

Protocole pour les entrées et les sorties d'hôpital des personnes âgées de plus 75 ans

Table des matières

1. Introduction	1
2. Public visé	2
3. Objectifs :	2
4. Entrée à l'hôpital	3
5. Organisation des soins :	3
6. Outils pour la mise en œuvre de l'entrée :	4
7. Sortie de l'hôpital	4
8. Outils pour la mise en œuvre de la sortie :	5
9. Cercle de soins pouvant être sollicité :	5
10. Evaluation du protocole en année 4.....	5
11. Bibliographie :	5

1. Introduction

La prise en charge des personnes âgées de leur entrée à leur sortie d'hôpital requiert une attention particulière et une coordination méticuleuse. Ce protocole a pour but de garantir des soins adaptés, continus et sécurisés pour cette population vulnérable. Selon le rapport « Atelier 10 hôpital et personne âgée 14 février 2018 » (1) les personnes âgées de plus de 80 ans représentent 1 hospitalisation sur 8.

Une étude « no bed night » (2) menée par l'APHP en 2022 sur 1598 patients de plus de 75 ans, montre que si tous les patients de cette étude avaient pu accéder directement à une chambre d'hospitalisation 3% des décès auraient pu être évités.

2. Public visé

Population :

Personnes âgées de plus de 75 ans nécessitant une hospitalisation en gériatrie, sur le territoire de la CPTS Ouest Briard

Personnels sollicités :

Médecin généralistes, infirmiers libéraux, Infirmier de pratique avancée (IPA), auxiliaires de vie et tous les paramédicaux de ville, le service hospitalier de gériatrie du Groupe Hospitalier de l'est Francilien de Marne la vallée (médecin gériatre, IDE, aide soignants, assistante sociale, psychologue, cadre...).

Attention dans ce protocole nous parlons de 3 coordinateurs, ils n'ont pas les mêmes fonctions :

Coordinateur ville hôpital de la CPTS Ouest Briard : coordinateur employé par la CPTS de l'ouest briard afin de faire le lien avec toutes les structures de soins du territoire

Coordnatrice ville Hôpital du GHEF de marne la vallée : coordinateur présent uniquement au sein du GHEF mais qui fait le lien avec tous les acteurs de soins de la ville du nord 77.

Infirmier de coordination de gériatrie du GHEF site de Marne la vallée : coordinateur employé par le GHEF dans l'unité de gériatrie de Marne la vallée

3. Objectifs :

Faciliter l'entrée des patients de plus 75 ans nécessitants après évaluation une hospitalisation, en favorisant une entrée par un circuit court, permettant une admission directe dans un service adapté à la gériatrie.

Organiser une sortie d'hospitalisation qui permette au patient une prise en charge pluriprofessionnelle adaptées à ses nouveaux besoins, par la sollicitation de l'équipe en place ou en faisant appel a de nouveaux professionnels. Afin de garantir une continuité des soins efficiente, de permettre le maintien de l'état de santé, sa sécurité et prévenir l'épuisement des aidants.

Ces deux objectifs ne sont pas réalisables sans une communication efficace à l'entrée, pendant le séjour et à la sortie d'hospitalisation.

4. Entrée à l'hôpital

Repérage des patients :

Critères d'éligibilité :

Patient de plus de 75 ans résidants sur le territoire CPTS OB dont une hospitalisation dans les jours à venir a été jugée nécessaire par le médecin ou l'IPA qui le suit, mais ne nécessitant pas une prise en charge par une ambulance médicalisée de réanimation auquel cas le SAMU sera contacté systématiquement en premier lieu.

5. Organisation des soins :

1^{er} cas de figure : L'équipe de soin primaire a jugé que le patient devait bénéficier d'un avis gériatrique pour organiser une hospitalisation dans les 15 jours à venir.

- ⇒ Le médecin ou un membre de l'équipe de soins primaire contacte le service de gériatrie à ce numéro de téléphone : 01 61 10 66 22 pour une consultation rapide dans les 5 jours avec un gériatre du GHEF de Marne la vallée.
- ⇒ Le soignant de ville : Fournit les comptes rendus, examens nécessaires à la bonne prise en soin du patient, la fiche de liaison relatant le motif, les antécédents et les traitements du patient, l'histoire de la maladie. S'assure que la carte de coordination est bien avec le patient, et que les coordonnées pour être joint sont à jour.
- ⇒ À la suite de la consultation si la personne référente en gériatrie a validé le dossier, celle-ci organise une entrée directe dans le service de gériatrie de façon immédiate ou différée selon la situation clinique du patient et l'état des lits du service de gériatrie
- ⇒ Pour chaque étape (consultation gériatrie et hospitalisation) l'équipe médicale de ville organise le transport avec la famille ou si besoin une ambulance et prépare un bon de transport.

2eme cas de figure : L'équipe de soin primaire a jugé que le patient devait bénéficier d'une hospitalisation en gériatrie dans les plus brefs délais (sans toutefois que son état de santé mette en jeu son pronostic vital auquel cas une Ambulance de réanimation (SAMU) sera contactée)

- ⇒ Le médecin ou l'IPA [contacte l'infirmier coordinateur du service de gériatrie du GHEF de marne la vallée](#) au numéro 01 61 10 67 89
- ⇒ Si [l'infirmière coordinatrice de gériatrie du GHEF de marne la vallée](#) valide l'entrée directe en gériatrie (en tenant compte de la disponibilité des lits de gériatrie) l'équipe de ville organise le transport avec la famille ou si besoin avec une ambulance et prépare un bon de transport.
- ⇒ Le soignant de ville : Fournit les comptes rendus, examens nécessaires à la bonne prise en soin du patient, la fiche de liaison relatant le motif, les antécédents, les traitements

du patient, l'histoire de la maladie. S'assure que la carte de coordination est bien avec le patient, et que les coordonnées pour être joint sont à jour.

6. Outils pour la mise en œuvre de l'entrée :

Utilisation d'une ligne téléphonique dédiée pour l'entrée des patients en circuit court de gériatrie afin de présenter le cas et valider l'admission directe, ou pour une consultation rapide en gériatrie dans les 5 jours.

Mise en œuvre de la carte de coordination sur le territoire de la CPTS OB : distribution, remplissage (moyen de communication efficace permettant de recenser chaque professionnel de santé intervenant auprès du patient)

Diffusion de la feuille de liaison auprès des professionnels de santé (inviter chacun d'entre eux à en avoir une toujours près de soi) et rendre cette fiche disponible sous format Word sur le site internet de la CPTS OB.

Diffusion du protocole auprès des soignants du territoire par le biais du site internet CPTS OB et une réunion d'information à destination des soignants.

7. Sortie de l'hôpital

1-Le maître mot est anticipation : Quelques jours avant la sortie, contacter les professionnels du cercle de soins déjà en place grâce à la carte coordination (cf cercle de soins plus bas).

Si le cas est complexe : le service de gériatrie contacte [la coordinatrice ville Hôpital du GHEF de marne la vallée](#) qui pourra à son tour contacter [la coordinatrice ville hôpital de la CPTS OB](#) : Exemple : difficultés d'accès à un médecin traitant, isolement social, logement inadapté...

Lors de l'hospitalisation le repérage des besoins/ fragilité est effectué. Une évaluation des ressources et des difficultés du patient (aide au repas, ménage, portage de repas, aide à la toilette, aménagement du domicile) en s'appuyant sur des échelles d'évaluation standardisées (vous trouverez le détail plus bas) ce qui permettra à [la coordinatrice ville Hôpital de CPTS OB](#) d'organiser les soins et les prises en charge nécessaires au patient. Celle-ci contactera le médecin généraliste référent pour lui communiquer les éléments de sortie et prévoir la prochaine VAD.

Cas particulier :

Si le patient n'a aucune possibilité d'accès au médecin généraliste et que la situation de celui-ci répond aux compétences de l'IPA mention Pathologies Chroniques Stabilisées adhérente de la CPTS, celle-ci propose un passage à domicile entre 7 et 15 jours post hospitalisation.

2-Faire sortir les cas complexes du lundi au vendredi.

3-Documents de sortie :

S'assurer que le patiente sortent avec le compte rendu médical et paramédical, la date des prochains rendez-vous, les ordonnances de traitement et de soins, les éléments à surveiller et les objectifs thérapeutiques pour le patient afin que l'équipe paramédicale puisse donner l'alerte en cas d'aggravation de la situation.

8. Outils pour la mise en œuvre de la sortie :

Ligne téléphonique du [coordonateur ville hôpital du GHEF](#) : 06-87-08-56-07

Ligne téléphonique [infirmier de coordination ville hôpital CPTS OB](#) : 07-81-31-97-09

Ligne téléphonique [Infirmier de coordination de gériatrie du GHEF site de Marne la vallée](#) : 01-61-10-67-89

Outils de communication vers l'équipe de soin primaire : Messagerie sécurisée (doctolib sillo), Santélien, ligne téléphonique via la carte de coordination.

Outils d'évaluation selon le contexte : Echelle ADL, IADL, de la douleur, de la nutrition, de risque d'escarre, d'autonomie, d'isolement social (3) (Lien internet mis à disposition sur le site internet de la CPTS OB)

9. Cercle de soins pouvant être sollicité :

CPTS OB, [infirmier de coordination ville hôpital CPTS OB](#), Infirmier libéraux, Kinésithérapeute, médecin Généralistes et spécialisés, Auxiliaire de vie, femme de ménage, Pole autonomie territoriales, Dispositif d'appui à la coordination, centre de ressource territorial du territoire, café des aidants, Consultation gériatrique, [infirmier de coordination de gériatrie du GHEF](#), [coordinatrice ville hôpital du GHEF](#)

10. Evaluation du protocole en année 4

Organiser un retour d'expérience bi annuel avec concertation pluri-pro Ville-Hôpital pour améliorer les prises en charge.

Prévoir l'inclusion des patients par un questionnaire de satisfaction.

11. Bibliographie :

1-https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_atelier_10_hopital_et_personne_agee_14_fev_2018_3_.docx.pdf

2-<https://www.aphp.fr/actualite/nuit-passee-aux-urgences-une-etude-sur-les-risques-pour-les-patients-ages>

3-<https://www.urps-infirmiere-paca.fr/les-echelles-devaluation-et-les-classifications/>

1^{er} cas de figure : Hospitalisation à prévoir dans les 15 jours



Contacteur le service de consultation rapide en gériatre du GHEF marne la vallée (rdv dans les 5 jours°



01 61 10 66 22

Si hospitalisation validée par le gériatre du GHEF MLV

→ Equipe de ville prévenue et organisation de l'hospitalisation et du transport



Faire parvenir à l'hôpital via le patient les documents médicaux, fiche de liaison et carte de coordination (avec des coordonnées à jour pour être recontacté)

2^{ème} cas de figure : une hospitalisation est nécessaire dans les 48h (en cas d'urgences vitales contacter le 15)

Contacter l'infirmier de
coordination de
Gériatrie du GHEF

01 61 10 67 89

Si le dossier est validé
par l'IDEC du GHEF MLV

➔ Organisation du
transport avec la
famille ou
ambulance

Faire parvenir à
l'hôpital via le patient
les documents
médicaux, fiche de
liaison et carte de
coordination (avec
des coordonnées à
jour pour être
recontacté)