de Réadaptation, en Unité Cognitivo-Comportementales, en Hospitalisation à Domicile et en Intersecteur de Psychiatrie de la personne âgée

- Méconnaissance des professionnels de la possible admission directe dans ses services.
- Besoin d'identifier les modalités d'admission dans ses services.
- Peu de visibilité des lits d'aval

Objectif 3 : Optimiser l'accès aux plateaux techniques du territoire

- Motif important du passage aux urgences. (imagerie, biologie et évaluation par un urgentiste)
- Accès difficiles : échographie et IRM
- L'hôpital de jour (HDJ) a un accès au plateau technique.
- Besoin de favoriser l'admission programmée en HDJ.
- Volonté de créer des liens avec les spécialistes de la ville. Exemple : créer une convention entre le CH de Lesneven et le cabinet de radiologie de la commune.

GUERIF

Enora

FILIERE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2021

La crise sanitaire, catalyseur du décroissement de l'hôpital autour des parcours des personnes âgées ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP - CHU de Brest-Carhaix

Résumé :

Les parcours des personnes âgées questionnent frontalement les hôpitaux et les incitent à évoluer sur plusieurs sujets majeurs : pertinence des prises en charge, bien-être au travail des professionnels, gestion des lits et des ressources, juste positionnement de l'hôpital dans le parcours de soin et graduation des soins sur le territoire, décroissement sanitaire, médico-social et libéral, cohérence de l'offre de soin sur le territoire.

Or le contexte de crise sanitaire semble avoir mis en lumière certaines difficultés caractéristiques des acteurs à se coordonner autour des parcours des personnes âgées, au sein des hôpitaux et sur les territoires.

La crise semble également avoir été source d'apprentissages sur l'organisation de la coordination autour des parcours. Les retours d'expériences de la crise indiquent le développement de l'interconnaissance entre ville et hôpital, une meilleure diffusion de la culture gériatrique, mais aussi l'expérimentation d'innovations organisationnelles et d'innovation outils.

La crise a-t-elle donc été catalyseur d'un décroissement des parcours des personnes âgées à l'hôpital et sur les territoires ? Comment capitaliser sur ces apprentissages pour pérenniser ces potentiels décroissements ?

Le déploiement de la mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences sur la filière gériatrique du Pays de Brest est ainsi analysé par le prisme de la crise sanitaire et de ses impacts. Par analyse croisée avec les retours d'expériences régionaux et nationaux, ce mémoire tente d'en déduire des préconisations pour l'accompagnement des acteurs hospitaliers et territoriaux vers des parcours plus coordonnés, structurés et ainsi plus fluides.

Mots clés :

Gériatrie, décroissement, crise sanitaire, relations ville – hôpital, responsabilité populationnelle, parcours, filières de soin graduées

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.

