

Synthèse - Mesure 5 Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences

Filière gériatrique du Pays de Brest – Septembre 2021



Le Pays de Brest est un territoire dont les **singularités** déjà présentes en font **une terre d'innovation** : des urgences gériatriques au CHU de Brest avec un accueil gériatrique par un gériatre et un travailleur social (1993) dans des locaux spécifiques (2017), **des lits en aval des urgences** répartis entre le site de la Cavale Blanche et de l'HIA dont 16 lits d'UHCD et 41 lits d'unité post-urgence (UPU, il est prévu 15 lits d'UPU dédiés à la gériatrie en avril 2022) ; une **plateforme opérationnelle parcours** (POP 2016) en lien avec l'HAD du Ponant ; **un numéro de filière gériatrique opérationnel** ouvert aux médecins libéraux et aux EHPAD (2007) ; des professionnels de santé libéraux qui se mobilisent par la **création de deux CPTS** ; un **DAC** (2015) avec une compétence médicale gériatrique et un fort ancrage territorial.

Ces innovations organisationnelles sur un **territoire étendu** ne suffisent pourtant pas à limiter complètement les passages évitables aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus, ni à permettre pleinement les admissions directes dans un service adapté, objectifs du pacte de refondation des urgences.

C'est donc dans un **nouvel esprit d'innovation** que s'est construit le projet mesure 5 sur le territoire de Brest avec la volonté de **fluidifier le parcours de soins** des personnes âgées, de **s'appuyer sur le monde ambulatoire** et sur **les dispositifs existants**, de **décloisonner la ville et l'hôpital**, de **répondre à un besoin de coordination** ressenti sur le territoire et de **travailler à l'échelle du territoire en renforçant des liens de proximité**.

Méthode

Pour répondre à cet appel à projet la filière gériatrique du Pays de Brest a fait le choix d'ouvrir deux postes : une chargée de projet du CHU volet établissements sanitaires et médico-sociaux et une chargée de projet Inter-URPS. Au vu de l'étendue du territoire, cette particularité permet de solliciter un panel large de professionnels.

3 mois d'enquête :

- Des entretiens semi-directifs : 102 professionnels rencontrés soit 71 hospitaliers, institutionnels et professionnels du domicile et 31 libéraux.
- Un questionnaire portant sur la e-santé à destination des libéraux avec 128 réponses.
- La réalisation d'un diagnostic apportant une vision globale de la filière gériatrique du Pays de Brest.

Résultats :

<p>5 obstacles majeurs à une prise en charge fluide du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'absence du repérage de la fragilité du patient • L'état polyopathologique du patient • Les troubles cognitivo-comportementaux souvent non diagnostiqués • La difficulté de prise en compte des conditions de vie signalées pas les professionnels du domicile • L'absence d'un environnement familial ou une situation familiale difficile 	<p>Les besoins identifiés du territoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Assurer une lisibilité de l'offre de soins et d'accompagnement du territoire. ◇ Faciliter les admissions directes dans des structures sanitaires (court séjour, SSR, HAD, HDJ, UCC, USLD) et médico-sociales (hébergement temporaire, UHR). ◇ Apporter une expertise gériatrique hospitalière et extra hospitalière sur le territoire. ◇ Utiliser un outil numérique commun afin d'optimiser la coordination ville – hôpital.
--	---

Ces besoins ont permis d'identifier 4 axes de travail avec 3 objectifs par axe. **Axe 1** : Culture gériatrique, **Axe 2** : Articulation des professionnels, **Axe 3** : Expertise à destination des professionnels, **Axe 4** : Admission des aînés.

Implication des professionnels :

Fin mai 2021 : **66** professionnels se sont inscrits, soit 65% des professionnels vu en entretiens avec en moyenne **17** professionnels par groupe de travail. La participation aux groupes de travail a été de **73%**.

Les groupes de travail : 4 réunions de 2 heures par axe de travail, dont une réunion synthèse se sont tenues en visioconférence du 25 mai au 1er juillet 2021, animées par les chargées de projet et une méthodologie : l'Abaque de Régnier. Au global, 16 temps d'échanges.

Les propositions émanant des groupes de travail ont été regroupées en 4 fiches actions validées par le comité opérationnel et présentées en commission de coordination gériatrique.

Fiches : Les actions

ACTION 1 : OUVERTURE D'UNE PLATEFORME DE RESSOURCES EN LIGNE

Besoins du terrain : Selon les professionnels, l'offre de soins sur le territoire est nombreuse mais peu lisible. Les dispositifs existants sont difficilement identifiés, leurs missions respectives floues et ils ne sont pas une ressource de première intention. Ils sont sollicités trop tardivement dans la prise en charge de la personne âgée. L'anticipation est à renforcer : facteur facilitateur d'un parcours de soins plus fluide.

Objectifs de l'action : cette action répond à trois demandes formulées par les professionnels du terrain : **recenser et rendre lisible l'offre de soins** du territoire, **recenser les besoins de formations exprimés par les professionnels** de la filière gériatrique afin de mettre à disposition des ressources adéquates sous des formes testées et approuvées pendant la crise sanitaire (vidéos, capsules, témoignages, échanges de pratiques en webinaire, offre de formations en présentiel), **centraliser et rendre plus accessible les outils communs** nécessaires à une prise en charge coordonnée, adaptée et anticipée (DLU Domicile/EHPAD, grille de repérage de la fragilité HAS, kit fragilités, outils numériques de coordination, etc.).

Description de l'action : ce site internet centralisera les ressources du territoire (offres de soins et d'hébergement, offres de formations et d'échanges, outils communs). Les besoins formulés sur le terrain issus des entretiens et des groupes de travail seront repris et recensés et les réponses adaptées seront mises en ligne par le DAC. Cette dynamique d'interaction se poursuivra via l'outil qui permettra aux acteurs du terrain de faire remonter en continu leurs besoins notamment en formation ou échanges de pratique. Pour le lancement de l'outil, un chargé de mission (0.5 ETP) alimentera et animera le contenu (Année 1). Dès l'année 2, la mise à jour du site internet sera assurée par un 0.2 ETP secrétariat (DAC).

Pilote : Appui Santé Nord Finistère (DAC).

Contraintes et/ou opportunités associées : anticiper l'interopérabilité de cet outil avec le ROR et l'annuaire régional en lien avec le GCS e-santé Bretagne ; s'articuler dès à présent avec les deux CPTS du territoire et le système d'information du CHU de Brest qui au travers d'un appel à projet sur la gestion des lits pourrait être porteur d'un outil de disponibilité des lits MCO/SSR.

Calendrier de déploiement :

1- Rédaction du cahier des charges	4 ^{ème} trimestre 2021
2- Création d'un comité de sélection du prestataire représentatif du territoire	4 ^{ème} trimestre 2021
3- Appels d'offre et sélection du prestataire	1 ^{er} trimestre 2022
4- Création et validation des maquettes et des contenus	2 ^{ème} trimestre 2022
5- Tests et mise en ligne de la plateforme	4^{ème} trimestre 2022

Budget :

Coût de lancement	55 000 euros
Rédaction d'un cahier des charges	5 000 euros
Création de la plateforme	30 000 euros
Connexion avec le ROR et annuaire régional - Financement GCS-Esanté	0 euros
Chargé de mission/animation du contenu - 0.5 ETP – Durée : 1 an	20 000 euros
Coût de fonctionnement annuel	13 000 euros
Secrétariat – Mise à jour de la plateforme - 0.2 ETP – En poste au DAC	6 000 euros/an
Frais de maintenance technique (20 % du prix initial du site internet/an)	6 000 euros/an
Frais d'hébergement et licence	1 000 euros/an

Indicateurs : Nombre de connexions à la plateforme de ressources (/mois, /an). Nombres de besoins de formations exprimés. Nombre de coordonnées mise à jour.

ACTION 2 : DEPLOIEMENT DU PROJET « PAF » : Personnes âgées fragiles.

Besoin du terrain : l'alerte formulée par les professionnels du domicile lors d'un repérage précoce de la fragilité est peu entendue par les professionnels de santé et ne déclenche pas ou peu une prise en charge adaptée ou une surveillance renforcée du patient. Repérer précocement et donc prendre en charge les fragilités est une action de prévention à mettre en œuvre sur le territoire.

Objectifs de l'action : cette action répond à deux objectifs. D'une part, **optimiser la prise en charge des patients à risque** afin de prévenir et retarder leur perte d'autonomie, le plus précocement possible à domicile. Ce **regard préventif** s'inscrira comme une habitude de travail collective. D'autre part, permettre aux professionnels du domicile de **s'approprier une démarche visant à organiser le repérage précoce de la fragilité** des personnes âgées de 75 ans (utilisation de la grille de repérage de la fragilité HAS, 2013) en déclenchant la mise en œuvre d'actions ciblées (bilan en hôpital de jour gériatrique...), en cohérence avec l'offre gériatrique existante sur le territoire.

Description de l'action : le déploiement du projet Personne Agée Fragile (dit PAF) sera un processus en 3 étapes :

- a) **former** les professionnels de santé et les acteurs du domicile au repérage précoce de la fragilité.
 - b) apporter une aide à la **structuration de leurs organisations** sur le territoire de proximité pour repérer la fragilité et **mettre en œuvre des actions ciblées**, et fournir des outils « repérage de la fragilité ».
 - c) **financer la coordination de proximité** auprès des professionnels de santé structurés et organisés en équipe de soins de proximité avec un poste central : le référent « repérage de la fragilité ». Ce référent sera coordinateur du parcours fragilité et le médecin traitant pivot du parcours patient. (Cf. schéma en annexe : Exemple de coordination de proximité du dispositif « repérage précoce de la fragilité »).
- La sélection des équipes de proximité se fera par un appel à candidature.

Pilote : Sur les territoires CPTS, l'Inter-URPS apportera un soutien et un accompagnement aux CPTS et aux équipes de proximité (ingénierie projet). Sur les territoires hors CPTS, l'Inter URPS assurera le déploiement pour les équipes de proximité (les équipes de soins formalisées (MSP/ ESP ou non formalisées).

Contraintes et/ou opportunités associées :

- Articulation de la Mesure 5/Niveau de maturité des 2 CPTS : la CPTS Brest Iroise Santé est associée dans la démarche projet Mesure 5 et a intégré la thématique Personne Agée Fragile dans son projet de santé (prochaine commission ARS : 16/09/2021). La CPTS Iroise, plus jeune, proposera la thématique en septembre 2021 (prise de poste de la coordinatrice 09/2021 pour l'élaboration du projet de santé).

- Projet de recherche : le repérage précoce de la fragilité fera l'objet d'une lettre d'intention pour répondre au projet PREPS dans le cadre de l'équipe de recherche SPURBO de l'Université de Bretagne Occidentale.

Calendrier de déploiement : 8 équipes formées (année 1). Reconduction en année 2 après évaluation. L'objectif visé à 3 ans est de 15 équipes de 20 professionnels de santé fonctionnant simultanément.

Budget : Pour l'année 1, le budget prévisionnel est de **125 000 euros** pour 8 équipes formées (4 équipes CPTS et 4 équipes hors CPTS). Le budget comprend : le temps de coordination du référent, la formation du référent et des équipes, les réunions pluriprofessionnelles et l'ingénierie Inter-URPS (déploiement).

Indicateurs : nombres de fiches remplies par an (repérage précoce de la fragilité) ; nombre de consultations en hôpital de jour gériatrique par an à la suite de ce repérage.

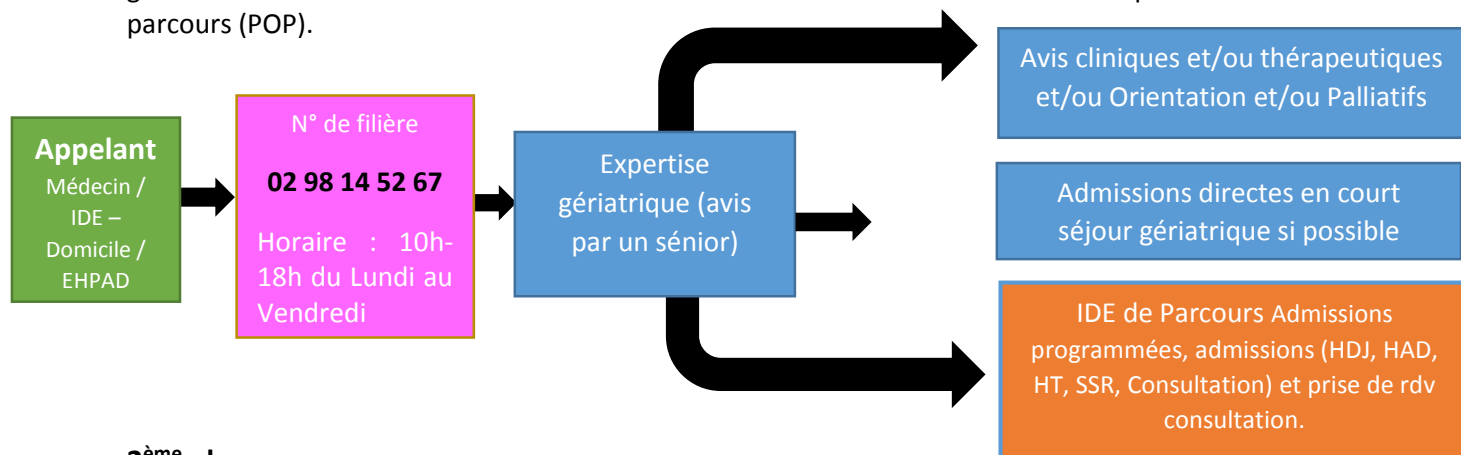
ACTION 3 : OPTIMISATION DU NUMERO DE FILIERE D'EXPERTISE GERIATRIQUE

Les professionnels de la filière gériatrique expriment le besoin d'une réponse adaptée rapide aux situations cliniques qu'ils rencontrent, c'est l'objectif du numéro de filière. L'action se présente sous 2 phases.

1^{ère} phase :

- Faire connaître le numéro de façon plus large par une communication et diffusion adaptées
- Elargir le périmètre des appelants en intégrant outre les médecins, les infirmiers du domicile ou en structure et les infirmier(e)s de l'équipe mobile de géro-psycho
- Répondre à chaque appelant en coordonnant avec une IDE de parcours la prise en charge préconisée par le gériatre

Le 1^{er} décroché se fera par un gériatre sénior qui en fonction de la nature de la réponse pourra solliciter l'IDE de parcours dont la mission sera d'organiser les rendez-vous de consultations, les hospitalisations de jour, les hospitalisations directes (immédiates et/ou programmées) au CHU et dans les établissements du territoire. L'IDE de parcours, dont le poste est à créer, sera adossée à la cellule de gestions des lits du CHU travaillant en articulation étroite avec la Plateforme opérationnelle de parcours (POP).



2^{ème} phase :

Une évolution de cette action est d'ores et déjà anticipée. En fonction de l'activité une équipe territoriale de gériatres sera organisée sur le pays de Brest. Cette organisation sera articulée avec le SAS sur le même territoire.

Pilote de l'action : le CHU de Brest

Financements associés :

- 1, 20 ETP IDE (pour assurer un fonctionnement en continu sur 52 semaines) : 78 540 € / an.

Contraintes et/ou opportunités associées :

- Extension de 15 lits du service de court séjour gériatrique du CHU de Brest en avril 2022

Calendrier de déploiement :

- 4^{ème} trimestre 2021 : recrutement de l'IDE de parcours et communication
- 1^{er} trimestre 2022 : début de fonctionnement

Indicateurs :

- Nombre d'appel du numéro de filière et nombre de sollicitations de l'IDE de parcours. Nombre d'admissions directes.

ACTION 4 : EXTERNALISATION DE L'EQUIPE MOBILE DE GERIATRIE

L'expertise gériatrique extra hospitalière est un besoin identifié par les professionnels. Si aujourd'hui une équipe du DAC assure une expertise à domicile pour les parcours complexes, il est nécessaire d'externaliser l'EMG intra hospitalière avec deux missions :

1^{ère} mission :

- Eviter les réhospitalisations avec passage par les urgences qui concernent dans les trois mois après une hospitalisation 20 à 30 % des patients.

Seront concernés les patients admis aux urgences sortis sans hospitalisation (critères ISAR annexe 1) et les patients sortis d'hospitalisation (court séjour gériatrique, SSR, tout service vus par l'équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière) à risque de réhospitalisation (ressenti de l'équipe médicale et paramédicale sur la conjonction de critères médicaux en particulier troubles cognitifs et sociaux).

L'infirmière de l'équipe mobile de gériatrie, par téléphone, s'assurera dans la semaine qui suit la sortie de la mise en place des aides proposées et de la stabilité des problèmes de santé auprès du médecin traitant et/ou de l'infirmière libérale et/ou de la famille. L'IDE EMG devra s'assurer qu'une réévaluation du plan d'aides et des ressources sanitaires et sociales a bien été effectuée si nécessaire en faisant le lien avec les structures sociales et avec le DAC en fonction de la complexité de la situation.

En fonction du contexte, une intervention du gériatre à domicile pourra être nécessaire et sera programmée.

2^{ème} mission :

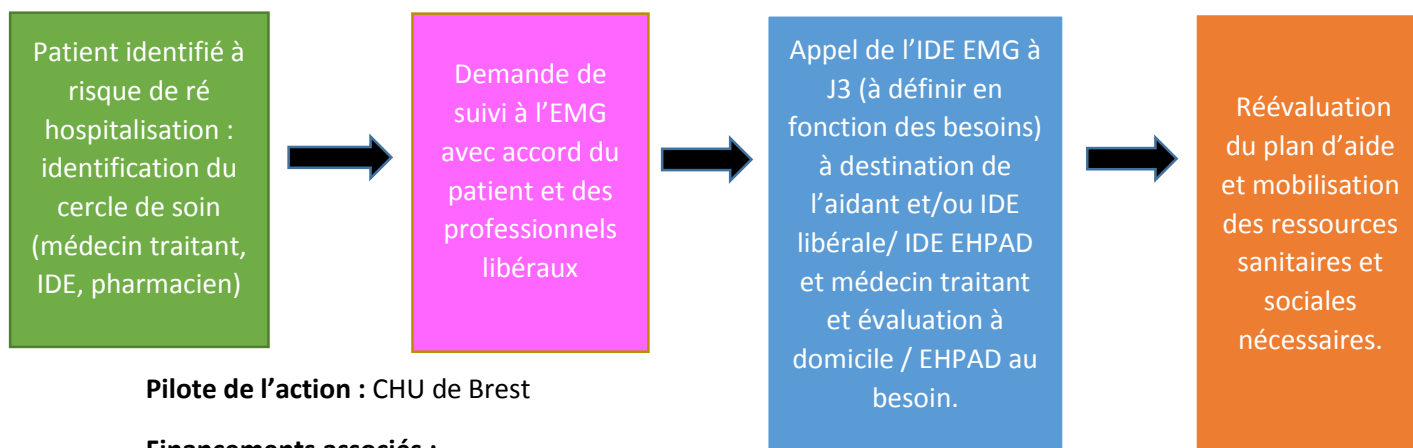
- Eviter les « primo-hospitalisations » de personnes à domicile repérées par les médecins et/ou infirmiers libéraux en situation à risque de décompensation.

Cette 2^{ème} étape sera facilitée par les contacts avec les équipes libérales induites dans le cadre de la première mission de l'équipe mobile extrahospitalière.

Les liens entre l'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière et l'équipe mobile de géronto-psychiatrie seront renforcés (partage de dossier, réunions de discussion multidisciplinaire). En fonction de l'évolution, le projet est de former une infirmière en pratique avancée mention psychiatrie pour coordonner les parcours de personnes sortant de l'hôpital et/ou à domicile atteinte de troubles cognitifs sévères.

L'équipe mobile de gériatrie interviendra toujours en accord avec le médecin traitant.

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



Pilote de l'action : CHU de Brest

Financements associés :

- 0.50 ETP de gériatre : 62 391€ / an.
- 1, 20 ETP IDE (pour assurer un fonctionnement en continu sur 52 semaines) : 78 540 € / an
- Location de véhicule 3 377€ / an
- Outil informatique de coordination : Gwalenn : 10 000€ de lancement puis 7000€/an (source GCS e-santé).

Contraintes et/ou opportunités associées

Définir avec les services concernés les critères d'appel à l'EMG. S'articuler avec le DAC dans sa mission de suivi gériatrique à domicile : coordination ville-hôpital. Temps social dédié aux PA de 75 ans et plus dans chaque centre hospitalier et clinique privée du territoire. Le démarrage pourrait être retardé eu égard aux difficultés de recrutement.

Calendrier de déploiement

- 1^{er} trimestre 2022 : recrutement de l'IDE EMG et du gériatre et mise en place des indicateurs d'appel.
- 1^{er} avril démarrage de l'expérimentation.

Indicateurs

- Nombre de suivis post-hospitalisations par l'infirmière et/ou le gériatre
- Nombre de « primo-évaluations » à domicile
- Nombre de dossiers communs avec l'équipe mobile de géronto-psychiatrie
- Nombre de passages par les urgences en hospitalisation et/ou réhospitalisation

GOUVERNANCE et suivi des 4 actions

Afin d'assurer l'opérationnalité, la cohérence et le suivi, la gouvernance sera commune aux 4 actions. Cette gouvernance commune, pilotée par l'établissement support de la filière, permettra de toujours faire le lien entre les différentes actions et donc d'assurer une coordination ville-hôpital.

Gouvernance : Commission de coordination gériatrique – Fréquence : 2 fois par an

La composition associant l'ensemble des partenaires sera identique à celle constituée lors des travaux préparatoires et qui s'est tenue les 5 février et 13 juillet 2021. L'avis des usagers sera recherché.

Pilotage : Comité de pilotage restreint de la Mesure 5 sera maintenu pour une opérationnalité efficiente et la composition sera actualisée lors de la commission de coordination gériatrique.

Annexes

Annexe 1 : critères ISAR. Fiche action 4 : externalisation de l'équipe mobile de gériatrie.

Identification Systématique des Aînés à Risque - Score ISAR (Identification of Senior At Risk)

Commentaires	Références	
	OUI	NON
Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide à domicile ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile que d'habitude ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Souffrez-vous de problèmes de vue ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Résultat : Personne à risque si supérieur ou égal à 2

COMMENTAIRES

- **Définition** : outil de dépistage des personnes âgées fragilisées
- **Indication** : repérage de personne âgée fragilisée.
- **Description** : cet outil est un questionnaire réalisable par l'ensemble des soignants qui permet de repérer les personnes âgées susceptibles d'avoir besoin d'une évaluation gériatrique. Il a été spécifiquement développé pour les malades des urgences. Un score supérieur ou égal à 2 nécessite une évaluation gériatrique. Il a été validé par des équipes indépendantes. La surface sous la courbe ROC pour prédire une perte d'autonomie ou un syndrome dépressif était respectivement égale à 0,65 et 0,86 [1].

RÉFÉRENCES

[1] Dendukuri N, McCusker J, Belzile E. The identification of seniors at risk screening tool : further evidence of concurrent and predictive validity. J Am Geriatr Soc 2004;52(2):290-6

Action 2 : Exemple de coordination de proximité du dispositif « repérage précoce de la fragilité »

