

## FICHE PRATIQUE

### Les établissements de santé

#### Présentation de l'action

##### Pourquoi ?

Afin de mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation.

##### Constat du diagnostic

- Durée de séjours hospitaliers à réduire,
- Eviter les hospitalisations inadéquates, et les ré hospitalisations,
- Eviter les passages aux urgences.

##### Objectif opérationnel

Mobiliser les professionnels hospitaliers sur le parcours de santé des PA tant en interne qu'en externe.

##### Organisation de l'action

*Mobilisation de la communauté hospitalière autour de la prise en charge des personnes âgées par une gouvernance adaptée.*

Mettre en place auprès de la commission médicale d'établissement (CME) et de la direction des soins, d'une « commission de coordination gériatrique » sur le modèle des sous commissions de la CME existantes.

## Organisation de l'action (suite)

### *Repérer et évaluer les besoins des personnes âgées.*

- **Repérer** : dès l'admission et au plus tard avant la 24<sup>ème</sup> heure d'hospitalisation, au sein de chacune des structures internes de médecine-chirurgie (MC), les patients de plus de 75 ans, en perte d'autonomie avant l'hospitalisation ou à risque de perte d'autonomie induit par l'hospitalisation.
- **Evaluer** les besoins des personnes âgées en perte d'autonomie : dans toutes les unités de Médecine et de Chirurgie, une évaluation gériatrique selon une approche graduelle qu'ils déclencheront sera réalisée.

Mettre en œuvre l'évaluation gériatrique préopératoire afin de réduire le risque de complications postopératoires chez les patients de plus de 75 ans, en recourant à l'expertise gériatrique des équipes mobiles de gériatrie (EMG) ou des consultations gériatriques.

Cette évaluation alimente le dossier de sortie d'hospitalisation et le plan personnalisé de santé si il existe.

**Mettre en œuvre les référentiels de bonne pratique et en assurer le suivi et l'évaluation visant à réduire : Le risque iatrogénique médicamenteux** à l'admission, pendant (en MC, SSR, USLD) et à la sortie de l'établissement de santé par la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse, l'optimisation de la prescription médicamenteuse telle que la prescription médicale chez le sujet âgé et la transmission des décisions thérapeutiques au médecin traitant.

**L'incidence des événements indésirables** induits par les soins, des pathologies nosocomiales et de la perte d'autonomie induite par l'hospitalisation.

### *Assurer un meilleur accueil et un accès aux services dans de bonnes conditions :*

- **aux urgences** (infirmier référent, intervention de l'EMG etc.) ;
- **faciliter l'accès direct aux structures internes** de court séjour gériatrique de MC, de SSR ou en HAD si l'indication le justifie
- **réduire le risque de perte d'autonomie « nosocomiale »** par le suivi et l'analyse pluri professionnelle d'indicateurs de perte d'autonomie à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation ainsi que la mise en place de dispositifs d'amélioration. Ces informations seront intégrées au dossier informatisé du patient pour permettre leur suivi et leur analyse en routine.

### *Préparer la sortie des personnes âgées en amont et organiser les relations avec les partenaires du parcours permettant le retour à domicile dans de bonnes conditions :*

- **identifier dès l'admission et au plus tard à la 48<sup>ème</sup> heure d'hospitalisation, au sein des structures MC, les patients de plus de 75 ans** pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des prises en charges, et ceux pour lesquels sera indiqué un SSR, une HAD ou un changement de lieu de vie à la sortie du MC (EHPAD ou USLD) ;
- **identifier au plus tard au 7<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, au sein des structures SSR, les patients de plus de 75 ans** pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des prises en charges – y compris en HAD, et ceux pour lesquels sera indiqué un changement de lieu de vie à la sortie du SSR (EHPAD ou USLD).

### *Favoriser la coordination ville-hôpital.*

- orienter vers la **coordination clinique de proximité** ;
- instruire le cas échéant le **plan personnalisé de santé** des personnes à partir de **l'évaluation gériatrique** susmentionnée ;
- **préparer le retour à domicile** et/ou permettre à la coordination clinique de proximité de formaliser ou de compléter le plan personnalisé de santé, par un contact avec le médecin traitant ou la coordination clinique de proximité 48 heures avant la sortie ;
- adresser, lors de la sortie du patient, le **dossier de sortie d'hospitalisation au médecin traitant** et le cas échéant à la coordination territoriale d'appui ou à l'EHPAD.