



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **novembre 2021**

**La mise en place de la gériatrie intégrée
au sein du Centre hospitalier Simone :
prérequis et pertinence du modèle**

Aurélie CHABAN

Remerciements

Je souhaite apporter mes remerciements à Madame Nathalie Sanchez, Directeur du Centre hospitalier Simone Veil ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de direction pour leur accueil chaleureux durant ces huit mois de stage.

Ma reconnaissance s'adresse plus particulièrement à Monsieur Julien Lafond, Directeur délégué aux personnes âgées pour son accompagnement permanent et ses nombreux conseils.

Ce travail est le fruit d'échanges avec l'ensemble du pôle de gériatrie que je remercie sincèrement pour avoir contribué à la réalisation de ce travail et pour avoir répondu à mes nombreuses interrogations.

De façon plus générale mais tout autant sincère, je salue l'ensemble du personnel du Centre hospitalier.

Sommaire

Introduction	4
Méthodologie.....	6
1 Partie 1- Le vieillissement de la population, donnée démographique mettant en exergue la nécessité de développer la gériatrie	9
1.1 La place particulière de la personne âgée de plus de 75 ans dans le système hospitalier	9
1.1.1 Un taux d'hospitalisation deux fois plus élevé que la moyenne au niveau national	9
1.1.2 Un diagnostic national partagé sur le territoire du lieu de stage.....	10
1.1.3 L'hospitalisation, évènement indésirable pour la personne âgée de plus de 75 ans	11
1.2 La gériatrie, spécialité devenue indispensable du fait du vieillissement de la population également confrontée aux difficultés de coordination des professionnels de santé	13
1.2.1 La gériatrie, une spécialité médicale tardivement reconnue en recherche d'attractivité prenant en charge des patients âgés polypathologiques et fragiles	13
1.2.2 Une coordination complexe de l'offre gériatrique sur le territoire	15
2 PARTIE 2- L'adaptation de l'offre hospitalière du CHS à destination des personnes âgées par le développement de la gériatrie intégrée.....	19
2.1 La prise en charge des personnes âgées au sein du CHS repose sur un système coordonné de services au sein desquels l'équipe mobile de gériatrie assure un rôle pivot.....	19
2.1.1 Les coopérations au sein de l'établissement en lien avec les acteurs du territoire	19
2.1.2 L'équipe mobile de gériatrie, acteur principal de la coopération intra-hospitalière	21
2.2 Les sollicitations inadéquates de l'équipe mobile de gériatrie et la détermination des acteurs de santé du CHS à l'origine du développement de la gériatrie intégrée dans l'établissement.....	24
2.2.1 Le mésusage des EMG, facteur principal de la mise en place du modèle de gériatrie intégrée développé malgré l'absence de financements dédiés	25

2.2.2	La gériatrie intégrée , modèle plébiscité par des « médecins leader », reste confrontée à des freins symboliques pouvant être dépassés par des intervenants compétents et expérimentés	28
3	Partie 3 - La gériatrie intégrée, modèle de coopération interdisciplinaire déployé et formalisé via des conventions au CHS poussant à la réflexion sur l'interdépendance entre les services.....	31
3.1	La gériatrie intégrée, un modèle de coopération adaptable aux besoins de chaque service de spécialité grâce à des conventions spécifiques permettant le respect des recommandations émises par les professionnels.....	31
3.1.1	La gériatrie intégrée, un modèle adapté aux besoins de chaque service.....	31
3.1.2	Un partenariat conventionné entre les services pour permettre le respect des recommandations expertes du binôme médico-soignant.....	33
3.2	Les résultats satisfaisants du modèle de gériatrie intégrée mis en place au CHS permettent d'élargir la réflexion sur l'interdépendance entre les services.....	36
3.2.1	Les résultats satisfaisants de la gériatrie intégrée pour le patient et la diffusion de la culture gériatrique au sein de l'établissement	36
3.2.2	Un modèle d'intégration allant au-delà de la gériatrie mettant en exergue l'interdépendance existant entre les services	39
	Conclusion	41
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	IV
	Annexe 1- Présentation du pôle gériatrique du CHS	V
	Annexe 2 - Liste des personnes interrogées.....	I
	Annexe 3 – Grille d'entretien	I
	Annexe 4 – Analyse des EMG du territoire	II
	Annexe 5- Présentation des EMG du CHS	III
	Annexe 6- Modèle de convention de gériatrie intégrée.....	IV
	Annexe 7- Retranscription d'un entretien : Dr EJ, Chef du Pôle urgences depuis 8 ans..	I

Liste des sigles utilisés

ALD: Affection longue durée
CHS: Centre hospitalier Simone
CLIC: Centre local d'information et de coordination
CNPNG: Collège national professionnel de gériatrie
DAC: Dispositif d'Appui à la Coordination
DESC: Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DMS: Durée Moyenne de Séjour
DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD: Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG: Equipe mobile de gériatrie
GHT: Groupement Hospitalier de Territoire
HAD: Hospitalisation à Domicile
HAS: Haute Autorité de la Santé
HCAAM: Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
IDE: Infirmier Diplômé d'Etat
IGAS: Inspection Générale des Affaires sociales
MAIA: Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MCO: Médecine Chirurgie Obstétrique
PCME: Président de la Commission Médicale d'Etablissement
PEC: Prise en charge
PIE: Pôle Inter-établissement
PSY: Psychiatrie
RAD: Retour à Domicile
SAU: Service d'Accueil et d'Urgences
SSIAD: Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR: Soins de suite et de rééducation
UHCD: Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UPOG: Unité péri-opératoire gériatrique
USLD: Unité de soins de longue durée

Introduction

En 2016, l'espérance de vie à la naissance atteint 85,3 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. D'après les projections de l'INSEE (INSEE- *Les Tableaux de l'économie française*, 2018), l'augmentation de la population concernerait essentiellement les plus de 65 ans : en 2040, un habitant sur quatre aurait plus de 65 ans. L'évolution de la démographie, dans le sens du vieillissement de la population, bien que projeté pour les prochaines années, se fait d'ores et déjà ressentir dans les établissements de santé.

Comme la plupart des centres hospitaliers français, le Centre hospitalier Simone (CHS) ne fait pas exception et a de plus en plus de personnes âgées dans ses services. Ces patients sont différents des autres : taux d'hospitalisation plus élevé, durée moyenne de séjour plus longue et sur-fréquentation des urgences. Souvent atteinte de polyopathologies, la personne âgée de plus de 75 ans est hospitalisée consécutivement à des chutes ou pour des raisons cardiovasculaires. Hormis l'impact financier non négligeable des hospitalisations, ces dernières peuvent avoir des effets délétères sur la santé des personnes.

Le CHS est un établissement de recours et de proximité, doté de 1 154 lits et places de MCO, SSR, PSY, HAD et EHPAD. L'établissement propose une offre diversifiée de spécialités médicales et chirurgicales et s'appuie sur un plateau technique complet et performant. Le service des urgences adultes (SAU) de l'hôpital a accueilli en 2019 près de 57 000 patients. Afin de mettre en œuvre son projet médical orienté sur la médecine de parcours, le CHS a développé une filière personnes âgées diversifiée, tant sur le volet sanitaire que médico-social : consultations « fragilités » / « mémoire », Hôpital de jour MCO et SSR ; unité de gériatrie aiguë ; hospitalisation à domicile ; UPOG ; équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs, et de psychogériatrie ; soins de suite et de réadaptation gériatrique ; UCC ; USLD et EHPAD. La filière gériatrie est ainsi constituée de 411 lits et places, et mobilise au quotidien près de 350 ETP (Annexe 1- Présentation du pôle gériatrique).

Depuis 2019, les pôles de gériatrie du CHS et celui du CH voisin se sont rapprochés dans le cadre d'un pôle inter-établissement (PIE) de gériatrie. Les deux établissements sont historiquement membres de la même filière gériatrique de territoire, ce qui les a conduits à articuler leur offre de soin avec des partenaires communs (DAC, cliniques SSR, EHPAD, SSIAD et réseaux gérontologiques ...) autour de projets conjoints.

Il existe désormais une offre foisonnante et multiple à destination des personnes âgées à l'hôpital ; néanmoins, elle est souvent complexe, cloisonnée et n'est pas toujours lisible pour les profanes. La multiplicité des services génère des problèmes de continuité au niveau des soins et services offerts.

Face aux nouveaux besoins, les frontières entre les acteurs et les missions du sanitaire, du médico-social et du social doivent être décloisonnées pour simplifier la prise en charge et « *mettre fin à l'éparpillement actuel des interlocuteurs et des moyens* » (HCAAM, novembre 2018). La rapidité des réponses entre de multiples professionnels est également un élément majeur de la bonne structuration du parcours des personnes âgées. De plus, la rareté des ressources humaines gériatriques et la perspective d'un accroissement de la demande par les personnes âgées à l'hôpital dans un avenir proche rend essentielle une réponse efficace à l'usager dans tous les services de spécialité. Effectivement, ces derniers n'échappent pas au vieillissement de leur patientèle et la prise en charge est parfois inadaptée pour être efficace. Les équipes mobiles de gériatrie peuvent se déplacer à la demande des services mais l'objectif serait d'infuser la culture gériatrique dans l'ensemble des services.

Après la suppression de lits de gériatrie aiguë en 2018 et la montée en charge progressive de l'activité d'hospitalisation à domicile à destination des personnes âgées, le CHS a progressivement intégré des médecins gériatres et des IDE au sein des équipes des services de spécialité, afin de contribuer aux stratégies de prise en charge et de déterminer les parcours de soins les plus adaptés.

L'intégration des soins a récemment émergé en France dans les politiques publiques notamment avec le plan Alzheimer 2008-2012. Différentes définitions ont été données ; il sera retenu ici celle de Leutz présentée par la Société Française de Gériatrie en 2013 (Somme, D., Trouvé, H., Passadori, Y., Corvez, A., Jeandel, C., Bloch, M. & de Stampa-Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration-Gérontologie et société) selon lequel l'intégration des services est un continuum qui va de la simple liaison à l'intégration complète en passant par la coordination. L'intégration cherche à interconnecter le système de santé (aigu, première ligne médicale, et spécialisée) avec les autres systèmes de services (soins de long terme, éducation et professionnel et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction ou d'efficacité) du patient.

Il y aurait donc trois niveaux d'intégration dans les soins de santé : la liaison qui consiste en l'établissement de protocoles entre différentes organisations qui conservent leur autonomie pour faciliter le transfert de clients et la transition entre les services ; la coordination qui repose quant à elle sur la concertation de tous les organismes d'une région qui acceptent de sacrifier une partie de leur autonomie et enfin l'intégration complète qui prévoit la prise en charge totale des personnes par une équipe multidisciplinaire autour d'une structure de type centre de jour, ou de services de maintien à domicile.

L'intégration se distingue de la coopération et de la coordination en allant au-delà de la simple articulation des missions comme peut le réaliser le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) sur un territoire qui facilite le parcours des patients et leur apporte une réponse coordonnée.

Ces systèmes ne visent « *pas la transformation des missions des organisations existantes mais leur articulation* » (Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration) mais simplement à pallier le manque de coordination des organisations existantes. Ces deux modalités se complètent car, avant de faire de l'intégration, il nécessite souvent de passer par la coordination.

L'idée fondamentale de l'intégration est de sortir du fonctionnement en silo dans lequel chacun a une mission grâce à des organisations interconnectées qui agissent de concert. Il existe un réel caractère ambitieux et transformateur de l'intégration qui a fait ses preuves ailleurs dans le monde, et particulièrement au Canada avec le projet CHOICE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly). Ces programmes sont construits autour d'un Centre de jour où sont basés les membres d'une équipe multidisciplinaire qui évaluent et traitent les patients.

La plupart des études ont montré la capacité des modèles intégrés à améliorer l'autonomie des usagers, la satisfaction des personnes âgées et à modifier l'utilisation des services de santé. Le modèle d'intégration semble être au cœur de la logique de parcours souhaitée pour simplifier et améliorer la lisibilité de la prise en charge des personnes âgées et de leur entourage.

Au CHS, la crise COVID-19 a mis en exergue, à l'hôpital, la nécessité de garantir la présence d'un gériatre dès les urgences pour permettre la bonne orientation des patients. Des réflexions similaires ont par ailleurs été au centre des travaux menés par l'atelier «Parcours de personnes âgées» de la concertation Grand Age et Autonomie (Min des solidarités et de la santé- Atelier Parcours de personnes âgées). Alors, des initiatives comme celles menées dans cet établissement pourraient sans aucun doute être étendues au niveau national.

L'exemple du CHS permet de montrer en quoi le modèle de gériatrie intégrée qui va plus loin qu'une simple coopération permet d'améliorer le parcours de soin de la personne âgée.

Tout d'abord, Le vieillissement de la population est une donnée mettant en exergue la nécessité de développer la spécialité gériatrique (Partie 1), ce qu'a fait le CHS en mettant notamment en place le modèle de gériatrie intégrée pour dépasser les mésusages de l'équipe mobile de gériatrie (Partie 2). Ce travail formalisé par la rédaction de conventions montre des facteurs de réussite et peut ainsi être généralisé dans d'autres secteurs que la gériatrie (Partie 3).

Méthodologie

Le choix du sujet de mémoire s'est porté sur le concept de gériatrie intégrée au début du stage de professionnalisation. Effectivement, dans le cadre du projet médico-soignant 2018-2022 de l'hôpital dont l'un des axes concerne la prise en charge des personnes âgées, l'un des objectifs

de la filière gériatrique était l'adaptation précoce des parcours de soins à travers une prise en charge gériatrique des spécialités. Cela passe notamment par le développement en transversal d'une culture gériatrique pour répondre aux enjeux de demain.

La mise en place de la gériatrie intégrée souhaitée dès 2018 s'est progressivement développée mais a connu son paroxysme et sa pérennité notamment lors de la crise sanitaire rencontrée cette dernière année pour différentes raisons. Effectivement, les personnes âgées déjà nombreuses aux urgences l'étaient d'autant plus et les lits de médecine ont été réduits durant cette période. Dans ces conditions, il a fallu réinterroger la pertinence de toutes les orientations d'hospitalisation conventionnelle des patients gériatriques. Initialement, un infirmier spécialisé en gériatrie passait quotidiennement mais, le contexte nécessitait le soutien d'un médecin gériatre et la présence au staff de l'Unité d'Hospitalisation de Courte durée (UHCD) du binôme médico-soignant.

Un cadre à ces interventions a été réalisé durant la période de stage en concluant des conventions entre le département d'évaluation gériatrique et les services de spécialité.

Ainsi, le développement du concept d'intégration dans un secteur où la coopération est le plus souvent mise en exergue a attiré mon intérêt sur le sujet.

La méthode employée pour mener à bien la réflexion sur la gériatrie intégrée repose sur cinq axes principaux : le recueil de données, les rencontres formelles et informelles, l'observation directe, les entretiens semi-directifs et l'étude comparative.

En premier lieu, **la collecte d'informations** a été nécessaire pour prendre connaissance des travaux et recherches déjà effectués sur le sujet et établir le cadre théorique existant. Ces recherches ont permis de révéler l'originalité du sujet puisque peu de travaux traitent du concept d'intégration en gériatrie : ils se focalisent essentiellement sur les coopérations existantes et le travail des équipes mobiles de gériatrie. Aussi, le travail bibliographique a permis d'identifier les personnes expertes sur le sujet de la gériatrie et d'avoir une compréhension exhaustive des enjeux du sujet traité. De plus, le recueil des données sur le lieu de stage a également été profitable pour constituer une base de travail.

Après l'exploration de la littérature existante, il a fallu faire émerger un questionnement sur le sujet principalement né de l'observation de terrain et des discussions informelles réalisées avec les acteurs du sujet.

Ainsi des **rencontres formelles et informelles** ont eu lieu sur le sujet dès le mois de janvier 2021. Effectivement, l'une de mes missions de stage a été l'accompagnement du département

d'évaluation gériatrique et de sa chef de service nouvellement nommée dans la formalisation et la présentation de la gériatrie intégrée aux instances de l'hôpital (Annexe 2- Liste des personnes interrogées).

Ce travail préalable et les échanges informels réalisés avec le chef du service du département d'évaluation, le chef de pôle de gériatrie et le directeur délégué aux personnes âgées ont permis de réaliser une grille utilisée par la suite pour **des entretiens semi-directifs** plus formel dans la perspective des rencontres avec d'autres professionnels (Annexe 3- Grille d'entretien).

Afin d'accroître ma connaissance du travail réalisé par les professionnels, j'ai accompagné les médecins gériatres et infirmiers dans leurs visites quotidiennes ou hebdomadaires à plusieurs reprises. Cela m'a permis **d'observer** l'accueil qui leur été accordé et leur intégration dans les services de spécialité.

Le concept de gériatrie intégrée reposant en partie sur les équipes mobiles de gériatrie, je me suis également intéressée à la composition des EMG du territoire pour réaliser une **étude comparative** (Annexe 4- Etude comparative des EMG).

Enfin, la durée de mon stage ne m'a pas permis d'obtenir des éléments quantitatifs significatifs pour évaluer la mise en place de la gériatrie intégrée. Je n'ai pu obtenir un retour qualitatif qu'à travers les échanges réalisés avec les professionnels. Aussi, j'ai choisi de ne pas interroger directement des familles et des usagers mais plutôt d'analyser leur ressenti et leur réaction lors du passage des médecins gériatres et des appels téléphoniques auxquels j'ai assistés.

Les acteurs du terrain ont vu un intérêt au travail d'enquête réalisé et au sujet traité permettant de valoriser un concept encore insuffisamment développé dans les établissements de santé.

1 Partie 1- Le vieillissement de la population, donnée démographique mettant en exergue la nécessité de développer la gériatrie

Le vieillissement de la population française a un impact significatif sur le système hospitalier français ce qui rend le développement de la médecine gériatrique indispensable pour prendre en charge ces patients âgés et polypathologiques.

1.1 La place particulière de la personne âgée de plus de 75 ans dans le système hospitalier

Au regard des constats nationaux et locaux, la personne âgée de plus de 75 ans occupe une place particulière dans le parcours hospitalier français : elle est plus souvent hospitalisée et pour une durée plus longue. Ce niveau d'hospitalisation constitue un réel évènement indésirable pour le patient et son parcours de vie.

1.1.1 Un taux d'hospitalisation deux fois plus élevé que la moyenne au niveau national

Selon l'Agence technique de l'information de l'hospitalisation ([synthese_aah_2018_v2.pdf](#) ([sante.fr](#)), un tiers des patients hospitalisés en MCO est âgé de 65 ans et plus et les patients âgés de 80 ans et plus représentent 15% des séjours hospitaliers. Une hausse particulièrement forte des hospitalisations est observée chez les patients âgés de 70 à 74 ans. Le taux d'hospitalisation post-urgences augmente avec l'âge : il est de 11% chez les patients âgés de moins de 20 ans, 14% chez les patients de 20 à 39 ans, 19% chez les patients de 40 à 59 ans et il passe à 45% chez les patients âgés de 60 ans et plus.

La durée moyenne des passages aux urgences augmente également avec l'âge des patients. Effectivement comme relevé par la Drees ([solidarites-sante.gouv.fr](#)), les personnes âgées ont une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. Un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques de 2017 sur l'état de santé de la population en France (Rapport 2017 sur « L'état de santé de la population en France »), estime que la proportion de personnes déclarant avoir des maladies chroniques augmente fortement avec l'âge, passant de moins de 15 % pour les 16-24 ans à 75 % pour les personnes âgées de 85 ans ou plus. La fragilité, la dépendance et les polypathologies justifient une prise

en charge plus complexe que pour les autres patients et entraînent des durées de passage plus longues.

Les séjours en UHCD et l'importance des examens complémentaires sont associés à des durées de passage élevées. Pour tous les âges, les passages sont plus longs lors d'un passage en UHCD mais, près d'une personne âgée de plus de 75 ans sur cinq y a séjourné pendant son passage aux urgences, contre environ une personne sur treize pour les 15-74 ans. L'UHCD, destinée à hospitaliser des patients pour une durée limitée, et permettant la mise en observation avant orientation (retour à domicile ou hospitalisation) est également utilisée comme zone d'attente d'un lit en cas d'hospitalisation conventionnelle. Il semblerait que le recours accru à ce type d'unité pour les personnes âgées avant leur hospitalisation serait donc surtout la conséquence d'une attente plus longue pour obtenir un lit.

1.1.2 Un diagnostic national partagé sur le territoire du lieu de stage

L'Observatoire Régional de Santé d'Île-de-France a publié en décembre 2019 un profil synthétique du territoire de stage à partir des dernières données socio-démographiques. Le territoire de 575 000 habitants est plutôt urbain, stable démographiquement et au profil social intermédiaire. Les données relatives à la population de 75 ans et plus sont les suivantes : comparativement au profil régional moyen, le territoire compte une proportion relativement comparable de 65 ans et plus, avec un très léger surcroît de population aux alentours de 80 ans et plus. Avec une augmentation d'environ 32 000 personnes de plus de 60 ans sur le territoire depuis 1999 (dont près de 15 500 depuis 2009), ce dernier connaît une augmentation non négligeable de la part de personnes âgées qu'il abrite. A l'horizon 2030, le territoire devrait compter près de 8 300 personnes de 60-74 ans et 14 000 personnes de 75 ans et plus supplémentaires. La répartition de la population âgée de 75 ans et plus sur le territoire ne suit pas exactement la répartition de la population totale : des communes sont relativement jeunes proportionnellement à leur taille. Inversement, des communes comptent un peu plus de personnes âgées que la moyenne du territoire.

Les indicateurs de santé des 65 ans et plus du territoire sont défavorables par rapport à ceux observés en moyenne en Île-de-France. Le niveau de mortalité est supérieur de plus de 4,2 % au niveau francilien, celui des nouvelles admissions en Affection Longue Durée (ALD) pour diabète de plus de 11,5 % et la fréquence d'ALD pour maladie d'Alzheimer de plus de 6,0 %. Concernant le parcours de la Personne âgée au Service d'accueil des Urgences (SAU) et dans l'établissement, le service des urgences adultes de l'hôpital a accueilli en 2019 près de 57 000 patients. Le taux d'entrée par les urgences pour les patients hospitalisés au CHS s'établit à 42 % et les passages se répartissent à environ 2/3 pour la médecine et 1/3 pour la traumatologie.

Les patients de plus de 75 ans représentent 17 % de l'ensemble des passages. La répartition des passages par tranche horaire en semaine montre que pour les patients de plus de 75 ans, 36 % des passages ont lieu après 16h, ce qui est de nature à favoriser les hospitalisations compte tenu du temps nécessaire pour l'évaluation et l'obtention d'un avis spécialisé.

Si le temps d'attente avant la prise en charge est inférieur à une heure pour les patients de 75 ans et plus en 2019, le temps de prise en charge moyen (passage à l'UHCD compris) se situe entre 15h et 18h.

Le pourcentage de patients hospitalisés (toutes catégories d'âge confondues) est de 18% et atteint 43 % pour les patients de plus de 75 ans, donnée qui se situe dans la moyenne nationale observée.

L'hôpital dispose d'une UHCD de 18 lits. En 2019, on constate une « sur-représentation » des patients de plus de 75 ans au sein de cette UHCD, qui représentent 61 % des séjours pour 17 % des passages au SAU. Alors que la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) recommande que la durée moyenne de séjour d'une UHCD soit inférieure à 24 heures (sfmu.org), 90% des séjours au sein de l'UHCD du CHS étaient supérieurs à 24h en 2019, donnée en forte progression depuis 2017 (+39 % par rapport à 2017). Ces données reflètent des difficultés en aval du service d'urgence et constitue une marge de progression importante car l'UHCD fonctionne comme une unité d'hospitalisation « tampon ».

La répartition par mode de sortie à partir de l'UHCD en 2019 montre que le principal mode de sortie se fait par mutation interne (65 %), suivi par les transferts (22 %), ainsi que la faible part des retours à domicile (10 %). Comparativement à l'ensemble des patients, la répartition par mode de sortie pour les plus de 75 ans montre une part plus importante de transfert (28 %), et une plus faible part de RAD (8 %). Les transferts portent pour 80 % sur des patients âgés de plus de 75 ans (586 transferts en 2019), en lien avec des partenariats qui permettent un « délestage » régulier.

Lorsque les mutations se font en internes, les principales orientations pour les patients de plus de 80 ans sont les services de Gériatrie Aigue et de chirurgie orthopédique pour 17% chacun. Ensuite, viennent les services de médecine interne (11 %) et de pneumologie (9 %).

1.1.3 L'hospitalisation, évènement indésirable pour la personne âgée de plus de 75 ans

Avec l'âge, le parcours hospitalier des personnes âgées apparaît plus exposé à des ruptures et des discontinuités dans la prise en charge avec notamment des transferts plus fréquents comme a pu le démontrer le HCAAM en 2018. Par ailleurs, les parcours sont plus fragmentés avec des réadmissions qui peuvent s'avérer plus courantes : dans 14% des cas, les personnes âgées font l'objet d'une réhospitalisation non programmée à 30 jours indique la HAS en 2013

dans le document «comment réduire les risques de réhospitalisation évitable des personnes âgées». La plupart des personnes admises à l'hôpital proviennent du domicile.

Le profil des personnes âgées présente certaines spécificités : 40% à 70% des personnes de plus de 75 ans ou plus sont traitées pour plusieurs pathologies indique la synthèse de l'atelier «Hôpital et Personne âgée» issu de la Concertation grand âge et Autonomie. D'ailleurs 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans sont liées à un médicament et à un risque iatrogène. Le motif d'hospitalisation est alors générateur de difficulté d'orientation. Aux urgences, la traumatologie constitue l'un des principaux motifs d'admission des 75 ans et plus.

Une fois orientées au sein de l'hôpital, les hospitalisations des patients de 75 ans ont des conséquences non négligeables puisqu'au-delà d'affecter leur état émotionnel, elles peuvent entraîner un déclin fonctionnel et cognitif irrémédiable : la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation (HAS et le Collège national professionnel de gériatrie-Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées-sept 2017).

Effectivement, il est observé une perte d'autonomie de 30% à 60% pour les personnes hospitalisées de 70 ans et plus et de plus de 50% pour les plus de 85 ans. Cela peut être causé par des facteurs intrinsèques au patient ou extrinsèques liés aux modalités de prise en soin. Au-delà d'un certain âge, les gériatres s'accordent à dire que toute personne est à risque et doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique et adaptée pour éviter tout risque de dépendance iatrogène qui peut s'avérer définitive.

Enfin, la durée moyenne de séjour de la personne âgée provenant du domicile étant généralement plus longue, l'impact financier est d'autant plus important. Il existe donc un intérêt à les prendre correctement en charge pour réduire ces coûts même si la dépense catégorielle reste relative (les 85-89 ans sont moins nombreux dans la population générale que les 25-29 ans).

Au cours des dernières décennies, les services gériatriques se sont améliorés mais, ils se sont fragmentés en plusieurs services spécialisés : unités de courte durée gériatrique, services de réadaptation fonctionnelle et services à domicile pour personnes âgées sont maintenant des composantes du réseau de la santé. En même temps, d'autres organisations comme les organismes bénévoles, les services infirmiers à domicile et les services privés à domicile sont fortement impliqués dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Même si chacun de ces partenaires améliore ses services, la diversité des parties intervenantes expose la personne âgée à un manque de continuité. Les évaluations répétées, les problèmes de communication entre les services et organisations, les interventions non-coordonnées, et l'utilisation inappropriée de services hospitaliers et institutionnels sont

quelques-unes des conséquences résultant de la fragmentation des services. Le manque de coordination peut être considéré comme un nouveau facteur de risque de perte d'autonomie (Raïche & Hébert, 2003).

1.2 La gériatrie, spécialité devenue indispensable du fait du vieillissement de la population également confrontée aux difficultés de coordination des professionnels de santé

Le vieillissement de la population a rendu inéluctable le développement de la médecine gériatrique. Néanmoins, la prise en charge de la personne âgée n'échappe pas aux difficultés de coordination de l'offre médicale sur le territoire mettant en exergue la nécessité d'une approche intégrée de la spécialité.

1.2.1 La gériatrie, une spécialité médicale tardivement reconnue en recherche d'attractivité prenant en charge des patients âgés polypathologiques et fragiles

- A) La médecine gériatrique, spécialité de la prise en charge de la personne âgée polypathologique

Les missions spécifiques de la médecine gériatrique ont commencé à émerger dans les années 70 autour de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital pour se développer à partir des années 85/90 en France. Les progrès thérapeutiques ont permis de distinguer la vieillesse, état physiologique et les maladies liées à l'âge qui peuvent entraîner un handicap. La gériatrie se distingue de la gérontologie qui est un ensemble complexe de professionnels participant à la prise en charge des personnes âgées.

La médecine gériatrique est une spécialité médicale prenant en charge les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés. Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale ([Le métier de gériatre – Annuaire CNP \(cnpgeriatrie.fr\)](http://cnpgeriatrie.fr)). L'âge n'est qu'un indicateur partiel pour définir une personne âgée même s'il est admis que c'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent.

Deux types de patients âgés se distinguent, correspondant chacun à des enjeux différents et donc des réponses diagnostiques et thérapeutiques distinctes : les patients âgés monopathologiques hospitalisés pour une « pathologie d'organe dominante facilement

identifiable ». Ils sont hospitalisés de préférence dans les services de court séjour relevant de la spécialité dont relève leur pathologie.

Les patients âgés polypathologiques se caractérisent quant à eux par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques. Selon le Conseil National Professionnel de gériatrie, « ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation volontiers atypiques de ces affections n'orientent pas d'emblée vers une pathologie d'organe précise exposant au risque d'une orientation inadéquate en service de spécialité »

La polypathologie seule n'est pas nécessairement source de difficultés : c'est l'apparition d'un syndrome de fragilité qui renforce le besoin de soins et aggrave les difficultés diagnostiques et thérapeutiques auxquelles font face les médecins et qui fait la spécificité de la gériatrie

La Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* » (HAS-Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? - 2013).

Par l'intermédiaire du syndrome de fragilité, la dépendance, état de la personne qui a « *besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* » (loi n° 97-60 du 24 janvier 1997) peut être aggravée ou créée au décours d'une hospitalisation. C'est donc un enjeu de la prise en charge des patients âgés que de détecter rapidement la fragilité et limiter les risques de perte d'autonomie qui en découleraient.

B) La gériatrie, une spécialité tardivement reconnue et peu valorisée

La reconnaissance du soin gériatrique, même si elle a été plus facilement admise aujourd'hui, a été tardive. Seules deux formations, créées en 1988, permettent de prétendre au titre de gériatre : le diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie (DESC) et la capacité de gérontologie. Le DESC de gériatrie devient qualifiant à lui seul uniquement à partir de 2004, ce qui permet à la gériatrie d'accéder au statut de spécialité qu'elle ne possédait pas encore. Cette reconnaissance tardive de la gériatrie en tant que spécialité explique en partie le faible nombre de gériatres universitaires. Par ailleurs, la gériatrie souffre d'une image dégradée ce qui n'incite pas toujours les meilleurs médecins à la choisir comme spécialité, elle est

également souvent préférée par les médecins étrangers pour valider leur procédure d'autorisation d'exercice.

La gériatrie pourrait pourtant être une spécialité attractive : elle est de plus en plus ouverte sur la ville et contrairement aux spécialités d'organes, elle est interdisciplinaire. Effectivement, la gériatrie nécessite la pratique systématique d'une approche globale (médicale, psychologique, environnementale et sociale) et de ce fait l'intervention de multiples acteurs appartenant au champ médical (gériatres, spécialistes d'organes, médecins généralistes), paramédical (IDE, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophonistes) et au champ social (Assistant social, conseiller en gérontologie).

Il semble que cela soit une véritable plus-value pour le professionnel mais également pour le patient dont l'accompagnement s'inscrit dans un parcours qui dépasse le simple motif d'hospitalisation.

Pour exemple, le cas d'un patient admis pour de nombreuses chutes : la prise en charge doit aller plus loin que l'œil médical : la prise en charge doit être nutritionnelle, sociale... La seule approche par le service social, le diététicien ou le médecin ne suffit pas, il faut un accès intégral et interdisciplinaire pour modifier la trajectoire du patient. Cela est complexe à mettre en œuvre, peu enseigné et va à l'encontre de certains principes professionnels. L'appréhension transversale d'un patient âgé et polyopathologique permet d'éviter les transferts secondaires des patients entre services et des ruptures dans la continuité des soins.

1.2.2 Une coordination complexe de l'offre gériatrique sur le territoire

- A) Permettre une évaluation régulière pour une prise en soins continue par la coordination sur le territoire qui semble offrir des résultats limités

L'offre sanitaire et médico-sociale doit être adaptée au caractère évolutif des besoins de patients atteints d'affections chroniques, source d'incapacités fonctionnelles et de désavantages. Elle doit permettre de prévenir les situations de crise médicosociales par une évaluation régulière des besoins individuels et assurer une prise en soins continue. Cela implique une prise en charge pluriprofessionnelle en interdisciplinarité organisée dans le cadre d'un réseau de soins de proximité multi partenarial et d'une filière hospitalière.

Selon le Conseil national professionnel de gériatrie, les dispositifs sanitaires et médico-sociaux requis pour atteindre ces objectifs sont de quatre ordres : des services de soins et d'aide à la personne, des lieux d'évaluation et de répit pour les aidants, des lieux d'investigation et de gestion des situations de crise, et des structures de coordination interfacées.

La notion de coordination dans la prise en charge des personnes âgées n'est pas récente comme le rappellent Bernadette Puijalon et Marie-José Guisset, (GUISSET (M.J.) ; PUIJALON (B.)- GERONTOLOGIE ET SOCIETE. N° 100, 2002/03, pages 13-23). Plusieurs textes, avant la parution de la circulaire du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière gériatrique qui vient tracer « *les voies d'amélioration de la filière de soins en faveur des patients gériatriques* » ont tenté de coordonner l'offre de soins en direction des personnes âgées : la circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile, la circulaire du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui viennent compléter l'action des équipes médico-sociales ou encore la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé qui marque également un tournant quant à la place donnée à l'usager et à ses proches.

En 2006, l'inspection générale des Affaires Sociales (IGAS) réalise une évaluation des réseaux (Rapport IGAS ; 2006 022. 2006) qui se montre très critique : elle relève des résultats limités en termes de service rendu, de personnes prises en charge, d'évaluation médico-économique et d'innovation de l'organisation de l'offre des soins même s'ils soulignent les bénéfices secondaires en termes de dynamiques relationnelles, de changement de culture chez les professionnels.

En mars 2007, est publiée la circulaire relative à la filière de soins gériatriques (Circulaire DHOS/02 no 2007-117), qui organise la mise en œuvre du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012. Son objectif est de permettre aux patients âgés de « *pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis.* ». Elle constitue une amorce d'intégration en vue d'une prise en charge globale de la personne âgée. Malgré ces efforts, le rapport de la Cour des comptes de 2010 dresse un bilan critique du secteur des personnes âgées pour lequel une rationalisation de l'organisation de la coordination gérontologique n'a pas été pris en compte.

B) L'appropriation de la notion de coordination par le CHS, établissement porteur de la filière gériatrique de territoire

Le CHS a montré un intérêt croissant pour le travail en coordination et la gériatrie grâce à des équipes dynamiques. Ainsi, l'établissement est dans le cadre du pôle inter établissement de gériatrie porteur de la filière de gériatrie de territoire.

Le PIE créé en 2019 comprend 570 lits et places dédiés aux personnes âgées. Il a pour objectifs de compléter ses offres en coordonnant son offre de soins au bénéfice des parcours des patients (accès à une offre plus complète et plus lisible). Il permet également d'être plus visible au niveau régional pour attirer de nouveaux professionnels et obtenir des financements. Le projet médico-soignant du PIE propose notamment de repenser la prise en charge des malades âgés polypathologiques à travers la notion de parcours de soins, en privilégiant à chaque étape le recours à l'ambulatoire et à l'HAD en partenariat étroit avec les réseaux du GHT et en favorisant l'harmonisation des pratiques.

L'offre hospitalière du CHS permet une prise en charge de la personne âgée variée grâce à différentes unités tant sur le volet sanitaire que médico-social : pôle d'évaluation pluridisciplinaire : consultation gériatrique et/ou hôpital de jour gériatrique ; court séjour gériatrique ; soins de suite et réadaptation appropriés aux patients gériatriques ; équipe mobile de gériatrie et soins de longue durée.

La filière gériatrique est quant à elle répartie sur 34 communes comprenant 600 000 habitants où se situent 44 EHPAD et 18 résidences autonomie. Elle travaille en partenariat avec 4 cliniques SSR, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), un SSIAD et le réseau gérontologique de territoire. La coordination administrative de la filière est réalisée par le Directeur délégué aux personnes âgées du CHS et la coordination médicale est assurée par le gériatre, chef du Pôle inter-établissement.

Pour reprendre l'analyse de Leutz présentée en introduction, le niveau de « coordination » est pertinent pour des personnes recevant des soins dans deux types de service au moins tandis que le niveau « intégration complète » permet de regrouper toutes les compétences multidisciplinaires. Par ailleurs, il semble que rester dans un processus de coordination sans aller vers une plus grande intégration risque d'enfermer les personnes âgées dans des filières sans prendre en compte les spécificités de chacun car, même si aujourd'hui, la population est vieillissante, elle est de plus en plus longtemps en bonne santé et ne nécessite pas forcément et uniquement une prise en charge en gériatrie.

La prise en charge de la personne âgée reste complexe car, de nombreux acteurs interviennent et il peut parfois être compliqué d'orienter correctement les patients sans une connaissance pointue du secteur.

Lors d'entretiens réalisés avec les professionnels, c'est souvent un sentiment qui a été partagé. Ainsi, le chef de service des urgences indique « qu'il n'y a aucune visibilité pour les médecins urgentistes. Il y a eu les Maia, maintenant il y'a les DAC. On ne sait plus qui fait quoi : il y'a trop de coordination. Il faudrait un guichet unique ».

Une approche globale et intégrée de la prise en charge gériatrique s'impose, ce que le CHS s'efforce à faire en adaptant son offre hospitalière.

2 PARTIE 2- L'adaptation de l'offre hospitalière du CHS à destination des personnes âgées par le développement de la gériatrie intégrée

La prise en charge des personnes âgées au sein du CHS repose initialement sur un système coordonné de services au sein desquels l'équipe mobile de gériatrie assure un rôle majeur. Néanmoins, les sollicitations inadéquates de l'EMG ont incité l'établissement à développer le modèle de gériatrie intégrée.

2.1 La prise en charge des personnes âgées au sein du CHS repose sur un système coordonné de services au sein desquels l'équipe mobile de gériatrie assure un rôle pivot

De nombreux modes de coopérations existent au sein du CHS pour prendre en charge la personne âgée en lien avec les acteurs du territoire. Parmi eux, l'équipe mobile de gériatrie est le principal outil de collaboration.

2.1.1 Les coopérations au sein de l'établissement en lien avec les acteurs du territoire

Dans la lignée de ce qui est promu au niveau national, le CHS a choisi de prendre en charge les personnes âgées dans un cadre coordonné au sein de l'établissement et en lien avec les acteurs du territoire.

Vis-à-vis de l'extérieur, il existe une interface téléphonique hospitalière à destination des professionnels du premier et second recours, des médecins coordonnateurs des EHPAD et des SAMU. Cette ligne téléphonique tenue par les médecins de l'UGA permet un accès direct aux services de gériatrie, sans passage par les urgences 5 jours sur 7 de 9h à 17h.

Néanmoins, selon le chef de service de cette unité, la ligne est peu sollicitée malgré les nombreuses communications réalisées auprès des médecins de ville. Seuls certains ayant pris l'habitude de travailler avec l'hôpital contactent le numéro dédié.

Les professionnels extérieurs peuvent également solliciter l'Unité Gériatrique d'Orientation (UGO) de 10 lits créée en février 2020 pour admettre des personnes âgées de 75 ans et plus, polyopathologiques, fragilisées par une pathologie aiguë et réaliser une évaluation gériatrique avec une approche globale et individualisée des niveaux afin de prévoir rapidement une

orientation adéquate. L'objectif de ce service est d'avoir une DMS courte, soit inférieure à cinq jours, et de faciliter l'accès aux plateaux techniques et aux bilans en se coordonnant avec l'UHCD, les EMG, l'UGA et l'HAD. Malheureusement, le contexte sanitaire post février 2020 a retardé la mise en fonctionnement réelle de cette unité.

A destination des aidants et des EHPAD, l'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) accueille onze patients provenant du domicile atteints d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence apparentée (démence vasculaire, démence de la maladie de Parkinson ou autre pathologie neurodégénérative) et présentant des troubles du comportement aigus. L'objectif est d'offrir une assurance et un cadre sécurisant afin de permettre un répit à l'aidant principal et rendre possible un retour du malade à son domicile ou dans sa structure d'accueil dans des conditions favorables.

Une coordination informelle existe également dans les faits entre le service de gériatrie aigue et le service de chirurgie orthopédique sur le site du CHS. Ce lien étroit permet une prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant une fracture du col fémoral, une fracture per-trochantérienne ou nécessitant d'autres chirurgies orthopédiques de la personne âgée. Il améliore l'organisation du parcours du patient et évite les décompensations. Ce fonctionnement s'est mis en place assez naturellement entre des professionnels qui se connaissent bien et qui ont leurs services géographiquement proches ce qui facilite la prise en charge. La coordination réalisée par les chefs de service de l'UGA et de chirurgie orthopédique sont comparables à celles d'une unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) qui offre une prise en charge des patients de façon multidisciplinaire entre gériatres, orthopédistes et anesthésistes.

Le PIE dispose par ailleurs d'une UPOG au sein du CHA qui prend en charge le patient en amont de la chirurgie pour le préparer avant l'opération et permettre un passage rapide au bloc opératoire. L'objectif est d'éviter les décompensations liées à l'immobilisation et de favoriser un retour à l'autonomie rapide. Il s'agit ici clairement d'un modèle d'intégration réussi même si les médecins gériatres considèrent qu'il y'a beaucoup d'intervenants ce qui peut être gênant lorsque les pratiques sont différentes (Entretien avec CB, médecin gériatre à l'UPOG). Ces propos montrent l'intérêt de diffuser une culture de la gériatrie au-delà de la simple réunion des professionnels médicaux et soignants.

Par ailleurs, un comité de coordination de filière composé des représentants des membres de la filière se réunit annuellement depuis 2018. Il procède à une évaluation qualitative et quantitative du fonctionnement de la filière et il fixe les objectifs de l'année à venir. Lors de ses rencontres, une plaquette d'information relative à l'offre de soins et d'accompagnement dédiée aux personnes âgées a été produite.

Aussi, la coordination de l'offre d'aval des urgences est confiée depuis 2020 à une cellule de « bed management ». Effectivement, un établissement de soins devrait accueillir tous les patients qui nécessitent une hospitalisation qu'ils soient programmés ou non programmés. Or, il existe des difficultés d'hébergement en aval des urgences (20 % à 25 % des patients pris en charge aux urgences nécessitent un séjour hospitalier selon l'étude « un jour donné » réalisée par la Drees) auxquelles différentes solutions ont été trouvées dont les UHCD. Le concept est judicieux mais il montre ses limites. Pour faire face à ce besoin qui touche particulièrement les personnes âgées et la filière gériatrique, les cellules de « bed management » sont créées. Selon la mission d'information du sénat de 2017, le « bed manager » a pour rôle d'assurer « *le suivi en temps réel et prévisionnel de la disponibilité de l'ensemble des lits d'un établissement hospitalier, d'améliorer le taux de rotation dans les services et ainsi, par ricochet, de fluidifier l'aval des urgences* ». Il a une triple finalité : fluidifier la gestion des lits afin de l'adapter au mieux à l'activité, réduire le temps d'attente aux urgences en coordonnant mieux l'offre d'aval et enfin, participer à la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS). Au sein du CHS, cette cellule est coordonnée par un cadre bénéficiant d'une expérience dans plusieurs services et ayant exercé des missions transversales au sein du centre hospitalier. Elle comprend également une IDE et une assistante sociale à du temps dédié afin de venir en appui sur les situations de « bed blockers ». La coordination doit ici s'effectuer de façon horizontale entre les différents services. Les difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de ces cellules sont en certains points semblables à celles rencontrées par les équipes participant à la gériatrie intégrée dans les services de spécialité puisqu'ils doivent faire face à des médecins chefs des services de spécialité et rencontrent les difficultés du suivi en temps réel des données (nombre de lits disponibles sur le territoire par exemple).

2.1.2 L'équipe mobile de gériatrie, acteur principal de la coopération intra-hospitalière

Conformément à la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, les équipes mobiles de gériatrie se sont mises en place avec pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences.

Ses missions sont multiples : conseil, information et formation pour les équipes soignantes ; évaluation globale de la personne âgée, soit une évaluation médico-psycho-sociale pour une prise en charge adéquate de situations complexes ; participation à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie ; orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière ; orientation à la sortie d'hospitalisation et participation à l'organisation de la sortie. Toutefois, la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé.

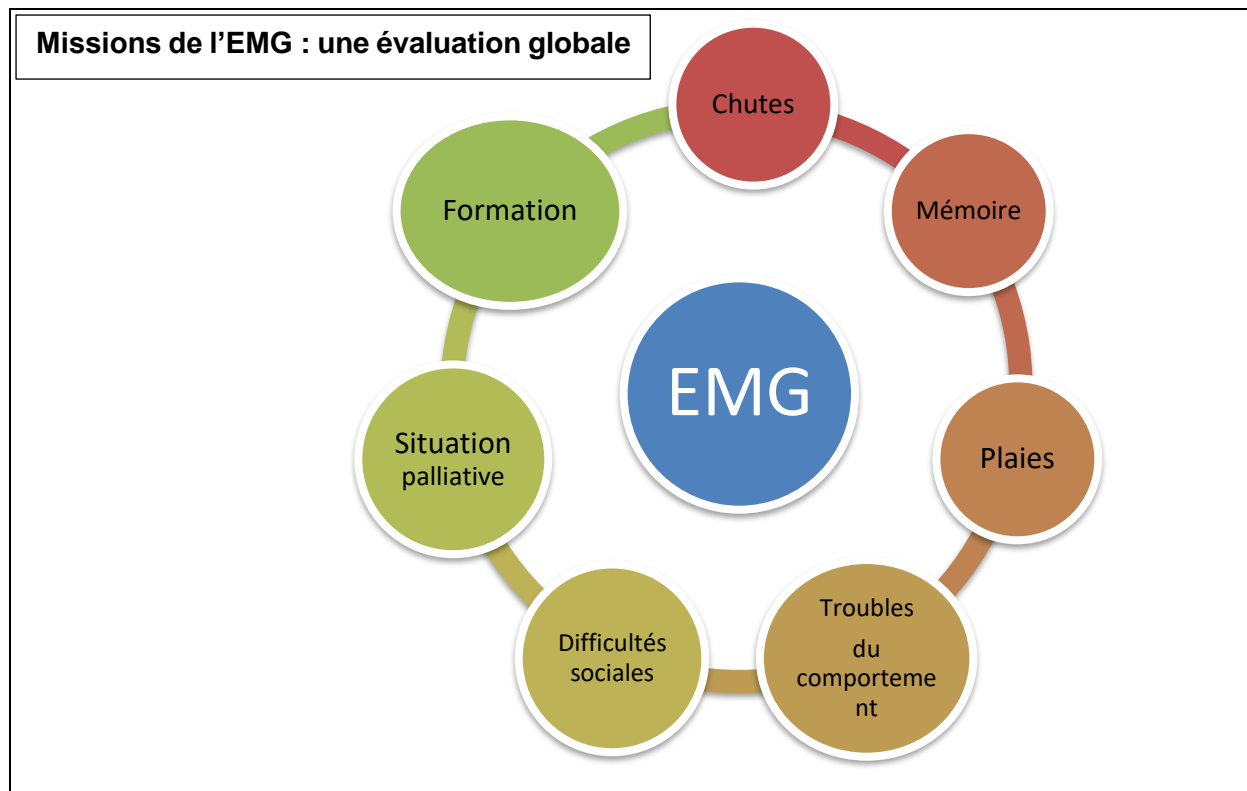


Figure 1 – Missions de l'EMG

L'EMG est le principal outil de coordination du CHS en agissant à la fois en intra hospitalier et sur le territoire.

Avant de regrouper l'ensemble des précédentes EMG dans une seule équipe en charge du territoire (l'EMGE-SP de territoire), une équipe mobile de soins palliatifs territoriale (EMSPT) et une équipe mobile de psycho-gériatrie (EMPG) ont coexisté. Elles ont accompagné les EHPAD du département pour renforcer l'autonomie des structures dans la prise en charge de la fin de vie ou des troubles du comportement.

Cette équipe est dotée de la triple compétence « évaluation gériatrique – soins palliatifs – gérontopsychiatrie » et constitue l'une des plus dimensionnée en Ile-de-France (Annexe 4 - Etude comparative des EMG). Effectivement, l'équipe mobile du CHS comprend 14 personnes dont 10 à temps plein : 3 médecins gériatres, 6 IDE expérimentés en gériatrie et un agent administratif.

La composition des EMG sur la région peut être assez variable quantitativement et selon les profils des professionnels. Néanmoins, la plupart ont a minima un médecin gériatre et un IDE. D'autres équipes, selon les données transmises par l'association des EMG du territoire, comprennent comme professionnels un neuropsychologue, un orthophoniste, un psychologue, un aide-soignant, un assistant social ou d'autres professionnels paramédicaux.

Composition des 47 EMG du territoire		
10 EMG avec une seule personne		
Moyenne des EMG	3,38 personnes	

Composition des EMG		
Métiers	Nombre de professionnels	
Gériatre	70	44%
IDE	52	33%
Autres professionnels paramédicaux	22	14%
Secrétariat	14	9%
Total général	159	

Figure 2 – Composition des EMG du territoire

Hormis l'EMGE-SP, il existe une équipe mobile intra hospitalière dont l'objectif est d'intervenir dans les services et participer à améliorer et fluidifier le parcours des personnes âgées au SAU (Annexe 5 : Présentation des EMG). Les professionnels de l'équipe interviennent à la demande du SAU ou de l'UHCD et des services d'hospitalisation ce qui sous-tend une reconnaissance de la spécialité gériatrique. L'EMG ne doit pas uniquement être perçue comme le facilitateur de l'entrée dans la filière gériatrique. Ses missions sont effectivement plus variées puisqu'elle :

- dispense une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- contribue à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques
- oriente dans la filière de soins gériatriques ;
- participe à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (DAC, SSIAD).

Pour réaliser ses missions, l'EMG utilise comme l'ensemble des gériatres de l'établissement des grilles validées (ex : pour la cognition, la dénutrition, le risque d'escarres, l'autonomie, les troubles comportementaux, les troubles posturaux) permettant une évaluation gériatrique standardisée (EGS) adaptée aux situation rencontrées. Ces échelles étant des outils assez lourds à mettre en place, les médecins gériatres du CHS ont construit dès 2017 un nouvel outil d'évaluation, le FRAG dont chaque lettre correspond à un domaine d'évaluation (Appréhender l'incertitude en gériatrie et médecine palliative du sujet âgé- Genèse du modèle FRAG- S Taurand, M Loustau, C Batchy, Ph Taurand).

:

- F, pour fragilité, appréciée à travers l'existence de syndromes gériatriques (cognitives, escarres, dénutrition, chutes à répétition) ;
- R, pour renoncement (prendre en compte la volonté du patient) ;
- A, pour autonomie, appréhendée par la notion d'indépendance fonctionnelle ;
- G, pour gravité évolutive.

Chaque domaine fait l'objet d'une cotation tenant compte de la sévérité de l'atteinte. Ces évaluations et préconisations sont retranscrites dans le dossier médical du patient. Aucun dossier d'évaluation standardisé n'a été mis en place car cela était trop complexe et lourd. Il a été privilégié la synthèse dans le dossier patient unique (DPU) avec les préconisations.

Cette équipe intervient également dans le déploiement de la gériatrie intégrée au sein de l'établissement.

Alors que le mécanisme initial de l'EMG reposait sur une intervention sur prescription médicale, les effectifs de l'EMG ont récemment évolué afin de permettre à une IDE d'être à temps plein au sein du service des urgences et de l'UHCD afin de participer à l'évaluation et orientation des patients de 75 ans et plus. Cette présence 5 jours sur 7 aux urgences contribue notamment à identifier les patients pouvant bénéficier d'une HAD ou d'un retour à domicile sans hospitalisation. Les prises en charge HAD ou en retour à domicile sont organisées en coordination avec l'assistante sociale du secteur et l'équipe d'HAD qui peut organiser une prise en charge dans les 2 heures suivant un signalement. La présence de cette IDE quotidiennement et identifiée a eu de nombreux impacts positifs sur la prise en charge. Effectivement, elle est en lien à la fois avec le SAU mais également avec la filière gériatrique. Ainsi, lorsqu'un résident d'EHPAD connu par l'EMGE est hospitalisé, elle peut rapidement avoir accès à ses antécédents et le prendre en charge efficacement. Aussi, la présence d'une IDE expérimentée en gériatrie et disposant d'une bonne connaissance du réseau est indispensable pour obtenir la confiance des professionnels du SAU et intégrer la gériatrie dans les autres services.

Malgré les volontés d'une équipe dynamique, le développement de la gériatrie intégrée à l'hôpital a été réalisée suite aux sollicitations inadéquates de l'EMG et grâce à la détermination de médecins leader suivis par la direction de l'établissement.

2.2 Les sollicitations inadéquates de l'équipe mobile de gériatrie et la détermination des acteurs de santé du CHS à l'origine du développement de la gériatrie intégrée dans l'établissement

Le modèle de gériatrie intégré au sein de l'hôpital s'est développé en raison du mésusage des équipes mobiles de gériatrie grâce à des médecins leaders et malgré des freins financiers et institutionnels.

2.2.1 Le mésusage des EMG, facteur principal de la mise en place du modèle de gériatrie intégrée développé malgré l'absence de financements dédiés

A) Eléments de mésusage des équipes mobiles de gériatrie du CHS

Si l'intégration a pu se mettre en place à l'hôpital, c'est aussi car elle s'est imposée du fait de fermeture des lits en gériatrie qui ont nécessité la mise en place d'une prise en charge alternative et efficace des patients âgés de plus en plus nombreux dans les services de spécialité. La part croissante du nombre de personnes âgées parmi les files actives hospitalières implique de repenser la prise en charge de ce public auparavant prioritairement orienté vers les services de gériatrie aigüe. Ils sont aujourd'hui majoritairement hospitalisés dans les services de médecine, sans que les équipes médico-soignantes aient pour autant été formées à l'évaluation des fragilités de ce public. De plus, les études invitent à privilégier pour les personnes âgées une réduction des DMS hospitalières afin d'éviter la perte d'autonomie et les risques iatrogènes liés à l'hospitalisation.

Le modèle d'évaluation des patients âgés au sein des services résidait uniquement sur la sollicitation de l'équipe mobile gériatrique. Bien que celle-ci ait été mise en place il y a plus de 20 ans, le modèle semblait atteindre ses limites pour permettre l'implantation durable d'une culture gériatrique dans les services hospitaliers. Effectivement, il nécessite de renforcer les pertinences de sollicitation de l'EMG car il a été constaté par les professionnels des mésusages : l'EMG étant sollicitée pour des situations non justifiées.

Tout d'abord, elles font régulièrement face à des situations très chronophages et itératives. Par exemple, la situation peut avoir été déjà évaluée par le passé par l'équipe mobile, a donné lieu à des préconisations, toujours d'actualité, qui n'ont pas été suivies.

Aussi, l'EMG est parfois appelée uniquement pour obtenir un transfert car elle est vue par les services de spécialité comme le moyen d'obtenir facilement une entrée en UGA ou en SSR gériatrique.

Les sollicitations peuvent également être sociales lorsque l'EMG est appelée pour répondre à une problématique relevant de la compétence du service social.

De plus des sollicitations précoces sont réalisées pour répondre aux exigences de DMS courte et pour éviter l'« embolisation » du SAU. Alors, les services de spécialité contactent l'EMG pour des patients tout juste entrés dans le service, et pour lesquels les hypothèses diagnostiques n'ont pas été clarifiées. Or, l'intervention de l'EMG et les propositions à formuler

sont dépendantes de la problématique médicale. Il en découle un sous repérage des situations nécessitant un suivi gériatrique afin de préserver la survie et la qualité de vie, une insatisfaction des services de spécialité quant au service rendu et une frustration du personnel de l'EMG ayant conscience de l'inadéquation de la prise en charge des malades âgés.

Pour ces raisons, le CHS a choisi de réaliser une montée en charge progressive de l'activité d'hospitalisation à domicile à destination des personnes âgées et d'intégrer des médecins gériatres au sein des équipes des services de spécialité, afin de contribuer aux stratégies de prise en charge et de déterminer les parcours de soins les plus adaptés selon les niveaux de fragilité évalués.

Ce modèle se distingue du rôle d'une équipe mobile de gériatrie qui n'intervient dans les services que sur sollicitation, et pour des avis ponctuels. L'intégration de binômes spécialisées en gériatrie vise à renforcer au quotidien la culture gériatrique au sein des services.

Pour un médecin participant aux consultations de gériatrie intégrée, celles-ci se distinguent des EMG car il y'a *«un projet d'intégration dans l'équipe dans laquelle on va travailler.»* La gériatrie intégrée se définirait selon lui comme *«la prise en charge du sujet âgé dans un autre service qui a besoin de notre expertise gériatrique pour son évaluation. J'essaie de ne pas me substituer au médecin qui le prend en charge en ayant une vision globale.»* (CS).

Pour un médecin bénéficiant de la gériatrie Intégrée dans son service : cela lui permet *«d'avoir de façon formalisée et automatique un avis et des recommandations sur toutes les personnes âgées en UHCD en attente d'hospitalisation ou de retour à domicile. On a la vision du spécialiste gériatre et non pas une prise en charge limitée à la pathologie qui a conduit à la prise en charge en urgences.»* (EJ)

B) Le développement d'une nouvelle activité malgré des financements encore inadéquats

Les modalités de financements ne permettaient pas au CHS de payer l'activité de gériatrie intégrée puisque la réduction du nombre de lits de gériatrie aigue n'est pas compensée par le développement de l'HAD et le déploiement de temps de gériatre intégré n'est pas financé.

En France, l'absence de financement de l'intégration et la domination du paiement à l'acte constituent clairement un frein aux transformations du système de santé et aux coordinations efficaces. Sur ces thématiques, le paiement groupé serait plus intéressant car les acteurs ont intérêt à se coordonner.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits afin de dépasser la situation actuelle où des expérimentations durent quelques années puis disparaissent. L'objectif du dispositif prévu par l'article 51 de cette loi est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Dans ce cadre, le CHS a déposé une lettre d'intention auprès de l'ARS afin de développer la gériatrie intégrée et obtenir des financements pour faire perdurer le modèle. Le comité technique régional chargé de l'évaluation n'a pas donné suite.

Le CHS porteur d'une filière de soins gériatriques et d'une équipe mobile de gériatrie bénéficie de financements dédiés à l'activité de l'EMG. Il a par ailleurs été identifié pour soutenir le déploiement de la 1^{ère} phase de la Mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences « *Promouvoir la structuration de parcours d'admissions directes dans les services d'hospitalisation pour les personnes âgées* » ce qui lui permettra de bénéficier de crédits supplémentaires à défaut d'avoir obtenu ceux dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Malgré l'absence de financements spécifiques dédiés à la gériatrie intégrée, les médecins gériatres appuyés par le Président de la Commission médicale d'établissement (CME) ont poussé à la mise en œuvre de la gériatrie intégrée : « *même si le système est déficitaire au début, une meilleure orientation permet une baisse de 20 % d'hospitalisation des services de gériatrie* ». Le concept s'est donc mis en place grâce à la détermination d'une direction convaincue des bienfaits du modèle pour les patients pris en charge par des « *médecins leaders* » ayant réussi à transmettre leurs certitudes.

2.2.2 La gériatrie intégrée, modèle plébiscité par des « médecins leader », reste confrontée à des freins symboliques pouvant être dépassés par des intervenants compétents et expérimentés

- A) La gériatrie intégrée, projet porté par la légitimité médicale permettant d'aller au-delà de certaines réticences institutionnelles

La mise en place de la gériatrie intégrée au sein du CHS confirme les travaux de François-Xavier SCHWEYER (HCAAM- Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé) selon lequel, les médecins leaders sont ceux qui peuvent porter l'innovation dans le cadre des soins primaires. Ils *« convainquent avec la volonté de changer et l'énergie pour essayer de travailler ensemble à l'élaboration d'une solution »*. Il s'agit de *« la légitimité charismatique des savants, des leaders »*.

Le président de la CME confirme la volonté de certains médecins à mettre en place ce nouveau modèle et les freins auxquels ces leaders se sont confrontés : *« L'hospitalisation à domicile et la gériatrie intégrée ont participé à la restructuration de la gériatrie. Il ne s'agit plus d'avoir de gros services de gériatrie aigüe. Mais ce n'est pas la position de tous les gériatres, beaucoup n'adhéraient pas au projet lors de sa construction. Effectivement il y'a eu des démissions de gériatres lorsque des lits de gériatrie aigüe ont fermé pour la gériatrie intégrée. Ils préféreraient un fonctionnement daté sans consultation »*. Or, si les gériatres ne sont pas convaincus du projet, ils vont difficilement pouvoir persuader leurs confrères. Le chef de pôle de gériatrie corréle les propos du PCME : *« Les gériatres doivent renoncer aux gros secteurs d'UGA même si c'est ce qui permet d'exister à part entière comme une spécialité et les services de spécialité doivent accueillir plus de lits de gériatrie »*.

Ce modèle doit tout de même tenir malgré les changements de personnes. Pour la plupart des professionnels interrogés, il pourra perdurer si les soignants apprécient les résultats d'une telle pratique. La légitimité pragmatique du modèle sera alors fondée sur les résultats obtenus car ce sont eux qui sont convaincants. Un chef de service participant aux consultations de gériatrie intégrée confirme que *« c'est car on fait de la médecine de bonne qualité que les gens viendront spontanément vers nous pour qu'on trouve des solutions. Cela retombera vers nous. Aujourd'hui, les EHPAD continuent d'envoyer les patients aux urgences alors qu'un patient a été staffé par l'EMGE »*. Cela montre encore les difficultés de coopération existantes. Pour le chef du pôle de gériatrie, il y'aurait tout *« intérêt de mener une « gériatrie intégrée active » pour réduire les durée de séjour et trouver des solutions rapidement »*. Le fait de réduire les DMS est clairement un objectif attendu et évaluable par les services qui pourrait les inciter à développer une coopération régulière avec le département d'évaluation gériatrique.

Il existe également des freins culturels au développement de la gériatrie intégrée : comme le dit un chef de pôle : « *Le problème de l'hôpital au développement de ces prises en charge , c'est le fait que tous les professionnels sont « service centré » . (...) de nombreux spécialistes perçoivent les demandes de recommandation et d'aide comme un travail supplémentaire »*. Par ailleurs, la place de l'équipe de gériatrie intégrée peut parfois être vue comme concurrente. Alors que les médecins sont de plus en plus hyperspécialisés, la gériatrie est la spécialité présente partout à l'hôpital même si elle l'est le plus souvent dans l'ombre...

La gériatrie intégrée se trouve également confrontée au corporatisme médical notamment lorsque ce sont les IDE qui interviennent en première intention et qu'un médecin ne souhaite parler qu'à un confrère.

B) La légitimité de la gériatrie intégrée portée par la compétence des intervenants médico-soignants

Les situations de conflits entre professionnels sont néanmoins rares en raison du profil des intervenants qui doivent répondre à certaines exigences : la compétence, l'expérience et la personnalité (« Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? » *Gérontologie et société* 31 /126, no 3 (2008)). Les soignants des services de spécialité ne sont pas toujours formés à la spécificité de la prise en soins de la population âgée et des situations parfois complexes à gérer comme la survenue d'un état d'agitation lors d'une admission aux urgences. Il nécessite alors d'être accompagné par des professionnels disposant de connaissances théoriques et pratiques sur le sujet pour éviter des prises en charge inadéquates comme la contention systématique des personnes âgées au SAU.

Les gériatres et IDE intervenant sur ces thématiques sont des professionnels expérimentés qui sont préalablement passés par différents secteurs de gériatrie. Un roulement entre les gériatres du pôle est d'ailleurs organisé afin de permettre une vision approfondie de la prise en charge entre des professionnels habitués aux consultations et d'autres à la gériatrie aigue. Aussi, les professionnels doivent pouvoir faire preuve de réactivité et de résistance lorsqu'ils interviennent dans des services qui ne sont pas les leurs. Symboliquement, il n'est pas neutre de mettre en place la gériatrie intégrée car les gériatres se placent derrière les spécialistes pour donner des conseils qui ne sont pas toujours suivis.

Par ailleurs, compte tenu des difficultés de recrutement des médecins spécialisés en gériatrie, il est complexe d'avoir des médecins expérimentés, pourtant indispensables à la mise en œuvre de ce dispositif. Le chef de pôle de gériatrie affirme pallier ces difficultés de recrutements grâce à des IDE expérimentés. Même si l'aval médical est nécessaire pour la

synthèse et le choix de l'orientation, il déclare que leur présence « *permet la coordination interprofessionnelle* ».

Infirmier en pratique avancée et gériatrie intégrée : les deux IDE en poste ont validé leurs compétences en gériatrie par des diplômes universitaires. Une des IDE a réalisé une demande de financement du diplôme d'IPA qui devrait lui permettre d'effectuer des consultations de suivi en accord avec le gériatre référent sous réserve de l'accord du patient afin notamment de pallier le manque de médecins spécialisés en gériatrie. L'IPA en gérontologie permet de tenir compte de l'aspect multidimensionnel du sujet âgé.

Au regard de l'expérience en gérontologie de cette IDE, il s'avère qu'elle n'a pas d'intérêt majeur à réaliser cette formation longue qui ne lui apportera pas de revalorisation financière à la hauteur d'un travail qu'elle réalise déjà aujourd'hui grâce aux diplômes universitaires obtenus.

3 Partie 3 - La gériatrie intégrée, modèle de coopération interdisciplinaire déployé et formalisé via des conventions au CHS poussant à la réflexion sur l'interdépendance entre les services

Mis en œuvre dans le cadre du projet de département inter-établissement d'évaluation gériatrique présenté en février 2020 aux instances, le modèle de gériatrie intégrée de l'établissement est un modèle de coopération adaptable aux besoins de chaque service de spécialité grâce à des conventions spécifiques permettant le respect des recommandations émises par les professionnels. Les résultats satisfaisant de ces protocoles permettent d'aborder une réflexion plus large sur la diffusion du concept d'intégration au sein de l'établissement.

3.1 La gériatrie intégrée, un modèle de coopération adaptable aux besoins de chaque service de spécialité grâce à des conventions spécifiques permettant le respect des recommandations émises par les professionnels

L'intégration de la gériatrie peut s'adapter aux besoins de chaque service de spécialité grâce à différents niveaux d'intervention expliqués par une convention, outil permettant le respect des recommandations émises par les spécialistes.

3.1.1 La gériatrie intégrée, un modèle adapté aux besoins de chaque service

Le service d'évaluation gériatrique participe à la gériatrie intégrée grâce à une équipe de deux infirmiers diplômés d'état et les médecins gériatres du pôle intervenant à tour de rôle à l'UHCD 5 jours sur 7 et dans le service de diabétologie de façon hebdomadaire.

Ces deux services ont été volontaires pour bénéficier de ce modèle intégré de prise en charge : l'UHCD pour des raisons évidentes liées au nombre accru de personnes âgées accueillies aux urgences et le service de diabétologie sur l'impulsion du chef de service convaincu par le modèle.

Une convention visant à définir les engagements respectifs des professionnels du service d'évaluation gériatrique et des services bénéficiaires a été rédigée en février 2021 pour

permettre d'acter une organisation déjà existante et allant au-delà du simple passage de l'EMG (Annexe 6- Modèle de convention de gériatrie intégrée).

Deux niveaux d'intervention de «gériatrie intégrée» ont été définis par le département d'évaluation gériatrique.

Le premier niveau correspond à l'intervention hebdomadaire du service d'évaluation gériatrique, modalité de collaboration réalisée avec le service de diabétologie. Chaque semaine, un médecin du service d'évaluation gériatrique participe aux réunions de staff du service et il rend une évaluation gériatrique pour les malades le nécessitant après repérage et discussion pluridisciplinaire des situations. Il délivre ses conseils à l'équipe médicale du service de spécialité (orientation, diagnostique, thérapeutique et sociale en fonction des éléments fournis par l'équipe du service) et il définit des objectifs prioritaires de soins. Une prise de contact peut être réalisée avec l'entourage et des transmissions effectuées avec l'assistante sociale.

Le second niveau correspond à l'intervention quotidienne à l'UHCD du service d'évaluation gériatrique au staff du matin. Les spécificités du secteur des urgences justifiant une organisation particulière, une IDE est présente aux transmissions et l'évaluation clinique est réalisée par le binôme médecin/IDE. Comme pour le premier niveau, des conseils et les objectifs prioritaires de soins sont délivrés à l'équipe médicale. L'entourage peut être contacté et le patient inclus dans la filière gériatrique en ambulatoire. Un lien régulier avec l'infirmière coordinatrice de l'HAD est réalisé pour le repérage des situations pouvant justifier une prise en charge à domicile.

Il est prévu à destination de ces services de spécialité la mise à disposition de compétences gériatriques stables, travaillant en partenariat étroit avec les équipes en place. La participation aux staffs et aux réunions de concertation pluridisciplinaire des services constituent la base de ce travail collégial permettant de repérer les situations justifiant une intervention gériatrique. L'organisation du service de spécialité doit permettre une présence régulière du gériatre en étroite collaboration avec les équipes en place afin d'échanger sur de nouvelles situations ou clarifier celles déjà traitées.

Le partenariat entre les services de spécialité et le service d'évaluation gériatrique ne peut fonctionner qu'à la condition que les recommandations formulées par les gériatres soient respectées.

3.1.2 Un partenariat conventionné entre les services pour permettre le respect des recommandations expertes du binôme médico-soignant

Le partenariat conventionné entre les services de spécialité et le service d'évaluation gériatrique permet l'élaboration de recommandations mises en place par les services de spécialité car fondées sur l'expertise du binôme médico-soignant.

A) Des recommandations fondées sur l'expertise du binôme médico-soignant

La place de l'infirmière est centrale tant dans sa participation à l'évaluation globale de la personne âgée que dans sa collaboration avec les différents acteurs des équipes soignantes des services de spécialité. Elle a un avis avancé dans le domaine gériatrique afin de réaliser une prise en charge adaptée. Un certain nombre des demandes ne justifie pas nécessairement un avis médical mais plutôt une évaluation gériatrique globale par une compétence spécialisée.

Pour cela, le précédent chef de service du département d'évaluation gériatrique avait proposé en 2018 la mise en place d'une coopération formalisée entre les médecins gériatres et les infirmiers venant pallier l'absence de diplôme spécifique d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en gérontologie. Ce protocole de collaboration permettrait aux IDE de répondre à un nouveau rôle adapté à des situations spécifiques rencontrées dans les différents services hospitaliers demandeurs. Il devait être validé par l'Agence régionale de santé pour sécuriser la pratique de l'infirmière expert et éviter le risque de glissement de tâche mais il n'a pas été entériné à ce jour. Aussi, la création d'un diplôme d'IPA en gérontologie permettrait également de répondre à une prise en charge globale de la personne âgée et éviter une prise en charge par organe. Plusieurs rapports récemment publiés vont d'ailleurs dans ce sens : Rapport Libault (proposition 112), rapport grand âge et autonomie (mesure 49), le pacte de refondation des urgences ou encore le Ségur de la Santé (mesure n°20).

Au quotidien, la coordination entre l'IDE et le médecin gériatre dépend des personnalités et des services. Au sein de l'UHCD, l'IDE peut intervenir en premier lieu sans le médecin gériatre amené à intervenir dans un second temps afin de relire et cosigner le compte rendu d'intervention, ou pour compléter l'évaluation si l'intervention médicale est jugée nécessaire. L'intervention en autonomie des IDE s'est faite progressivement car elles ont dû « *faire leurs preuves, montrer qu'elles apportent une plus-value et notamment face à certains services réticents* » (entretien avec les IDE de l'EMG).

Pour les médecins gériatres, le rôle des IDE est aussi très important car « *elle fait un travail de repérage* » à l'UHCD. Effectivement, tous les matins, l'IDE présente au staff de l'UHCD prépare en amont l'ensemble des dossiers des patients présents pour rechercher les antécédents pas forcément abordés et cibler plus rapidement ceux qui devront être rencontrés par le médecin gériatre à l'issue de la réunion. Cette action en amont est une aide primordiale pour faciliter le travail de la journée et faire preuve de réactivité. Chaque situation est discutée en staff et les patients le nécessitant sont examinés par le binôme IDE/médecin. L'IDE a parfois une vision plus large sur le fonctionnement des services et notamment de l'UHCD car elle est présente tous les jours alors que son binôme médecin change quotidiennement comme les équipes aux urgences.

Pour un médecin participant à la gériatrie intégrée : « *C'est un partenariat qui fait gagner du temps à tout le monde. On ne fonctionne pas l'un sans l'autre, mais l'un avec l'autre. Il y'a aussi la fibre gériatrique, la vision de la gériatrie* ».

Par ailleurs, les médecins gériatres participant au dispositif « *ne se contentent pas de donner des conseils, ils prennent contact avec la famille et en leur qualité de gériatre, ils s'emparent de la prise en charge. C'est ce qui fait le succès. Cela va au-delà de l'orientation. Ils se mouillent dans la prise en charge du patient* » reconnaît un médecin urgentiste. Pour lui, c'est d'ailleurs une des spécificités de cette spécialité qui n'hésite pas à venir rencontrer le patient et sa famille pour le prendre en charge.

Le travail du service d'évaluation gériatrique reposant également sur des préconisations sociales, le lien opérationnel entre le service d'évaluation gériatrique et le service social demeure fondamental. Les assistantes sociales du service de spécialité doivent être associées au travail du service d'évaluation gériatrique afin de permettre une plus grande réactivité et un partage des informations. La question de la création d'un poste d'assistante sociale au sein du département d'évaluation gériatrique a été un temps abordé mais son activité se concentrerait essentiellement sur le SAU et l'UHCD. Dans la perspective d'une meilleure fluidité des parcours, une assistante sociale a été recrutée au sein de la cellule de « *bed management* ».

- B) La mise en place des recommandations par les services de spécialité, des résultats globalement satisfaisants pour le CHS

Les recommandations peuvent être médicales, sociales ou environnementales. Elles portent principalement sur les examens à effectuer, la conciliation médicamenteuse, la situation de vie et les aides à mettre en place.

Les évaluations et les préconisations formulées par le médecin gériatre sont notées dans le dossier médical et son intervention apparaît dans le compte rendu d'hospitalisation. Cela met en exergue la nécessité de garantir des systèmes d'informations partagés et collaboratifs accessibles en mobilité quel que soit le type de parcours. Il arrive que des patients aient été préalablement rencontrés par l'EMGE dans une structure médico-sociale sans que cette personne ait un dossier créé à l'hôpital. Des recommandations ont parfois été déjà formulées sans que les membres du département d'évaluation gériatrique puissent y accéder. Elles peuvent « *rester invisibles car on ne voit pas la traçabilité dans le compte rendu d'hospitalisation et il n'y a pas d'obligation de suivre l'avis* » déplore une IDE.

Pour cela, un travail étroit de collaboration existe au sein du département d'évaluation gériatrique entre les équipes intervenant à l'extérieur et celles participant à la gériatrie intégrée pour suivre les personnes bénéficiant d'une prise en charge conjointe.

Afin de permettre le respect des recommandations, la plupart des professionnels mettent en avant la nécessité d'être exemplaires dans la prise en charge réalisée des personnes âgées évaluées et prises en charge. Pour le médecin responsable de l'UGA, c'est effectivement « *la rigueur qui permet de valoriser la gériatrie* » et « *c'est en étant exemplaire, professionnel, efficient et imaginatif* » que les services de spécialité acceptent la présence du département d'évaluation gériatrique.

La plupart des recommandations sont cependant suivies : c'est par ailleurs « *une philosophie de suivre l'avis des spécialistes sauf si cela est contraire à l'intérêt des patients* » pour le responsable des urgences.

De plus, l'indépendance du service d'évaluation gériatrique intervenant dans le service de spécialité doit être respectée. Le gériatre travaille sous la responsabilité du chef de pôle de gériatrie ou du chef de service d'évaluation gériatrique et aucun lien hiérarchique n'est établi avec le chef de service de spécialité où il intervient. L'IDE intervient également sous la responsabilité du cadre référent du service d'évaluation gériatrique.

L'intervention des gériatres peut néanmoins parfois présenter des biais car « *ils sont attendus comme les sauveurs de la situation* » (Entretien avec un médecin gériatre) et certains professionnels auraient tendance à patienter jusqu'à la venue du département d'évaluation gériatrique pour prendre en charge correctement le patient âgé. Néanmoins, les résultats de la mise en place du modèle de gériatrie intégrée sont globalement satisfaisants et permettent d'élargir la réflexion.

3.2 Les résultats satisfaisants du modèle de gériatrie intégrée mis en place au CHS permettent d'élargir la réflexion sur l'interdépendance entre les services

La mise en place de la gériatrie intégrée a permis d'obtenir des résultats satisfaisants tant pour le patient que pour la culture gériatrique qui se diffuse au sein de l'établissement. Par ailleurs, la notion d'intégration va au-delà de la gériatrie en mettant en exergue l'interdépendance existante entre les services.

3.2.1 Les résultats satisfaisants de la gériatrie intégrée pour le patient et la diffusion de la culture gériatrique au sein de l'établissement

A) La fluidification du parcours pour le patient gériatrique

La HAS définit les parcours de santé comme résultant « *de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels* ». L'organisation de parcours pertinents devrait permettre la mise en œuvre des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.

Ainsi, pour le chef du pôle de gériatrie interrogé, la gériatrie intégrée permet d'« *accéder plus rapidement à un spécialiste et éviter les pertes de chance* ». Le modèle faciliterait également le retour à domicile grâce aux partenariats. C'est d'ailleurs pour ces principales raisons que le modèle s'est intensifié en 2020 au sein de l'UHCD.

Le médecin chef de service de l'UGA participant à la gériatrie intégrée observe directement les bénéfices pour « *améliorer l'orientation du patient* » et en termes de gain de temps sur la prise en charge même si elle ne voit « *aucun impact sur l'état clinique des patients arrivant dans le service* ». (« Je prends les plus lourds et les plus difficiles, ceux à qui l'hôpital rendra le plus grand service et dont personne ne veut ».)

Pour le service des urgences, le département d'évaluation gériatrique présent quotidiennement « *permet de prendre du recul et de ne pas subir la pression des familles qui poussent à l'hospitalisation* ». Effectivement, il ne se limite pas à la prise en charge du motif

d'hospitalisation pour lequel le patient est venu mais à tout ce qui est autour de sa prise en charge. Alors qu'à l'UHCD, les patients ne devraient pas rester plus de 24h, les patients âgés ont des situations complexes et une durée moyenne d'hospitalisation plus longue. Le gériatre détermine alors le parcours et donne des objectifs qu'il peut argumenter. L'urgentiste va être appuyé pour trouver une place chez les correspondants qui sont rassurés de voir que la décision est prise en lien avec un gériatre. Par ailleurs, ces équipes connaissent et maîtrisent l'ensemble de la filière: RAD, coordination en ville, HAD ...

La prise en charge doit être confortée par un discours avec la famille, une aide et une réflexion sur son parcours. Les gériatres savent avoir ce discours avec les familles, se projeter dans le temps en prévoyant une prise en charge plus lointaine par exemple en fixant un rendez-vous en évaluation gériatrique. Pour les familles, c'est une prise en charge rassurante. L'intervention du gériatre permet donc d'inscrire le patient dans un parcours de soins.

Un travail aux urgences est également réalisé par les équipes du département d'évaluation gériatrique aux urgences pour éviter que les patients en maintien difficile à domicile (MDD) se retrouvent automatiquement à l'UGA. Les difficultés sociales pour un patient âgé de plus de 75 ans n'est pas un critère d'admission et il faut répartir ces personnes dans tous les services de l'hôpital ce qui commence à être accepté par les services de spécialité.

Pour le PCME, ces prises en charges sont centrées sur le parcours car ce sont des spécialités de l'empathie, *« de la co-prise en charge tandis que d'autres estiment que la technique passe par la sélection du patient. La pathologie chronique doit forcément s'inscrire dans des parcours de soins »* .

En diabétologie, les spécialistes plébiscitent la venue hebdomadaire des gériatres pour différents motifs : la mesure de la fragilité, la prise en charge globale, la mise en route des structures dans les réseaux et les impacts sur la DMS.

En intervenant en service de spécialité, le patient ne perd pas de chances avec son profil gériatrique car le gériatre est associé dès le départ et cela permet d'inclure le patient dans un parcours de soins cohérents et de diffuser la culture gériatrique au sein de l'hôpital.

B) La diffusion de la culture gériatrique au sein de l'hôpital

La diffusion de la culture gériatrique est l'une des missions de l'EMG précisée par la circulaire du 18 mars 2002 mais toute la filière gériatrique participe à cette transmission.

La diffusion de la gériatrie progresse mais elle reste encore insuffisante dans certains services et notamment au SAU. Dans ce service, les professionnels sont davantage amenés à faire de la gestion de flux qu'ils ne contrôlent pas comme dans un service de médecine « classique ». Les personnes âgées vont donc être traitées différemment selon le flux présent aux urgences lors de leur arrivée. Même si des concepts comme celui de la fragilité sont arrivés dans ces services, la personne âgée reste une personne polypathologique qui a un taux d'hospitalisation prévisible supérieur à 50 % à l'hôpital.

L'arrivée des gériatres à l'UHCD a permis de faciliter la collaboration avec les services de spécialité car les patients sont mieux répartis même si ceux de plus de 75 ans sont toujours perçus comme des « bed blockers » et facteurs de prolongation des DMS dans les unités d'hospitalisation.

Pour la chef de service de l'UGA, *« il y'a une prise de conscience des professionnels face au raz de marée gériatrique mais il y aura toujours des réfractaires pour lesquels il est moins nécessaire de soigner les vieux. On constate une évolution des pratiques et des mentalités mais elle est plus lente que la montée de la vague gériatrique »*. Cela s'explique par la surspécialisation des professionnels médicaux : *« quand on se voit cardiologue, on ne se voit pas gérer une personne âgée démente. La réalité de terrain fait que les médecins évoluent dans leur pratique mais la gériatrie c'est pas le premier choix de tout le monde »*.

Comme a pu l'expliquer Patrice DIOT, Doyen de la faculté de médecine de Tours, il serait utile de multiplier les enseignements de gériatrie du début à la fin des études médicales pour faire face au défi du vieillissement de la population (HCAAM- Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé).

Selon l'ensemble des professionnels interrogés, c'est encore la rigueur qui permet de valoriser la gériatrie, de créer des réseaux et permettre une meilleure prise en charge des personnes âgées.

3.2.2 Un modèle d'intégration allant au-delà de la gériatrie mettant en exergue l'interdépendance existant entre les services

A) Les effets de la gériatrie intégrée sur le pôle de gériatrie

Les effets de la gériatrie intégrée dans le pôle de gériatrie sont suivis par différents indicateurs définis dans les conventions conclues avec les services de spécialité : il s'agit du nombre de patients ayant fait l'objet d'une intervention partagée entre le service de spécialité et le service d'évaluation gériatrique; le nombre de patients par niveau d'intervention du service d'évaluation gériatrique et enfin le calcul de la présence du service d'évaluation gériatrique. Un comité de suivi réunissant des professionnels de l'évaluation gériatrique et du service de spécialité est également créé. Il réalise l'évaluation du partenariat selon les indicateurs décrits ci-dessous et traite les éventuelles difficultés rencontrées dans le cadre de la coopération.

A titre d'exemple, entre le 1er janvier et le 31 mai 2021, après une à deux heures de présence au staff quotidien à l'UHCD où tous les patients sont abordés, 339 patients ont été évalués après avoir été vus et auscultés (avec des transmissions réalisées) et 160 avis ont été rendus en réunion collégiale. Par ailleurs, 101 patients ont également été vu au SAU dans la même période (données transmises par le département d'évaluation gériatrique).

La gériatrie intégrée aboutit indubitablement à l'inclusion dans la filière gériatrique en ambulatoire de nouveaux patients et donc dans des parcours de soins coordonnés. Une fois que les patients sont connus par un service de l'hôpital, ils peuvent facilement circuler d'une consultation mémoire à une séance d'HDJ jusqu'à l'hébergement dans un établissement médico-social en gardant le même dossier. Par ailleurs, le travail en multi-services de l'équipe des médecins gériatres permet un partage facile des situations entre les professionnels.

En théorie, l'augmentation de la prise en charge des personnes âgées par les services de spécialité pourrait conduire à une augmentation capacitaire des services de spécialité et une baisse des lits de gériatrie aigue. La chef de service de l'UGA défend son unité : « les patients qui entrent à l'UGA sont des patients dont le 1er critère est d'être gériatrique car il a des critères de fragilité ». Il ne s'agit pas de la même prise en charge : l'évaluation réalisée à l'UHCD est de la gériatrie d'urgence contrairement à celle effectuée à l'UGA.

Pour le PCME, l'idéal serait « *de mettre des gériatres un peu partout dans l'établissement et de garder uniquement 10 lits d'UGA* » mais, cela a un coût que l'hôpital n'est pas en mesure de supporter au regard des modes de financement actuels.

B) Un déploiement de l'intégration dans d'autres spécialités

Selon certains professionnels comme le médecin responsable du SSR à l'hôpital, le concept de spécialité intégrée pourrait aller au-delà de la gériatrie et pourrait se développer au sein de la Médecine polyvalente et de rééducation.

Lors de la prise en charge d'un AVC chez une personne âgée, il ne faut pas attendre que le patient arrive en SSR pour débiter les examens. Ils pourraient être initiés dès l'arrivée du patient notamment par le développement en premier lieu d'équipes mobiles.

Le service de diabétologie de l'hôpital a également initié un modèle intégré prenant en charge dans le même service de l'aiguë et de la rééducation. Cela permet de prévenir les longs séjours, prépare l'aval, et représente un gain de temps dans le parcours du patient en évitant de rediscuter la prise en charge car les mêmes professionnels interviennent. Par ailleurs, ce fonctionnement évite de déplacer le patient qui reste dans le même service durant toute la durée du séjour et parfois même ne change pas de chambre.

Ce modèle de service pourrait également être mis en place en gériatrie lorsqu'on sait que la dissociation physique UGA et SSR n'est pas toujours pertinente et que la plupart des patients en SSR spécialisé en gériatrie repassent par les services aigus au cours de leur séjour.

Ce type de modèle développé par le pôle de gériatrie serait donc portable à d'autres services et permettrait d'assurer la continuité et la globalité des soins, entre les différents professionnels, dans différents lieux ou organisations.

Néanmoins, cela présume l'existence de moyens financiers dédiés et des médecins volontaires pour mettre en place ces politiques.

Conclusion

Le modèle de gériatrie intégrée développé au CHS permet de favoriser la prise en charge du patient à l'hôpital et d'améliorer son parcours de soin en allant plus loin qu'une simple coopération.

Afin de diffuser la culture gériatrique au sein d'un établissement grâce à ce modèle, l'exemple du CHS met en exergue la nécessité d'avoir certains prérequis. Tout d'abord, le modèle de gériatrie intégrée ne pourrait s'imposer sans une filière et un modèle coopératif existant. Même s'il s'agit d'aller plus loin que la simple coopération, elle demeure indispensable pour débiter et complémentaire dans le long terme. Ensuite, l'existence de médecins gériatres engagés dans la diffusion de la culture gériatrique est importante pour permettre la reconnaissance des professionnels et obtenir leur adhésion. Effectivement, sans des professionnels impliqués souhaitant diffuser une pratique exemplaire, la construction d'un tel modèle ne pourra pas avoir lieu. Aussi, comme ont pu le signifier plusieurs acteurs, il ne faut pas s'attendre à des économies d'envergure en mettant en place ce modèle et l'intérêt se situe donc ailleurs : fluidité des parcours, prise en charge gériatrique précoce...

Hormis les prérequis à la mise en place de ce modèle, la gériatrie intégrée doit respecter certaines règles. Tout d'abord, une convention visant à définir les engagements respectifs des professionnels du service d'évaluation gériatrique et des services bénéficiaires peut être intéressante pour acter une organisation adaptée à chaque service.

Puis, l'intégration des équipes d'évaluation gériatrique dans les services de spécialité est un point primordial : elles doivent participer aux staffs et aux réunions de concertation pluridisciplinaire des services. Cela constitue la base de ce travail collégial permettant de repérer les situations justifiant une intervention gériatrique si les professionnels souhaitent aller au-delà du simple passage d'une EMG.

Aussi, une fois le travail pluridisciplinaire réalisé, les recommandations formulées par les gériatres doivent être respectées. Le respect des préconisations repose essentiellement comme cela a été vu sur la qualité des intervenants. Effectivement, la compétence, l'expérience et la personnalité des professionnels permet de légitimer les conseils donnés dans le cadre des interventions.

Enfin, l'intégration semble un processus d'avenir adapté aux défis démographiques et épidémiologiques actuels mais pour cela, il nécessite de changer les paradigmes des politiques publiques aujourd'hui encore trop centralisées sur les concepts de coopération.

Bibliographie

Articles scientifiques :

Dubois, Manuella, Julie Lorthiois, Schamyl Mansour, Magali Fleury, Nourddine Ballouche, Pascal Blanc, et Jean-Bernard Gauvain. « Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? » *Gérontologie et société* 31 / 126, no 3 (2008): 91-103.
<https://doi.org/10.3917/g.s.126.0091>

Guisset (m.j.); Puijalon (b.)- GERONTOLOGIE ET SOCIETE. N° 100, 2002/03, pages 13-23).

Hébert Réjean, Groupe PRISMA. L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2003. Vieillesse et santé II. pp. 67-76.

Leutz W.N. (1999). Five laws for integrating medical and...

Raïche Michel, Hébert Réjean. La coordination des services aux personnes âgées en France et au Québec : enjeux, expériences et champs de recherche traitant de leur évaluation. In: *Santé, Société et Solidarité*, n°2, 2003. Vieillesse et santé II. pp. 57-66

Somme, D., Trouvé, H., Passadori, Y., Corvez, A., Jeandel, C., Bloch, M .. & de Stampa, M. (2013). Prise de position de la société française de gériatrie et gérontologie sur le concept d'intégration (texte intégral). *Gérontologie et société*, 36(145), 201-226.

Taurand (Sophie); Loustau (Marine); Batchy (Christian); Taurand (Philippe)- Appréhender l'incertitude en gériatrie et médecine palliative du sujet âgé : genèse du modèle FRAG. *MEDECINE PALLIATIVE*, Vol 16, N° 3, 2017/06, pages 152-160

Ouvrages :

Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut- Coordination et parcours ,La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social- janvier 2014

Rapports administratifs ou de recherche :

ATIH, 2018, Analyse de l'activité hospitalière (synthese_aah_2018_v2.pdf (sante.fr))

Cour des comptes - Rapport public annuel- 2010 – « la politique en faveur des services à la personne »

DREES – étude - Mars 2017- Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue

DREES- Rapport 2017- L'état de santé de la population en France

HAS -2013 -« comment réduire les risques de réhospitalisation évitable des personnes âgées

HAS- 2013-Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires

HAS- Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées- sept 2017- FICHE ORGANISATION DES PARCOURS

HAS et le Collège national professionnel de gériatrie (CNPG) (Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées- sept 2017- FICHE ORGANISATION DES PARCOURS

HCAAM- Les ressources humaines en santé, levier de la transformation du système de santé- Actes des séminaires du HCAAM 2019-2020).

HCAAM, novembre 2018, Avis relatif à « Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à l'horizon 2030 ».

IGAS ; Rapport 2006-022. Contrôle et évaluation du FAQSV et de la DDR.

IGAS- Rapport n° 2005 053 Mai 2005-LES EQUIPES MOBILES GERIATRIQUES AU SEIN DE LA FILIERE DE SOINS

INSEE- Les *Tableaux de l'économie française* , 2018

Les études de Matières Grises - #2 - Juin 2019 « objectif grand âge : éviter l'hôpital »

Min des solidarités et de la santé - Concertation grand âge et Autonomie, atelier « Hôpital et Personne âgée » - Atelier « Parcours de personnes âgées »

commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières, Par Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, Sénateurs, N° 685 SÉNAT SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2016-2017 Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 juillet 2017

Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) , Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence, 2001

Textes législatifs ou réglementaires :

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile,
Circulaire DGAS/AVIE/2C n° 2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui viennent compléter l'action des équipes médico-sociales

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

Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Mémoires

Ferrier Maud, EDH, La prise en charge des personnes âgées dans les services non gériatriques du CHU de Grenoble, novembre 2011

Sites internet

[Annuaire CNP – Annuaire des gériatres \(cnpgeriatrie.fr\)](http://cnpgeriatrie.fr)

[Haute Autorité de Santé - Portail HAS Professionnels \(has-sante.fr\)](http://has-sante.fr)

[Légifrance - Le service public de la diffusion du droit \(legifrance.gouv.fr\)](http://legifrance.gouv.fr)

[Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](http://solidarites-sante.gouv.fr)

Liste des annexes

Annexe 1- Présentation du pôle gériatrique

Annexe 2 - Liste des personnes interrogées

Annexe 3 – Grille d’entretien

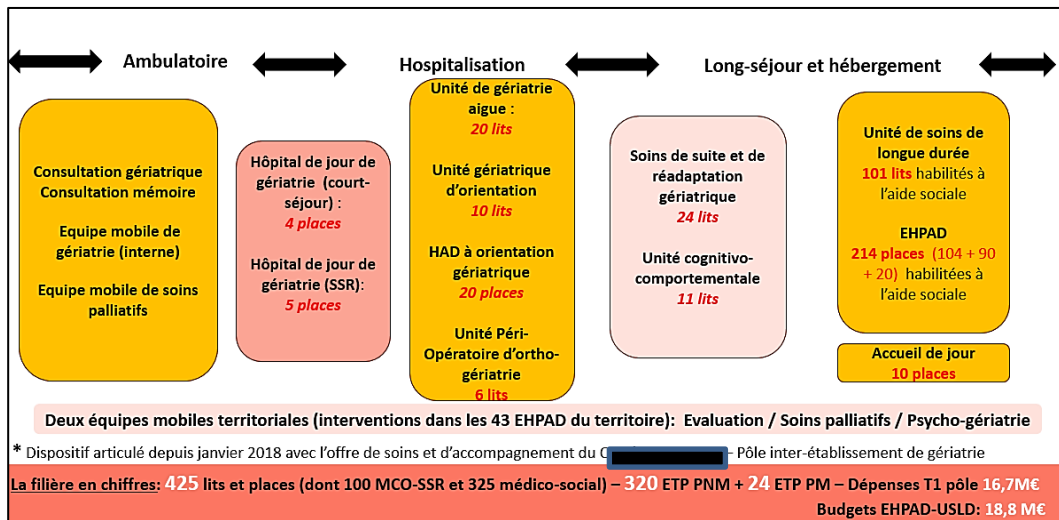
Annexe 4 – Analyse des EMG du territoire

Annexe 5- Présentation des EMG du CHS

Annexe 6- Modèle de convention de gériatrie intégrée

Annexe 7- Retranscription d’un entretien

Annexe 1- Présentation du pôle gériatrique du CHS



Annexe 2 - Liste des personnes interrogées

Entretiens /réunions	Date	Modalités	Enseignements
Entretiens informels avec la responsable du département d'évaluation gériatrique	08/02/21	Entretiens informels	Définition de la vision du responsable de département en vue de contracter les conventions de GI avec les services de spécialité et de son travail dans un autre CH
Présence en staff de diabétologie- Observation	02/03/21	Observation et entretien informel	Intégration d'un médecin gériatre lors d'un staff en service de spécialité
Rencontre avec les IDE du Département d'évaluation gériatrique	13/04/21	Entretiens informels	Point de vue de l'EMG/ Difficultés/ Intérêts/ Profils des personnes
Rencontre avec le responsable de la filière gériatrique (filière inter-établissements)	27/05/21	Entretien formel suivant la grille	Déroulé de la GI/ place des professionnels/ avenir de la gériatrie dans un CH
Observation d'une visite en UHCD	04/06/21	Observation et entretiens informels	Rencontre avec les urgentistes, IDE, participation à la visite
Rencontre avec le médecin chef de service de l'UGA participant à la GI	01/06/21	Entretien formel suivant la grille	vision d'un médecin participant régulièrement aux consultations de GI et de la place de la gériatrie aigue dans ce dispositif.
Rencontre avec les médecins gériatres de l'UPOG d'un CH appartenant au PIE	11/06/21	Entretien formel	Fonctionnement de la GI dans un autre établissement
Entretien avec le chef de service du pôle médecine et urgences	10/06/21	Entretien formel suivant la grille	Evolution de la place de la gériatrie au sein du CH et de la PEC
Entretien avec le PCME et chef de service d'un service bénéficiant de la GI	17/06/21	Entretien formel suivant la grille	Evolution de la place de la gériatrie au sein du CH et de la PEC des PA- Mise en place de la GI en service de diabétologie - Avenir de la gériatrie
Directeur délégué aux personnes âgées	Tout au long du stage	Entretiens informels	Vision stratégique de la place de GI- Financements de la GI et des EMG

Chef de pôle de gériatrie	Tout au long du stage	Entretiens informels	Place de la gériatrie à l'hôpital. Sensibilisation aux notions clés de la gériatrie
---------------------------	-----------------------	----------------------	---

Annexe 3 – Grille d’entretien

Trame des questions posées aux différents interlocuteurs (Annexe 2). Trame adaptée en fonction des professionnels.

	QUESTIONS
INTRODUCTION	quel est votre niveau de connaissance des soins intégrés? Et du travail de l'EMG dans les services de spécialité?
	que pensez-vous de ce modèle pour les personnes âgées? Devrait-il toucher d'autres secteurs?
	pourquoi la mise en œuvre de la gériatrie intégrée constitue un tel défi? Quelles sont les limites au développement de la GI?
Connaissance du modèle	Comment se diffuse la culture gériatrique au sein de l'hôpital?
	La notion de fragilité est-elle connue et développée par les services de spécialité?
	Comment associer la gériatrie aigue et GI?
	Quels mécanismes de coordination sont plus favorables à une implantation réussie dans les services de spécialité?
	Quelle intervention de l'IDE dans ces modes de fonctionnement ?
Organisation	Comment développer des liens efficaces avec les EMG? Avec les médecins des services de spécialité?
	Faut-il développer des outils spécifiques? Lesquels? (guichet unique?)
	Comment améliorer ce travail ? Quelle formation devrait être offerte et à qui?
	Que pensez-vous de la venue quotidienne? Hebdomadaire des gériatres? Quelles sont vos relations avec les gériatres?
	Quelles sont les résistances observées?
Résultats	quel est l'impact de l'intervention des EMG sur les bed blockers?
	Quel impact sur les DMS ?
	comment valoriser le rôle du gériatre et des IDE?
	Quels sont les systèmes de soutien à mettre en place pour inciter les services à faire appel aux EMG?Des incitations via les contrats de pôle?
	Quels freins ? résistances de la part des professionnels ?

Annexe 4 – Analyse des EMG du territoire

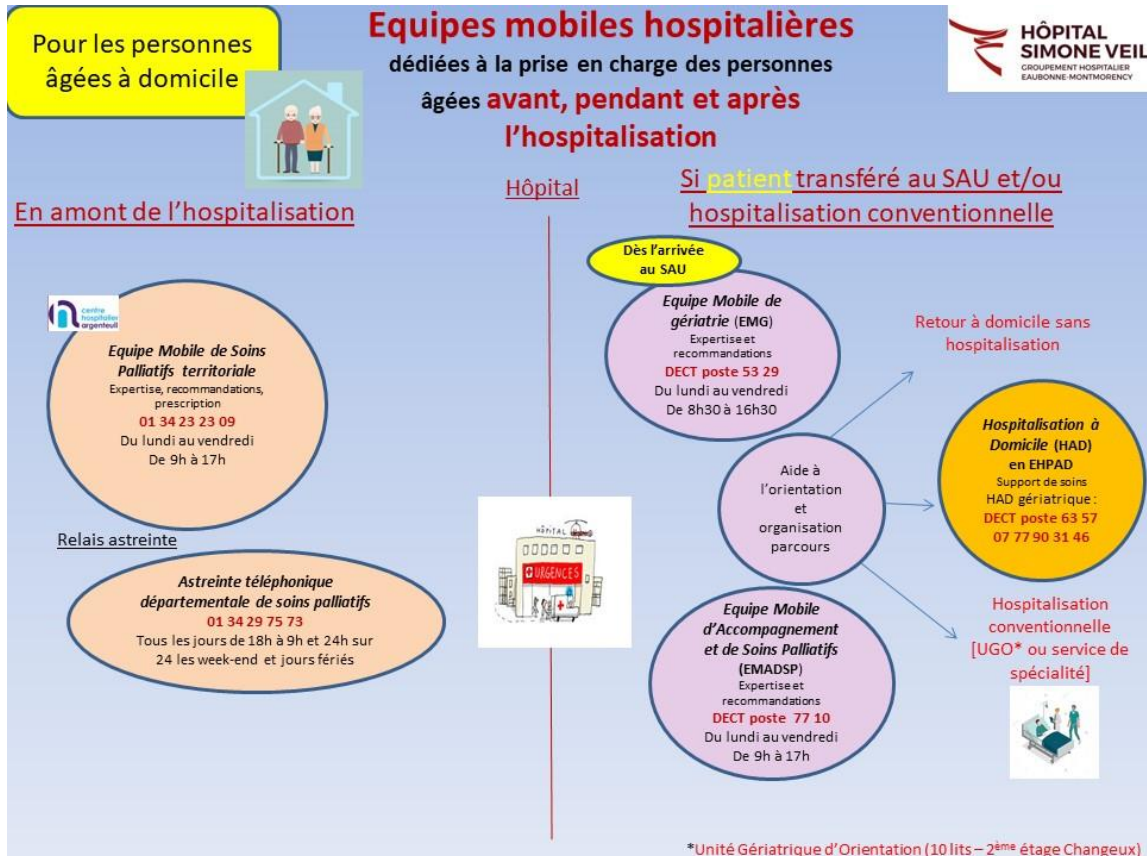
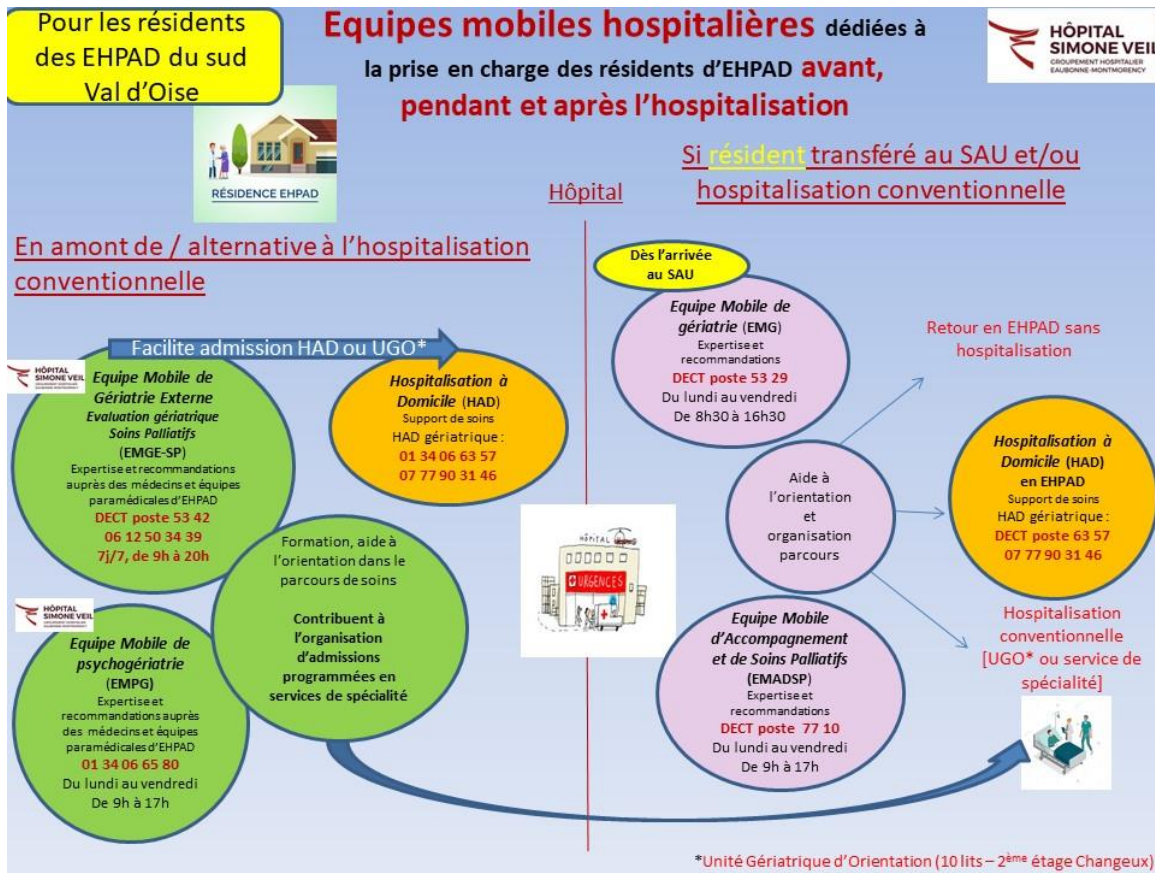
Données issues de l'Annuaire des EMG communiqué par l'Association des EMG du territoire à laquelle appartiennent les EMG du CHS.

Composition des 47 EMG du territoire	
10 EMG avec une seule personne	
Moyenne des EMG	3,38 personnes

Composition des EMG		
Métiers	Nombre de professionnels	
Géronte	70	44%
IDE	52	33%
Autre professionnel paraméd	22	14%
Secrétariat	14	9%
Total général	159	

Top 3	
CHS	11
Hôpital BC	8
CH A	8

Annexe 5- Présentation des EMG du CHS



Annexe 6- Modèle de convention de gériatrie intégrée

Convention inter-services – Expérimentation d'un projet gériatrie intégrée au sein du service du SAU

Entre

Le service d'évaluation gériatrique

Représenté par son responsable de service, Dr

D'une part,

Et

Le service d'accueil et d'orientation des urgences (SAU)

,
L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD),

Représenté par son responsable, Dr XXX

D'autre part,

Préambule

Le service d'évaluation gériatrique constitue un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé au sein de [REDACTED]. Il comprend un plateau de consultation, un hôpital de jour gériatrique, une équipe mobile gériatrique extrahospitalière, une équipe mobile gériatrique intra hospitalière

L'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) intra-hospitalière intervient à la demande des services hospitaliers pour réaliser une évaluation géronto-psychosocial et un avis gériatrique à visée de diagnostic et/ou thérapeutique. Elle participe à l'organisation de la sortie en lien avec les dispositifs de soutien, à l'orientation dans la filière gériatrique, au conseil et à la formation des équipes soignantes.

Actuellement, le modèle d'évaluation des patients âgés au sein des services repose sur des sollicitations ponctuelles des services de l'équipe mobile gériatrique. Vingt ans après sa création, ce modèle se révèle insuffisant pour permettre l'implantation durable d'une culture gériatrique dans les services hospitaliers, alors même que la part des patients gériatriques au sein des différents services de spécialité est croissante.

Le service d'évaluation gériatrique porte un projet de « gériatrie intégrée » qui s'inscrit en cohérence avec l'axe du projet médical du pôle inter-établissement de gériatrie visant le développement d'un dispositif d'évaluation gériatrique « performant » en raison de sa « précocité » (dès l'admission à l'hôpital), de sa « lisibilité » (simplicité des indicateurs), de son « accessibilité » (partage de l'information) et de son « opérationnalité » (mis en œuvre dans les services).

L'objectif est de proposer un nouveau cadre d'intervention des professionnels du service d'évaluation gériatrique au sein de services de spécialité volontaires afin de renforcer la

pertinence des sollicitations, de mieux repérer les fragilités de la personne âgée et de diffuser sous de nouvelles modalités la culture gériatrique.

Le projet de gériatrie intégrée prévoit la mise à disposition des services de spécialité de compétences gériatriques stables, travaillant en partenariat étroit avec les équipes en place. La participation aux staffs des services constitue la base de ce travail collégial. Deux niveaux d'interventions peuvent ensuite être proposés.

La présente convention vise à définir les engagements respectifs des professionnels du service d'évaluation gériatrique et des services volontaires dans le cadre de cette expérimentation de gériatrie intégrée.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les modalités d'intervention du service d'évaluation gériatrique au sein de l'UHCD.

Article 2 : Participation aux réunions du service de spécialité

La participation aux staffs des services constitue la base du travail collégial entre le service d'évaluation gériatrique et le service de spécialité.

L'organisation du service doit permettre une présence régulière et active du gériatre en étroite collaboration avec les équipes en place afin d'échanger sur de nouvelles situations ou clarifier celles déjà traitées. Lors des staffs les situations justifiant une intervention gériatrique sont repérées.

Article 3 : Les niveaux d'intervention du service d'évaluation gériatrique

Indépendamment des sollicitations ponctuelles du service d'évaluation gériatrique, deux niveaux d'intervention de « gériatrie intégrée » peuvent être proposés par les gériatres dans les services de spécialité :

Niveau 1- Intervention hebdomadaire du service d'évaluation gériatrique

- Participation systématique d'un médecin du service d'évaluation gériatrique aux réunions de staff hebdomadaires du service et évaluation clinique par le gériatre des malades nécessitant une évaluation gériatrique ;
- Conseils délivrés à l'équipe médicale du service de spécialité (orientation, diagnostique, thérapeutique et sociale en fonction des éléments fournis par l'équipe du service) ;
- Définition des objectifs prioritaires de soins ;
- Prise de contact éventuelle avec l'entourage et transmissions avec l'assistante sociale ;
- Inclusion dans la filière gériatrique en ambulatoire ;
- Evaluations et préconisations notées dans le dossier médical ;

- L'intervention du gériatre est indiquée dans le CRH.

Niveau 2 – Intervention quotidienne du service d'évaluation gériatrique

- Participation quotidienne d'un gériatre au staff du matin, présence systématique de l'IDE de l'EMG aux transmissions IDE et évaluation clinique par le binôme médecin/IDE de l'EMG des malades nécessitant une évaluation gériatrique ;
- Conseils délivrés à l'équipe médicale du service de spécialité (orientation, diagnostique, thérapeutique et sociale en fonction des éléments fournis par l'équipe du service) ;
- Définition des objectifs prioritaires de soins ;
- Prise de contact éventuelle avec l'entourage et transmissions avec l'assistante sociale ;
- Inclusion dans la filière gériatrique en ambulatoire ;

L'intervention du service d'évaluation gériatrique au sein de l'UHCD intégrée dans le Service d'Accueil et de traitement des Urgence s'effectuera selon les modalités décrites au niveau 2.

Article 4 : Indépendance des professionnels du service d'évaluation gériatrique

L'indépendance du service d'évaluation gériatrique intervenant dans le service de spécialité devra être respectée.

Le gériatre intervient sous la responsabilité du chef de pôle de gériatrie ou du chef de service d'évaluation gériatrique. Aucun lien hiérarchique n'est établi avec le chef de service de spécialité où il intervient. L'IDE de l'EMG intervient également sous la responsabilité du cadre référent de l'EMG.

Article 5 : Collaboration avec le service social

Les préconisations sociales ayant une importance particulière, le lien opérationnel entre le service d'évaluation gériatrique et le service social demeure fondamental.

Les assistantes sociales du service de spécialité devront être associées au travail du service d'évaluation gériatrique.

Article 6 : Durée de la collaboration

La présente convention prend effet à la date de sa signature. Elle est renouvelable chaque année après évaluation.

Elle peut être dénoncée. En ce cas, le délai du préavis est fixé à trois mois.

Article 7 : Suivi et évaluation de la coopération

La coopération entre le service spécialisé et le service d'évaluation gériatrique est évaluée annuellement.

Un comité de suivi est créé. Il est composé :

- Du responsable de l'UHCD où intervient le service d'évaluation gériatrique ;
- Du chef de service du SAU;
- Du chef de service de l'évaluation gériatrique ;
- Du cadre de santé responsable de l'équipe paramédicale de l'UHCD;
- Du cadre de santé responsable de l'équipe paramédicale de l'EMG

Ce comité se réunira au moins une fois par an pour présenter un bilan d'activité, réaliser l'évaluation du partenariat selon les indicateurs décrits ci-dessous et traiter les éventuelles difficultés rencontrées dans le cadre de la coopération.

Article 8 : Indicateurs de suivi

Les indicateurs devant être suivis sont :

- Le nombre de patients ayant fait l'objet d'une intervention partagée entre le service et le service d'évaluation gériatrique ;
- Le nombre de patients par niveau d'intervention du service d'évaluation gériatrique ;
- Présence du service d'évaluation gériatrique :
 - o Nombre de staff

Fait à [REDACTED], le .././

Pour le service d'évaluation gériatrique _____ ;

Pour le service d'accueil et d'orientation des urgences (SAU) :

Pour le responsable de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD):

Annexe 7- Retranscription d'un entretien : Dr EJ, Chef du Pôle urgences depuis 8 ans

Entretien réalisé le 10/06/21

Présentation du sujet du mémoire.

Vous travaillez avec les gériatres et bénéficiez de l'apport de la GI, **pouvez- vous me décrire les modalités d'intervention des gériatres aux urgences ?**

La gériatrie intégrée à l'UHCD permet avoir de façon formalisée et automatique un avis et des recommandations sur toutes les personnes âgées en UHCD en attente d'hospitalisation ou de retour à domicile. On a la vision du spécialiste gériatre et non pas une prise en charge limitée à la pathologie qui a conduit à la prise en charge en urgences.

Qu'est ce que la GI a apporté aux urgences ? depuis quand cela a été mis en place ?

Cela existe depuis plusieurs années et en dents de scie. La nouveauté est qu'ils soient présents chaque matin en staff ce qui permet d'intervenir très tôt dans la matinée pour donner une orientation et aider dans la prise en charge de la fragilité et aider pour l'orientation dans la filière gériatrique.

Comment est perçue la présence des gériatres dans les services d'urgences par les professionnels ?

C'est perçu très positivement car c'est une aide pour les urgentistes. C'est comme avoir un cardiologue tous les jours. Depuis quelques mois, la présence de l'EMG est systématique en staff.

Pour moi, la prise en charge de la personne âgée est devenue complexe en ambulatoire et il y'a donc aucune visibilité pour les médecins urgentistes. Il y a eu les MAIA, maintenant il y'a les DAC. On ne sait plus qui fait quoi: il y'a trop de coordination. C'est très nébuleux pour la plupart d'entre nous. Il faudrait un guichet unique et donc l'EMG représente ce guichet unique pour les urgentistes.

Il faut se rappeler que les urgentiste travaillent en pointillé et il est compliqué d'organiser des formations pédagogiques et de les sensibiliser à ces dispositifs quand leur temps de travail les fait intervenir 3 ou 4 jours par mois. Leur temps de travail n'est pas comme dans les services, il n'est pas organisé de la même façon. Un temps plein intervient 2/3 fois. C'est pas facile de

les toucher et leur présenter les organisations et les procédures complexes en leur disant de revenir à chaque fois.

Pour cela, le gériatre a plusieurs atouts:

- Il a ses compétences propres sur l'évaluation qui lui permet de prendre du recul et de ne pas être sur la pression des familles qui poussent à l'hospitalisation. Il a cette approche globale du patient ce que n'a pas l'urgentiste. Il ne se limite pas à l'infection urinaire pour laquelle il est venu. Il s'intéresse à tout ce qui est autour de sa prise en charge.
- Sur l'UHCD les patients ne devraient pas rester plus de 24h mais les patients âgés ont des situations complexes
- Le gériatre détermine le parcours et donne des objectifs qu'il peut argumenter et l'urgentiste va être appuyé pour trouver une place chez les correspondants qui sont rassurés de voir que la décision est prise en lien avec un gériatre.
- Le gériatre a la connaissance de toute la filière gériatrique: RAD, coordination en ville, HAD... Pour l'urgentiste il y'a juste le RAD sans tout ce qu'il y'a autour . il faut que ce soit conforté par un discours avec la famille, une aide et une réflexion sur son parcours. Les gériatres savent avoir ce discours avec les familles, se projeter dans le temps et dans le suivi de la personne âgée en projetant un rendez-vous en évaluation gériatrique dans un mois. Pour les familles, c'est une prise en charge rassurante qui s'inscrit dans une perspective lointaine: on évaluera, on conseille, on donnera des possibilités, des aides.
- Là où l'urgentiste est centré sur le RAD et renvoi sur le médecin traitant, le gériatre s'inscrit dans une démarche plus lointaine.

Le concept de spécialité intégré peut aller au-delà de la gériatrie?

Une autre spécialité intégrée pourrait exister comme la MPR. Ne pas attendre que le patient arrive pour commencer plus tôt la prise en charge ou programmer leur arrivée. Pour la prise en charge de l'AVC, on attend soit 10 jours avant de rééduquer , soit on commence .Cela permettrait de lancer la détermination de l'évaluation.il passera en MPR avec une évaluation déjà faite

La médecine spécialisée intégrée est exportable à beaucoup de services. En théorie, tout le monde devrait se projeter dans ce type de fonctionnement mais il n'y a pas les moyens financiers de mettre des spécialistes dans tous les services.

Le problème de l'hôpital au développement de ces PEC , c'est le fait que tous les professionnels sont « service centré » dans la possession des locaux, des lits...

Les gériatres voient leur avis comme utiles au bon fonctionnement, au déroulement du parcours tandis que de nombreux spécialistes perçoivent les demandes de recommandation et d'aide comme un travail supplémentaire. Pour eux c'est naturel d'être dans une démarche pro active.

Les autres se déplacent aux urgences mais c'est moins naturel pour eux. La philosophie du gériatre est différente. Le gériatre y voit son intérêt.

Quel impact dans la fluidité des parcours et la DMS?

Nous n'avons pas pu encore mesurer cet impact mais on sent les impacts positifs dans le travail et la collaboration.

On sent l'impact de la GI dans l'ambiance de travail entre les spécialités. Là ou avant, il fallait repérer les problèmes et on appelait quand on était bloqué. Il y'a certainement des RAD qui se font qui ne se faisaient pas avant. On ne met pas automatiquement dans les services et ceux qui sont hospitalisés ont besoin d'être hospitalisés.

L'arrivée des EMG , des gériatres à l'UHCD a permis de faciliter la collaboration avec les services de spécialité car les patients sont mieux répartis même si les patients de plus de 75 ans sont toujours perçus comme des bed blockers et facteurs de prolongation des DMS dans les unités d'hospitalisation

Y'a-t-il des freins à la mise en place?

Il y'a eu des tensions, cela peut arriver. J'ai eu une urgentiste qui m'a appelé car une patiente arrivait aux urgences (arrivée organisée par les gériatres)et l'IDE de l'EMG était déjà avertie avant d'avoir été sollicitée en donnant des recommandations. Cela avait choqué le médecin qui se demandait pourquoi elle était là alors que c'était à elle de décider..Mais la plupart voit cela comme une aide plutôt qu'une concurrence

Les recommandations sont toujours suivies ?

Oui à ma connaissance. Je n'ai pas eu de conflits rapportés par les équipes et on l'a inscrit dans la convention qu'on a signé avec le département d'évaluation. C'est une philosophie pour les urgentistes. lorsque les médecins demandent un avis aux spécialistes de le suivre sauf si cela est contraire à l'intérêt des patients et peut conduire à une catastrophe ce qui est rarement le cas.

Avez-vous observé une évolution de la prise en charge aux urgences des personnes âgées ? de la diffusion de la gériatrie ?

C'est encore très insuffisant sur le SAU où c'est de la gestion de flux qu'il ne contrôle pas comme dans un service de médecine où il gère des patients dans des lits.

Ils vont gérer différemment les patients selon le flux présent aux urgences. La vision globale sur les 24h de garde : nombre de lits, personnels... je ne vais pas passer 6 h à chercher une place pour un patient contrairement à l'UHCD. Sinon il y'en a dix que je ne vois pas derrière.

Des concepts sont arrivés petit à petit comme la fragilité mais pour les urgentistes, la personne âgée est une personne polypathologique qui va conduire à une demande d'hospitalisation car le pourcentage n'est pas le même. Le taux d'hospitalisation prévisible est supérieur à 50% tandis qu'il est de 20% pour les autres.

Puis dans les services de spécialité, plus la personne est âgée, « plus elle est difficile à vendre ». Ils préfèrent les jeunes. C'est plus facile de gérer quelqu'un d'autonome et jeune. On sait que les personnes âgées tirent la DMS vers le haut.

La gériatrie ne s'est pas diffusée en service de spécialité?

Les services de spécialité préfèrent aller à la facilité, vers quelqu'un de jeune plutôt que quelqu'un avec des problématiques sociales et polypathologique. Cela n'est pas compatible avec les demandes faites aux chefs de service de spécialité.

Ils devraient intégrer que l'âge moyen du service va augmenter, c'est inéluctable. Ils devraient réaliser cela. Mais quand il y'a une personne âgée avec une infection urinaire et une méningite virale chez un jeune : l'infectiologue prendra le jeune pour lui chercher tous les virus.

Quelle perception de la gériatrie par les autres spécialités ? quelle évolution ?

L'évolution qu'on observe à l'hôpital s'est faite sous la contrainte de la suppression des lits de gériatrie aigue. En diminuant ce potentiel, il a obligé les autres services à reprendre des patients. Cela s'est fait dans la douleur.

L'intégration dans les services de spécialité s'est fait avec la baisse des lits aigus de gériatrie. En diminuant le potentiel de la gériatrie aigue , les autres services ont dû prendre les personnes âgées. .

Dans le quotidien, une personne âgée est envoyée à la gériatrie aigue sauf quand c'est une pathologie intéressante . L'insuffisance cardiaque de la personne âgée n'intéressera pas le cardiologue.

Est-ce lié à un manque de formation?

On a une spécialité, on a un nombre de lits limité et donc on ne veut que des cas très intéressants sur ces lits et pas des personnes âgées.

Faudrait-il supprimer les services de gériatrie aigue?

C'est illusoire : le concept de la gériatrie reste présent. La personne polypathologie et fragile reste de la gériatrie. Aucun service de spécialité ne va se l'approprier. Il y'a des cas où on peut pas déterminer de spécialité prédominante. La gériatrie aigue garde alors toute sa place et la gériatrie intégrée n'est pas la solution.

La gériatrie intégrée, c'est l'irruption dans les services de spécialité de la prise en charge globale de la personne âgée.

Qu'est ce qui pourrait inciter les services de spécialité à faire appel aux gériatres??

Pour l'UHCD, ce qui nous a permis de changer les façons de faire, c'est le fait que les gériatres soient là tous les jours. Si vous amenez les moyens avec une définition concrète des missions et pas uniquement une intervention ponctuelle. La collaboration doit être concrète.

Les moyens mis à disposition permettent de voir les bénéfices. Il y'a vraiment un staff commun. C'est ça qui a changé la façon de faire. Si l'emg passe et donne des solutions, et qu'il y'a du concret, ça change la phase de la collaboration.

Elle ne se contente pas de donner des conseils, elle prend contact avec la famille et en sa qualité de gériatre, il va explorer auprès de la famille les possibilités. Le gériatre s'empare de la prise en charge. C'est ce qui fait le succès. Cela va au-delà de l'orientation. L'EMG « se mouille » dans la PEC du patient, ils vont, examiner le patient et participent pleinement à la PEC.

Cela ne présente pas le risque de trop se reposer sur le travail des gériatres ?

Le risque aux urgences est d'attendre que les gériatres arrivent pour examiner les personnes âgées en délaissant la prise en charge au profit de l'âge. Il y'a une certaine réticence à mettre en place la gériatrie intégrée au SAU pour ne pas délaissé la prise en charge au prétexte de l'âge.

Comment percevez-vous le binôme IDE/Gériatre au sein de l'UHCD ?

Honnêtement, le binôme me convient. L'IDE peut venir seul et donner une orientation, ça ne me dérange pas du tout même si je connais la valeur ajoutée du gériatre. Je sais quelle est la dimension de l'examen d'un gériatre Je lui reconnais une spécificité complète. Mais l'infirmier a des compétences sur la fragilité que je n'ai pas. Je n'ai pas le même niveau de discussion mais les infirmiers ont déjà une valeur ajoutée sur la connaissance du parcours, l'orientation et l'observation de la personne âgée au-delà de l'IDE aux urgences.

Certains médecins ne se contentent pas de l'avis de l'IDE pour accepter un patient dans son service

Avant 2015, j'avais le pôle ville-hôpital, j'avais à peine intégré les MAIA que c'est devenu les DAC alors comment une personne non spécialiste de la PA peut comprendre sa prise en charge. Faut être dedans le parcours pour le comprendre.

On construit un fossé entre le terrain et les gens qui ont ces conceptions des parcours et des coordinations .

Justement pour avoir travaillé sur ces sujets, quel idéal pour faciliter ces parcours des personnes âgées ?

Pour moi, l'idéal, c'est le guichet unique. La personne qui prend le relai ou donne les renseignements adéquats. Pour moi, c'est l'EMG à l'UHCD. Je n'ai plus besoin de connaître tous les réseaux, les zones d'intervention de chacun. Je n'ai plus besoin de connaître tous les réseaux et ses compétences. Ils peuvent tout changer, moi du moment qu'ils savent ce qu'ils font.

Après, je donne vraiment une vision hospitalière mais quelqu'un en ville aurait besoin d'une autre guichet unique avec une vision hospitalière qui est parfois méconnue des médecins de ville.

Je pense qu'il y'a une carence dans la ville quand je vois les patients adressés, il n'y a pas de préparations, de recherche de solutions et cela donne lieu à des plainte, cela est préjudiciable au patients. Il est souvent adressé avec des motifs fallacieux. Cela correspond également à une évolution sociétale globale

Il faut préciser qu'il s'agit d'une gériatrie intégrée dans tous les services ou en tout cas, dans ceux qui le souhaitent.

Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

En tout cas c'est un beau sujet que vous avez choisi., la gériatrie est un regard qui dépasse le médical.

CHABAN	Aurélie	Novembre 2021
<p align="center">Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social Promotion 2020-2021</p>		
<p align="center">La mise en place de la gériatrie intégrée au sein du Centre hospitalier Simone: prérequis et pertinence du modèle</p>		
<p>PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :EHESP</p>		
<p>Résumé :</p> <p>La part croissante du nombre de personnes âgées parmi les files actives hospitalières implique de repenser la prise en charge de ce public auparavant orienté vers les services de gériatrie aigue et aujourd'hui majoritairement hospitalisé dans les services de médecine.</p> <p>La mise en œuvre de la coordination a montré ses limites notamment à travers le mésusage de certains dispositifs. Cela s'est particulièrement accentué durant la crise du COVID-19 où les personnes âgées déjà nombreuses aux urgences l'étaient d'autant plus et les lits de médecine ont été réduits. Il a donc fallu réinterroger la pertinence de toutes les orientations d'hospitalisation conventionnelle des patients gériatriques.</p> <p>Pour cela les médecins gériatres soutenus par la Direction de l'établissement ont accentué la mise en place du modèle de gériatrie intégrée qui se distingue des EMG intervenant uniquement sur sollicitation. L'intégration de la gériatrie dans les services de spécialité vise à renforcer au quotidien la culture gériatrique au sein des services et à initier, sur le fondement de l'évaluation des fragilités des patients du service, d'éventuelles réorientations de parcours.</p> <p>Ce modèle adaptable aux besoins de chaque service de spécialité grâce à des conventions spécifiques permet le respect des recommandations émises par les professionnels. Les résultats satisfaisants de ces protocoles observés tant sur la fluidification du parcours de la personne âgée dans la filière gériatrique que dans la diffusion d'une culture gériatrique au sein de l'établissement permettent d'aborder une réflexion plus large sur la diffusion du concept d'intégration au sein de l'établissement.</p>		
<p>Mots clés : Coopération- Coordination - Equipe Mobile de Gériatrie - Filière - Gériatrie-Hôpital - Gériatrie intégrée - Intégration - Parcours-Population âgée</p>		
<p align="center"><i>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.</i></p>		