



NOTE DE LA FFMPs

A propos du parcours de soins des personnes âgées

- **La situation vue depuis l'équipe de soins de premier recours**
- **Les 4 propositions de la FFMPs**

Le 02 juin 2012 - V2

La situation vue depuis l'équipe de soins de premier recours

1 - La situation de la personne âgée en demande de soins est complexe car elle met en jeu des problématiques à la fois organiques, sociales, et environnementales.

2 - Les équipes de soins de premier recours sont centrées sur le médecin, le pharmacien et l'infirmière (aidés des autres professionnels de santé). Elles trouvent le plus souvent des solutions locales, appuyées sur le secteur social (AVS, SSIAD, Association d'aide à domicile). Cependant, quand une hospitalisation ou une institutionnalisation devient nécessaire, c'est encore trop souvent une rupture sévère dans la vie du patient, d'autant plus si cette hospitalisation n'a pas pu être anticipée ou préparée.

3 - Lors de différents travaux de coordination ville-hôpital, les principales récriminations des acteurs montrent une méconnaissance réciproque des modes de fonctionnement des équipes « de l'autre côté ». Les médecins hospitaliers et cadres infirmiers hospitaliers ne sortent pas des murs de l'hôpital et ne connaissent pas toujours les conditions de travail des équipes locales. Les hospitaliers se plaignent d'entrée aux urgences de patients sans coordination avec la ville. Cette méconnaissance réciproque des conditions de travail des uns et des autres est un frein à une meilleure fluidité du parcours de soins des personnes âgées, entraînant une augmentation des hospitalisations évitables, voire des ré hospitalisations précoces.

4 - Cette méconnaissance aboutit trop souvent à un manque de circulation des données nécessaires aux équipes hospitalières pour assurer leur mission et permettre un retour à domicile rapide et dans de bonnes conditions. Cette méconnaissance entraîne aussi une difficulté pour les équipes de ville à obtenir des informations rapides sur les raisons des traitements lors de la sortie de l'hôpital pour assurer une bonne continuité des soins : pharmacien face au patient sortant de l'hôpital le samedi après-midi, l'infirmière devant effectuer une injection d'héparine sans connaissance des contrôles biologiques, médecin revoyant le patient avant l'arrivée des informations, etc.

5 - La diminution du nombre de professionnels de soins des premier recours (médecin et infirmière) fait réfléchir à une meilleure utilisation des moyens. Il ne semble pas judicieux que ces professionnels se préoccupent à trouver une résolution sociale ou une orientation dans le système hospitalier quand de nouvelles professions sont en capacité de le gérer (coordinatrice de réseaux d'appui).

LES 4 PROPOSITIONS DE LA FFMPs

1 - Une amélioration de la connaissance des conditions de travail des acteurs

La FFMPs suggère qu'il soit possible à chaque médecin de service de gériatrie de bénéficier d'une demi à une journée par mois pour visiter des « unités locales de production de soins ». Du moins celles qui sont déjà organisées en équipe de soins de premier recours (maison, pôles et centres de santé). Ce temps de rencontre avec les acteurs de terrain peut aussi permettre d'améliorer les modalités de fonctionnement de ces équipes locales.

2 - Une protocolisation du parcours de soins de la personne âgée

Le médecin hospitalier connaît les informations dont il a besoin pour assurer prise en charge et retour précoce à domicile. L'équipe de soins de premier recours (médecin, pharmacien, infirmier, kiné, etc.) sait ce dont elle a besoin pour assurer le suivi lors de la sortie de l'hôpital.

- *Le protocole ville hôpital* définit les conditions d'une hospitalisation et les documents devant être transmis par l'équipe de ville à celle de l'hôpital
- *Le protocole hôpital ville* définit les conditions du retour à domicile ou en institution et les documents devant être transmis par l'équipe de l'hôpital à celle de la ville

Ces types de protocoles pourraient être établis selon la méthode déjà travaillé avec l'HAS pour la création de protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours. Ils pourraient s'appuyer sur ceux existant déjà (expériences de réseaux ville-hôpital). L'objectif est de fournir du matériel de travail aux équipes locales pour qu'elles s'approprient elles-mêmes leur propre protocole à partir de ces cadres proposés.

3 - Un développement des « réseaux d'appui »

Les expériences menées actuellement par divers réseaux dits « d'appui » sont très positives dans la mesure où ils permettent une prise en compte de la personne âgée plus adaptée et de libérer du temps professionnel. Dans la plupart des cas, une coordinatrice prend en charge le patient à la demande du médecin, traitant, lors de problématique sociale ou de nécessité de recours rapide à une hospitalisation. Sous contrôle de l'équipe de soins, elle prend le temps nécessaire pour contacter les services sociaux ou les services hospitaliers nécessaires. Ce travail permet un choix optimal et une meilleure préparation d'une éventuelle hospitalisation.

4 - La création de postes de coordonateurs hospitaliers

A la lumière des expériences danoises, la création de postes de coordonateurs à l'hôpital réalisant le lien entre ville et hôpital est une piste à développer. Le coordonateur s'assurerait que le patient entre en séjour hospitalier avec des investigations nécessaires déjà faites pour permettre un séjour court et efficace. Il s'assure de la circulation de l'information entre les équipes de ville et de l'hôpital, et que le retour à domicile se fasse en concertation avec l'équipe de soins de premier recours. Il pourrait aussi faire le lien avec les structures locales de formation, à propos des informations relatives aux nouvelles technologies développées sur le plateau technique hospitalier.

La question qui reste majeure

Quels que soient les expérimentations retenues par le comité sur le parcours de soins des personnes âgées, nous savons que le thème le plus difficile sera celui de l'accompagnement des professionnels dans le changement.

Il ne suffit pas de décréter de nouveaux modes de fonctionnement plus pertinents, encore faut-il que les professionnels se les approprient.

A la FFMPs, nous pensons que cet accompagnement au changement doit être parallèle aux nouveaux modes de rémunération, avec l'introduction de rémunérations forfaitaires, en lieu du seul paiement à l'acte.

Dans le cadre expérimental, nous serions favorables à ce que les expérimentations avec le secteur de ville se déroule avec des équipes de soins de premier recours constituées autour d'un projet de santé pour leur territoire comprenant l'engagement d'application de protocoles comme décrits ci-dessus.

Pour la FFMPs

Pierre DE HAAS
Président
06 07 75 39 50

Michel SERIN
1^{er} Vice-président
06 50 89 92 58

Le 02 juin 2012