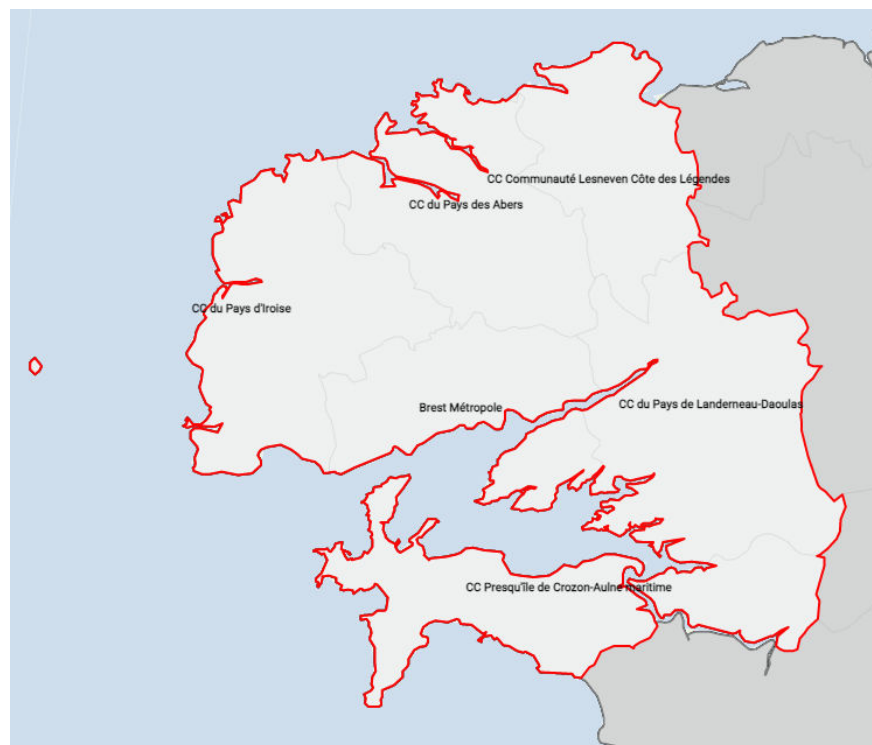


Mesure 5 Pacte de Refondation des Urgences - Personnes âgées de + 75 ans

Filière gériatrique du Pays de Brest

Diagnostic – volet ambulatoire / Ville -2021



Diagnostic rédigé par F. Caroff Karson – Chargée de projet Inter URPS - M.A.J 21 juin 2021.

Sommaire

1. Offre de soins libérale	4
1.1. Le premier recours	4
1.1.1. Les Médecins Généralistes Libéraux	4
1.1.2. Les infirmières libérales.....	5
1.1.3. Les Masseurs Kinésithérapeutes	6
1.1.4. Les Chirugiens-Dentistes.....	7
1.1.5. Les pharmaciens.....	9
1.2. Le second recours	10
1.3. Le groupement d'exercice coordonné.....	11
1.4. Les enjeux identifiés par les acteurs rencontrés :.....	13
1.5. Accompagnement et prise en charge des situations complexes : Focus DAC :	13
1.5.1. Le Dispositif Appui à la coordination.....	14
1.5.2. L'activité du DAC en 2020.....	14
2. Analyse des pratiques e-santé des professionnels de santé libéraux du pays de Brest :.....	17
2.1. Méthodologie et objectifs du questionnaire e-santé :	17
2.2. Les résultats :	17
<i>La tendance générale</i>	17
<i>Les médecins</i>	19
<i>Les Chirugiens-dentistes</i>	20
<i>Les Infirmières</i>	21
<i>Les Masseurs-kinésithérapeutes</i>	22
<i>Les Pharmaciens</i>	23

3. Caractéristiques du parcours de soins du patient âgé de 75 ans qui passe aux urgences	24
3.1. Préambule : tendance et profils des patients âgés de 75ans et plus	24
3.2. Tableaux récapitulatifs du parcours des patients âgées de 75 ans : apport des professionnels de la ville.....	25
3.2.1. Les caractéristiques du patient âgé de 75 ans et + atteint de polypathologies passant aux urgences pour des urgences évitables :	26
3.2.2. Les acteurs intervenant dans la prise en charge du patient :	27
3.2.4. L'information et la coordination interprofessionnelle dans le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + :	32
3.2.5. Le DMP et la télémédecine dans le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + :	33
3.3. Les propositions de pistes d'amélioration proposées par les professionnels de santé libéraux :	34
3.4. Quelques Verbatims :	36

1. Offre de soins libérale

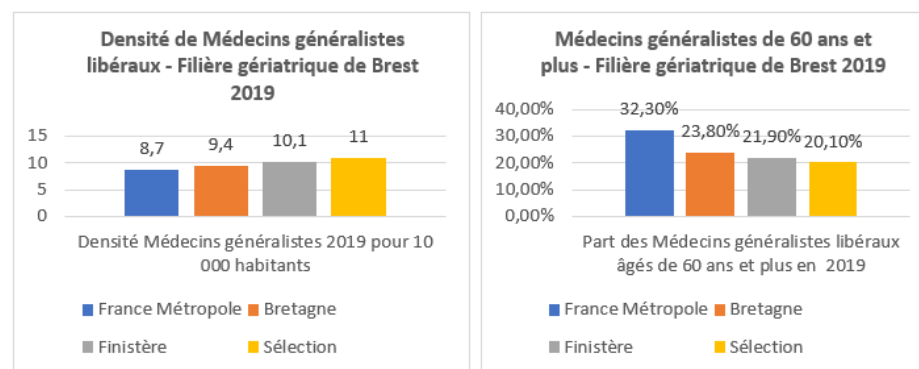
Globalement, la filière gériatrique du pays de Brest est relativement **bien dotée en offre de soins libérale**, que ce **soit en premier ou en second recours**. La répartition de cette offre de soins est **inégalement répartie sur le territoire**. Le territoire est **attractif** avec une offre de soins libérale en constante progression.

1.1. Le premier recours

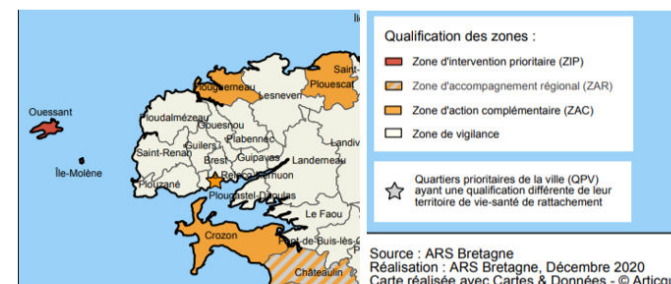
1.1.1. Les Médecins Généralistes Libéraux

En 2019, la densité de médecins généralistes libéraux ¹ (11 médecins pour 10 000 habitants) est supérieure à celle observée dans le Finistère en Bretagne et en France métropolitaine. La part des généralistes libéraux de 60 ans et plus (20.10 %) est inférieure à celui constaté dans le Finistère, Bretagne et France métropolitaine.

Selon le zonage de Médecin de l'ARS Bretagne de janvier 2021, l'ensemble des zones se situe en zone avec peu voire sans difficultés, excepté les bassins de Ploudalmézeau, de Crozon et des quartiers prioritaire de la ville de Brest² (zones d'actions complémentaires) nécessitant une surveillance supplémentaire



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

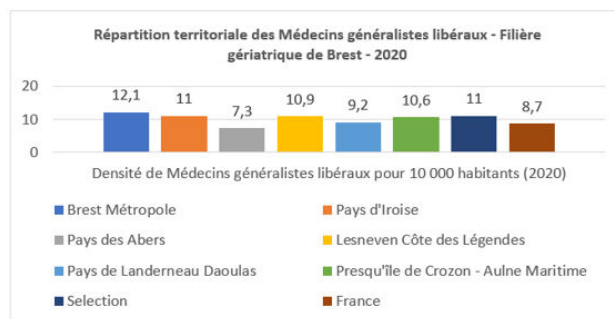


Zonage Médecin - janvier 2021 – ARS Bretagne

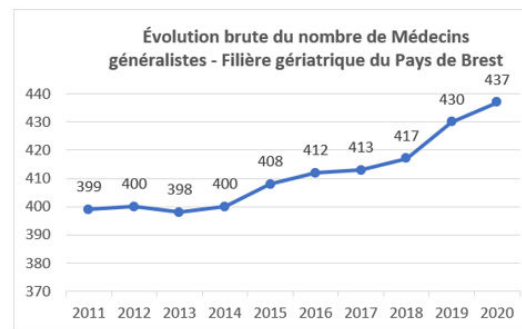
¹ Densité : nombres de médecins généralistes pour 10 000 habitants. La sélection représente la filière gériatrique du Pays de BREST, soit les 6 communautés de communes.

² Les QPV de Brest : Bellevue, Kerangoff Loti, Keredern, Kerourien, Lambezellec Bourg, Pontanezen, Queliverzan Pontaniou. Site internet : <https://sig.ville.gouv.fr/Territoire/29019>, consulté le 03/05/2021.

437 médecins généralistes libéraux exercent sur la filière gériatrique du pays de Brest en 2020. En maintien de 2010 à 2013, le nombre de médecins généralistes augmente continuellement depuis 2014. Cependant cette offre de soins est inégalement répartie sur le territoire. Les trois Communautés de Communes les moins loties sont Pays des Abers et Pays de Landerneau Daoulas, Presqu'île de Crozon – Aulne Maritime. Les mieux dotées : Lesneven Côtes des Légendes, Pays d'Iroise et Brest Métropole.



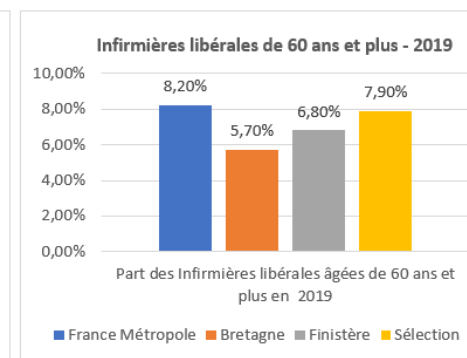
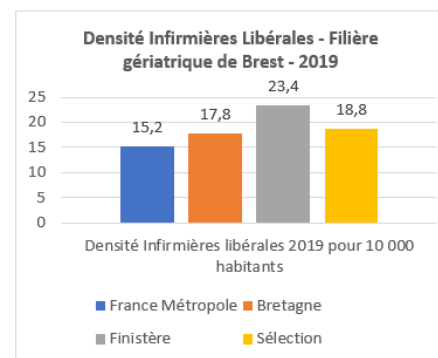
Source : Cartos@anté – ARS Bretagne – 31 décembre 2020



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

1.1.2. Les infirmières libérales

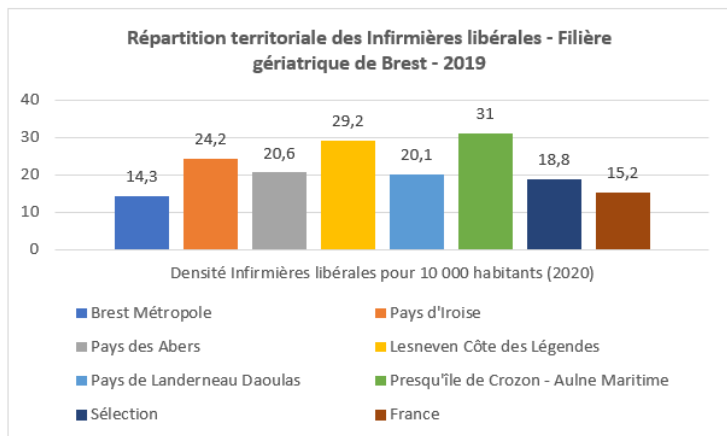
En 2019, la densité³ d'infirmières libérales est inférieure à la densité finistérienne mais reste supérieure à celle observée en Bretagne et en France métropolitaine. La part des infirmières libérales âgées de 60 ans et plus est inférieure à celle observée en France.



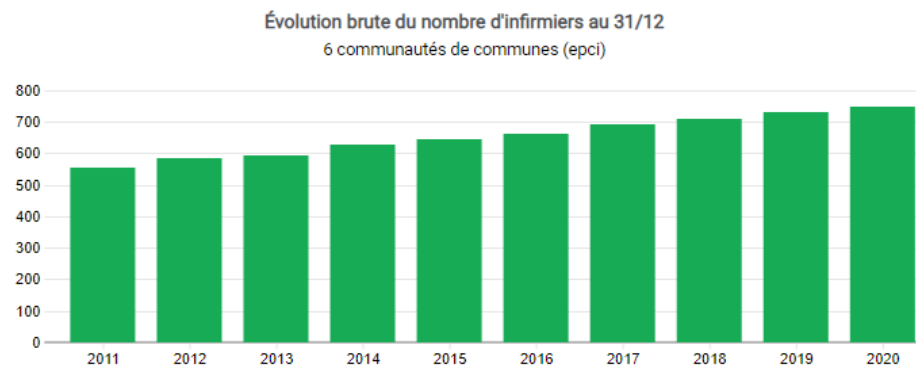
Source : Cartos@anté – ARS Bretagne – 31 décembre 2020

³ Densité : nombres d'infirmières libérales pour 10 000 habitants.

750 infirmières libérales exercent sur la filière gériatrique du pays de Brest en 2020 (augmentation constante depuis 2011). Les trois Communautés de Communes les moins loties sont Brest Métropole, Pays de Landerneau Daoulas et Pays des Abers. Les mieux dotées sont : Pays d'Iroise, Lesneven Côtes des Légendes, Presqu'île de Crozon – Aulne Maritime.



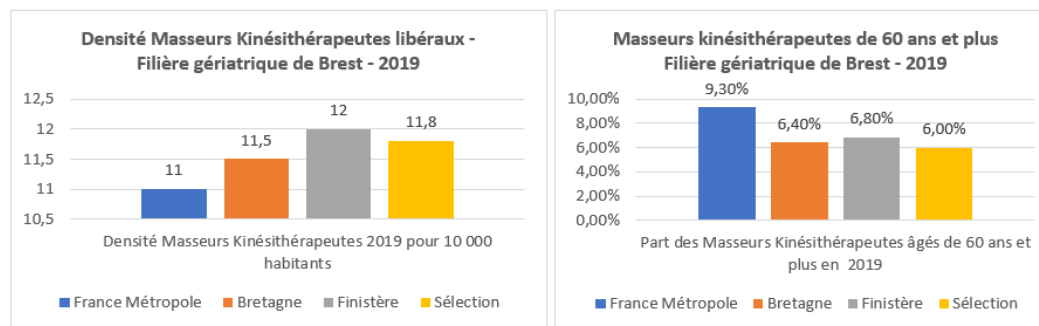
Source : Cartos@anté – ARS Bretagne – 31 décembre 2020



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

1.1.3. Les Masseurs Kinésithérapeutes

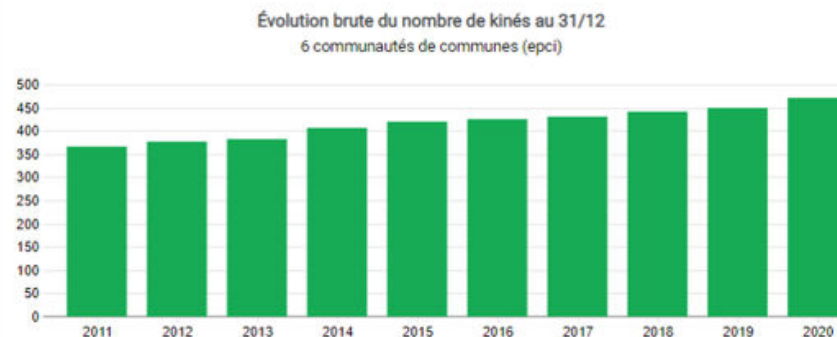
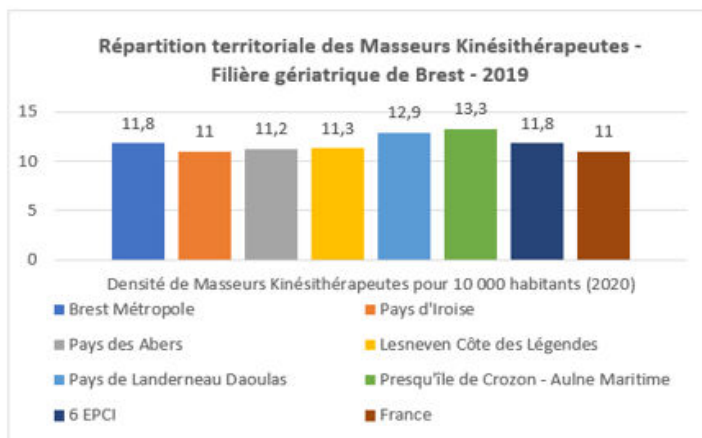
La densité⁴ de Masseurs Kinésithérapeutes libéraux sur la filière gériatrique du Pays de Brest est inférieure à la densité finistérienne et légèrement supérieure à celle observée en Bretagne. La part des masseurs kinésithérapeutes libéraux âgés de 60 ans et plus est plus faible que celle observée dans le Finistère et en Bretagne.



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

⁴ Densité : nombres de Masseurs Kinésithérapeutes libéraux pour 10 000 habitants.

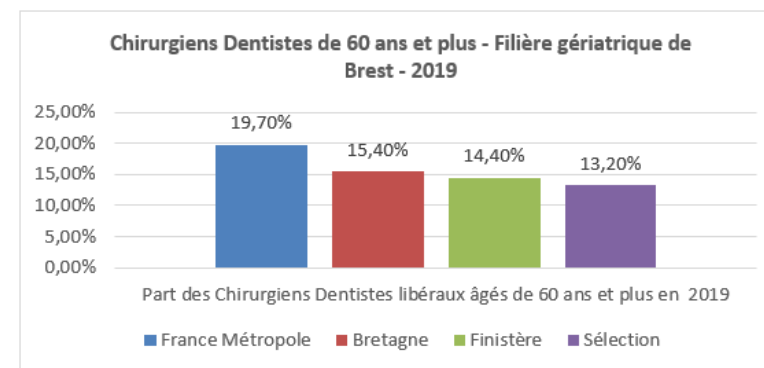
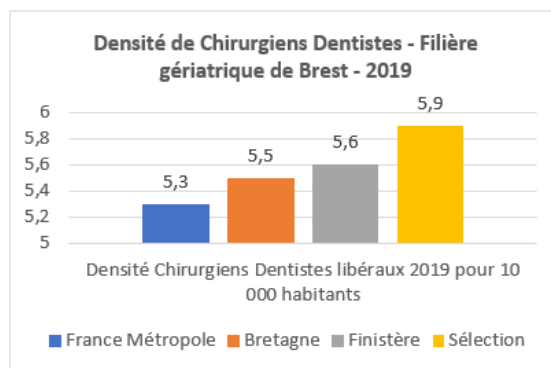
470 masseurs kinésithérapeutes exercent sur la filière gériatrique du pays de Brest en 2020 (augmentation depuis 2011). Les trois Communautés de Communes les moins dotées sont : Pays d'Iroise, Pays des Abers, Lesneven Côtes des Légendes. Les mieux dotées sont : Brest Métropole, le Pays de Landerneau Daoulas, Presqu'île de Crozon – Aulne Maritime.



Source : Cartos@anté – ARS Bretagne

1.1.4. Les Chirurgiens-Dentistes

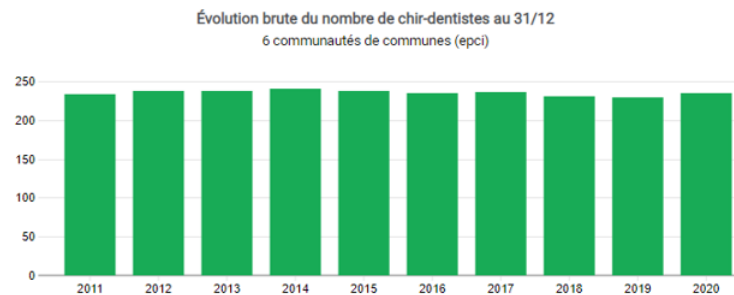
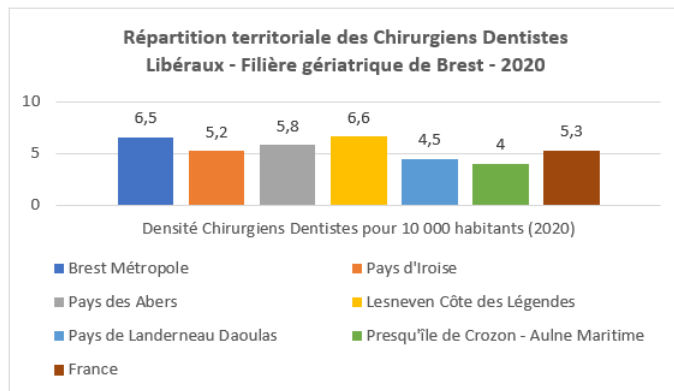
La densité⁵ de Chirurgiens-Dentistes libéraux sur la filière gériatrique du Pays de Brest est supérieure aux densités du Finistère, de la Bretagne et de la France Métropole. La part des praticiens âgés de 60 ans et plus est inférieure à celle du Finistère et de la Bretagne.



Source : Cartos@anté – ARS Bretagne

⁵ Densité : nombres de Chirurgiens-Dentistes libéraux pour 10 000 habitants.

235 Chirugiens-Dentistes libéraux exercent sur la filière gériatrique du pays de Brest en 2020 à (maintien depuis 2011). Les trois Communautés de Communes les moins dotées sont : Presqu'île de Crozon – Aulne Maritime, Pays de Landerneau Daoulas, Pays d'Iroise. Les mieux dotées sont : Pays des Abers, Lesneven Côte des Légendes, Brest Métropole.

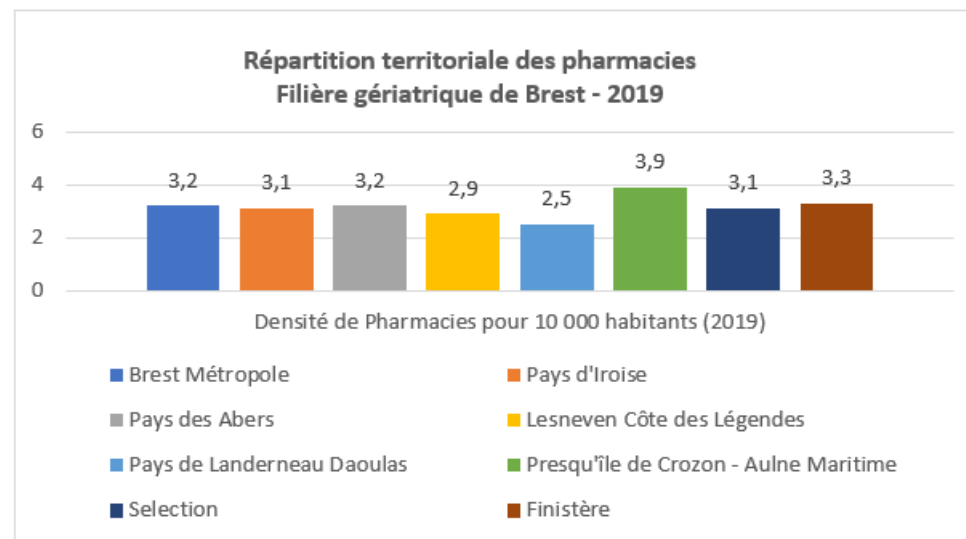


Source : Cartos@anté – ARS Bretagne

1.1.5. Les pharmaciens

La densité⁶ de Pharmacies sur la filière gériatrique du Pays de Brest est inférieure à la densité du Finistère. 123 pharmacies sont présentes sur le territoire en 2019 mais inégalement répartie.

Les trois Communautés de Communes les moins dotées sont : Pays de Landerneau Daoulas, Lesneven Côtes des Légendes, Pays d'Iroise. Les mieux dotées sont : Presqu'île de Crozon – Aulne Maritime, Brest Métropole, Pays des Abers.



Source : Cartos@anté – ARS Bretagne

Pharmacie	Selection		Brest Métropole		Pays d'Iroise		Pays des Abers		Lesneven Côte des Légendes		Pays de Landerneau Daoulas		Presqu'île de Crozon - Aulne Maritime		Finistère	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
	123	3,1	66	3,2	15	3,1	13	3,2	8	2,9	12	2,5	9	3,9	300	3,3

Source : C@rtoSanté -ARS Bretagne - 31/12/2019

⁶ Densité : nombres de Chirurgiens-Dentistes libéraux pour 10 000 habitants.

1.2. Le second recours

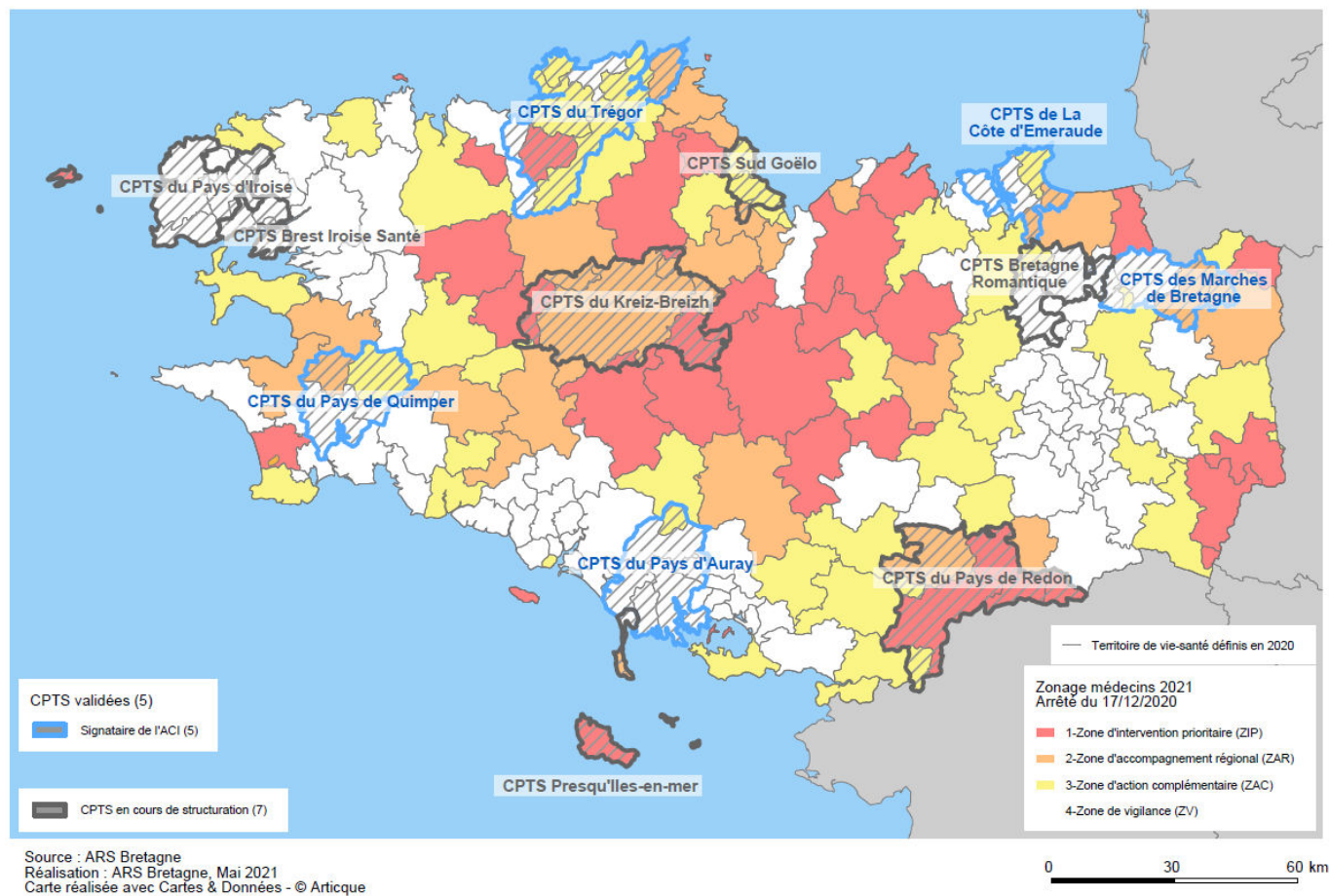
L'offre en matière de second recours est plutôt diversifiée et riche sur le pays de la filière gériatrique de Brest, mais ce constat est à nuancer car les spécialistes se concentrent sur Brest métropole. **87 % des professionnels spécialistes sont installés à Brest Métropole.**

	6 EPCI	Brest Métropole	Pays d'Iroise	Pays des Abers	Lesneven Côte des Légendes	Pays de Landerneau Daoulas	Presqu'île de Crozon - Aulne Maritime	Finistère
Professionnels libéraux de 2nd recours								
	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Allergologue	Données non collectées							
Angiologue								
Biologiste								
Oncologue	Non collectée							
Cardiologue	69	58	2		9			97
Dermatologue	18	11	3			4		36
Endocrinologue	Données non collectées							
Gastro Entérologue	56	53	1		1	1		79
Gériatre	0							non collectée
Gynécologue-Obstréticien	45	43			1	1		63
Néphrologue	Données non collectées							
Neurologue	5	5						13
Ophthalmologiste	42	34	3		4	1		92
Orthopédiste/Traumatologue	Données non collectées							
ORL	26	23				1	2	39
Pédiatre	20	13	1	1		5		38
Plasticien	Données non collectées							
Pneumologue	19	18				1		25
Psychiatre	52	50			1	1		73
Radiologue	109	94	7		4	4		238
Rhumatologue	17	11	2		4			26
Spécialiste Médecine Interne	Données non collectées							
Urologue								
Total professionnels 2nd recours	478	413	19	1	24	19	2	819
	100%	87%	4,00%	< 0,20%	5,00%	4,00%	<0,50 %	
<i>Source : FNPS - INSEE - 2019</i>								
Densité : nombre de professionnels pour 10 000 habitants								

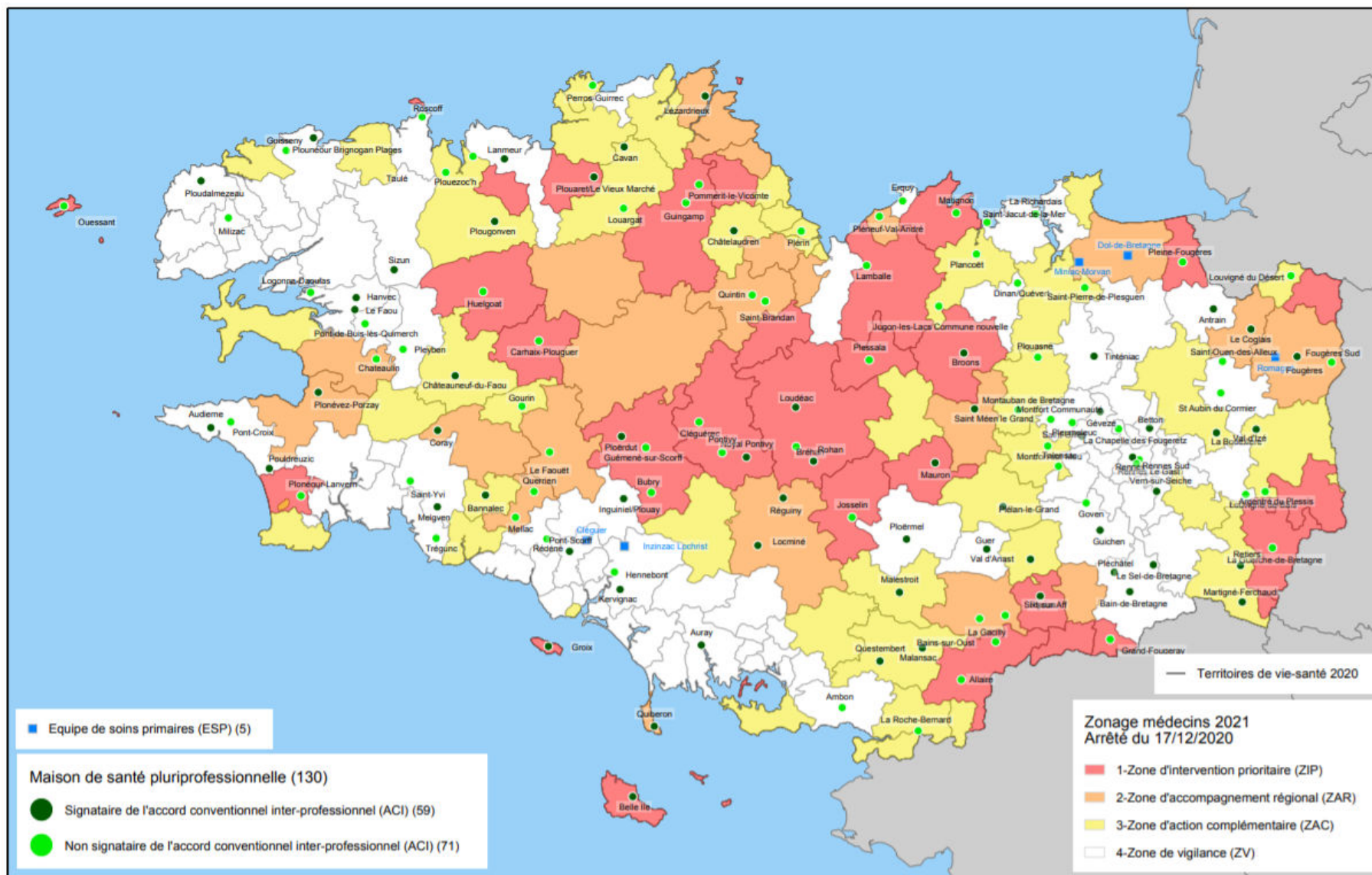
1.3. Le groupement d'exercice coordonné

Deux CPTS se sont créées en 2020 sur le Pays de Brest. La CPTS Iroise et la CPTS Brest Iroise Santé. Ces deux CPTS élaborent actuellement leurs projets de santé.

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) au 20 mai 2021



Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires sont peu développées sur le territoire de la filière gériatrique de Brest.



Source : ARS Bretagne, situation au 03/05/2021
Réalisation : ARS Bretagne, Mai 2021

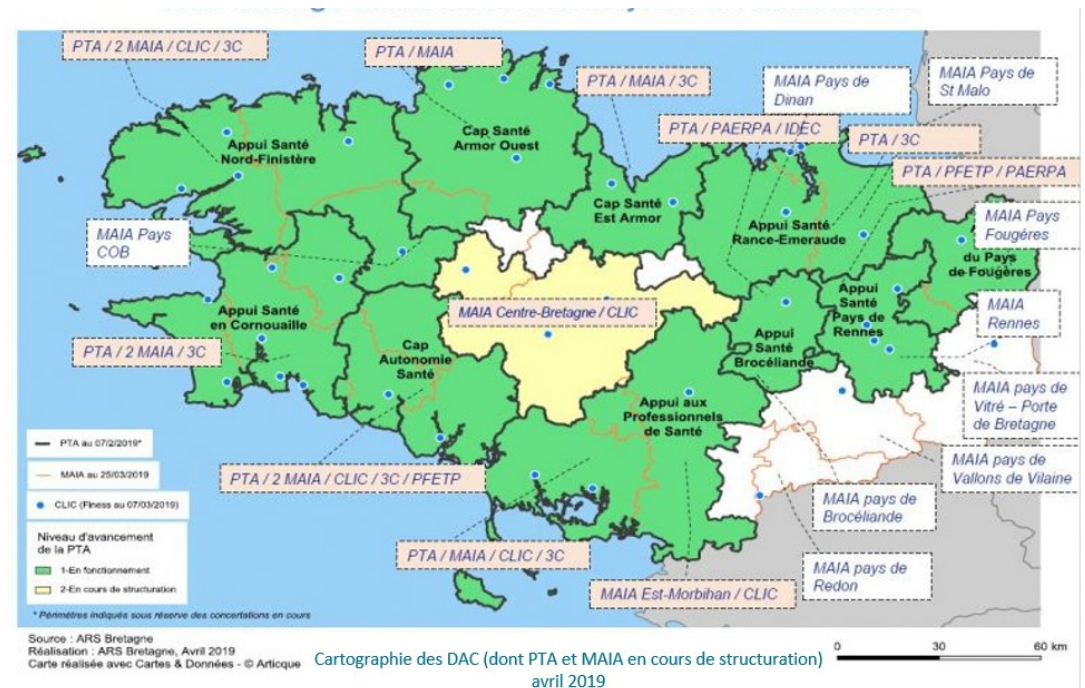
0 30 60 km

1.4. Les enjeux identifiés par les acteurs rencontrés⁷ :

- Problèmes de mobilité pour se rendre aux rendez-vous médicaux, notamment pour les personnes âgées et les personnes précaires.
- Manque de spécialistes sur certains territoires.
- Des territoires plus enclavés que d'autres où la question du transport (temps de transport routiers) est plus prégnante. La quasi-totalité de la presque île de Crozon se trouve à plus de 30mn de voiture des plus proches urgences ainsi que quelques communes sur le littoral Nord.
- Manque de médecins spécialistes notamment d'ophtalmologistes, de psychiatres.
- Besoin de coordination est ressenti sur le territoire. Le territoire est pourvu d'une bonne offre de soins qui nécessite d'être mieux coordonnée.

1.5. Accompagnement et prise en charge des situations complexes : Focus DAC :

Les dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et son ancrage territorial fort et toujours en construction :



⁷ Les enjeux identifiés par les acteurs rencontrés : 31 entretiens semi-directifs ont été menés auprès des professionnels de santé libéraux du territoire de la filière gériatrique de Brest du 12 mars au 31 avril 2021.

1.5.1. Le Dispositif Appui à la coordination

Le DAC aide les professionnels de santé, notamment de ville à gérer des situations complexes. La complexité est avant tout ressentie par le professionnel. C'est le cas de situations qui dépassent son strict périmètre d'intervention et où il est nécessaire d'associer les acteurs du champ social et médico-social. Le DAC permet d'assurer une articulation entre les professionnels de ville et les autres acteurs du territoire. Il se compose d'équipes pluridisciplinaires avec des compétences sanitaires et sociales qui permettent de répondre à des situations très diverses. Il informe et oriente les professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire. Il appuie l'organisation des parcours complexes adaptée aux besoins du patient. Il soutient les pratiques professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

1.5.2. L'activité du DAC en 2020

- Le DAC a suivi 3089 personnes en coordination d'appui en 2020, avec 1302 nouvelles admissions en 2020 et 1031 sorties patients du dispositif. 57.28 % ont plus de 75 ans et plus ; 27.33 % de 60 à 74 ans ; 12.93 % de 40 à 59 ans ; 2.46 % de moins de 40 ans.
- Le DAC est intervenu sur 82% du territoire concerné ; 143 sur 175 communes du territoire ont été concernées par au moins une prise en charge. La population du territoire d'intervention est de 560 000 habitants (=1 breton sur 5).
- 66% des médecins généralistes du territoire ont travaillé avec le DAC en 2020.
- 99 % des demandes traitées sous 48 h ou moins.

Les origines de la demande d'intervention du DAC :

- 50 % des demandes d'appui à la coordination proviennent directement d'un médecin libéral traitant et spécialistes.
- 25% de structures sanitaires (médecin spécialiste ou cadre)
- 15% de structures sociales ou médico-sociales
- 6% de la part des usagers ou leur entourage

Les profils des sollicitants :

Profil du sollicitant	
Médecin généraliste	34
Médecin spécialiste	16
Autres professionnels libéraux	3
Structures sanitaires publics/privés	25
Structures médico-sociales (EHPAD, FAM, MAS, ...)	6
Structures sociales	4
Dispositifs de coordination (PTA, MAIA, CLIC, PCPE, ...)	5
Famille	2
Personne elle-même	3
Entourage non familial	1
Elus	0.5
Autres adresseurs	1.5
Total	100

La prise en charge :

➤ **Délai médian de la durée d'un appui à la coordination : 80 jours**

- 15% moins de 15 jours
- 9% entre 15 et 29 jours
- 10% entre 30 et 59 jours
- 29% entre 60 et 179 jours
- 21% entre 180 et 364 jours
- 16% au-delà de 360 jours

➤ **Répartition des dossiers par nombre d'interventions tracées :**

- 27% moins de 10
- 41% entre 10 et 29
- 16% entre 30 et 49
- 13% entre 50 et 99
- 3% plus de 100

Au-delà de 30 interventions tracées, la prise en charge est considérée comme très complexe.

➤ **Répartition des dossiers par nombre d'intervenants professionnels référents :**

- 2% zéro
- 5% un intervenant
- 12 % deux
- 41% entre 3 et 5
- 39% plus de 5

2. Analyse des pratiques e-santé des professionnels de santé libéraux du pays de Brest :

2.1. Méthodologie et objectifs du questionnaire e-santé :

Un questionnaire portant sur la e-santé a été diffusé auprès des professionnels de santé libéraux : Médecins, Chirurgiens-dentistes, Infirmier(e)s, Pharmaciens, Masseurs kinésithérapeutes de la filière gériatrique de Brest du 07 au 21 avril sur la plateforme Survey Monkey. Les invitations à participer à ce questionnaire ont été diffusées par les URPS de chaque profession participante.

Le questionnaire e-santé a pour objectif de faire un état des lieux des outils numériques utilisés par les principaux professionnels de santé libéraux du cercle de soins de proximité des patients, de saisir leurs degrés d'utilisation et d'appropriation par les professionnels de santé. Ces données nous informent sur le niveau de maturité des professionnels face à la e-santé et les marges de progression associées.

Ce questionnaire de format flash se compose de quatre questions avec plusieurs réponses possibles :

- Quel(s) outil(s) utilisez-vous en première intention pour échanger de l'information patients avec les autres professionnels de santé ?
- Dans la semaine, quel(s) outil(s) utilisez-vous au moins 1 fois ?
- Dans le mois, quel(s) outil(s) utilisez-vous au moins une fois ?
- Quel(s) outil(s) voudriez-vous développer dans votre pratique ?

Les différentes réponses possibles sont listées dans le questionnaire mais peuvent se catégoriser de la façon suivante : Aucun des éléments ; les outils non numériques (Téléphone, courrier papier, Fax) ; les messageries (mail non sécurisé et messagerie sécurisée de santé (MSS)) ; les échanges numériques non sécurisés (SMS, WhatsApp) ; les applications de coordination de soins numériques sécurisées (PandaLab, Globule, Entr'Actes, Inzee.Care) ; le système d'information partagé (Gwalenn, Le Dossier Médical Partagé (DMP)) ; le logiciel métier (logiciel métier partagé monoprofessionnel, logiciel métier partagé pluriprofessionnel) ; autre à préciser.

2.2. Les résultats :

La tendance générale

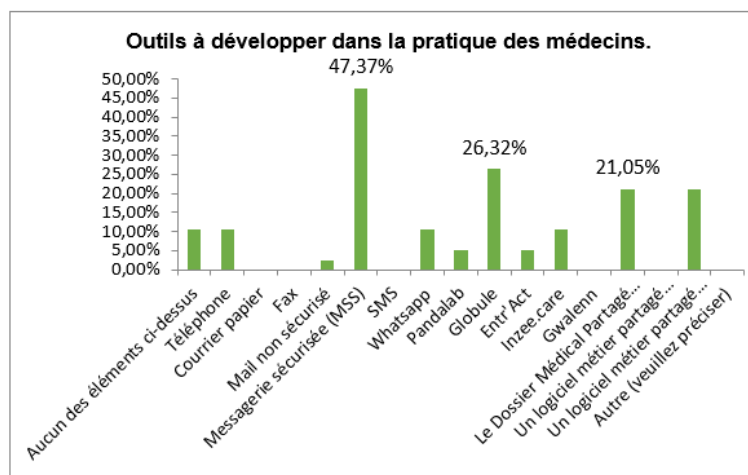
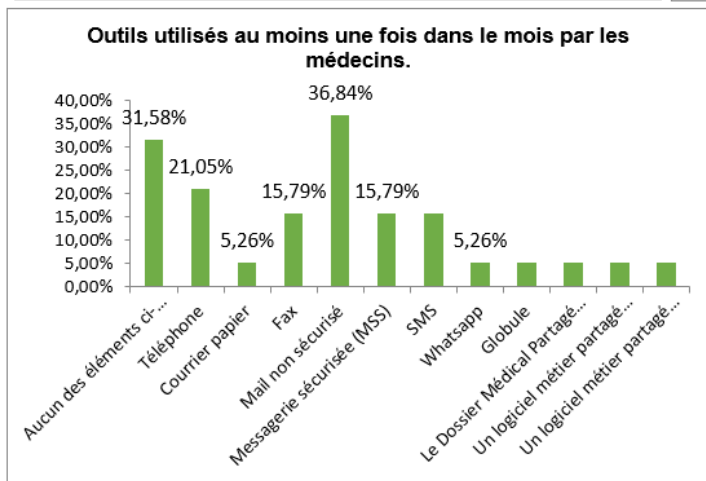
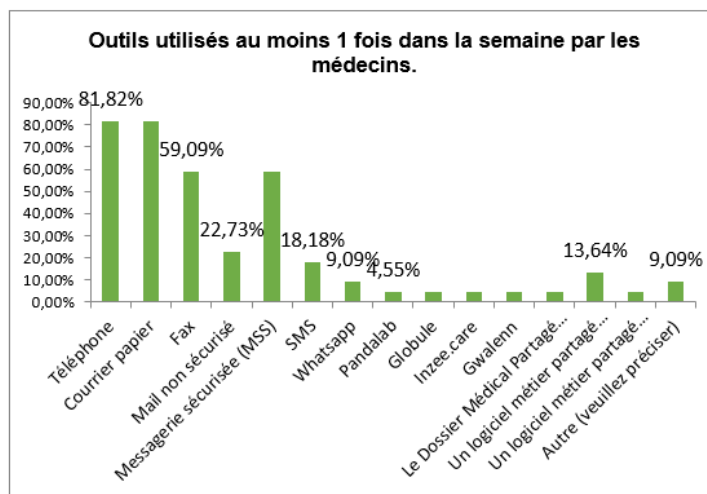
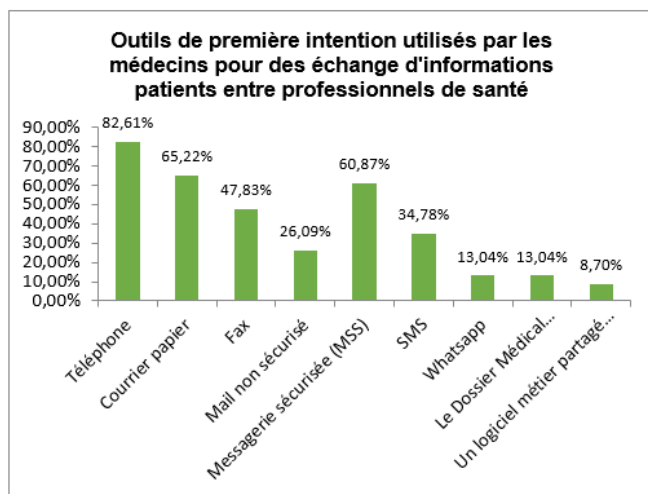
128 professionnels de santé libéraux ont répondu, dont **23 Médecins, 40 Chirurgiens-dentistes, 12 Infirmier(e)s, 13 Pharmaciens, 40 Masseurs kinésithérapeutes**. Au vu de la faible participation des professionnels de santé libéraux de la filière gériatrique de Brest à ce questionnaire (soit inférieure à 10 % de l'effectif total), nous parlerons plutôt de tendance d'utilisation des différents outils.

Pour l'ensemble des répondants, **le téléphone, les mails non sécurisés, le courrier format papier** sont les outils de première intention. Les mails sécurisés semblent encore peu utilisés. Les systèmes d'informations partagés sont très peu cités. Les outils facilitant l'échange d'informations et la coordination (numériques ou pas) sont davantage cités par les infirmières (WhatsApp et Inzee.Care, SMS) que les autres professions. Le fax est très utilisé chez le Pharmacien, outil facilitant l'envoi et la réception d'ordonnance signée. Les courriers papiers sont fortement représentés chez les Masseurs Kinésithérapeutes, format des comptes rendus des bilans de rééducations. Tous les professionnels de santé ont un fort souhait de **développer les échanges par messagerie sécurisée et d'améliorer le partage de données patients par le DMP.**

Les résultats par profession sont les suivants :

Les médecins

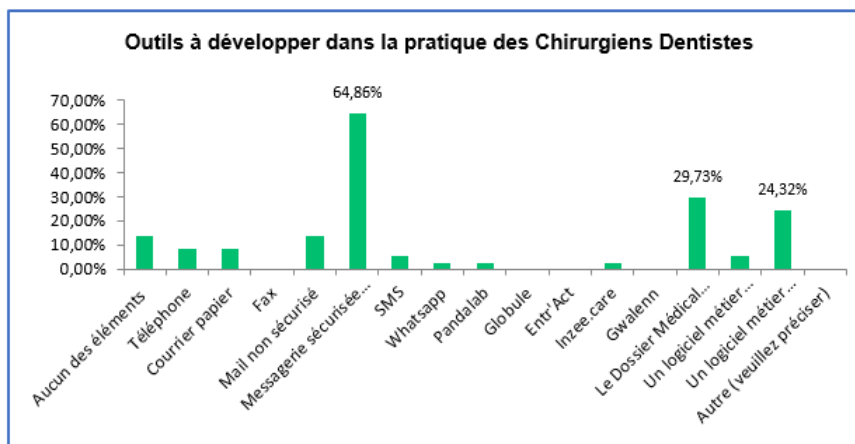
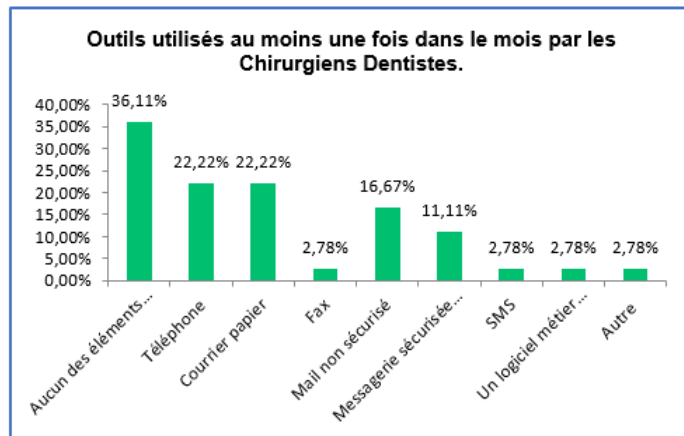
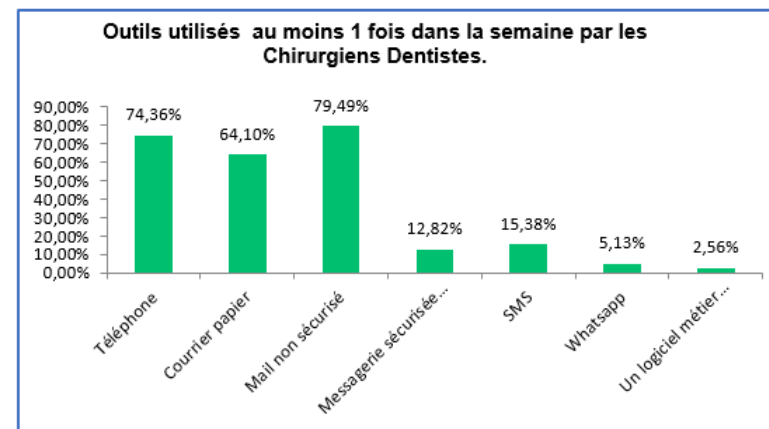
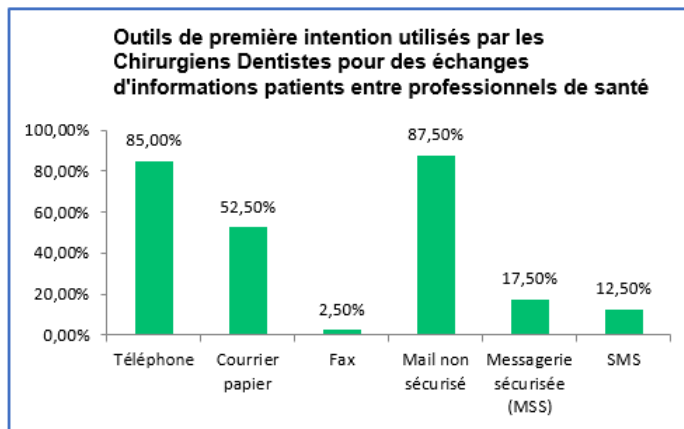
Les Médecins utilisent en première intention le téléphone, le courrier papier et la messagerie sécurisée afin d'échanger des informations patients entre professionnels de santé. Ces outils seraient utilisés au moins une fois par semaine. Les médecins ont un fort souhait de développer l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé, l'application de coordination Globule et le DMP (Dossier Médical Partagé).



Les Chirurgiens-dentistes

Les **Chirurgiens-dentistes** utiliseraient en première intention le **mail non sécurisé et le téléphone**, puis le **courrier format papier** pour échanger entre professionnels de santé.

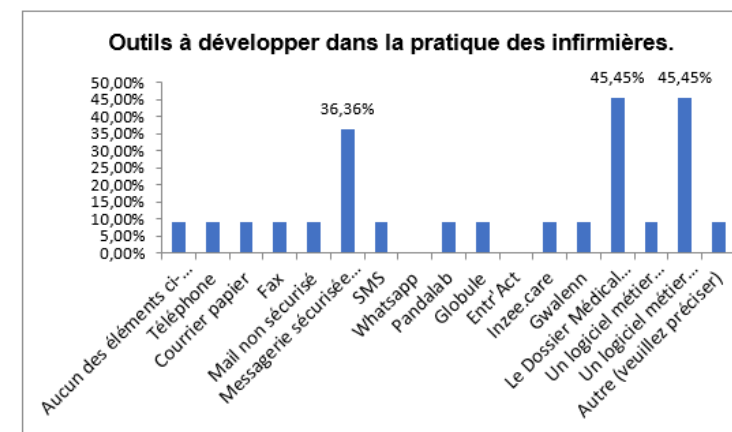
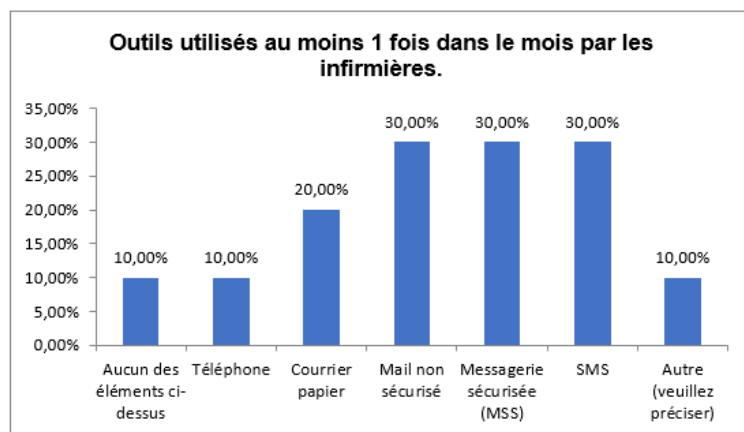
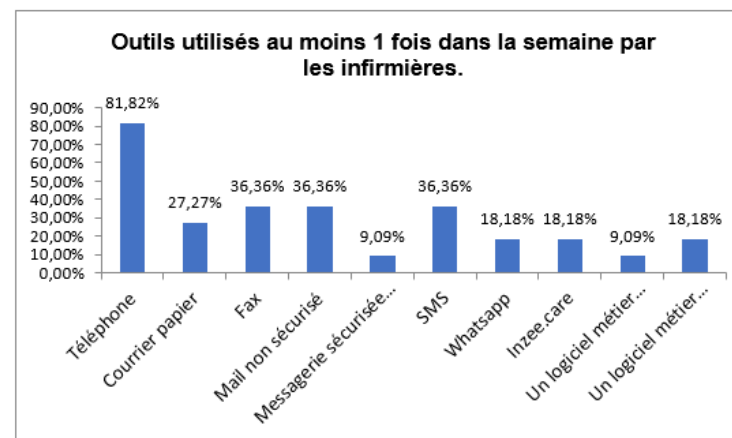
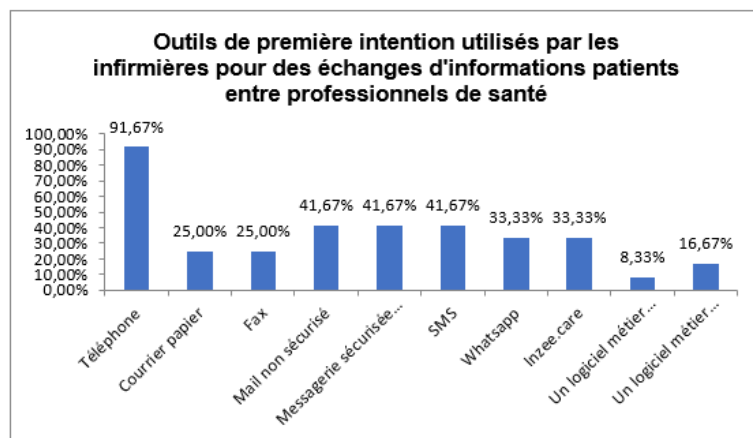
Il y a un fort souhait de développer **les échanges par messagerie sécurisée et d'améliorer le partage de données patients par le DMP**.



Les Infirmières

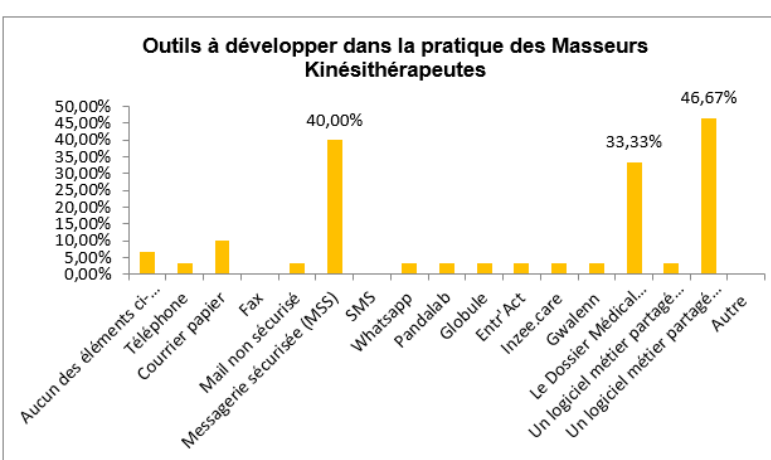
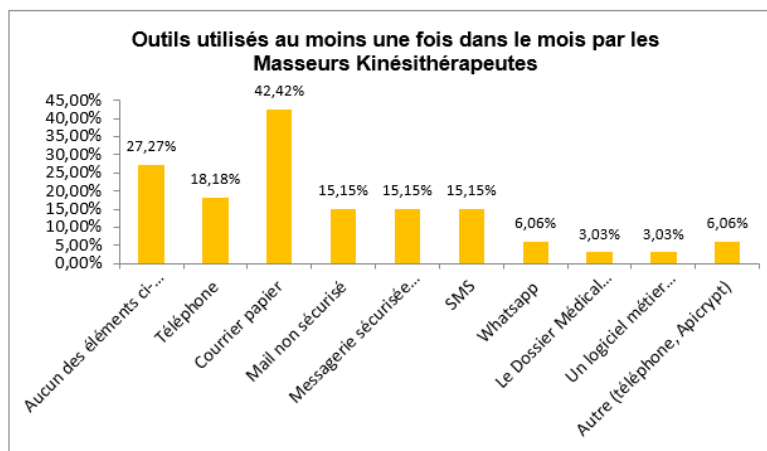
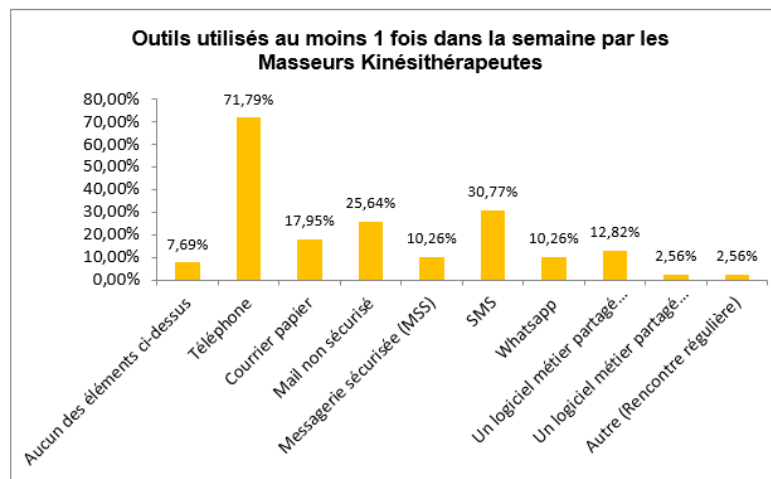
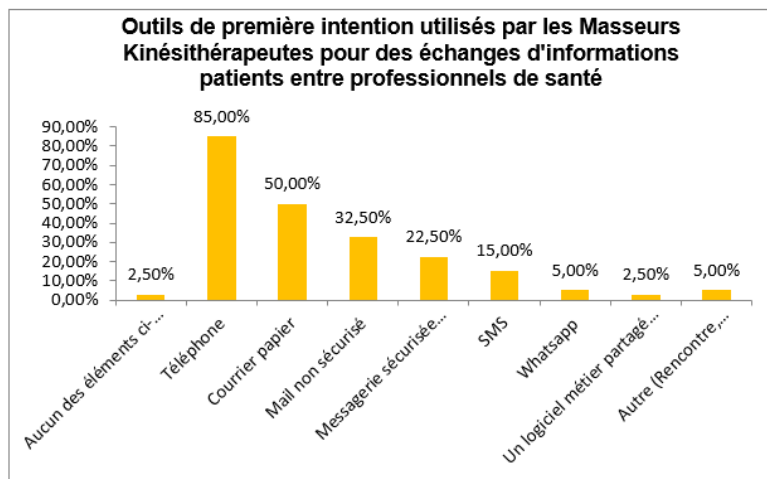
Pour les **Infirmières**, le **téléphone** est l'outil de première intention. En seconde intention, ce sont les **mails sécurisés et non sécurisés**, les **SMS**, puis les échanges numériques par **WhatsApp** et **Inzee.Care** ; même si il y a une grande variété de profils.

Il y a un souhait de développer le **partage de données patients par le DMP** et de **renforcer l'utilisation de la MSS**.



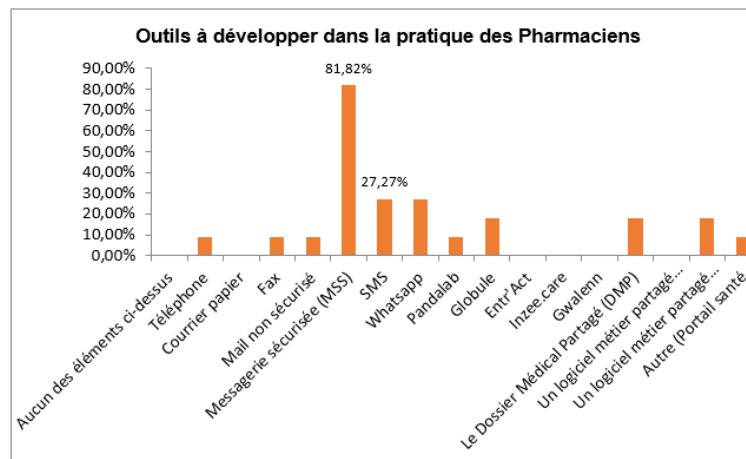
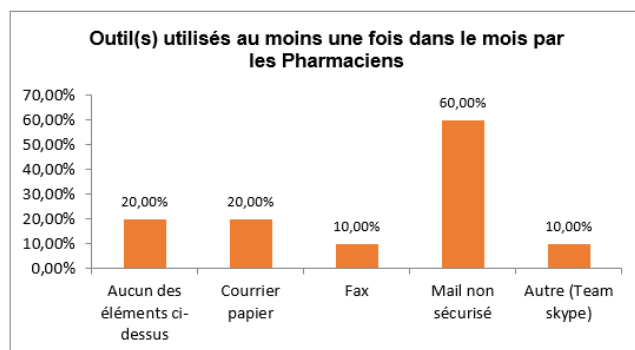
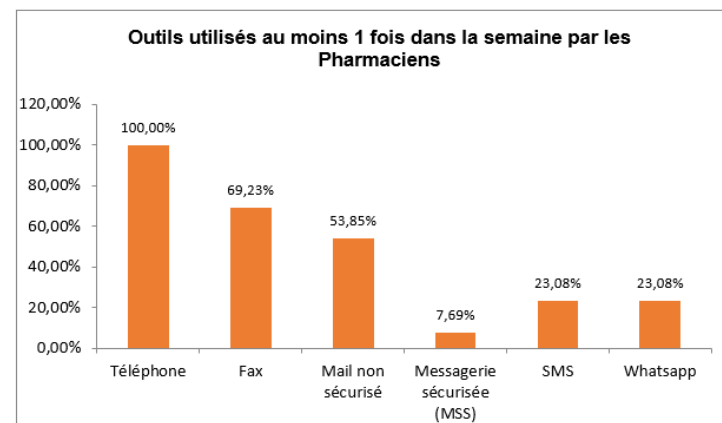
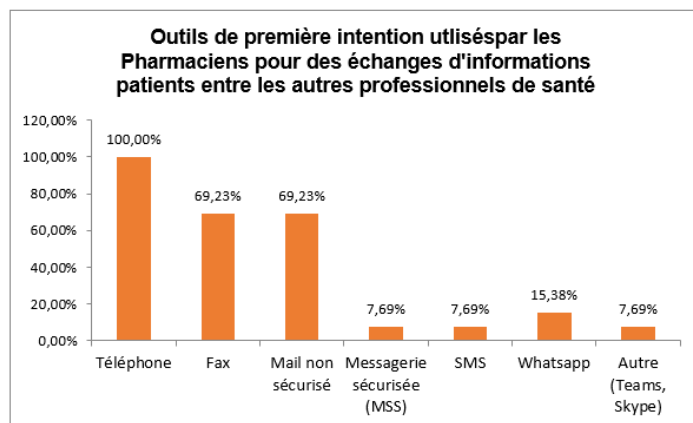
Les Masseurs-kinésithérapeutes

Pour les Masseurs Kinésithérapeutes, le **téléphone** est l'outil de première intention. En seconde intention, **ce sont les courriers papiers et les mails non sécurisés**. Le téléphone et le SMS sont dans la pratique hebdomadaire ; les courriers papiers dans la pratique mensuelle (compte rendu). Il y a un souhait de renforcer l'utilisation de la Messagerie sécurisée (MSS) et de développer le partage de données patients par le DMP



Les Pharmaciens

Pour les Pharmaciens, le **téléphone** est l'outil de première intention. En seconde intention, **ce sont les fax et les mails non sécurisés**. Le téléphone, le fax, les mails non sécurisés sont dans la pratique hebdomadaire ; le mail non sécurisé la pratique mensuelle. Il y a un souhait **de renforcer l'utilisation de la Messagerie sécurisée (MSS)** et de développer le **partage d'échange d'informations par des applications numériques sécurisées (Globule) et non sécurisées (WhatsApp) ; et de stockage de données (DMP)**.



3. Caractéristiques du parcours de soins du patient âgé de 75 ans qui passe aux urgences

Les constats et problématiques identifiés et dressés ci-dessous proviennent des 31 entretiens semi-directifs menés auprès des professionnels de santé libéraux du territoire de la filière gériatrique de Brest du 12 mars au 31 avril 2021. Cet état des lieux non exhaustif à vocation à vous présenter une photographie des dysfonctionnements du **parcours de soins de la personne âgée de 75 ans et + atteint de polyopathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables.**

Les verbatims des professionnels de santé interviewés et utilisés dans cet état des lieux sont anonymisés et codés.

3.1. Préambule : tendance et profils des patients âgés de 75ans et plus

Selon les professionnels de santé libéraux du territoire, le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + fonctionne lorsque le patient pris en charge aux urgences présente une pathologie aiguë correspondant à une filière unique (« *lorsqu'un patient AVC est pris en charge par les neurologues ou bien une pancréatite par les hépato-gastro-entérologues* » selon un médecin S5 interviewé).

Cependant, les profils des patients de cette catégorie d'âge sont plus variés. Cela est « *difficile d'unifier les profils, car il y a plusieurs profils, [...] ont peut ainsi identifier [...] 4 profils de patients âgés* » (médecin G1).

- Le patient avec **une phase aiguë pour une urgence normale.** « *Et puis, il y a le coup de tonnerre dans le ciel serein. Pas d'anticipation à priori, le patient va très bien et puis il y a un événement imprévisible* ».
- Le **patient sans suivi**, aucune alerte, aucune prévention, et vient **consulter trop tard.** « *Il y a ceux qui ne vont jamais voir leur médecin alors quand ils viennent c'est tellement grave, on est dans le cas d'une occlusion. Il n'y a pas le choix c'est l'urgence. On ne les a jamais vu auparavant, on n'est pas alerté avant la dégradation. La famille dit : ça faisait un moment que je voulais vous l'emmener, mais il ne voulait jamais voir le docteur. Quand on les voit c'est trop aigu et trop tard. Il faudrait avoir un dépistage avant* ».
- Le **patient malade, connu de son médecin généraliste, ou « chronique », avec une aggravation de son état de santé avant la phase aiguë.** Il y a une anticipation, un suivi serré et une prise en charge adaptée afin « *d'être alerté suffisamment tôt avant l'épisode aigu pour pouvoir réagir et éviter le passage aux urgences. Typiquement c'est l'insuffisance cardiaque. Quelqu'un qui a fait un infarctus ou qui a un problème de valve cardiaque, on sait qu'à un moment donné, il peut décompenser. Si on lui donne les indications pour se peser par exemple et s'il prend du poids sans changement d'habitude, c'est une alerte. On sait qu'il va faire un OAP dans les 15 jours qui suivent. Le jour où il fait son OAP, c'est trop tard, Il faut donner de l'oxygène, etc. Si par contre on est alerté avant, on va pouvoir adapter son régime et son traitement. On évite le passage aux urgences.* »

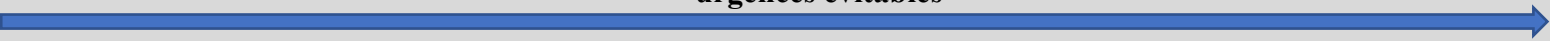
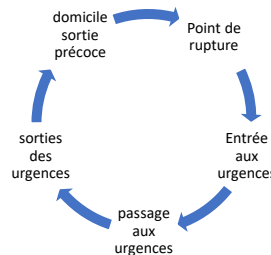
- Le **patient** avec des **complications organiques** ou « **polypathologiques** » et « *des troubles du comportement, des troubles de la mémoire, des troubles du jugement qui souvent sont masqués par l'entourage quand il y en a. A un moment donné il y a un épuisement. On va être amené à intervenir, à envoyer la personne ou la protéger d'elle-même, ou pour soulager l'entourage parce qu'ils n'en peuvent plus. Comment mettre en place un plan d'aide suffisamment conséquent pour faciliter la mise en œuvre pour que ça tienne ?* »

Sur trois profils cités sur quatre, **l'anticipation, l'alerte et l'entourage qu'il soit familial ou professionnel** (« *l'infirmier ou le médecin* ») sont des **facteurs facilitateurs d'un parcours de soins fluide**. En effet, l'entourage est primordial car le patient « *ne se voit pas fragile ou vulnérable sinon il vivrait dans le stress tout le temps. Ce sont donc les gens autour qui peuvent dire : « tu vas moins bien », et convaincre la personne de consulter ...Si on ne cherche pas l'alerte on ne la trouve pas.* » (Médecin G1).

3.2. Tableaux récapitulatifs du parcours des patients âgées de 75 ans : apport des professionnels de la ville

Les tableaux suivants présentent de manière synthétique les principaux constats et problèmes identifiés à chaque étape du parcours de soins de la personne âgée de 75 ans et + atteint de polypathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables.

3.2.1. Les caractéristiques du patient âgé de 75 ans et + atteint de polyopathologies passant aux urgences pour des urgences évitables :

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

3.2.2. Les acteurs intervenant dans la prise en charge du patient :

Les acteurs et dispositifs intervenant dans la prise en charge du patient âgé de 75 ans et + qui passe aux urgences pour des urgences évitables.						
	Amont : Domicile/EHPAD	Point de rupture	Entrée aux urgences	Passage aux urgences	Sorties des urgences	En aval : Retour à domicile/EHPAD
Acteurs intervenant dans la prise en charge patient	<ul style="list-style-type: none"> - Référent famille - Cercle de soins de proximité identifié : médecin généraliste, IDEL, masseur kinésithérapeute, pharmacien, aide à domicile. 	<p>Les professionnels de santé <u>alertés plus rapidement</u> en cas de point de rupture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Référent famille - Infirmière libérale - Médecin généraliste. - <u>Dans un second temps :</u> - Masseur Kinésithérapeute - Pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulancier, SMUR, pompiers. - Personnels hospitaliers 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels hospitaliers soignants et non soignants (assistante sociale). 	<ul style="list-style-type: none"> - Personnels hospitaliers - Ambulancier 	<ul style="list-style-type: none"> - Référent famille - Cercle de soins de proximité (IDEL, masseur kinésithérapeute, pharmacien, aide à domicile)
<u>Problèmes identifiés</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Qui fait quoi à quel moment ? Beaucoup de professionnels interviennent dans la prise en charge ce qui peut être source de confusion pour la famille. De même pour les professionnels, qui est le référent de la famille ? - Le médecin généraliste est pas ou peu prévenu du passage aux urgences de son patient (prévenu par la famille, IDEL ou lors de la consultation suivante au cabinet, ou plus tardivement lors de la réception du compte rendu hospitalier). Ce qui a pour conséquences : <ul style="list-style-type: none"> o De provoquer une rupture dans le parcours de soins du patient, o Un sentiment de perte de crédibilité du médecin généraliste vis-à-vis du patient et de la famille. - L'absence du chirurgien-dentiste dans le cercle de soins alors que les patients polypathologiques nécessitent une bonne hygiène dentaire ; une prévention renforcée ; une formation des aidants/professionnels de santé. - Le risque de perte d'informations est réel entre chaque articulation des différents acteurs (Domicile/Transport ; Transport/urgences ; sortie urgences/domicile). - Le surinvestissement d'IDE, masseur-kinésithérapeute, aide à domicile pour pallier un manque d'investissement du cercle familial. 					
Principaux dispositifs intervenant dans la prise en charge	<p><u>Constats des dispositifs identifiés par les libéraux pendant les entretiens :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le DAC : Appui Santé Nord Finistère est relativement bien identifié et utilisé sur le territoire pour les patients complexes. - Le CLIC est identifié par les professionnels de santé libéraux pour une PEC sociale (aides à domiciles). - L'HAD est identifié par le cercle de soins de proximité. Pour certains professionnels, l'HAD est perçue comme un relais d'hospitalisation et non comme une hospitalisation à domicile directe. - Le SSIAD est identifié par l'IDE et le masseur-kinésithérapeute. C'est un passage supplémentaire chez le patient (contrebalance avec une absence familiale). - Le Juge Tutelle, curatelle identifié par les médecins généralistes pour les situations de patient âgé/entourage familial toxiques. <p><u>Problèmes identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les dispositifs sont identifiés dans l'ensemble mais ne sont pas une ressource de première intention. - Les missions de ces dispositifs restent floues pour les professionnels de santé libéraux. - La prévention et la formation des aidants/professionnels de santé dans l'hygiène buccodentaire. - L'anticipation est à renforcer. Le DAC et CLIC interviennent tardivement dans la prise en charge. 					

3.2.3. Le parcours de soins de la personne âgée de 75 ans et + atteint de polyopathologies : constats et problèmes identifiés à chaque étape du parcours de soins :

Le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + atteint de polyopathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables.						
	Amont : Domicile/EHPAD	Point de rupture	Entrée aux urgences	Passage aux urgences	Sorties des urgences	En aval : Retour à domicile/EHPAD
Le parcours de soins dans la prise en charge quotidienne	<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alerte des professionnels de santé de la fragilité du patient souvent peu ou pas entendue par la famille, le médecin traitant, le spécialiste. - Manque de visites à domicile du médecin traitant pour le suivi régulier et en cas de point de rupture (ex : chute). - Recommandations des professionnels de santé sur un aménagement du domicile peu ou pas suivies par la famille. - Difficulté du recours à la prévention plus importante quand la situation sociale est précaire. - Coopération fragile entre le médecin traitant/Pharmacien/ IDE dans le circuit médicamenteux (prescription, délivrance, livraison). - Le poids de la parole du spécialiste a plus d'impact pour la famille que celle du médecin généraliste. 					
	<p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situation non anticipée malgré les alertes - Maintien à domicile difficile - Surinvestissement des professionnels de santé - Méconnaissance de l'environnement du patient 					
L'Accès aux plateaux techniques	<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès difficiles : échographie et IRM. - Envoi du patient aux urgences pour une imagerie et biologie et pour une évaluation par un urgentiste. - L'accès se fait par réseau informel. - Le manque de transport commun ou une autonomie du patient dans les transports est un obstacle à l'accès aux spécialistes. 					
	<p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'accès est difficile pour des examens non programmés et programmés en établissement et en libéral. 					
L'Accès aux médecins spécialistes	<p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les délais de rendez-vous sont longs et leurs obtentions difficiles. Cela se complique lorsqu'un nouveau patient n'est pas intégré dans une filière de soins. - L'obtention de rendez-vous se fait par réseaux et par téléphone entre médecins. - L'Accessibilité/ rapidité de prise en charge varient d'une filière à une autre. Certaines filières nécessitent un passage aux urgences avant la prise en charge. - Des filières spécialistes les moins rapidement accessibles (ophtalmologie, Psychiatrie Dermatologie,) vers les plus accessibles (Cardiologie, Pneumologie). - Le manque de transport commun ou une autonomie dans les transports est un obstacle à l'accès aux spécialistes. 					
	<p>Problèmes identifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recours aux soins et accessibilité difficiles. 					


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

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

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

Le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + atteint de polyopathologies qui passe aux urgences pour des urgences évitables.					
	Amont : Domicile/EHPAD	Point de rupture/ Entrée aux urgences/ Admission directe	Passage aux urgences	Sorties des urgences	En aval : Retour à domicile/EHPAD
Le passage aux urgences	<p><u>Constats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cercle de soins de proximité n'est pas prévenu de l'entrée aux urgences. - Pas ou peu de contact avec le cercle de soins de proximité, ce qui conduit à : <ul style="list-style-type: none"> o Pas d'exploration et évaluation globale du patient polyopathologique nécessitant une prise en charge globale. o Pas de prise en compte des troubles associés neuro (Parkinson...). o Méconnaissance de l'état habituel du patient : marche, alimentation, traitement, comportement, ... - Longue attente du patient sur un brancard et une prise en charge qui nécessite plusieurs heures. - L'envoi du patient aux urgences permet d'avoir un accès aux plateaux techniques (ex : pour des patients en refus de soins et/ou présentent des troubles cognitifs). 				
	<p><u>Problèmes identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de visibilité de la prise en charge du patient par le cercle de soins de proximité et référent famille. - Pas d'accompagnement du patient âgé présentant des troubles cognitifs - Peu d'informations sur le dossier patient. Optimisation du recueil de données patients. 				

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

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

3.2.4. L'information et la coordination interprofessionnelle dans le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + :

L'information et la coordination interprofessionnelle dans le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et +	
La transmission de l'information	<p><u>Problèmes de transmission identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les courriers sont parfois tardifs alors que les situations sont parfois urgentes (services hospitaliers vers le médecin généraliste). - Pas d'accès aux résultats de biologies et d'imagerie du CHU. - Difficulté de la transmission d'information : entrée, passage aux urgences et sortie des urgences. - Sollicitation de réseaux informels par téléphone. Aucune trace écrite de ces échanges. - Risque de perte d'information. <p><u>Problèmes d'outils identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'accès au DMP. - Pas d'utilisation de la messagerie sécurisée par l'hôpital. - Les trois moyens de communication les plus utilisés chez les professionnels de santé libéraux : téléphone, messagerie (sécurisée ou non), courrier papier. Le téléphone permet avoir un échange rapide d'information entre professionnels libéraux et hospitaliers. Pour des échanges rapides entre professionnels de santé : SMS, Mail, WhatsApp. - Les laboratoires d'analyse utilisent la messagerie sécurisée Apicrypt. - Tous les professionnels de santé interrogés souhaitent développer l'utilisation de la messagerie sécurisée.
La coordination interprofessionnelle	<p><u>Problèmes de coordination interprofessionnelle identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adressage entre le 1^{er} recours et le second recours se fait par téléphone de connaissance à connaissance. - Les échanges entre professionnels de santé ne sont pas sécurisés (WhatsApp) avec un risque de perte d'information. - Sans outils adaptés, la coordination dans le cercle de soins est moins fluide avec un risque de rupture du parcours de soins. - Le besoin de coordination est ressenti sur le territoire. Le souhait d'obtenir une application de coordination est formulée par les professionnels de santé. La crainte est le doublon avec le logiciel métier et le temps supplémentaire pour la rentrée d'une double saisie de données (logiciel métier et application). <p><u>Problèmes d'outils identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information et d'identification des différents outils numériques proposés sur le marché par les professionnels de santé. - Deux applications de coordination identifiées sur le territoire (Pandalab et Mobil'e TY by Globule). <ul style="list-style-type: none"> o PandaLab : temps d'inscription rapide/module ordonnance sécurisé apprécié/échanges pluriprofessionnel. o Globule : envoi de notifications appréciés et visibles/temps inscription long. Bon outil de coordination.

3.2.5. Le DMP et la télémédecine dans le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et + :

Le DMP et la télémédecine dans le parcours de soins du patient âgé de 75 ans et +	
Le DMP	<p><u>Problèmes de transmission identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Le DMP est peu amendé par les médecins généralistes. Ce DMP fait doublon avec le logiciel métier.- Le DMP ne peut pas être lu aux services des urgences.- Pas d'interopérabilité entre les logiciels métiers et le DMP avec une très grande variété de logiciels métiers dans chaque profession.- Le DMP n'est pas valorisé auprès des professionnels de santé.
La Télémédecine	<p><u>Problèmes identifiés :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Les avis sur la télémédecine sont partagés.- Le besoin de télémédecine est ressenti sur le territoire.- Peu rémunérateur avec une lourdeur administrative entre élaboration du dossier, l'examen et le compte rendu.- Les professionnels n'ont pas connaissance des projets de téléexpertise existants sur le territoire.

3.3. Les propositions de pistes d'amélioration proposées par les professionnels de santé libéraux :

Ces pistes d'amélioration ont été proposées par les professionnels de santé pendant les entretiens, elles peuvent être sources de réflexions ou d'inspirations pour les groupes de travail.

Les pistes améliorations proposées par les professionnels de santé libéraux	
En ambulatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Repérage et alerte de la fragilité à consolider. - Anticipation à renforcer : <ul style="list-style-type: none"> o Mise en place d'une prise en charge coordonnée précoce o Possibilité d'accéder à la filière gériatrique pour des patients plus jeunes atteints de troubles cognitifs. - Mise en place d'une équipe mobile de gériatrie qui se déplace en EHPAD et à domicile du patient. - Répertoire des contraintes du maintien à domicile difficile : sociales, environnementales, ... - Identification de professionnel référent (pharmacien, IDE) au sein du cercle de soins du patient pour les patients complexes polyopathologies. Ex : éviter les confusions de traitements, les ordonnances multiples, etc...ils pourraient être destinataires des courriers de sortie d'hospitalisation. - Prévention bucco-dentaire (consultation avant l'entrée en EHPAD) ; Formation hygiène dentaires (aidants, aides à domicile...). - Identification et coordination du cercle de soins de proximité (alerte, médicament, fragilité, application numérique, ...). <ul style="list-style-type: none"> o Sollicitation plus précoce de l'intervention des dispositifs appui à la coordination (DAC, CLIC...) o Mise en place d'un observatoire : liste des situations à risques, une liste de patients en veille d'hospitalisation.
En hospitalier Entrées	<ul style="list-style-type: none"> - Proposition d'une alternative à l'impossibilité d'une hospitalisation directe du patient : accès à l'hôpital de jour sous 48h par exemple ... - Elargissement de l'utilisation du numéro de filière gériatrique au cercle de soins de proximité (autres que les médecins). - Education et communication de l'utilisation du numéro de la filière gériatrique. - Création d'un numéro de téléphone unique pour les médecins qui souhaitent hospitaliser pour éviter de multiplier les appels à chaque filière. - Possibilité de réaliser des bilans sur le plateau technique des urgences puis une hospitalisation en entrée directe avers les hôpitaux locaux (Lesneven, Saint Renan...). - Optimisation de l'organisation et de la planification des bilans et examens en hôpital de jour afin de limiter les temps de transports et d'être accompagné d'une personne de confiance. - Amélioration de l'intégration des nouveaux patients dans une filière de soins qui permettra de fluidifier le parcours de soins et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. - Protocole de coopération des urgences privés/publics.

Les pistes améliorations proposées par les professionnels de santé

<p>En hospitalier</p> <p>Sorties</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de la sortie du patient : <ul style="list-style-type: none"> o Prévoir systématiquement un rendez-vous avec le médecin traitant à la sortie de l'hospitalisation. o S'assurer que le patient rentre à domicile en possession de son résumé de sortie de sa dernière biologie. o S'assurer avant toute sortie que les aides à domicile soient suffisantes. o S'assurer que l'adaptation ou l'aménagement du domicile a été questionné en amont. - Coopération avec le cercle de soins de proximité et les dispositifs appui à la coordination. - Anticipation à renforcer. - Augmentation du nombre de places en SSR et/ou hébergement temporaire pour des entrées directes du domicile, aussi pour bien pour le patient lui-même que pour le conjoint dépendant. - Facilitation de la démarche d'hospitalisation SSR par la création d'un numéro de téléphone unique et un dossier unique.
<p>Information</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de la transmission d'information : <ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'une fiche de liaison Domicile vers Urgences et Urgences vers Domicile (IDE, médecin généraliste). - Systématisation d'un appel téléphonique IDE Hospitalier vers IDE libéral ou DAC pour un complément d'informations.
<p>Dispositifs à solliciter</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cercle de soins de proximité. - Coordination : Appui Santé Nord Finistère (DAC), CLIC - Anticipation : <ul style="list-style-type: none"> o Cercle de soins de proximité/ visite à domicile du médecin généraliste. o IDE libérale et IDE hospitalière. o Service sociale du CHU/CLIC/référent Famille (pour le portage de repas, aide au quotidien). o Service sociale du CHU/DAC/référent Famille. o Service sociale du CHU/ PRADO PA/référent famille.

3.4. Quelques Verbatims :

Le point de rupture :

- « *Des personnes qui ont des troubles cognitifs plutôt avancé avec des troubles du comportement souvent associée qui se majore un moment donné. Ce qui peut déclencher l'adressage aux urgences est le fait que les aidants lâche, un épuisement avancé des aidants. Et puis des inquiétudes sur l'altération de l'état de santé général (dénutrition, déshydratation), principalement. Il y a les causes cardiaque et neurologiques (AVC) qui nécessite une prise en charge en urgences. Le fait qu'il y ait des aidants ou pas, qu'il soit en capacité ou pas, d'accompagner ou pas. Cela joue beaucoup.* ». (Infirmière C9).
- « *Les patients qui posent problèmes sont ceux qui ont eu des accidents de la vie (perte du conjoint, la douleur du deuil et de la solitude) avec le vieillissement. C'est intriqué et on ne peut pas les démêler. On n'est pas les premiers interlocuteurs, mais d'abord les autres spécialistes. Je suis un interlocuteur parallèle* ». (Infirmière C9).

L'Âgisme :

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

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

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

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

Les sorties d'hospitalisation non prévenue et non préparée :

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

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

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

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

- **Cas négatif : coopération difficile avec le médecin traitant :** « Il y a pu avoir des préconisations faites et qui n'ont pas été suivies par les médecins. J'ai une situation en tête d'une patiente qui a été orienté par la remplaçante du médecin traitant pendant ses congés et en fait ce médecin là en l'occurrence n'était pas forcément favorable à ce que l'on intervienne. Mais la demande avait été faite donc on avait commencé à faire en accord avec le médecin généraliste. Les préconisations n'ont pas été mis en place. Toute la coordination que ce soit au niveau thérapeutique et un plan d'aide à domicile mais aussi pour éventuellement envisager et travailler ensemble sur un projet d'hospitalisation etc. et bien je n'ai pas pu le mettre en place. »
- **Cas positif : le médecin est facilitateur dans la prise en charge :** « Il y a des situations où on va pouvoir parce qu'il y a un partenariat privilégié avec notamment le médecin traitant, pouvoir alerter directement le médecin traitant ou par le cabinet infirmier qui alerte directement le médecin et qui adresse son patient du coup sur l'hôpital. Et quand en plus ce médecin va avoir du réseau, ça passe parfois directement par ses collègues et les patients sont pris directement dans les services. On peut voir ça par moment mais c'est vrai que je ne vous cache pas que ce n'est pas la majorité des situations où la plupart de nos patients passent par les urgences. »

Prise en charge par connaissance :

- « Par personne identifiée puisque mon travail avec des patients qui ont plus de 75 ans qui sont majoritairement hospitalisé en médecine gériatrique. Donc on connaît l'assistante sociale, on connaît les médecins. Et inversement il y a parfois les services de médecine et de neuro. On connaît bien les collègues. Les liens se font facilement. »
- « Pour moi le fait d'avoir travaillé à l'hôpital que l'on se connaît bien avec les collègues. Cette proximité fait que l'on s'appelle facilement. »

L'assistante sociale :

- **Apport de l'assistante sociale dans la prise en charge :** « *Oui on peut être amené à les solliciter quand il y a des évaluations autour de la vulnérabilité si on est plutôt dans le recueil des informations préoccupantes sur la partie accompagnement version administrative, financière et cetera. Ce sont des collègues qu'on interpelle si besoin.* »
- **Lien Hôpital avec le service social bien établi :** « *Avec le CHU de Brest les choses sont plus ou moins bien mises en place je n'ai pas les médecins au téléphone. Le lien se fait avec le service social. Quand il y a le médical, il se fait de médecin à médecin. C'est rare que j'aie des médecins au téléphone. On est bien identifié. Les collègues nous appellent quand il y a besoin et inversement.* »

Les Spécialistes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'hospitalisation est difficile en gériatrie :

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

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

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

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

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

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

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

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

L'attractivité du privé par rapport au public :

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

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

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

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

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

Les urgences gériatriques :

Constat sur les urgences gériatriques :

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

Les urgences répondent aux urgences aiguës :

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

Les urgences permettent ensuite une hospitalisation :

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

Passage aux urgences sans avis médical :

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

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

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

L'organisation d'un médecin du territoire avec les urgences gériatriques :

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

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

L'accès aux plateaux techniques :

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

L'Accès aux plateaux par un réseau informel :

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

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

Le passage aux urgences :

Le passage aux urgences est long :

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

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

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

Le patient atteint de troubles cognitifs seul aux urgences :

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

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

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

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

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

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

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

Compte rendu après le passage aux urgences :

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

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

La transmission de l'information :

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

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

- **La transmission de l'information rapide pour une raccourcir le temps aux urgences :** *« quand l'hospitalisation est nécessaire, c'est de raccourcir au maximum le temps passé aux urgences en donnant les informations rapidement. On sait qu'il y a les contraintes de l'hôpital c'est-à-dire la question de la place, des lits disponibles.... Les informations sur se positionner rapidement pour éviter un temps trop long passé aux urgences, une mauvaise orientation. »*
- **L'outil numérique pour la transmission de l'information :** *« On utilise le message sécurisé quand même beaucoup. Le fait qu'on transmette des comptes rendus d'évaluation ça permet d'avoir un outil partagé ou les informations s'échangent. »*
- **Les modalités de transmission de l'information (téléphone est le plus rapide ; inter connaissance ; messagerie sécurisée) :** *« Le plus facile c'est par téléphone. Il permet d'avoir un échange. Davantage que l'écrit. Généralement lorsqu'on est interpellé par l'hôpital c'est par quelqu'un de connu. Il y a un suivi mis en place. Quand ce sont des orientations vers nous, ce sont des demandes d'appui. Ensuite j'ai tendance à prendre vite mon téléphone pour avoir un échange. Le téléphone et la transmission par écrit par messagerie sécurisée. Peut-être aussi par fax cela dépend beaucoup des usages. »*
- **Le manque de transmission de l'information à l'équipe ambulatoire en sortie hospitalisation :** *« A l'hôpital, il n'y a pas de lien avec l'équipe qui peut en charge le patient à domicile et qui explique que le patient retourne à domicile et ne tiendra pas longtemps. L'hôpital ne joue pas son rôle dans la transmission de l'information ».*

Télé médecine :

- **Pas pour une Médecine sans osculation :** *« une médecine où on n'a pas besoin d'examiner le patient ». « Ce n'est pas de la médecine. Ne touche pas le patient. ».* (Médecin K8). **Au Rabais :** *« Téléconsultation est une médecine au rabais ».* (Médecin B4).
- **C'est une contrainte supplémentaire.** *« C'est une mesure supplémentaire, je fais de l'..., je vois des patients qui ont de la radiothérapie, ceux qui récidivent, ceux qui vont bien...pff ça multiplie encore une adaptation sur une prise en charge sur laquelle on pourrait être gagnant et moi aussi. Avec un patient que je vois 5 minutes et je peux échanger avec lui, si je mets 20 minutes le temps de me connecter et que lui se connecte pour qu'il puisse répondre. Ben non ! »* (Médecin K8).
- **Nécessite une organisation :** *« Pendant le premier confinement, 100 % en télé médecine était en appel téléphonique à nécessiter une organisation pré et une organisation post parce que le patient que vous avez vu. Avez-vous cet examen ? Etes-vous allé chercher vous-même cet examen ? Etes-vous*

aller vous-même chercher les prises de sang ? ça justifie un soin, une ordonnance. C'est à vous de la faire, de la lui envoyer. Pour lui, il n'a pas besoin de se déplacer et tout lui arrive jusqu'à chez lui, si tout va bien. Sauf s'il a oublié quelque chose. Il va vous rappeler. C'est plus compliqué que de se voir en consultation ». (Médecin K8).

- **Nécessite une mise à jour régulière :** *« outil de communication. Chaque praticien dans son domaine à des pratiques différentes mais tout va finir par converger vers les contacts avec les médecins pour qu'on puisse se joindre et réagir rapidement. Donc des contacts mis à jour régulièrement, des informations de ce qu'on fait et de ce que nous faisons et savoir comment on peut se coordonner ».* (Médecin G1).
- **Tarification :** *« la réticence des professionnels en téléexpertise est la faiblesse de rémunération ».*

La mise en place d'une prise en charge coordonnée précoce : *« Quand on arrive à bien travailler en coordination, ce type de situation peut ne pas arriver parce qu'en amont, on sera prévenu suffisamment tôt. Quand les intervenants trouvent que ça voit moins bien on peut faire tout de suite le lien avec le médecin traitant qui va passer à domicile. On peut prévoir une réunion de concertation. Essayer de trouver des solutions à la maison, de répit si c'est l'aidant qui est sur le point de craquer, thérapeutique...de majoration des aides pour essayer de prévenir. Quand la coordination est en place, on peut réussir à éviter le point de rupture et donc la nécessité d'être hospitalisé. Ce qui suppose que le suivi est installé et qu'on est au début de l'accompagnement. ».*

Le recueil de données en amont : *« C'est souvent ce professionnel-là que je contacte en premier quand les situations nous sont orientées : médecin traitant, cabinet infirmier libéral. Parce que souvent ces professionnels sont mis en avant dans les demandes d'appui. Ça peut être un souci social mais c'est quand même toujours avec une pathologie. Alors concernant la complexité comportementale, la partie gériatrique et notamment une pathologie neurodégénérative, ce sont aussi ces informations là qu'on va chercher à compléter pour savoir exactement ce qu'il en est au niveau de la santé de la personne, de son autonomie et voire d'éventuels troubles du comportement. Je vais recueillir en fait les premiers éléments cliniques et je vais compléter avec le cabinet infirmier donc pour avoir plus d'information là. Les kinés souvent, c'est dans un 2nd temps mais aussi c'est un bon appui pour nous parce que déjà en place du coup on va travailler vraiment avec eux pouvoir avoir des informations sur la mobilité des personnes sur la question du matériel aussi à éventuellement préconiser pour faciliter le travail des professionnels ou l'accompagnement des aidants à domicile et puis quand ils ne sont pas en place, c'est quelque chose que l'on préconise nous assez facilement afin de prévenir les chutes, travailler sur la marche les transferts etc... ».*

La sectorisation facilite l'identification du professionnel : *« Le fait d'être sectorisé, c'est être identifié au bout d'un moment. Et donc les professionnels et notamment les médecins traitants, quand il y a déjà eu des prises en charge ensemble sur d'autres patients, et bien quand on appelle on est repéré et ils nous connaissent. Ils savent comment on va travailler car on a eu l'occasion de faire des réunions de concertation ensemble au cabinet médical par exemple. Donc du coup ça facilite forcément l'entrée en relation et la demande du consentement. »*