

Parcours patient Personnes Âgées

Dr Yves Passadori

Contexte : le parcours patient âgé à l'entrée et à la sortie de l'hôpital

ce groupe de travail, issu :

- D'une des orientations stratégiques du nouveau projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire 12, à savoir l'engagement du GHT dans l'amélioration du parcours de soins du sujet âgé.*
- D'une demande de la table tactique de la MAIA Mulhouse*

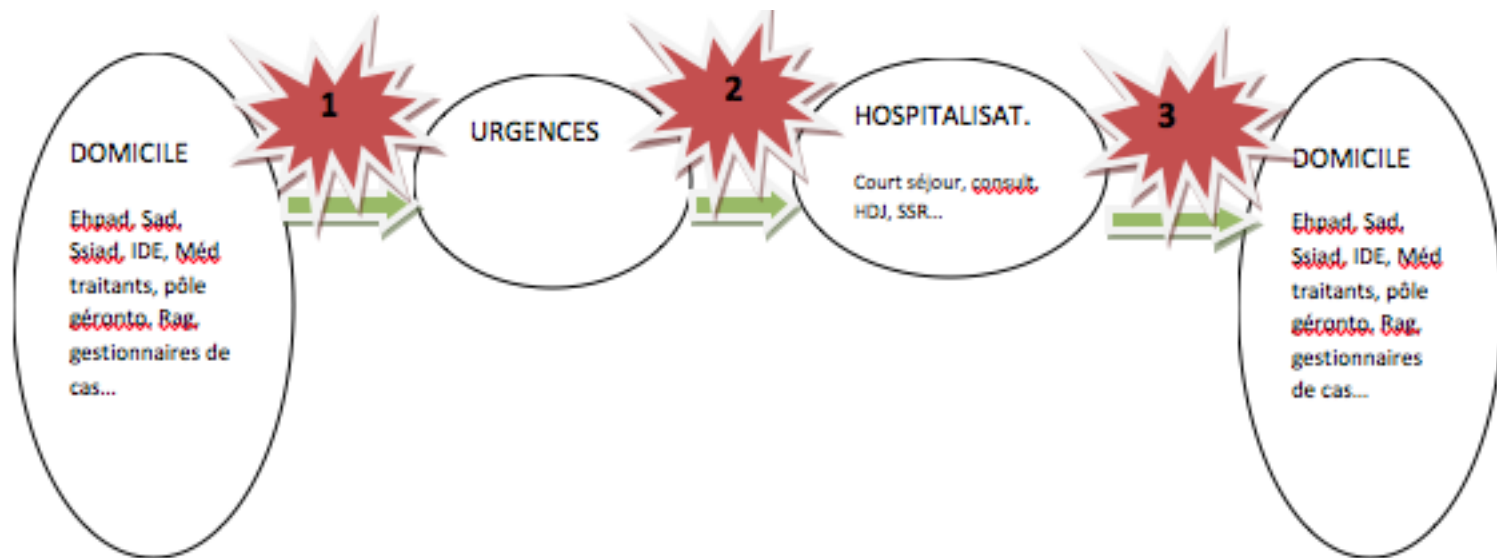
Le groupe de travail

- Dr Passadori (Directeur médical du pôle de gériatrie de Mulhouse (GHRMSA))
- Dr Jacamon, médecin URPS médecins libéraux
- Dr Frédérique Girardot, directeur médical du pôle de gériatrie d'Altkirch (GHRMSA)
- Dr Nabila Nessakh, urgentiste (GHRMSA)
- Mme Sandrine Allemandou, service social CD 68
- Mme Lorrain, pilote MAIA Mulhouse
- Mme Mauchand, pilote MAIA Pays Thur Doller
- M Breton, pilote MAIA 3 Pays-Sundgau
- Mme Streicher SSIAD APAMAD
- M Frasson, aide à la personne ASAME
- Mme Piguet, Direction des soins (GHRMSA)
- Mme Bigeard, Directeur référent pôles de gériatrie (GHRMSA)

- **Excusés** : C Herbé, direction de l'offre de soins (GHRMSA), M Frare représentant URPS Infirmiers, Dr Kieffer, gériatre Pays Thur Doller (GHRMSA).

.

Méthode : brain storming autour du schéma suivant





Rupture à l'admission aux urgences

Problème de coordination et de communication :

- EHPAD :fiche de liaison , DLU, plan d'aide mais problème de langage commun avec les urgences , problèmes de niveau de soins difficiles à réévaluer en temps réel , difficile identification de la personne de confiance .
- ML :Manque d'anticipation, notamment sur l'identification de la fragilité en amont qui pourrait éviter une apparition de la dépendance.
- Adressage non médicalisé (dans certaines situations, absence de médecins traitants / Difficultés à définir le niveau de soins)
- Absence d'outils d'évaluation de la fragilité et de la dépendance développées à domicile de façon homogène.



Rupture à l'admission aux urgences

Pertinence du passage au SAU

- Les risques : dépendance iatrogène surtout pour des hospitalisations de « sécurité » (chutes)
- gestion des fins de vie (EHPAD , domicile : gestion de l'anxiété de la famille)
- Gestionnaires de cas : gestion des personnes sans médecins traitant/ problèmes psychiatrique , démence , refus de soins , pas d'accès aux soins.
- Manque de connaissance de l'offre hospitalière (porte d'entrée unique en défaveur de l'admission qui pourrait être programmée)

Ruptures sur le segment urgences / Hospitalisation

- **Problème de communication et de coordination**
- suivi des informations du dossier patient vers les services , dossier commun communiquant
- avec qui communiquer au domicile ? Référent ? -
Absence de la désignation de la personne de confiance et difficultés à définir le niveau de soins(pour l hospitalisation et pour le retour à domicile)
- GPS du patient : patient au bon moment au bon endroit avec les bons soins.

Ruptures sur le segment urgences / Hospitalisation

- **Pertinence**

- de l'hospitalisation et de l'orientation CS; HDS ;HDJ; SSR; Consult.?(med urgentiste) . Pertinence d'orientation pendant le parcours hospitalier. (SSR ou RD ou institutionalisation ?)
- risque du RD : non anticipée ,pertinente/ non pertinente .Pas de référent du RD(med urgentiste ,SSIAD, ML)
- connaissance partielle de l'offre gériatrique : vers quel segment orienter , quel est l'adéquation entre le profil patient et l'offre
- Absence d'outils d'évaluation de la fragilité/dépendance permettant un suivi de la prise en charge gériatrique et la prévention de la dépendance dans un service à spécialité d'organe.



Ruptures sur le segment : retour à domicile

Pertinence du retour à domicile/EHPAD

- Difficultés à évaluer l'environnement
- Adéquation possibilités de l'EHPAD / situation du patient.
- Pas de référent RD (SAD)
- RD des urgences la nuit.
- La situation n'est plus la même ou fluctue entre le milieu hospitalier et le domicile et même à domicile.
- Identification des situations de fin de vie





Ruptures sur le segment : retour à domicile

Communication et coordination (pendant l'hospit. et au RAD) :

- Information du médecin traitant + les services à domicile (nécessité d'avoir une information complète si la personne a fait plusieurs services + une information diffusée à l'ensemble des services à domicile intervenant auprès de la personne)
- Fiche de liaison existe ,mais non connue ne va pas au bon endroit.
- Lettre médicale de sortie n'arrive pas au bon endroit (focus lettre médicale d HDJ)



Ruptures sur le segment : retour à domicile

Communication et coordination (pendant l'hospit. et au RAD) :

- Pas de référent du retour à domicile identifié systématiquement; plus de difficultés avec les EHPAD qu'avec les aides à domicile car le niveau d'observation est meilleur à domicile quand il est disponible.
- Pas de médecin traitant du fait d'un isolement et/ou des médecins libéraux qui ne se déplacent plus au domicile
- Absence de prescription : le patient doit aller voir son médecin traitant pour la prescription
- Retour à domicile parfois tardif du fait des transports
- Méconnaissance de l'offre du domicile
- Problème de l'administration de la gestion des dossiers Aide sociale (sortie SSR)
- Pressions sur les services de MCO dont les sorties sont prononcées de plus en plus tôt

synthèse

- **→ Les dysfonctionnements recensés démontrent que trois problématiques sont récurrentes à toutes les étapes :**
- **Le manque de coordination et de communication**
- **La pertinence du parcours (passage au SAU, hospitalisation, RAD)**
- **La méconnaissance de l'offre gérontologique et gériatrique par les professionnels**

Parcours de soins des Personne Âgées : des outils existants

- Fiche d'entrée et fiche de sortie : outils permettant de faire le lien entre le domicile et l'hôpital. Les outils ont été créés mais n'ont pas été déployés.
- Point de fragilité : perte de la fiche.
- SICODOM : outil dématérialisé de transmissions d'information entre les intervenants du domicile. Outil déjà développé et fonctionnel
- Point fort : interopérable avec Crossway
- DLU : dossier de liaison d'urgence actif dans les EHPAD. Ce dossier est insuffisant pour les urgentistes pour prendre une décision.
- Orient'âge : guichet unique d'information gériatrique à destination des professionnels (n° unique). Peu voir pas utilisé. Cause : défaut de communication sur l'outil ?
- Feuille de liaison (SSIAD) : existe mais ne suit pas toujours avec le patient. IDE coordinatrice appelle le service des urgences pour donner les infos alors qu'elle pourrait les faxer/mailer.
- UMG : outil pertinent mais qui a du mal à répondre à toutes les demandes tant en intra hospitalier qu'en extra hospitalier.
- SSIAD d'urgence

Parcours de soins des Personne Âgées : des outils existants ailleurs

- Dans le Bas-Rhin : création d'une fiche de repérage de la fragilité. La fiche a été créée par des médecins à destination des services d'aide à domicile et aux SSIAD. La fiche a été accompagnée de session de formations.
- A Colmar : transmission par le Conseil départemental aux Hôpitaux Civils de Colmar de la liste des personnes sous APA (accès via une plateforme).

- ***La date de la prochaine réunion est fixée au lundi 26 mars 2018 à 14H00, salle de réunion de la MMPA.***
- ***Lors de la prochaine réunion, le groupe de travail devra définir quels seraient les segments de parcours ou les leviers à travailler en premier. Dans un second temps, le groupe s'attachera à continuer à recenser les outils existants.***