

Approche territoriale : filières de soins

Enquête sur la prise en charge
des personnes âgées
dans 3 territoires de santé

ANTICIPER ET
COMPRENDRE



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Jacques-Henri Veyron
jacques-henri.veyron@anap.fr

Résumé

L'interdépendance des acteurs, la complexité croissante des prises en charge et l'émergence de nouveaux acteurs (dispositifs spécifiques, dispositifs de coordination...) rendent difficile la compréhension de l'offre sur un territoire.

Pourtant les patients et les professionnels sont en attente d'offres lisibles, de prises en charge coordonnées et d'outils efficaces. Ils sont aussi persuadés que l'amélioration de la qualité de prise en charge passera en partie par la révolution numérique. Mais laquelle ?

Comment choisir entre un système centralisé ou bien celui porté par le CHU de référence.

Ce document présente les résultats d'une enquête proposée dans 3 territoires permettant de mieux connaître l'usage de dispositifs déjà déployés, de mieux comprendre les attentes des professionnels et de les associer dans ces choix : une enquête au service d'un projet de territoire réalisé avec des professionnels au service de la population.

Abstract

The interdependence of the players, the growing complexity of care and the emergence of new players (specific schemes, coordination systems etc.) make the range of services in a territory difficult to understand.

However, patients and professionals are waiting for coherent offerings, coordinated care systems and effective aids. They are also convinced that improvements in quality of care will come about partly via the digital revolution. But which part?

How does one choose between a centralised system, and the system proposed by the referral university hospital?

This document presents the results of a survey, conducted in 3 territories, that gives a better understanding of the use of schemes already in place, and clarifies professionals' expectations and how they can be included in these choices : A survey supporting a territorial project conducted with professionals serving the population.

Sommaire

Préface	p. 6
Introduction	p. 8
1. Les parcours et l'approche territoriale	p. 8
2. Le projet ANAP « filières de soins »	p. 8
3. Contexte : la prise en charge des personnes âgées en France	p. 12
4. Objectifs de l'enquête sur la prise en charge des personnes âgées	p. 13
5. Typologie des répondants	p. 14
1 - Les grands enseignements de l'enquête	p. 16
1. Les personnes âgées ne décident pas de leur parcours de santé	p. 17
2. Pour éviter le passage aux urgences, l'avis gériatrique H24 est le service le plus attendu	p. 17
3. Les pouvoirs publics doivent améliorer la lisibilité des services à domicile	p. 17
4. Les besoins principaux au domicile sont faiblement médicalisés et proches des bénéficiaires	p. 17
5. Les professionnels des territoires utilisent peu les outils de coordination, mais y sont très favorables	p. 17
2 - Les résultats détaillés de l'enquête	p. 18
Thématique 1 : La personne âgée et son parcours	p. 19
Thématique 2 : Le professionnel et sa contribution dans le parcours	p. 22
Thématique 3 : La lisibilité de l'offre	p. 24
Thématique 4 : Les partenaires et la coordination	p. 26
Thématique 5 : Les échanges d'information	p. 28
Glossaire	p. 32
Remerciements	p. 33

Préface

Organiser des parcours de soins cohérents pour les personnes âgées est l'objectif principal des régulateurs du système de soins que sont les agences régionales de santé. C'est le plus essentiel, mais aussi le plus complexe.

Les personnes âgées et très âgées, confrontées fréquemment à des pathologies multiples, ont recours, de façon séquentielle ou simultanée, à l'ensemble des acteurs du soin et plus largement de la prise en charge à domicile : professionnels de ville dont le médecin traitant et souvent l'infirmier libéral ou le SSIAD, hôpital, services et établissements médico- sociaux, services sociaux.

Pour redire un constat maintes fois fait mais qui reste totalement pertinent, les difficultés auxquelles se heurtent ces personnes ou leurs familles révèlent en creux les deux lacunes principales de notre système de santé, excellent à maints égards mais fragmenté : le manque de coordination de l'action d'intervenants multiples, sanitaires ou sociaux et le défaut de partage des informations entre acteurs du soin et de la prise en charge à domicile. Ces lacunes ont pour traduction évidente des hospitalisations inadéquates, et en urgence ; l'hôpital restant le lieu de dernier recours pour traiter les situations complexes qui n'ont pu être anticipées ou organisées en amont. Elles ont bien sûr aussi une incidence sur les trajectoires de vie des personnes et peuvent se traduire par une entrée plus précoce que souhaitée en institution.

L'enquête ci-après illustre les attentes des différents intervenants pour améliorer cette situation. Ses résultats recoupent parfaitement les constats faits par l'agence régionale de santé d'Alsace dans les travaux qu'elle a conduit avec les professionnels et établissements de la région. Leur demande est celle d'organisations et d'outils concrets et simples permettant :

- ▶ Une meilleure connaissance de l'offre disponible sur un territoire de santé ;
- ▶ Une meilleure orientation des personnes ;
- ▶ Un partage facilité des informations, en entrée ou sortie d'hospitalisation notamment mais aussi à domicile entre les différents intervenants ;
- ▶ La coordination des intervenants au domicile, qui peut passer par des dispositifs *ad hoc* lorsque la situation de la personne est complexe.

PRÉFACE

Le médecin traitant est l'intervenant central autour duquel s'organisent ces fonctions. Lorsqu'elles ne sont pas assurées directement par le médecin traitant, pour des raisons notamment de disponibilité, il doit être par principe systématiquement informé. Mais la construction de ces outils est l'affaire de tous les intervenants d'un territoire, qu'il s'agisse par exemple pour un hôpital de mettre en place une équipe mobile de gériatrie qui se projette hors les murs ou pour les EHPAD de renforcer, par un dispositif d'astreinte infirmière, leur capacité à prendre en charge de façon continue les besoins sanitaires de leurs résidents. La notion de filière, qui n'est pas l'imposition d'un mode de prise en charge uniforme mais la garantie d'une organisation des soins efficace, prend dans un territoire tout son sens.

Un mot encore des systèmes d'information partagée en santé : l'enquête montre les attentes importantes dans ce domaine. Il s'agit là de mon point de vue du gisement le plus important pour la qualité des soins. Il convient donc de sortir le plus rapidement possible des phases actuelles d'expérimentation des outils et des organisations pour établir un plan de déploiement plus généralisé à l'échelle du territoire national.

7

Laurent Habert
Directeur général de l'ARS Alsace
Juillet 2015

Introduction

1. Les parcours et l'approche territoriale

Depuis près de 15 ans en France, le législateur précise la notion de parcours :

- ▶ Réseaux de santé (Loi du 4 mars 2002) pour la coordination des parcours de santé;
- ▶ Mise en place du médecin traitant (Loi du 13 août 2004);
- ▶ Chemin clinique décrivant, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient (HAS, juin 2006);
- ▶ Filières (circulaires DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007, circulaire DGOS/R4/R3/PF3 n°2012-106 du 6 mars 2012...);
- ▶ Parcours de soins personnalisé (HAS, avril 2012), Loi de santé (du 14 avril 2015).

Par ailleurs, le rapport HCAAM (Assurance maladie et perte d'autonomie) de juin 2011 décrit les enjeux et préconise des solutions afin de mettre en œuvre des parcours opérationnels et efficaces.

Afin d'accompagner sa mise en œuvre opérationnelle, l'ANAP a inscrit ses travaux dans le cadre d'approches territoriales complémentaires :

- ▶ La coopération des établissements : coopération territoriale, coopération dans le secteur médico-social, etc. ;
- ▶ Le parcours des personnes âgées : accompagnement PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie), parcours en psychiatrie et santé mentale;
- ▶ L'approche filières de soins : appui à l'organisation des prises en charge, notamment pour les maladies chroniques, *via* des outils opérationnels simples et fiables permettant de réduire les ruptures de prise en charge.

La démarche « filières de soins » est une démarche d'amélioration de la prise en charge sur un territoire, structurée autour de « filières de prises en charge ». Cette vision « par filière de soins » est certes très réductrice : connotation hospitalière et non pas prise en charge globale, vision soins et non pas santé. Pour autant, elle permet d'arrêter un périmètre d'actions clair et connu. Périmètre étendu ensuite aux autres acteurs (comme le 1^{er} recours, le médico-social et le social en fonction des filières retenues), ainsi dans cette publication, le terme filière est employé au sens de prise en charge structurée entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

2. Le projet ANAP « filières de soins »

2.1 Enjeux

Aujourd'hui, de plus en plus de prises en charge sont complexes, impliquent plusieurs types d'établissements et nécessitent de fortes articulations avec les acteurs de ville. Dans un CHU par exemple, 60 % de l'activité de néonatalité est directement liée aux autres établissements du territoire (transfert amont ou aval, HAD...).

De plus, cette situation augmente avec la croissance des maladies chroniques (qui représentent plus de 68 % des dépenses de l'Assurance maladie) : cardio-vasculaire, neurologie mais aussi psychiatrie, infectiologie, obésité. Pour un grand nombre d'activités, plus d'un séjour sur trois est transféré directement vers d'autres établissements.

Les acteurs de terrain manquent d'informations objectives décrivant les prises en charge réelles impliquant plusieurs établissements. Ils disposent soit d'informations précises de leur établissement, soit d'une description des liens avec les autres établissements mais sur un champ d'intervention très large (médecine, chirurgie, obstétrique).

De plus, bien souvent les solutions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge dépendent de nombreux acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux : leur mobilisation est complexe. La promotion de parcours issus de montages plus ou moins coercitifs (contacts, réseaux, coopérations, filières, voire intégration de structures complémentaires) est le fruit du travail d'acteurs locaux motivés et convaincus.

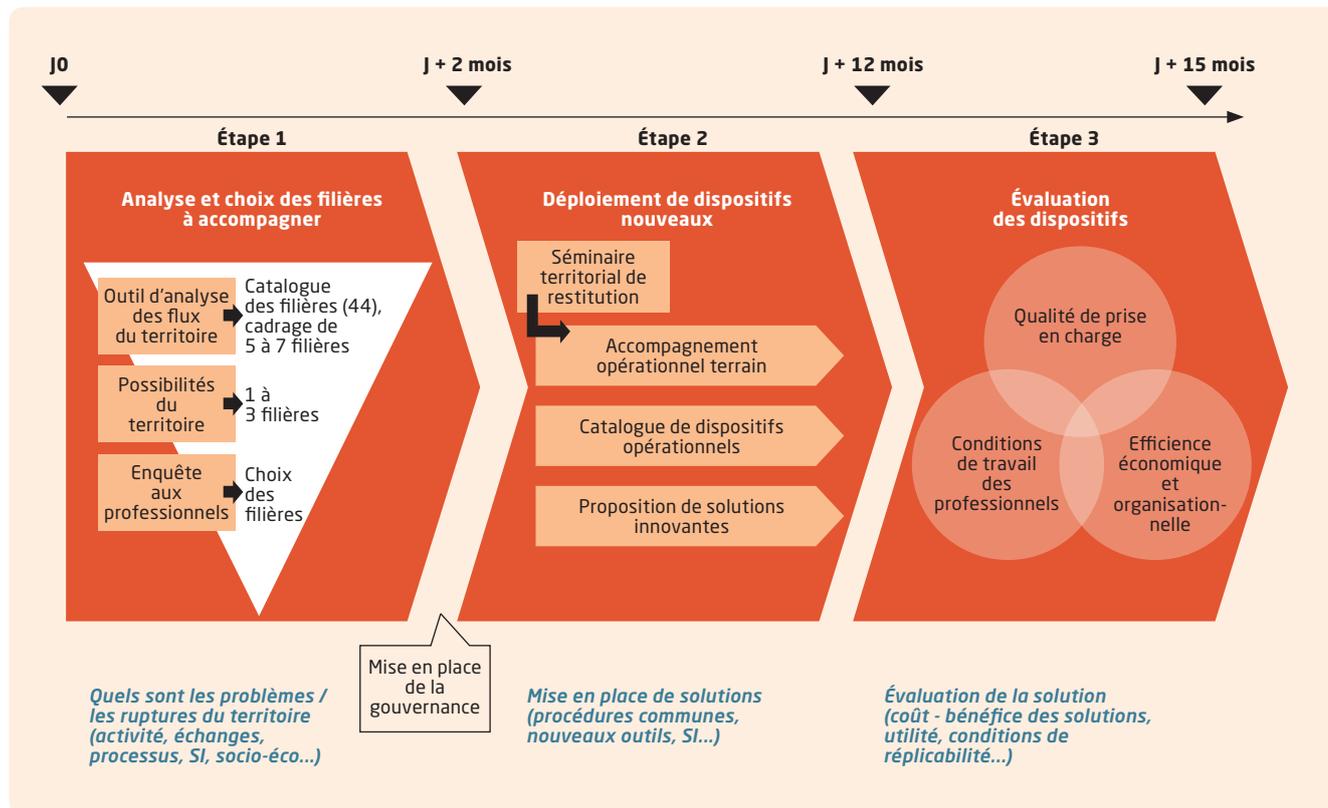
Pour autant, la diversité des modes de financement (ARS, AM, CD...) ne permet pas l'émergence d'organisations spontanément efficaces face à ces enjeux de prise en charge.

2.2 Objectifs

Le projet filières de soins propose de contribuer aux nouveaux modes de prise en charge (PRADO, PAPA, PAERPA, MAIA...) en apportant des réponses concrètes et pratiques aux dysfonctionnements existants dans les territoires.

Introduction

Figure 1 : Démarche « filières de soins »



2.3 Méthode

Une méthode déclinée en trois étapes est mise en place :

- Analyse et choix des filières à accompagner grâce à l'objectivation des prises en charge et à la mobilisation des acteurs du territoire;
- Déploiement de dispositifs nouveaux répondant aux besoins des professionnels et de leurs patients afin de réduire les ruptures dans la prise en charge;
- Évaluation des dispositifs implémentés et diffusion au plus grand nombre.

> Étape 1 :

Analyse et choix des filières à accompagner

ÉTABLIR UN CATALOGUE DES FILIÈRES

Cette étape permet de recenser les attentes des acteurs, de pointer les dysfonctionnements dans la prise en charge et de définir les objectifs du projet.

Elle débute par une étude (par famille de prises en charge) sur les territoires réalisée à l'aide d'un outil d'analyse des données du PMSI - *Outil « filières de soins »*.

Cette étude - basée sur les données nationales parangonnées, cible les professionnels sanitaires (CH, SSR, HAD, PSY, SLD...), et doit permettre d'identifier :

- Les acteurs actifs / moins actifs (flux d'échanges entre structures...);
- Les prises en charge réelles (DMS / IPDMS, MPP, lourdeur...);
- Pour une famille de prises en charge donnée (AVC, néonatalité, digestif...), ceux qui surperforment (comparaison entre territoires comparables) et ceux qui n'arrivent pas à développer certaines modalités pourtant bien développées ailleurs.

L'analyse se poursuit par l'utilisation d'un 2nd outil (*outil Quick-Diag*) permettant la caractérisation des données territoriales.

Introduction

Figure 2 : Outil « Quick-Diag »

Outil Quick-Diag						ANAP appui santé & médico-social	
Thématique	Catégorie	Information recueillie	Accessibilité 1--- à 6+++	Enjeux 1--- à 6++	Valeur	Éléments de benchmarking	Remarque (hétérogénéité, dynamique autres...)
Population et territoire	Démographie et description du territoire						
		Population âgée actuelle par tranche et par sexe. Part de	6	5,4		117 hab/km	
		Projections à 10 ans	4	4,3		Indice de vieillissement : 70,7	
		Isolement : personnes âgées vivant à domicile ou en inst	6	4,8			
	Situation socio-économique						
		Taux de pauvreté (% de PA fragile économiquement)	4	3,9			
		Revenu médian par unité de consommation	6	3,6		Revenu médiant : 20KI	
	Santé publique (espérance de vie, prévalence des maladies...)						
		Taux de mortalité avec causes majeures : cardiovasculai	4	4,6		France : 8,6 (pour 100)	
		Pathologies les plus présentes dans la population	3	5		17,3% (diabète), 12,5% (coronaire), 11,9	
		Prévalence des maladies chroniques	3	5,1			
		Prévalence des déficiences physiques et cognitives	3	5,1			
		Prévalence des principales ALD (nombre/proportion/rép	3	4,8			
	Offre	Ambulatoire (MT, kiné, IDE, pharmacien, dentiste)					
		Densité médicale et paramédicale : MG, MS, CD, IDE, MK, etc.	6	4,8		9,97/1 000 habitants	
Équipement (MC, HAD, PSY, SSR et USLD)							
		Taux d'équipement MC (distinction médecine gériatrique	6	3,9			
		Taux d'équipement PSY (lits pour adultes)	6	4			
		Taux d'équipement en HAD	6	4,1			
		Taux d'équipement en SSR (distinction MPR, polyvalent,	6	4,3			
		Taux d'équipement en USLD	6	4,4			
		Taux d'équipement (nombre de places en EHPAD par PA)	6	4,8		94 places/1 000	
		Taux de personnes en GIR 1 ou 2 résidant en EHPAD	3	4,1		-	
		Accessibilité : (1) proposition d'habitant de la zone à moins	5	4,7			
		Description de l'activité des offres spécifiques : EMG, EM	3	5,8			
		Taux d'équipement en places de SSIAD	5	4,8		19,9 places/1 000	
		Taux d'équipement en SAAD (nombre de structure par P	3	5			

10

L'outil *Quick-Diag* permet de comparer un territoire (données démographiques, socio-économiques, offres...) avec d'autres territoires (moyenne nationale, régionale...).

Ces deux outils (*outil filières de soins* et *outil Quick-Diag*) proposent une description « quantitative » des principaux enjeux du territoire et permettent de choisir quelques filières prioritaires en fonction de critères d'activité (volume important, échange important) et de performance (nuits indues).

ANALYSE DES POSSIBILITÉS DU TERRITOIRE

La démarche filières de soins propose en complément de l'étude et de la description des principaux enjeux, une série d'entretiens avec les décideurs du territoire afin de repositionner ces filières dans les grandes priorités régionales (PRS, SROS, CPOM...).

CES DEUX OUTILS VIENNENT COMPLÉTER L'OUTIL HOSPI DIAG :

L'outil d'analyse des flux du territoire donne une vision ascendante des activités des établissements d'un territoire : performance (nuits indues), activités, échanges entre établissements, etc. L'outil donne une vision très précise et détaillée par types de pathologies. De plus, il permet de visualiser les liens vers le secteur médico-social.

Cette objectivation vient en complément de la vision descendante d'Hospi Diag, présentant un panorama à 360° des établissements (finances, RH, organisation...).

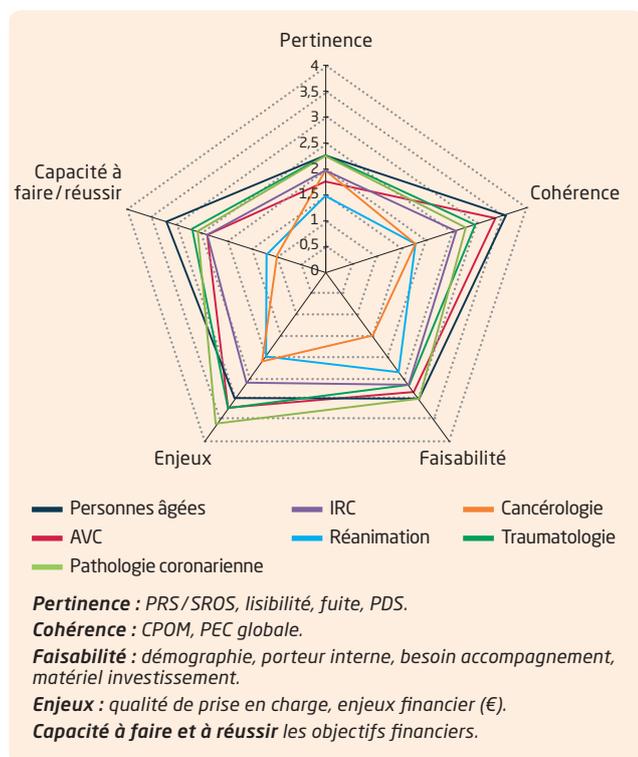
L'outil d'analyse des caractéristiques du territoire permet de mieux comprendre le territoire, décrit par une quarantaine d'indicateurs caractéristiques, fournissant des parangonnages (données démographiques...).

Introduction

Les axes analysés sont :

- ▶ **Pertinence** avec les enjeux du territoire PRS, PDS, fuite...;
- ▶ **Cohérence** avec les objectifs des établissements pivots (CPOM...);
- ▶ **Faisabilité** des changements proposés (porteur, accompagnement, investissement...);
- ▶ **Enjeux** pour les patients, les professionnels et l'équilibre financier;
- ▶ **Capacité** à réussir les objectifs financiers (le cas échéant).

Figure 3 : Exemple de restitution pour l'analyse des possibilités d'un territoire



COMPRÉHENSION DES ATTENTES DES ACTEURS ET DES POSSIBILITÉS DU TERRITOIRE

La phase de diagnostic s'achève par la réalisation d'une enquête permettant d'identifier les dysfonctionnements organisationnels dans les prises en charge.

Figure 4 : Exemple de dispositifs implémentés

Vague 1 – 2014	Filières	Exemple de dispositifs déployés
Alsace (Territoire de Strasbourg)	Personnes âgées Pathologies coronariennes AVC	Numéro unique, fiche de liaison, équipe mobile Renforcement UNV, réajustement capacitaire HC/SSR, intégration de l'HAD dans la filière AVC
Nord-Ouest Val d'Oise	Personnes âgées	Outil dématérialisé d'échange d'information entre la ville et l'hôpital
Nord Essonne	Personnes âgées	Dispositif d'anticipation de situation de rupture (passage aux urgences)

Cette méthode de consultation inédite dans le cadre d'un diagnostic doit permettre de comprendre le fonctionnement de la filière de soins étudiée, d'identifier les acteurs qui la composent et les possibilités d'actions au sein du territoire. L'enquête s'adresse donc à l'ensemble des professionnels de santé, ainsi qu'aux professionnels du secteur médico-social et aux intervenants sociaux.

Les résultats sont présentés aux acteurs principaux (ARS, principaux établissements, services et structures en charge des personnes âgées, parties prenantes dans la résolution à venir des dysfonctionnements,...) au cours d'un séminaire territorial. La gouvernance opérationnelle du projet d'amélioration de la filière considérée est implémentée.

> Étape 2 : Déploiement de dispositifs nouveaux

Les résultats de l'enquête sont utilisés dans la mise en place de nouveaux dispositifs. Ils permettent d'identifier les processus réels ainsi que les dysfonctionnements dans la prise en charge. Ainsi ces résultats hiérarchisent les problématiques et les priorités à mettre en place : visibilité des offres sur le territoire, lieu d'échanges ou de concertation entre professionnels, systèmes d'information et protocole commun.

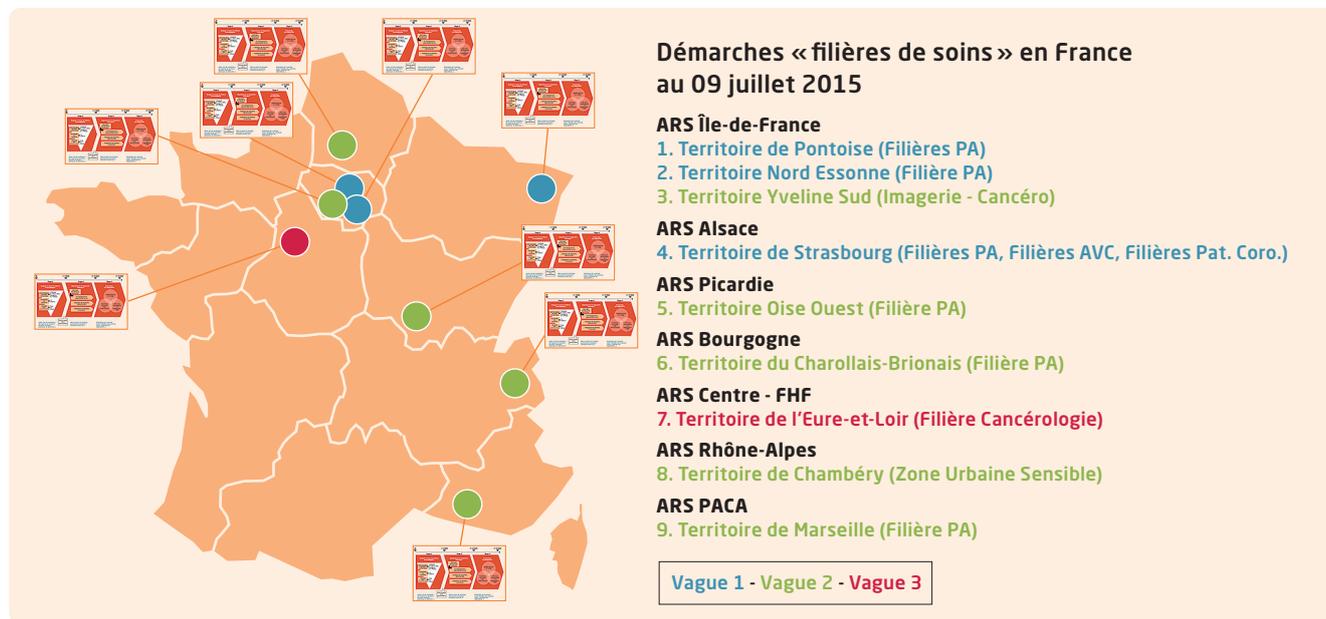
~~~~~  
**Dans le cadre des projets Filières de soins réalisés en 2013 et 2014, les enquêtes ont permis d'identifier les thèmes majeurs à développer dans les territoires. À l'issue, de nouveaux dispositifs ont pu être mis en place.**  
 ~~~~~

> Étape 3 : Évaluation des dispositifs

À l'issue de l'étape de déploiement, une évaluation des dispositifs implémentés est réalisée. L'objectif de cette étape est de déterminer l'impact sur les 3 volets de la performance de prise en charge : qualité de prise en charge, condition de travail des professionnels, efficacité économique et organisationnelle.

Introduction

Figure 5 : 9 démarches dans 7 régions au 9 juillet 2015



12

3. Contexte : la prise en charge des personnes âgées en France

Si les personnes âgées consultent leur médecin traitant toutes les 5 semaines en moyenne¹, elles ont 50 % de probabilité d'être hospitalisées dans l'année².

Par ailleurs, dans près de 50 % des cas³, elles passeront plusieurs heures aux urgences, alors même que les causes d'hospitalisation sont connues (neurologie, pneumologie, cardiologie sont les 3 causes les plus fréquentes devant la traumatologie)⁴.

En résumé, les rencontres régulières avec un médecin traitant n'évitent pas une hospitalisation. Les décompensations arrivent rapidement et les décisions doivent être prises en quelques jours parfois en quelques heures.

Cette situation n'est pas anecdotique. En France, on compte plus de 1,8 million de passages aux urgences de personnes âgées, dont 1,5 million d'hospitalisations par an.

1 - Pour chaque personne âgée, 7,51 consultations par an auquel il faut ajouter les 2,91 visites par an. Soit, par an, 10,48 rencontres entre une personne âgée et son médecin, soit une toute les 4,8 semaines - CNAM (SNIIRAM - DCIR 2012, France entière).
2 - Valeur allant jusqu'à 64 % avec l'inclusion des séjours en chirurgie ambulatoire : 3 661 384 RSA pour 5 710 370 personnes de plus de 75 ans. (France entière année 2012, ATIH 2013).
3 - 48,6% des séjours MCO des personnes de plus de 75 ans est non programmé (hors 941 435 séjours chirurgie ambulatoire) (France entière en 2012, ATIH 2013).
4 - ATIH, 2013.

Le système de santé français est réputé performant. Les personnes sont prises en charge et, dans 85 % des cas, elles rentrent à leur domicile.

Ce qui est vrai pour un bien portant, ne l'est pas pour les personnes âgées. Elles constituent un groupe très hétérogène que l'on peut schématiser en trois sous-groupes aux besoins de soins et de services très différents⁵ :

- ▶ Le premier regroupe la plupart des personnes âgées en bonne santé ou touchées par quelques maladies chroniques (HTA, ostéoporose) qui n'occasionnent pas d'incapacité, mais nécessitent la gestion optimale de leurs facteurs de risque afin de prévenir le développement d'incidents cliniques aigus.
- ▶ Le deuxième sous-groupe est constitué de personnes âgées moins bien portantes, touchées par des maladies plus morbides (diabète, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire chronique) risquant le développement d'incapacités fonctionnelles, d'hospitalisations répétées, d'institutionnalisation.
- ▶ Le troisième sous-groupe se compose de personnes ayant des incapacités fonctionnelles nécessitant non seulement des services médicaux, mais aussi sociaux : maladies chroniques multiples, plusieurs épisodes de maladies aiguës, présence d'un trouble cognitif significatif provoquant incapacités et dépendances fonctionnelles. Leur réseau de soutien social est souvent épuisé. Ce troisième sous-groupe représente un défi car il requiert une combinaison complexe de services médicaux, de services sociaux et de services de soutien.

5 - Bergman H., Crowe C., Inglis G., Kergoat M.-J., Lebel P., Morin J., & Tessier D. (2007). Les services spécialisés en gériatrie, 9 p.

Introduction

Un événement hospitalier accélérera le passage d'un groupe vers le suivant. En effet⁶ :

- ▶ Près du tiers des patients âgés hospitalisés en soins aigus subissent un déclin fonctionnel;
- ▶ Environ 40 % d'entre eux présentent une atteinte dans plus de trois activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, réaliser ses transferts, marcher, se nourrir). Cela représente une perte d'autonomie significative;
- ▶ Pour près de la moitié de ces personnes, la situation persistera au-delà de trois mois et deviendra souvent le déclencheur d'un déclin fonctionnel, progressif et irréversible, associé à une mortalité accrue, ainsi qu'à une augmentation des taux de ré-hospitalisation et d'institutionnalisation.

Les causes sont multiples (alitement-réduction de la mobilité, malnutrition, réaction indésirable aux médicaments, syndrome confusionnel...)⁷.

Par ailleurs, chaque hospitalisation risque de dégrader l'état de la personne âgée. Après deux semaines d'hospitalisation on estime à 46 % la croissance du risque de dépendance⁸. Par exemple, une personne âgée peut entrer à l'hôpital à cause d'une infection pulmonaire et en ressortir guérie mais incontinente.

C'est ainsi qu'au fil des hospitalisations, les fragilités se transforment en dépendance, créant de nouvelles décompensations qui donnent lieu à des hospitalisations et créent des ruptures d'autonomie.

Arrive un moment, où, l'entourage, la solidarité nationale, les ressources financières des familles ne suffisent plus : c'est l'institutionnalisation. Parfois désirée, elle est souvent synonyme d'abandon du domicile⁹, d'isolement et malgré l'important travail des établissements spécialisés, le décès survient en moyenne dans les 2 ans et demi¹⁰.

Ainsi, les conséquences d'une hospitalisation pour une personne âgée sont souvent sous-estimées : si elle sauve une vie, elle peut aussi handicaper le reste de leur vie. À cet égard, la

France possède l'une des meilleures espérances de vie de l'OCDE (82 ans). Pour autant, la France est uniquement dans la moyenne européenne lorsqu'il s'agit de l'espérance de vie sans incapacité (65 ans¹¹).

Ce constat est connu et documenté¹². Il apparaît néanmoins utile de solliciter les professionnels participant à la prise en charge des personnes âgées afin :

- ▶ D'interroger leurs attentes concernant la prise en charge, les outils, les processus communs;
- ▶ De connaître les améliorations qu'ils sont prêts à implémenter dans leurs pratiques.

4. Objectifs de l'enquête sur la prise en charge des personnes âgées

Les prises en charge sont désormais pluriprofessionnelles, nécessitant une intervention entre professionnels d'origine très diverse (professionnels de santé : médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes... - non-professionnels de santé : assistantes sociales, coordinateurs sociaux, intervenants à domicile...) mais la place du patient et de la famille dans la prise en charge est désormais prépondérante.

Ainsi, il est riche d'enseignements d'interroger les professionnels qui participent à la prise en charge des personnes âgées afin de mieux comprendre leur parcours de santé.

Les attentes relatives à la coordination et à l'échange d'informations concernent **5 grandes thématiques** :

- ▶ **Thématique 1** : La personne âgée et son parcours de santé;
- ▶ **Thématique 2** : Le professionnel et sa contribution dans le parcours;
- ▶ **Thématique 3** : La lisibilité de l'offre;
- ▶ **Thématique 4** : Les partenaires et la coordination;
- ▶ **Thématique 5** : Les échanges d'information.

6 - Sager M. A., & Rudberg M. A. (1998). Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clinics in Geriatric Medicine*, 14(4), 669-679.

7 - Pour plus de détail, vous pouvez consulter «Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence» N°. ISBN : 978-2-550-60945-2 (PDF) - <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>

8 - Zisberg A., Shadmi E., Sinoff G., Gur-Yaish N., Srułović E., Admi H. Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:266-273.

9 - En France le Groupe moyen pondéré (GMP) qui caractérise la lourdeur en perte d'autonomie est de 709, avec une accélération forte depuis 5 ans. Plus d'un EHPAD sur 3 a un GMP de plus de 800 avec 75 % ou plus de patients déments.

10 - 32 mois exactement, cf «Observatoire des EHPAD 2013- KPMG».

11 - «L'espérance de vie sans maladie chronique a augmenté légèrement mais significativement, contrairement à la moyenne européenne, atteignant 6,8 années pour les hommes (+0,4 an) et 8,4 années pour les femmes (+0,7 an) (...) alors que la moyenne EU25 est de 7,2 ans pour les hommes et de 8,0 ans pour les femmes». <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/esperance-de-vie-en-bonne-sante-dernieres-tendances>

12 - HCAAM : Assurance maladie et perte d'autonomie, juin 2011 - http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

Introduction

Cette étude permet de compléter la connaissance des ruptures de prise en charge sur chaque territoire, de connaître les attentes des professionnels et de définir les dispositifs opérationnels nécessaires.

Par ailleurs, l'enquête, intégrée dans la démarche filières de soins, a permis le lancement d'actions concrètes d'amélioration. L'étude a donc été restituée aux professionnels de la prise en charge des personnes âgées et a permis de mettre en place plusieurs dispositifs expérimentaux. L'enquête est l'une des composantes de l'étape 1 de la démarche filières de soins.

5. Typologie des répondants

Entre septembre 2013 et janvier 2014, plus de 1 500 professionnels (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, acteurs de coordination...) travaillant en structures publiques, privées ou associatives (hôpitaux, cliniques, SSIAD, SAD, CCAS...) et participant à la prise en charge de personnes âgées sur trois territoires de santé ont été sollicités : Territoire de Strasbourg, Nord Essonne et le territoire du Nord-Ouest Val d'Oise.

543 professionnels ont répondu à l'enquête, représentant les secteurs public, privé et associatif :

- ▶ 69% de professionnels de santé ;
- ▶ 31% de non-professionnels de santé ayant un rôle dans la prise en charge des personnes âgées (assistants sociaux, coordinateurs, évaluateurs EMS APA...).

Figure 6 : Typologie des répondants

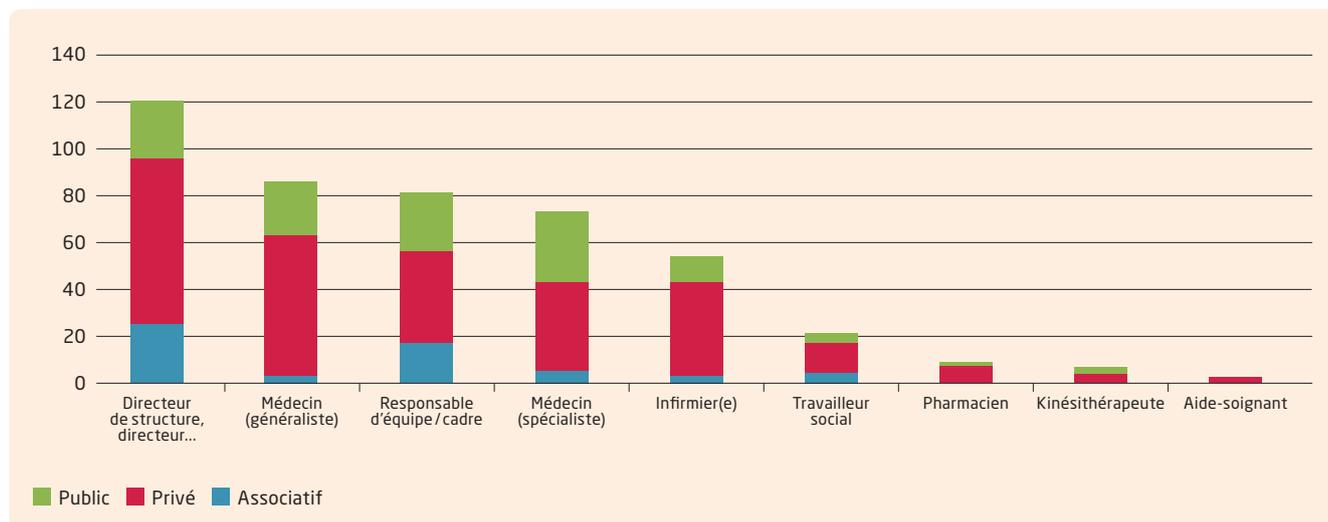
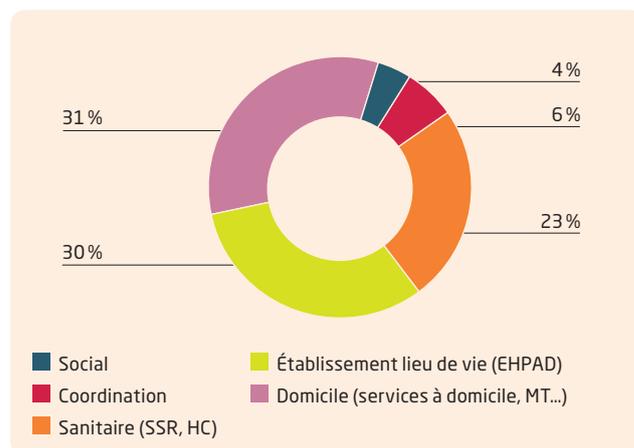


Figure 7 : Mode d'exercice des professionnels interrogés

Mode d'exercice	Nombre (% des répondants uniquement)
Libéral	105 (22%)
Salarié	370 (78%)

Figure 8 : Typologie de la prise en charge des professionnels interrogés



Introduction

Figure 9 : Domaines de prise en charge des professionnels interrogés

Niveau de la prise en charge	Nombre (répondant uniquement)
Médecine de ville	61
Médecine de campagne	9
Médecin coordonnateur d'EHPAD	45
Séjour hospitalier (Médecine et chirurgie)	60
EHPAD (autres)	103
Hospitalisation à domicile et/ou USLD	36
Psychiatrie	6
Séjour en soins de suite et de réadaptation	51
Réseau de santé et/ou service de coordination	28
Services de soins à domicile (SSIAD)	27
Autres services d'aide à la personne	48
Services sociaux	18
TOTAL	492 (91% du total des répondants)



À QUI S'ADRESSE LA PUBLICATION ?

L'analyse de la prise en charge des personnes âgées, issue de l'enquête menée sur les trois territoires, s'adresse aux directeurs en ARS, directeurs d'établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, ainsi qu'aux acteurs de la ville volontaires souhaitant améliorer la prise en charge autour de filières (pathologiques ou populationnelles).

PRÉCAUTIONS DE LECTURE

La lecture de cette enquête peut être complétée par la lecture des publications :

- ▶ Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques;
- ▶ Loi HPST (21 juillet 2009);
- ▶ Rapport HCAAM : Assurance maladie et perte d'autonomie (juin 2011);
- ▶ HAS : Organisation des parcours (juin 2013, décembre 2013).

15

PRÉCAUTION MÉTHODOLOGIQUE

Cette enquête a été réalisée sur trois territoires pilotes : Nord Essonne, territoire de Strasbourg, et Nord-Ouest Val d'Oise. Les résultats issus de l'enquête ne sont pas généralisables à l'ensemble du territoire Français.

D'un territoire à l'autre ces résultats peuvent différer en raison du contexte historique, des spécificités des territoires et des acteurs...

Pour autant, les enseignements de ce chapitre sont communs aux trois territoires.



1

Les grands enseignements
de l'enquête

Chapitre 1

Les grands enseignements de l'enquête

Les résultats de cette enquête mettent en évidence une forte interdépendance des professionnels, une attente concernant les outils de coordination et de partage d'information, ainsi que la nécessité de mettre en place un référentiel commun entre professionnels.

Ils confortent aussi bien la place du patient que celle de la famille et des professionnels dans les décisions d'orientation de la prise en charge.

1. Les personnes âgées ne décident pas de leur parcours de santé

Il existe donc un écart entre les textes législatifs (*libre choix des patients*) et la réalité sur les territoires considérés. Si les causes sont multiples (pathologies des personnes, complexité des parcours, réalité des prises en charge au domicile avec une augmentation des déclinés cognitifs et de l'isolement des personnes âgées, situations familiales complexes...), le dilemme pour les professionnels est réel : ils ne désirent pas choisir « à la place de », mais n'ont que rarement la possibilité de faire « avec » la personne âgée. C'est pourquoi, le médecin traitant (pour 33 % des répondants) et la famille/aidants (pour 31 % des répondants) ont un rôle premier dans les décisions d'orientation de prise en charge (soins, hospitalisation, choix du lieu de vie...).

2. Pour éviter le passage aux urgences, l'avis gériatrique H24 est le service le plus attendu

Les professionnels sont volontaires à la mise en place opérationnelle d'un ensemble de services dédiés. L'avis gériatrique H24 permettant avis et conseil, et l'intervention d'un EMG à domicile en cas d'urgence, par exemple (cités par 55 % des répondants). À l'inverse, l'admission directe aux services de soins ou le meilleur recours aux HDJ ne sont pas exprimés par plus d'un professionnel sur trois.

3. Les pouvoirs publics doivent améliorer la lisibilité des services à domicile

78% des professionnels interrogés déclarent travailler en coordination avec le médecin traitant, mais la lisibilité des services au domicile est très hétérogène.

Si certains services à domicile sont bien connus par (80 % et plus) des professionnels - les soins palliatifs ou les prestations

paramédicales notamment, d'autres tels que les dispositifs ARDH (Aide au retour à domicile après hospitalisation) et offres d'ETP (Éducation thérapeutique du patient) doivent nécessiter un accompagnement plus visible par les pouvoirs publics (communication, relais d'informations...)

4. Les besoins principaux au domicile sont faiblement médicalisés et proches des bénéficiaires

Les professionnels expriment une attente autour des aides à domicile, des soins infirmiers à domicile et des dispositifs de répit pour les aidants.

De plus, l'accès à ces services, sous toutes ses dimensions, devient le facteur discriminant pour les personnes âgées et leurs aidants : connaissance du service (qui relaie l'information, par quels canaux), distance (comment s'y rendre en cas d'isolement et sans moyen de transport), coût du service (reste à charge en intégrant le coût du service intervenant lorsque l'aidant n'est plus présent) et délais d'accès sont les principales préoccupations exprimées.

5. Les professionnels des territoires utilisent peu les outils de coordination, mais y sont très favorables

En effet, moins de 50 % des professionnels sollicitent une coordination territoriale (CLIC, réseaux, MAIA). La jeunesse de certains acteurs explique en partie cela.

Par ailleurs, des pistes d'amélioration sont exprimées : systèmes d'information partagés, évaluations périodiques ou télémédecine.

- ▶ La téléconsultation de médecins spécialisés par le médecin généraliste est citée dans 45 % ;
- ▶ 84 % des professionnels sont volontaires pour partager des informations autour d'outils transversaux d'échanges afin d'assurer la continuité des soins lors d'un passage d'une structure vers une autre ;
- ▶ Par ailleurs, si les acteurs de terrain expriment clairement une attente concernant la coordination, elle ne signifie pas le renforcement de « coordinateur » (ce besoin n'a jamais été exprimé dans l'enquête), mais plutôt des outils concrets utiles dans les pratiques professionnelles et dans la prise en charge : système d'information partagé.



2

Les résultats détaillés
de l'enquête

Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

Thématique 1 La personne âgée et son parcours

1.1 Les besoins

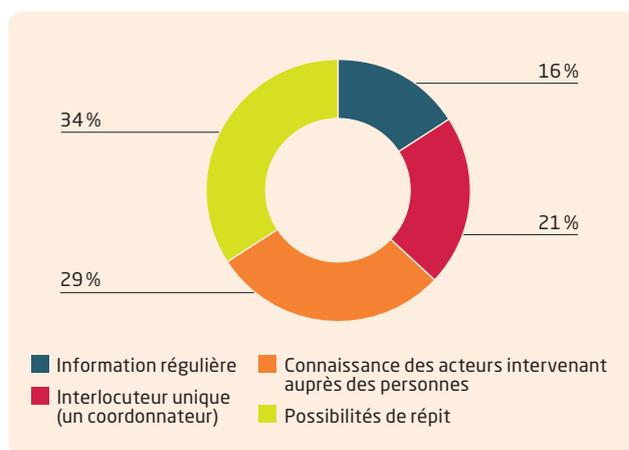
La définition des besoins des personnes âgées n'est, *a priori*, pas facile à déterminer, que ce soit dans le domaine médical, social, administratif ou technologique.

Pour autant, les professionnels de la prise en charge ont une vision très complète et précise de l'ensemble de ces besoins mais aussi des difficultés auxquelles sont confrontées les personnes âgées.

Ils ont donc été interrogés sur les moyens (disponibles ou non) qui permettent de satisfaire ces besoins. Une attente très nette se dégage autour des services « à domicile et de proximité » (repas, aide, soins).

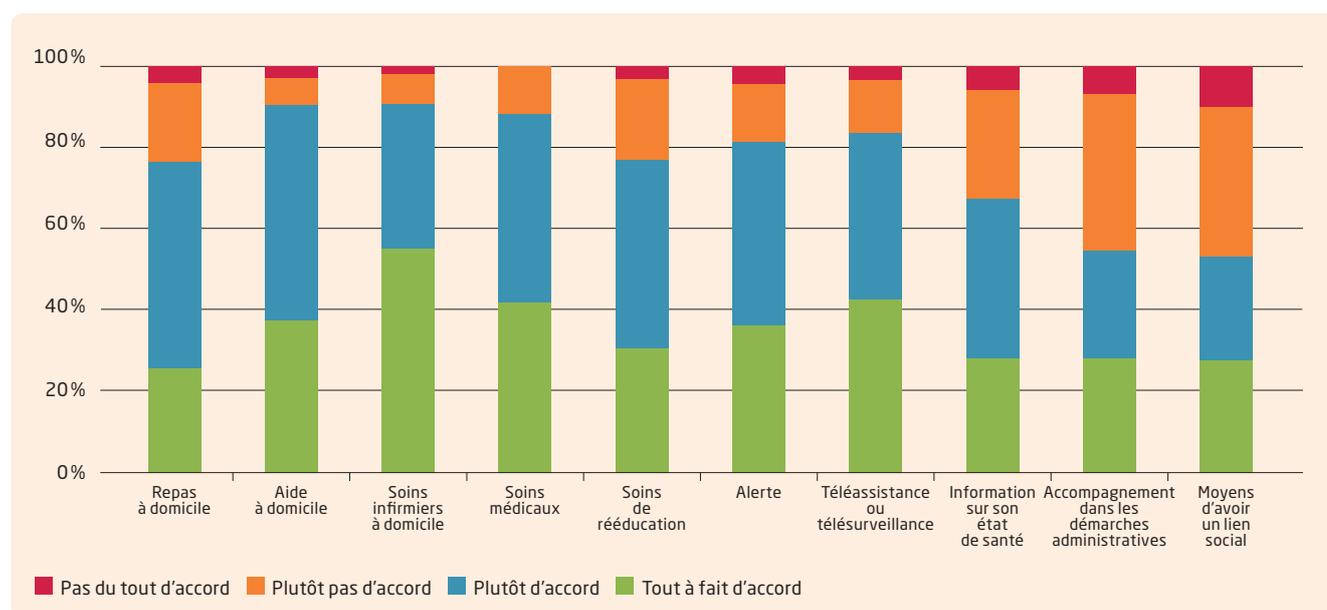
Par ailleurs, il y a des attentes en termes de satisfaction des besoins des aidants notamment pour les possibilités de répit, d'information régulière et de formation des aidants et enfin, quand cela est nécessaire, un soutien psychologique.

Figure 10 : Dans quel(s) domaine(s) ces besoins ne sont pas satisfaits (plusieurs choix possibles)



19

Figure 11 : D'après vous, lorsqu'ils existent, les moyens suivants satisfont-ils les besoins de la personne âgée (N=157)?



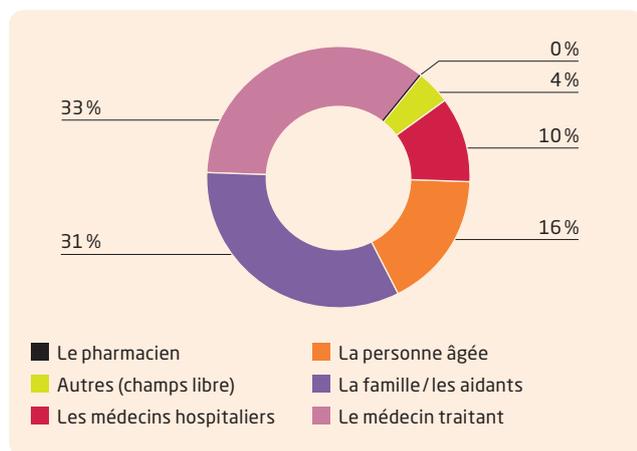
Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

1.2 L'orientation dans l'offre

84 % des professionnels déclarent que les personnes âgées ne décident pas de leur parcours de santé contre 16 % qui déclarent que les personnes âgées décident de leur parcours de santé. Ainsi dans la grande majorité des cas le parcours sera décidé par un tiers : la famille et le médecin traitant dans les 2/3 des cas.

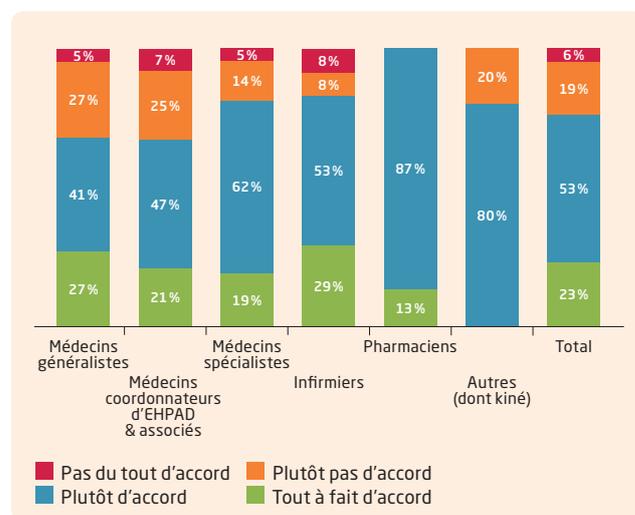
Figure 12 : En pratique, selon vous, qui est l'acteur principal qui décide du parcours de santé de la personne âgée ?



20

Pour autant, les professionnels déclarent à une grande majorité non seulement que le passage aux urgences d'une personne âgée peut être évité, mais aussi qu'il existe déjà dans le territoire des services pour cela.

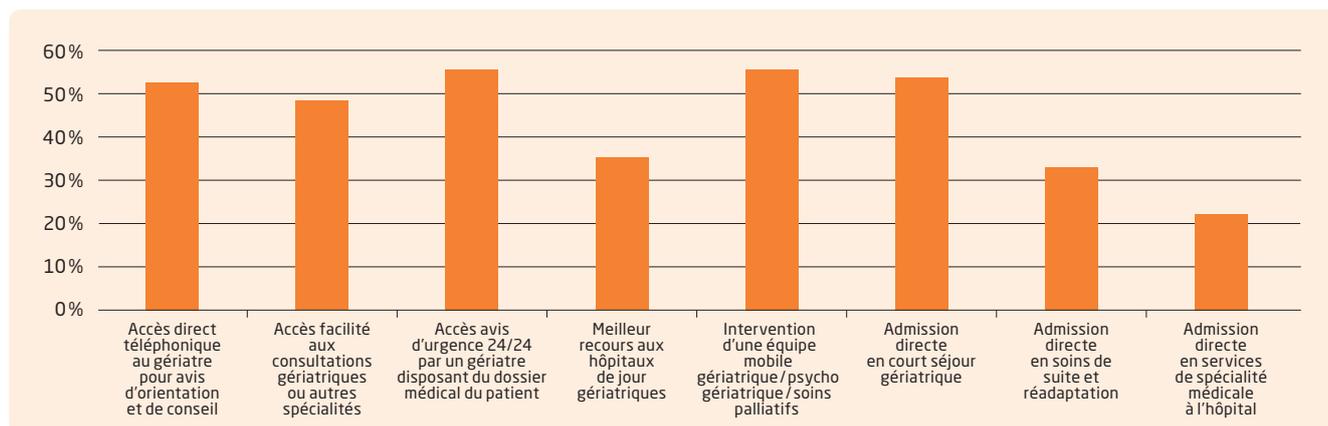
Figure 13 : Pensez-vous que le recours aux urgences pour une personne âgée est évitable ?



Les deux premiers dispositifs cités permettant d'éviter ces passages sont l'intervention d'une équipe mobile (56%) et l'avis d'urgence H24 par un gériatre disposant du dossier médical (56%).

À noter que certains dispositifs sont assez peu proposés par les professionnels : admission directe (en hospitalisation complète ou en SSR), meilleur recours aux HDJ.

Figure 14 : D'après vous, le recours aux urgences pour une personne âgée aurait-il pu être évité si l'un ou plusieurs des dispositifs suivant avai(en)t été mis en place (dans la plupart des cas) (N = 169) ?



Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

LES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE : POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

Les professionnels interrogés déclarent que pour plus de 80 % des cas, ce n'est pas la personne âgée qui décide de son parcours.

> MICHELLE CLERGET

Responsable du pôle de coordination du parcours au sein de l'Hôpital privé gériatrique Les Magnolias (HPGM)

Avoir le choix de son mode de vie, de son devenir, permettre aux usagers de participer aux décisions qui les concernent, respecter leur autonomie sont des souhaits et des objectifs affirmés et partagés par les personnes âgées et les professionnels de la gérontologie.

Mais les aléas de santé, les maladies chroniques perturbent souvent l'équilibre de vie rendu fragile par la perte d'autonomie qui n'a pas été anticipée, prise en compte, compensée, corrigée.

Un traitement lourd, une hospitalisation perturbent les organisations de vie souvent précaires des personnes âgées parfois isolées, handicapées, vivant dans un habitat inadapté. Elles sont alors contraintes de changer leur mode de vie, voire leur lieu de vie sans avoir pu faire un véritable choix.

Elles subissent, contraintes par la nécessité ou plutôt par leur difficulté à adapter leur mode de vie à leur perte d'autonomie physique et/ou cognitive.

La réticence à participer à des actions de prévention, la méconnaissance des dispositifs d'aide et l'absence d'anticipation sont autant de risque de ne plus avoir le choix de son mode de vie lorsque la perte d'autonomie apparaît.

Pour que les hospitalisations ne soient plus vécues comme des ruptures dans le parcours des personnes âgées, elles doivent être au mieux planifiées et surtout s'inscrire dans un plan global d'accompagnement articulé en amont et en aval avec l'ensemble des dispositifs d'aide, de soins, d'adaptation au handicap ou à la perte d'autonomie. C'est tout l'enjeu de la coordination pour fluidifier le parcours des personnes âgées en prenant en compte leurs besoins de santé prédominants et leur projet de vie.

Les seniors doivent s'impliquer dans une réflexion sur le choix de leur devenir et les professionnels doivent s'engager de façon plus pratique et concrète dans l'échange d'information pour éviter les ruptures et faire preuve de souplesse dans leurs organisations.

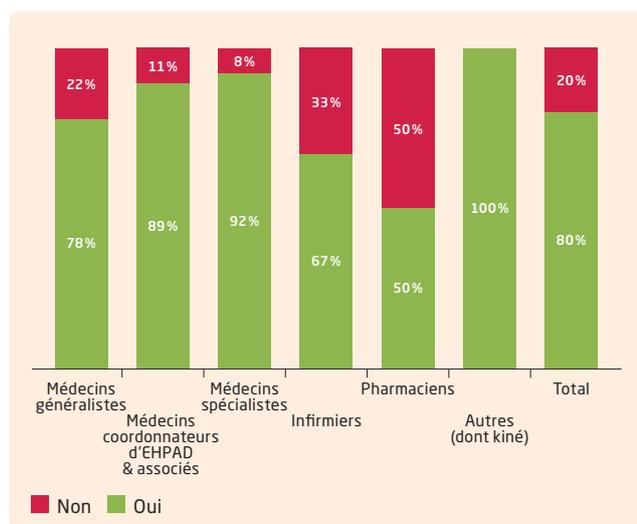
Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

Thématique 2 Le professionnel et sa contribution dans le parcours

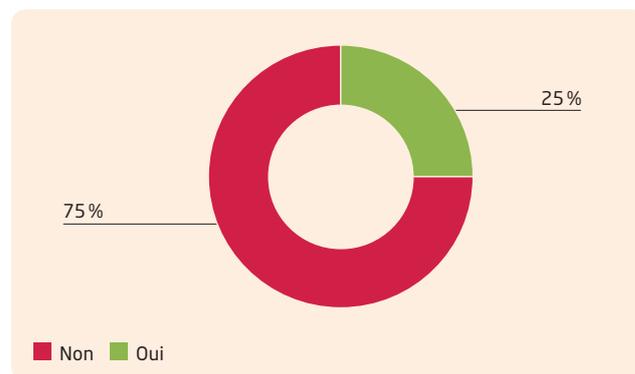
Certains acteurs du domicile participent à l'identification des facteurs de fragilité et des risques d'habitat. Quel que soit le mode d'exercice ou la profession, les professionnels de santé interrogés déclarent participer au dépistage de la fragilité.

Figure 15 : En tant que professionnel de santé, participez-vous aux actions de dépistage de la fragilité de la personne âgée ?



Malgré leur participation au dépistage des fragilités, les professionnels de santé déclarent en majorité ne pas participer à des actions d'éducation thérapeutique de la personne âgée concernant les quatre facteurs d'hospitalisations évitables.

Figure 16 : Participez-vous à des actions d'éducation thérapeutique de la personne âgée concernant les quatre facteurs d'hospitalisations évitables (dénutrition, dépression, chute, iatrogénie médicamenteuse) ?



Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

LA CONTRIBUTION DANS LE PARCOURS : POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

L'enquête expose la problématique de l'orientation des personnes âgées et des difficultés des professionnels à articuler professionnalisme, respect des droits fondamentaux et principe de réalité au regard des situations. Comment cela impacte-t-il le quotidien ?

> LOUIS NOUVEL

Directeur de l'EHPAD Solemnes et vice-président du Réseau gérontologique inter-établissements et services du Val d'Oise (REGIES 95)

Si chacun s'accorde pour dire qu'aujourd'hui en France, le nombre de cas de démence est évalué entre 750 000 et 850 000 cas, ces chiffres semblent ne pas refléter la réalité. Ainsi, à partir des cas recherchés systématiquement dans PAQUID ou E3C, seule 1 démence sur 2 serait diagnostiquée (1 sur 3 au stade précoce). Or, nous constatons dans notre exercice quotidien que les proches de ces malades sont souvent mal informés, mal orientés et souhaiteraient pouvoir continuer la prise en charge à domicile. Ils arrivent dans notre établissement le plus souvent exténués physiquement mais aussi et surtout moralement.

L'accompagnement de la famille fait partie intégrante de notre projet d'établissement. Nous avons dû malgré tout l'élargir dans une dimension de conseils administratifs et sociaux. En outre, nous avons fait le choix de prendre en charge nos résidents jusqu'au terme de leurs parcours de vie, quel que soit leur niveau de dépendance. Nous sommes aidés dans cette mission par l'équipe mobile de soins palliatifs et l'unité mobile de géronto-psychiatrie mais des liens étroits doivent également être entretenus avec le centre hospitalier René Dubos de Pontoise et les services de prise en charge à domicile.

Dans ce cadre, une transmission simple et fiable des informations les plus pertinentes concernant la personne âgée est primordiale pour la fluidification de son parcours, donc sa prise en soins mais aussi une optimisation de l'usage des deniers publics. Une projection de l'avenir tend à étayer ces propos. En effet, on estime que d'ici à 2050, le nombre de malades devrait être multiplié par 2,4 soit plus de 1 800 000 cas, représentant près de 3 % de la population. Et nous n'envisageons qu'une frange de la population. Combien de personnes de plus de 75 ans deviendront dépendantes ?

La tendance de ces dernières années le montre bien : la population souhaite rester à domicile et nous accueillons dans les EHPAD des personnes de plus en plus âgées et dépendantes. Il m'apparaît donc que les EHPAD doivent assurer trois missions :

- ▶ *Répit aux aidants par le déploiement de différentes solutions telles que l'hébergement temporaire de jour mais aussi de nuit; d'autres solutions peuvent être imaginées...;*
- ▶ *Diagnostic et évaluation des possibilités de compensation du handicap puisque l'EHPAD réunit tous les spécialistes de la prise en charge gérontologique. L'orientation ne se soldant pas forcément par un hébergement permanent mais par une coopération acteurs de maintien à domicile / EHPAD;*
- ▶ *Prise en charge de ces personnes très dépendantes afin de leur assurer une fin de vie la plus confortable possible.*

Le pari de notre avenir est de concilier accroissement de la population âgée, fluidification du parcours et optimisation des ressources existantes.

Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

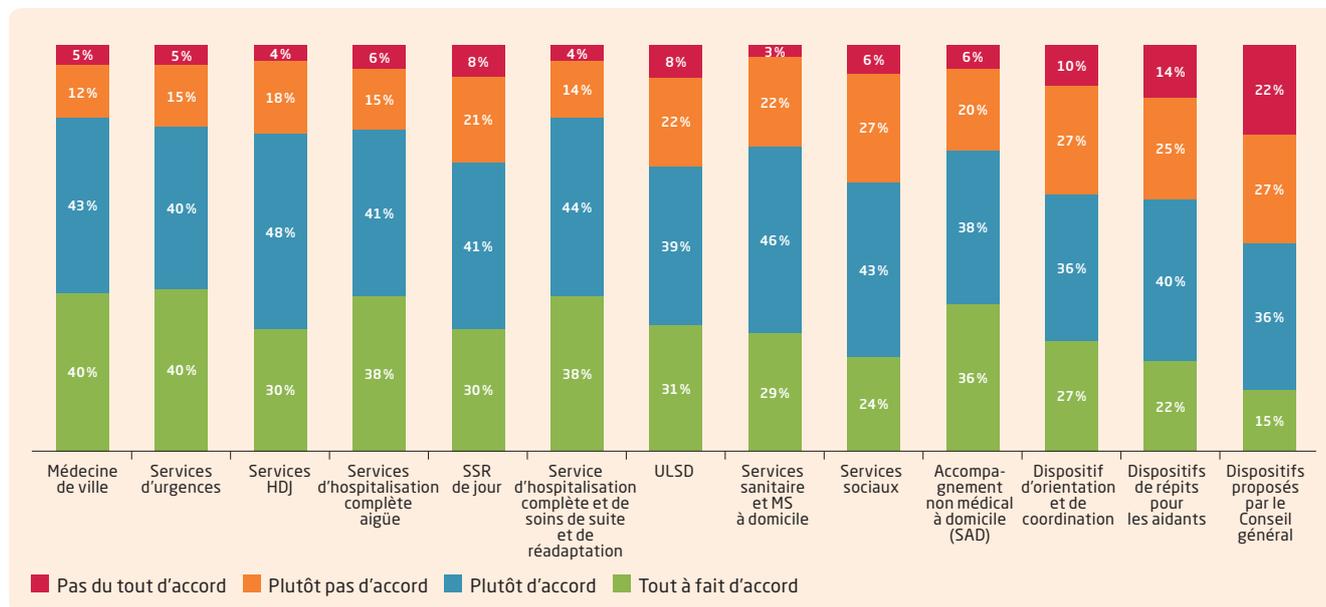
Thématique 3 La lisibilité de l'offre

L'amélioration de la lisibilité de certains services pour les personnes âgées est l'une des principales attentes des professionnels. L'absence de répertoire opérationnel des ressources, intégrant les données sanitaires (Adeli, arrêté du 27 mai 1998 - JO du 17 juillet 1988), médico-sociales et sociales, est notée comme l'une des principales raisons.

Ainsi, les professionnels répondant expriment que si certains services sont connus (SAU, médecin traitant, hospitalisation complètes et SSR) d'autres présentent des marges d'amélioration : dispositifs de répit, services sociaux...

Par ailleurs, nous avons interrogé les professionnels sur la continuité des soins (transmission des informations clés, alertes...) sur leur territoire. Concernant les conditions de sorties d'hospitalisation et les transferts patients entre structures, 72 % des professionnels sont satisfaits des conditions de sortie de leur patient (en moyenne). Il existe donc des marges de progrès qu'il convient d'analyser avec chaque établissement.

Figure 17 : Concernant les composantes suivantes de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale sur votre territoire de santé, diriez-vous que vous avez accès à l'information sur les rôles et les missions de chacun ?



Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

LA LISIBILITÉ DE L'OFFRE : POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

La technologie au domicile est-elle une réalité pour les personnes sur le territoire ?

> SYLVIE BARROS

IDE libérale, trésorière de l'URPS IDE d'IDF, secrétaire générale CDOI du 91

De plus en plus de matériels sont mis à la disposition des patients pour favoriser leur maintien à domicile, que ce soient toutes les technologies de « surveillance », piluliers « intelligents », etc.

Pour les professionnels libéraux, nous voyons tous les jours de nouvelles technologies favorisant la prise en charge grâce à la mise à jour fréquente de nos logiciels, les possibilités d'échanges entre professionnels d'un même cabinet, l'apparition de plus en plus d'outils de communication (téléphones, tablettes, etc.) mais aussi le matériel dont nos patients bénéficient, qui facilite leur prise en charge, et tout le matériel spécifique à notre exercice.

L'impact de cette tendance dépendra de chacun : certains se sentiront complètement sous surveillance voire « prisonnier » de certaines installations, d'autres se sentiront rassurés et souhaiteront plus facilement rester chez eux sans crainte de chute, d'isolement, etc.

Par ailleurs, le rapport du HCAAM (2011) préconise le développement rapide des échanges d'information entre acteurs via des outils simples (PPS, VMS, DLU, CRH). J'aimerais vraiment être optimiste mais au vu des difficultés pour mettre en place le moindre outil le plus simple qu'il soit, je me vois peu enclin à espérer voir ces outils mis en place avant que je ne cesse mon exercice libéral, ce que je regrette vivement.

En revanche, si le dispositif « référentiel commun et échange d'information » est réellement mis en place, je pense que cela ne serait que favorable pour tous les professionnels quel que soit leur mode d'exercice.

Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

Thématique 4 Les partenaires et la coordination

Avant d'analyser les attentes liées aux systèmes d'information partagés, décrivons les attentes des services rendus par les acteurs de coordination.

4.1 Le professionnel et sa contribution dans le parcours

Le rôle du médecin traitant est prépondérant notamment dans son rôle de référent de la coordination clinique des professionnels intervenants au domicile.

L'objectif est de soutenir autant que possible la personne âgée à son domicile, de limiter son recours inapproprié à l'hôpital en urgence, mais aussi d'intégrer les acteurs de coordination et sociaux dans la prise en charge de proximité.

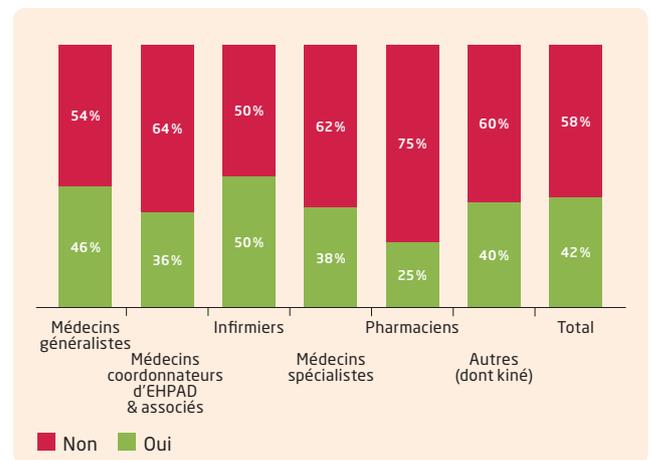
Le médecin traitant est clairement identifié comme le pivot de la prise en charge. Ainsi, il est important qu'il connaisse parfaitement l'ensemble des services du maintien à domicile dont dispose les personnes âgées sur son territoire.

Figure 18 : Travaillez-vous en coordination avec le médecin traitant ?



Par ailleurs, la participation des professionnels de santé à cette coordination de proximité reste timide (42%), comme cela est le cas pour la sollicitation de la coordination territoriale d'appui (CLIC, MAIA).

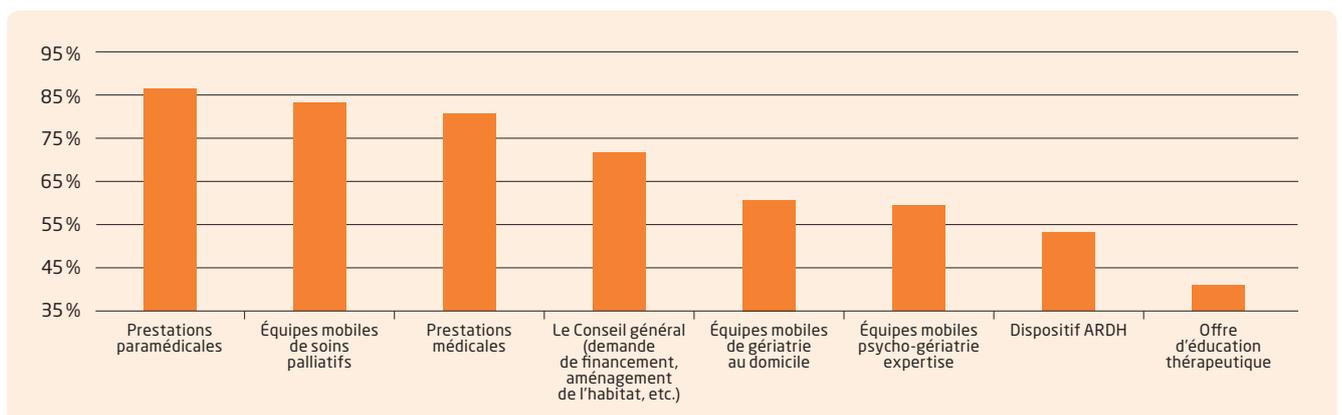
Figure 19 : Sollicitez-vous, dans votre exercice professionnel, la coordination territoriale d'appui (Centre local d'information et de coordination (Clic), réseaux, filières, Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer MAIA) (N total = 375) ?



b. Orientation et satisfaction

Nous l'avons vu, le recours au médecin traitant, comme acteur de coordination est clairement établi. Par ailleurs, d'autres acteurs de coordination émergent (CLIC, MAIA, réseaux). Collectivement, ils améliorent la connaissance des acteurs sur les territoires, proposent des services de partenaires et contribuent à fluidifier le parcours des personnes âgées.

Figure 20 : Êtes-vous globalement bien orientés vers les acteurs suivants (% de répondant OUI) ?



Chapitre 2

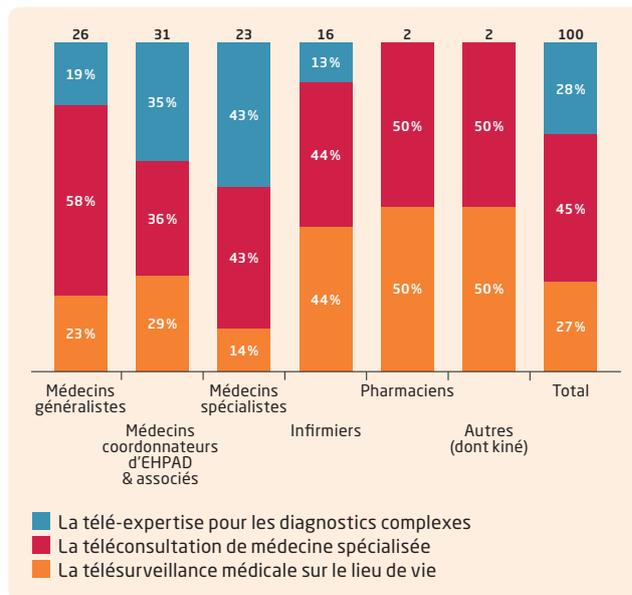
Les résultats détaillés de l'enquête

Pour autant, il est capital que lors des sollicitations et échanges, les orientations proposées par ces acteurs de coordination soient jugées favorablement par les professionnels de la prise en charge. À défaut, certains services seront moins proposés aux patients (perte de chance potentielle) tout en isolant certains professionnels (qui ne se retourneront plus vers les acteurs de coordination).

Ainsi, certains dispositifs (ARDH, offre d'ETP, EMG) doivent bénéficier d'un portage plus soutenu afin que l'adressage puisse en être amélioré.

À noter que la majorité des professionnels sollicités déclare être intéressée par les services proposés dans le cadre de la télémédecine, notamment la téléconsultation de médecine spécialisée.

Figure 21 : Après l'élaboration d'une convention et le recueil du consentement de la personne âgée, quelles modalités utiliseriez-vous dans le cadre de la télémédecine ?



LES PARTENAIRES ET LA COORDINATION : POINT DE VUE D'UN PROFESSIONNEL HOSPITALIER POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE

Quels sont les principaux enjeux pour sécuriser mieux encore le maintien à domicile et permettre aux personnes de vivre dignement ?

> **PROFESSEUR GEORGES KALTENBACH**
(PU-PH) Chef du pôle de Gériatrie aux hôpitaux universitaires de Strasbourg

Permettre à une personne âgée de vivre dignement, c'est respecter son autonomie : c'est-à-dire l'aider à accomplir son projet de vie à domicile si elle le souhaite et si son état cognitif le permet. C'est respecter son choix de vie, son droit à se gouverner soi-même.

Sécuriser le maintien à domicile d'une personne âgée en perte d'autonomie fonctionnelle repose sur une évaluation gériatrique multidisciplinaire (médecin, IDE, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychologue, travailleur social), à sa demande et à celle de son médecin traitant. Cette évaluation cognitive et fonctionnelle pourra être réalisée soit en hôpital de jour, soit par une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière se déplaçant au domicile de la personne âgée.

Le maintien à domicile sera possible grâce à des aides humaines sécurisantes, complétées par les nouvelles techniques de la domotique et de la gérontechnologie, qui seront accessibles dans un avenir proche, avec un coût qui devra être maîtrisé. Le suivi des recommandations reposera sur le médecin traitant, éventuellement aidé par un réseau gérontologique. Toutefois le maintien à domicile garde des limites, lorsque les soins ne sont pas programmables, ou lorsque les troubles cognitifs sévères mettent une personne âgée isolée en danger. Dans ces cas-là, l'autonomie décisionnelle de la personne âgée ne pourra plus être respectée.

Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

Thématique 5 Les échanges d'information

La multiplicité des acteurs qui concourent à la prise en charge de la personne âgée notamment au domicile nécessite l'organisation d'un partage des informations en lien avec l'état de santé de la personne concernée.

En cas de polypathologie ou de maladie sévère, les médecins interrogés déclarent ne pas établir un plan personnalisé de soins.

Figure 22 : Utilisez-vous systématiquement pour les personnes âgées polypathologiques ou présentant une maladie sévère, le plan personnalisé de soins ?

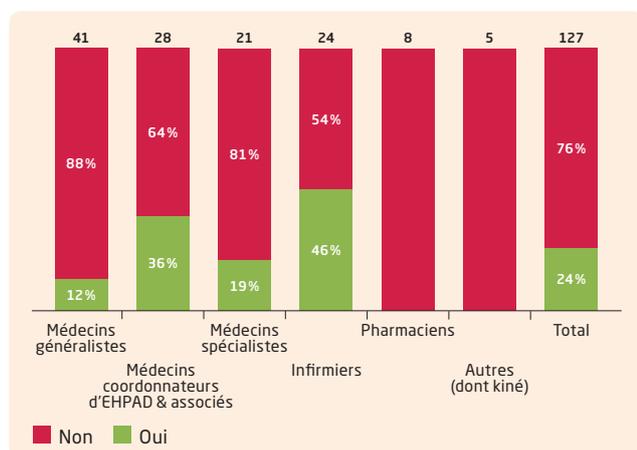
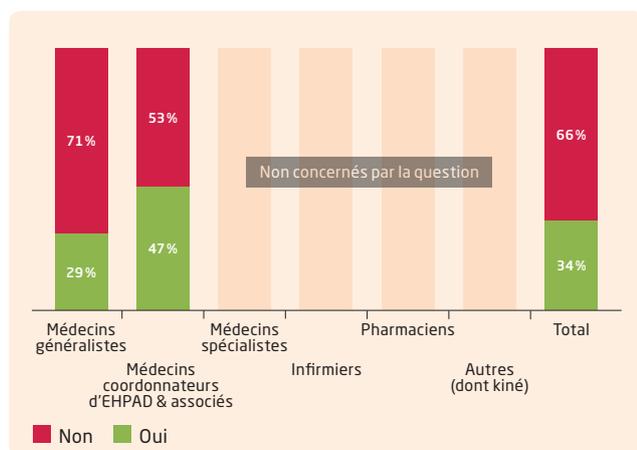


Figure 23 : Formalisez-vous systématiquement l'état de santé de la personne âgée dans un Volet médical de synthèse (VMS) ?



Par ailleurs, nous avons interrogé les professionnels sur la continuité des soins (transmission des informations clés, alertes...) sur leur territoire. Concernant les conditions de sorties d'hospitalisation et les transferts patients entre

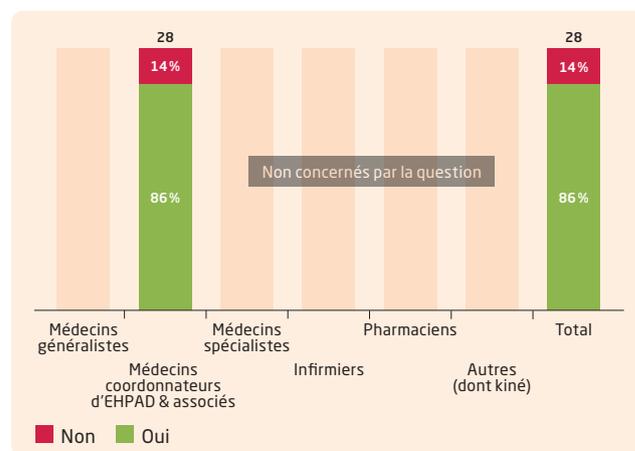
structures, 72 % des professionnels sont satisfaits des conditions de sortie de leur patient (en moyenne). Il existe donc des marges de progrès qu'il convient d'analyser avec chaque établissement.

C'est également le cas pour le volet médical de synthèse, qui dans la majorité des cas, n'est pas établi.

Il n'y a que la moitié des médecins interrogés qui est volontaire pour l'établir.

Par ailleurs, seuls 85% des médecins coordonnateurs en EHPAD interrogés déclarent établir le Dossier de liaison d'urgence (DLU). Pour ceux qui ne formalisent pas de DLU, seuls 75 % sont volontaires pour le faire.

Figure 24 : Formalisez-vous systématiquement pour vos patients un dossier de liaison d'urgence ?

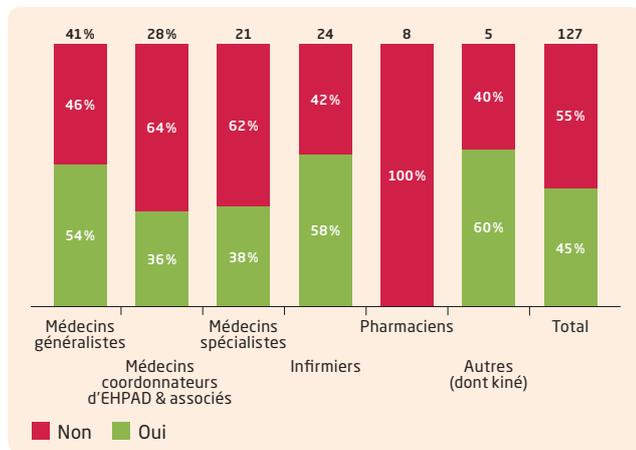


Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

Par voie de conséquence, la continuité des soins peut ne pas être optimale à certaines étapes du parcours de la personne âgée. En effet, la moitié des personnes interrogées considère que la continuité des soins, à certaines étapes, n'est pas assurée.

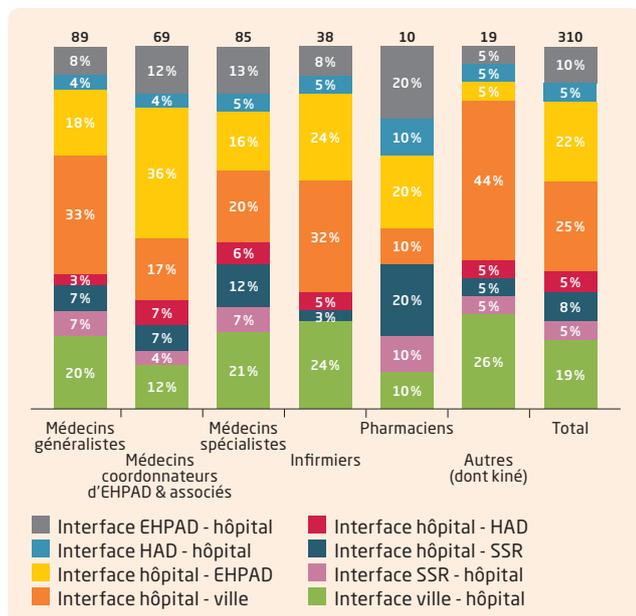
Figure 25 : *Considérez-vous que la continuité des soins (transmission des informations) est assurée pour la personne âgée lors du passage d'une structure de prise en charge (ou domicile) vers une autre structure de prise en charge (ou domicile)?*



Les principales interfaces jugées comme génératrices de points de rupture en termes de continuité des soins sont :

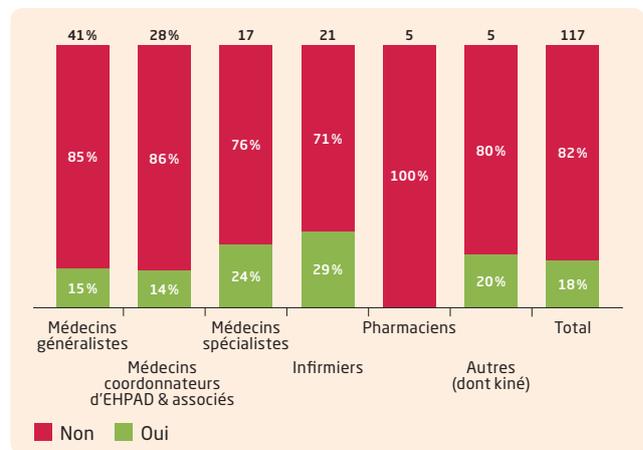
- ▶ Interface hôpital - ville;
- ▶ Interface ville - hôpital;
- ▶ Interface hôpital - EHPAD.

Figure 26 : *Quelle(s) interface(s) nécessite(nt) l'amélioration de la transmission des informations concernant la personne âgée ?*



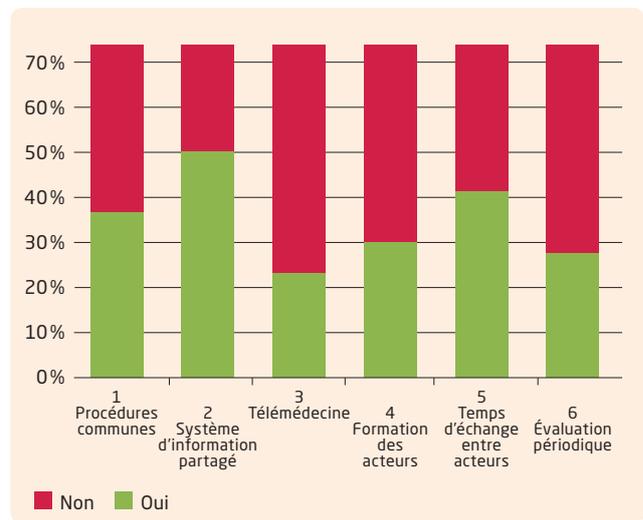
En complément, 18% des professionnels interrogés jugent que le compte rendu d'hospitalisation est transmis par l'établissement de santé dans un délai inférieur à 8 jours.

Figure 27 : *Le compte rendu d'hospitalisation des personnes âgées que vous suivez est-il transmis dans un délai inférieur à 8 jours après l'hospitalisation?*



Par ailleurs, les acteurs de terrain expriment clairement une attente concernant la coordination. Pas forcément du renforcement de « coordinateur » (ce besoin n'a jamais été exprimé dans l'enquête), mais plutôt des outils concrets utiles dans les pratiques professionnelles et dans la prise en charge : système d'information partagé (définition large comprenant l'échange d'information, les systèmes d'information métiers partagés...), temps d'échanges sur des cas réels....

Figure 28 : *Selon vous, quelles améliorations permettraient une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées (vous pouvez détailler pour chaque amélioration)?*



Chapitre 2

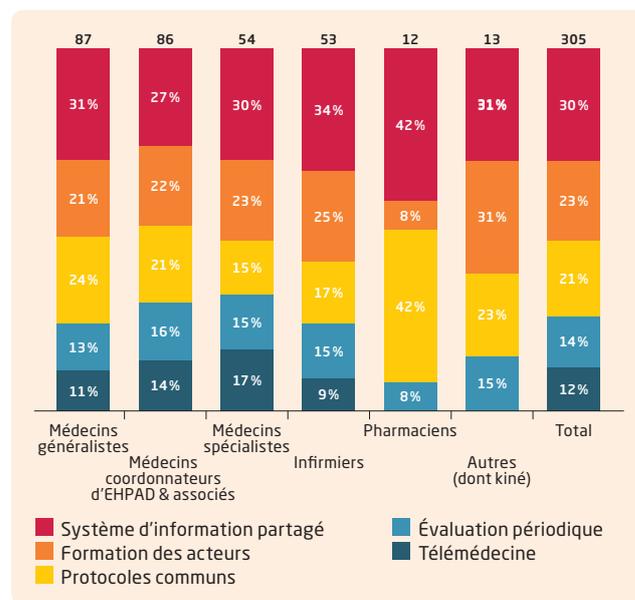
Les résultats détaillés de l'enquête

Naturellement, en fonction de l'origine professionnelle des répondants, il existe des attentes différentes dans les réponses exprimées, notamment pour la formation et les protocoles communs.

Pour autant, la principale piste d'amélioration consensuelle est le système d'information partagé¹³.

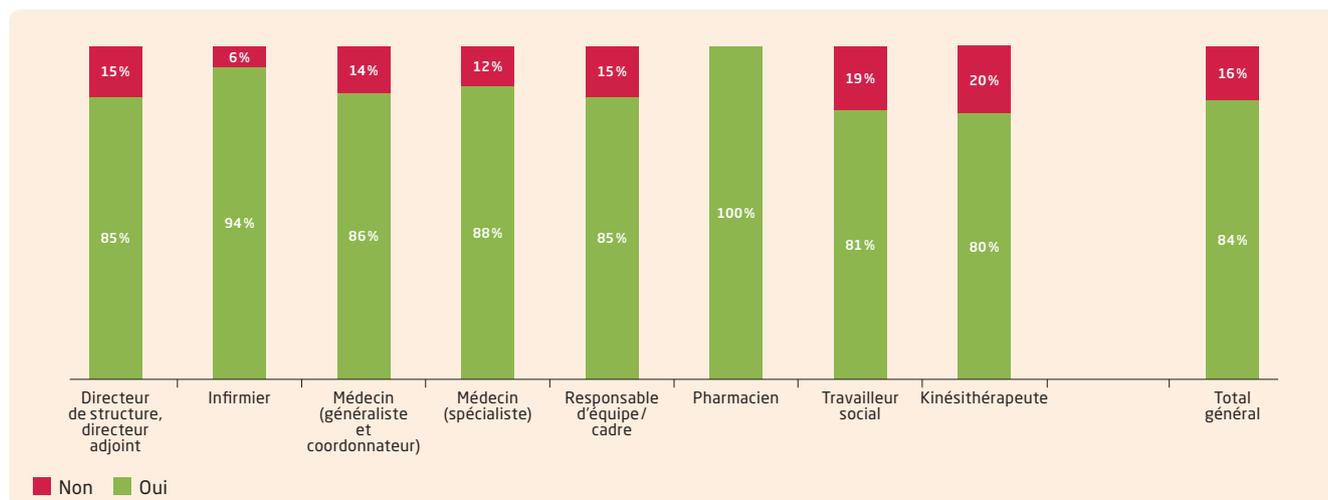
La grande majorité des professionnels (84 %, N=312) interrogés juge que le développement d'outils de partage des informations est nécessaire.

Figure 29 : Selon vous, quelles améliorations permettraient une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées (vous pouvez détailler pour chaque amélioration) ?



30

Figure 30 : Pensez-vous qu'il est nécessaire de développer des outils transversaux d'échanges et de coordination ?



Chapitre 2

Les résultats détaillés de l'enquête

LES ÉCHANGES D'INFORMATION : POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

60 % des dépenses de l'Assurance Maladie concernent les maladies chroniques, avec l'accroissement du vieillissement de la population, une part importante des patients évolue entre, la ville, l'hôpital, les acteurs sociaux et médicaux.

> SONIA NORDEY

Cadre de santé au centre hospitalier René-Dubos de Pontoise, copilote de la cellule gestion des flux patients

De nombreux axes de travail ont été priorisés au centre hospitalier René Dubos, afin d'assurer une prise en charge plus rapide des patients accueillis aux urgences et nécessitant une hospitalisation. Un de ces objectifs de travail a permis de rendre visible les lits disponibles en temps réel sur l'intranet, les lits disponibles par unité et ceci pour l'ensemble de l'établissement. Cette information permet aux équipes des services d'urgence d'adresser les patients dans la bonne unité de spécialité dans des délais les plus courts possibles (le bon patient dans le bon lit).

Les cadres de proximité de chaque unité avec les équipes soignantes, médico-administratives et sociales sont impliqués au quotidien dans l'amélioration de la gestion des flux patients :

- ▶ *En organisant et anticipant autant que possible la sortie des patients et l'aval de leur prise en charge;*
- ▶ *En participant au travail sur l'amélioration des outils de liaison avec les professionnels de la ville.*

Le travail de partenariat mené sur le territoire concernant la filière des patients âgés de plus de 75 ans a été un tremplin pour de nombreuses améliorations pratiques :

- ▶ *Concernant la continuité de la prise en charge des patients à leur sortie, la fiche de liaison paramédicale a été retravaillée tant sur son contenu que sur l'identification des destinataires (structures SSR ou EHPAD, et IDE libéraux);*
- ▶ *Le partage d'information entre l'ensemble des acteurs qui participent à la santé des personnes âgées nous est apparu comme un élément essentiel.*

En effet, lorsqu'une problématique apparaît chez la personne âgée, chacun des acteurs de la ville ou des structures sanitaires, doit rechercher un certain nombre d'informations. Il faut alors assembler « le puzzle » des données concernant la personne âgée puisque de nombreux acteurs (soignants ou non) détiennent chacun des bribes d'informations la concernant, qu'il faut collecter une à une. Cette opération s'avère très souvent complexe et chronophage, et retarde parfois la prise en charge ou la rend incomplète sur le plan médical, paramédical et/ou social.

Nous avons d'emblée imaginé une fiche de liaison qui serait partagée entre tous les acteurs. L'utilisation d'une plateforme informatique sécurisée nous paraissait être une bonne solution de partage d'informations. L'idéal étant d'éviter les doubles saisies de données, nous avons opté pour une remontée automatique quotidienne de quelques données issues des systèmes d'information de chacun.

En pratique, sous couvert du consentement express des patients, les professionnels inscrits dans la démarche, pourront selon leur catégorie professionnelle (médicale, soignante, sociale), consulter des données sécurisées, sur une plateforme hébergeur de données de santé habilitée par l'ASIP Santé¹⁴ et la CNIL. Cette plateforme pourra également être consultée par le service d'accueil des urgences par un accès sécurisé via carte CPS ou identification forte.

Ces données partagées participeront à assurer une prise en charge complète de qualité dans la continuité du parcours des personnes âgées. En perspective et selon les mêmes modalités de sécurisation, cette expérience pourrait être élargie aux patients atteints de maladies chroniques et pris en charge sur le territoire.

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ADELI	Automatisation des listes ¹⁵
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARDH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
ASIP	Agence pour les systèmes d'information partagés
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDOI	Conseil départemental de l'ordre des infirmiers
CLIC	Centre local d'information et coordination
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
DLU	Dossier de liaison d'urgence
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	Équipement mobile gériatrique
EMS	Équipe médico-sociale
ETP	Éducation thérapeutique du patient
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HDJ	Hospitalisation de jour
HTA	Hypertension artérielle
IDE	Infirmier diplômé d'État
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MT	Médecin traitant
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PAQUID	Personne âgée quid
PPS	Plan personnalisé de soins
SAD	Service d'aide à domicile
SAU	Service d'accueil et des urgences
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Service de soins et réanimation
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USLD	Unité de soins longue durée
VMS	Volet médical de synthèse

15 - Système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. (<http://www.sante.gouv.fr/repertoire-adeli.html>)

Remerciements

Cette enquête a été menée entre août 2013 et février 2014.

L'ANAP tient à remercier l'ensemble des professionnels impliqués dans les trois territoires du projet filières de soins, et plus particulièrement :

Pour leur contribution à la formalisation du questionnaire :

- ▶ Adeline Jenner de l'ARS Alsace
- ▶ Michèle Elles du CHU de Strasbourg
- ▶ Sylvaine Gies du CHU de Strasbourg
- ▶ Florent Chambaz du CHU de Strasbourg
- ▶ Malika El Attar du CH René-Dubos
- ▶ Édouard Devaud du CH René-Dubos
- ▶ Martine Merceron du CH René-Dubos
- ▶ Bénédicte Jouot du CH René-Dubos
- ▶ Frédéric Lugbull du CH René-Dubos
- ▶ Marie-Christel Mauri du CH René-Dubos
- ▶ Catherine Pechmajou de la MAIA territoire 95 Ouest
- ▶ Michelle Clerget de l'HPGM
- ▶ Ludivine Pichot de l'HPGM
- ▶ Yannick Blancheteau de Clinalliance
- ▶ Philippe Boisnault de la MSP des Cordeliers

Pour leur témoignage :

- ▶ Sylvie Barros du CHU de Strasbourg
- ▶ Anne Danion du CHU de Strasbourg
- ▶ Georges Kaltenbach du CHU de Strasbourg
- ▶ Sonia Nordey du CH René-Dubos
- ▶ Louis Nouvel de l'EHPAD Solemnes

Nous remercions également les partenaires institutionnels : les ARS Île-de-France et Alsace, les CG Essonne, Val d'Oise et Bas-Rhin, ainsi que les établissements porteurs de la démarche dans les territoires : le CH René-Dubos de Pontoise, l'Hôpital privé gériatrique les Magnolias (HPGM) et les hôpitaux universitaires de Strasbourg.

Ainsi que les associations de patients : CODERPA et France Alzheimer.

Cette enquête a bénéficié de l'accompagnement du cabinet General Electric : M. Jérôme Khazaka.



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Approche territoriale : filières de soins - Enquête sur la prise en charge des personnes âgées dans 3 territoires de santé © ANAP 2015 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Décembre 2015

Le projet filières de soins contribue aux nouveaux modes de prise en charge, en proposant aux territoires des méthodes concrètes et des outils pratiques.

Cette étude contribue à identifier les ruptures de prise en charge sur chaque territoire, à connaître les attentes des professionnels et à définir les dispositifs opérationnels à mettre en œuvre.

