

# Parcours de soins de la personne âgée, le CHU de Nantes s'engage



## Dossier de presse

### Parcours de soins de la personne âgée, le CHU de Nantes s'engage

Mardi 27 mai 2014, 14h00

Chu de Nantes – Immeuble Deurbroucq  
Salle de la Petite Hollande – rez-de-chaussée

**Contacts :**

**CHU de Nantes**

Marie Lapostolle, directrice de la communication

02 40 08 72 35 – [marie.lapostolle@chu-nantes.fr](mailto:marie.lapostolle@chu-nantes.fr)

Gilles Berrut, chef du pôle gériatrie clinique

02 40 68 66 72 - [gilles.berrut@chu-nantes.fr](mailto:gilles.berrut@chu-nantes.fr)

# Parcours de santé de la personne âgée à risque de perte d'autonomie, une décision ministérielle

En janvier 2013, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a adressé aux directeurs généraux des Agences régionales de santé un cahier des charges issu des travaux du comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

L'ensemble des réflexions convergent sur le fait que le modèle de prise en charge des personnes âgées doit évoluer.

Centré sur les besoins et promouvant l'approche personnalisée, le parcours de santé de la personne âgée doit concourir à faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût.

## Ses objectifs :

### 1. Améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants

- considérer les personnes âgées comme partenaires actifs de leur santé,
- améliorer leur qualité de vie et les soutenir à domicile tant que leur état le leur permet,
- soutenir et soulager leurs aidants,
- prévenir la survenue ou l'aggravation de problèmes de santé et de la dépendance, en mettant un accent particulier sur les facteurs de risques d'hospitalisation complète, pour lesquels des marges d'amélioration ont été identifiées (essentiellement dénutrition, dépression, problèmes liés aux médicaments et chutes).
- réduire le nombre d'hospitalisations complètes en n'y recourant que lorsque la personne âgée a besoin du plateau technique et/ou des compétences hospitalières ;
- améliorer les conditions d'hospitalisation complète et limiter sa durée aux stricts besoins sanitaires des personnes ;
- réduire le passage des personnes âgées aux urgences.

### 2. Adapter les pratiques professionnelles au parcours de santé de personnes âgées en risque de perte d'autonomie

- recentrer les professionnels de santé sur leur plus haut niveau de compétence ;
- améliorer leur connaissance réciproque et leur communication ;
- améliorer les transitions ville-hôpital ;
- sensibiliser les professionnels aux principaux facteurs de risque d'hospitalisation des personnes âgées ;
- favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles, notamment en ce qui concerne les problèmes liés aux médicaments.

### 3. Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs

- mettre en oeuvre une gouvernance territoriale partagée entre les différents acteurs du parcours de santé des personnes âgées
- développer les outils transversaux de coordination.

## Pourquoi et comment le CHU de Nantes s'engage

Fort de son expérience dans le domaine de la gériatrie clinique et de ses nombreuses implications dans des projets innovants (Maia, gérontopôle...) le CHU de Nantes souhaite capitaliser sur ses compétences pour aller plus loin.

**Un projet :** Les équipes médicales, soignantes et administratives se sont mobilisées pour faire évoluer la prise en charge des personnes âgées. Ils décident de mettre en place le **programme de coordination du parcours du patient âgé**. Ce programme cible plus particulièrement les personnes âgées hospitalisées en situation sanitaire et médico-sociale complexes. Ces situations sont souvent de nature à entraîner un allongement significatif de la durée d'hospitalisation.

L'objectif est de mettre en place un accompagnement individualisé des patients ciblés permettant un retour et un maintien à domicile. Cet accompagnement sur des périodes pouvant aller jusqu'à 6 mois permettra d'éviter, dans la mesure du possible, les ré-hospitalisations autres que pour raisons médicales dans le respect du projet de vie défini avec les personnes. Ce programme permettra de définir des critères de repérage des situations bloquantes à partir de l'observation des situations prises en charge.

**Un recrutement** : La mise en place du projet nécessitera le recrutement d'un coordonnateur du parcours patient. Ce recrutement interviendra dès le 1<sup>er</sup> juin. Il s'agit d'un professionnel ayant un diplôme universitaire de gestion de cas.

Ce projet permettra également de mettre en place un observatoire de l'évaluation des usagers et des conséquences du vieillissement de la population.

**Le soutien et l'aide financière du laboratoire Bayer a été déterminante pour la réalisation de ce projet d'envergure.**

## Pourquoi le laboratoire Bayer s'engage

Le laboratoire Bayer s'engage auprès des partenaires publiques de santé afin d'améliorer la coopération entre les différents professionnels et d'accompagner la réorganisation des parcours de soins de patients en particulier pour les maladies chroniques.

*Cf – article du Monde du 28 mars 2014*

## Qu'est-ce qu'un coordonnateur parcours patient ?

En juillet, 2013 un poste innovant a déjà été créé au sein du pôle de gériatrie clinique qui associe l'expertise d'un bed manager d'hôpital et d'un gestionnaire de cas de Maia.

Le **coordonnateur parcours patient** a pour mission d'accompagner les professionnels du Pôle de gériatrie clinique à faciliter la sortie des patients se trouvant en situations bloquantes ou complexes dans les services. Une fois la sortie facilitée et accélérée, le coordonnateur accompagne les patients à raison de 6 mois maximum pour un retour au domicile et d'un mois pour une entrée en institution. L'efficacité du parcours patient s'appuie sur la capacité à mobiliser facilement et effectivement les acteurs du territoire pour la construction de l'itinéraire du patient hospitalisé. Ainsi, la fluidité de la filière intra-hospitalière est un intermédiaire naturel de la description d'un itinéraire plus large qui conduit le patient de l'établissement à une situation de vie la plus propice à créer une stabilité et une qualité de vie optimales.

Depuis sa création, la coordinatrice parcours patient a été sollicitée sur plus de 50 situations bloquantes ou complexes. Plus de 45 situations ont été accompagnées **mais aucune étude médico-économique n'a pu être réalisée.**

Le CHU de Nantes va recruter dès le 1<sup>er</sup> juin une autre coordinatrice parcours patient pendant un an qui permettra ces études médico-économiques. Cette coordinatrice est titulaire du diplôme inter-universitaire de gestionnaire de cas. Elle déploiera le programme **PROCOPE**.

L'évaluation médico-économique qu'elle pourra réaliser permettra de prouver scientifiquement la plus-value d'un tel poste et, selon les résultats, d'envisager la création pérenne de ce poste.

# PROCOPEs, PROgramme d'évaluation du bénéfice de la COordination du parcours Patient âgé en Etablissement de Santé

## Un bilan dans un an

En juin 2015, après la réalisation de **PROCOPEs**, l'ensemble des parties prenantes pourra se réunir afin de faire le bilan de l'expérimentation. Le rapport de l'étude sera transmis à l'ensemble des parties prenantes du projet et en particulier au **directeur général du CHU de Nantes et au président de Bayer HealthCare**.

L'évaluation médico-économique de la nouvelle coordinatrice permettra de prouver scientifiquement la plus-value d'un tel poste et, selon les résultats, d'envisager la création pérenne d'un poste de coordinateur parcours patient au sein du CHU de Nantes.

## Une équipe

**Pr Gilles Berrut**, chef de projet PROCOPEs

**Muriel Legendre**, directrice adjointe du CHU et directrice des PHU9 et 7, assurera l'animation de l'équipe PROCOPEs

**Marlène Cieslik**, coordonnatrice du projet

**Dr Jacques Orvain**, enseignant chercheur de l'EHESP, responsable de l'évaluation scientifique du programme

**Emilie Bastard**, coordonnatrice parcours patient

## Qu'est-ce qu'une personne âgée à risque de perte d'autonomie ?

La notion de « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » recouvre l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et /ou social. D'après les données de l'assurance maladie :

- 85 % de ces personnes ont au moins une pathologie ;
- 57 % sont en affection de longue durée (ALD) ;
- 29 % souffrent d'au moins une pathologie cardio-vasculaire ;
- 33 % ont été hospitalisées au moins une fois en 2010, pour une durée de 12 jours en moyenne ;
- 7 molécules différentes leur sont en moyenne délivrées au moins trois fois par an.

Quatre facteurs majeurs d'hospitalisation de ces populations ont par ailleurs été ciblés :

- Problèmes liés aux médicaments (iatrogénie en premier lieu mais aussi difficultés d'observance et insuffisances de traitement),
- Dénutrition,
- Dépression,
- Chutes.

Ces facteurs d'hospitalisation sont en général associés à des pathologies d'organe, telles l'insuffisance cardiaque ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive, ou à des maladies invalidantes telles la maladie d'Alzheimer ou l'ostéoporose fracturaire. Ils peuvent faire l'objet d'une prévention efficace associant optimisation diagnostique et thérapeutique, éducation des malades et meilleure coordination entre les professionnels (notamment les professionnels de santé) qui prennent en charge la personne âgée,

# La prise en charge de la personne âgée au CHU de Nantes : une filière complète

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou à l'altération de fonctions cognitives. Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leur liberté de citoyens. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences.

Le pôle de gériatrie clinique réunit des activités de gériatrie et de gériatrie du CHU de Nantes sur cinq sites de l'agglomération nantaise l'offre de soins comporte des unités de consultation, des hôpitaux de jour, des unités d'hospitalisation de court séjour, des unités de soins de suite et de réadaptation gériatriques et des unités de soins de longue durée.

## La Maia

Les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) sont issues de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012. Mesure phare de ce plan, les Maia s'adressent à tous les professionnels accompagnant des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie fonctionnelle ainsi que les personnes jeunes présentant la maladie d'Alzheimer et toutes maladies apparentées. Dans un contexte de vieillissement important de la population, rester à domicile est le choix premier des personnes âgées. Pour que ce reste possible le plus longtemps, il semble aujourd'hui essentiel de renforcer la coordination entre tous les professionnels intervenants tels que les infirmiers, les médecins traitants, les aides à domicile, les auxiliaires de vie, les kinésithérapeutes...

La Maia et l'ensemble de ses partenaires ont pour mission principale de décloisonner les acteurs médico-sociaux du territoire concerné en les sollicitant à l'échange, à la coordination, à la pluridisciplinarité afin d'améliorer la qualité de prise en charge de la personne.

Malgré son nom, la Maia n'est pas :

- une structure physique, en un lieu unique. La Maia de Nantes agglomération vignoble ne reçoit pas de public et elle est uniquement contactée par des professionnels. La Maia est une maison sans toit qui ne se substitue pas à l'existant.
- un dispositif dédié uniquement à la maladie d'Alzheimer sans conditions d'âge. Il s'adresse également aux personnes atteintes de troubles cognitifs ou plus généralement aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie fonctionnelle.

### Focus sur la Maia de Nantes agglomération

Dispositif soutenu par la CNSA et l'ARS des Pays de la Loire, la Maia de Nantes agglomération est portée par :

- le CHU de Nantes ;
- le Conseil Général de Loire-Atlantique ;
- la Ville de Nantes.

Le territoire choisi pour la Maia comprend la ville de Nantes, les 23 communes qui l'entourent et celles du vignoble, soit à peu près la moitié du département de Loire-Atlantique en terme de population. Du fait de sa superficie la Maia touche une population très diversifiée issue de milieux urbains et semi-urbains mais également ruraux.

Le territoire de Nantes agglomération-vignoble comprend de nombreux atouts en termes d'infrastructures par exemple. La richesse de ces dispositifs présente une multitude de ressources pouvant répondre à de fortes demandes.