



Hôpital neuchâtelois

Département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs

Evolution des pratiques professionnelles à l'hôpital

2^{ème} journée intercantonale sur les enjeux du vieillissement, Lausanne



6 juin 2019

Yolanda Espolio Desbaillet, K Mekdade

Evolution des pratiques professionnelles au sein de l'hôpital

Induites par:

Évolution démographique

- vieillissement de la population et chronicisation

Évolution sociétale

- attentes par rapport au système de santé et par rapport à l'autonomie, l'indépendance et l'éthique
- Limitation des ressources financières et en personnel

Progrès scientifique

- e-medicine, technologies nouvelles permettant accès à l'information, alarmes, etc

Evolution sociétale

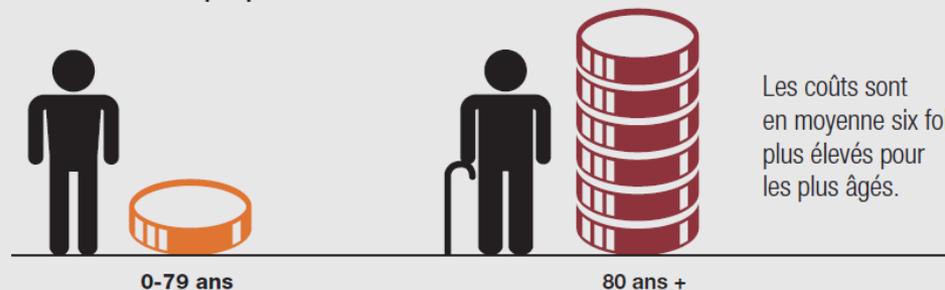
Rapport de dépendance et diminution de l'entraide au sein du groupement familial

Préférences des âgés: (Fried, 2008)

- Vivre le plus longtemps possible mais avec une bonne qualité de vie
- Préserver l'indépendance fonctionnelle et l'autonomie décisionnelle
- Prévenir une aggravation
- Eviter les symptômes désagréables
- Soins optimaux, proche du domicile

Les coûts de santé augmentent avec l'âge. Ainsi, le vieillissement démographique accentuera la charge qui pèse sur les personnes actives.

Coûts de la santé par personne en 2015



Les coûts sont en moyenne six fois plus élevés pour les plus âgés.

E-medecine

Dossier électronique: Rev Med Suisse 2015 ; 11 : 1054-9

Qualité de prise en charge

- présence de programmes d'aide à la décision et au suivi clinique
- diminution des erreurs médicales, notamment au niveau de la prescription médicale

Continuité

Coordination

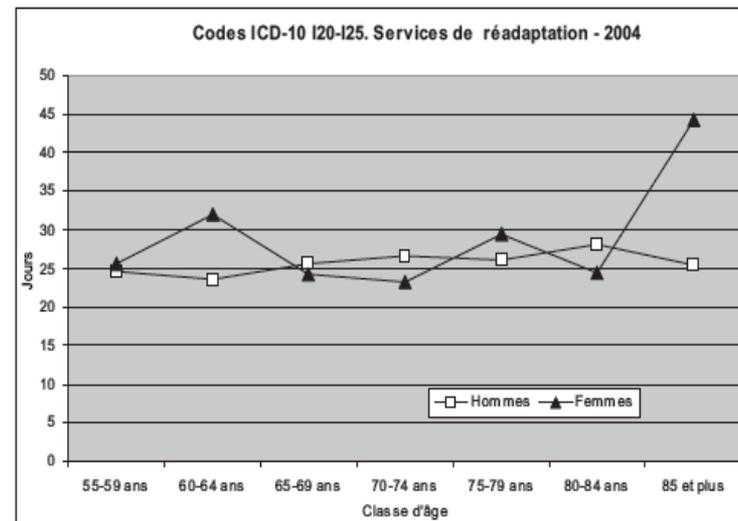
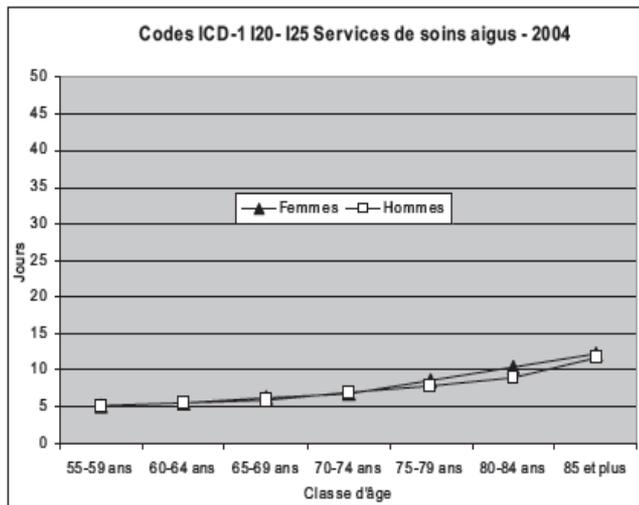
-22% de temps passé sur le dossier
+33% adhésion aux guidelines
-54% erreurs médicamenteuses
-34% effets indésirables

Campanella P, Lovato E, Marone C, et al.

The impact of electronic health records on healthcare quality :
a systematic review and meta-analysis. Eur J Public Health 2016;26:60-4.

Augmentation du nb de personnes hospitalisées et des durées d'hospitalisation

Figure 4A.1 Durée de séjour moyenne par classe d'âge et par sexe en 2004



Source : OFS : Statistique médicale des hôpitaux, 2004.

Perspectives hospitalières (VD)

Pour répondre aux besoins, il faudra renforcer le système de prise en charge

	Total en 2015		Croissance 2015-2040		Total en 2040
 Lits hospitaliers pour les séniors (65+)	 2000	+	 2100 à 2200	=	 4100 à 4200

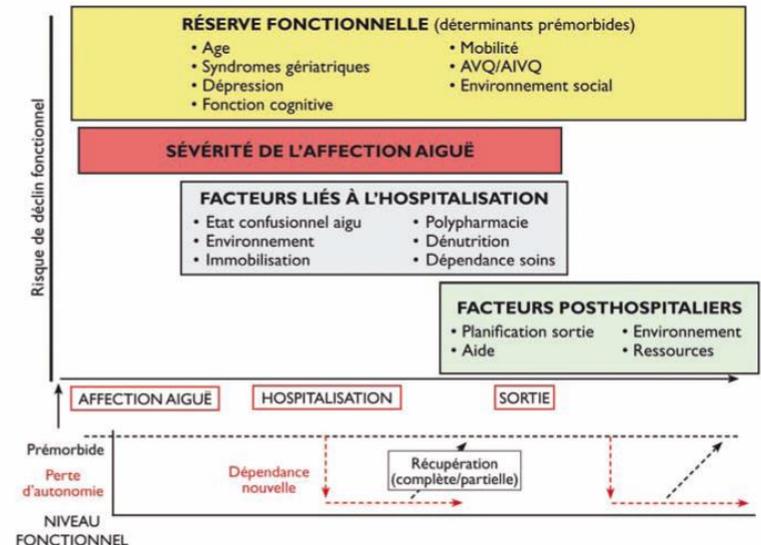
Prospectif seniors. VD 2017

Besoins de modification à l'hôpital: adaptation des processus, des pratiques et de l'environnement

Déclin performances fonctionnelles:

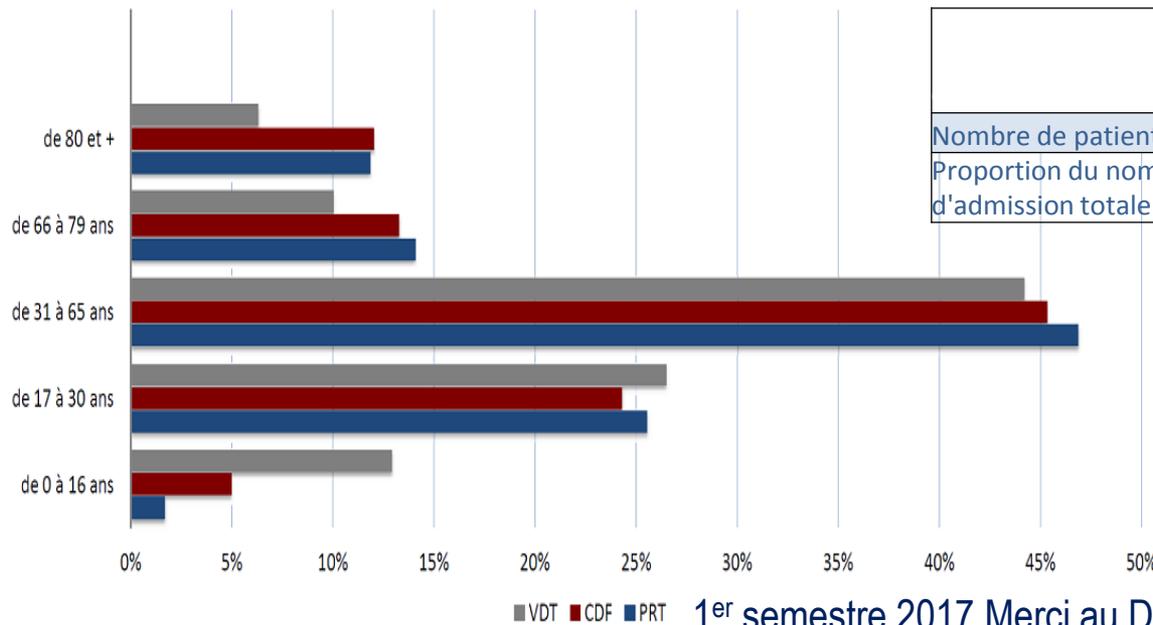
- > 30% pour les PA de 70 et +
 - 60% pour les PA de 90 et +
- 50% du déclin imputable à une hospitalisation

- mesures préventives
- **Adapter les processus de soins**



Agés aux urgences

Répartition des consultations selon l'âge et le site



	Nombre total d'admissions > 65ans	
	avec prise en charge en ambulatoire	avec prise en charge suivie d'une hospitalisation
Nombre de patients	4890	5649
Proportion du nombre d'admission totale	15.73%	58.65%

1^{er} semestre 2017. Merci au Dr Della Santa. Dép urgences HNE

Par rapport à des patients plus jeunes, la durée de séjour des âgés aux urgences est plus longue, parfois plus de 24 heures

Adaptation des services d'urgences

Tri pré-hospitalier: nouvelles pratiques

Un service d'urgences pour les séniors

Destinée aux plus de 75 ans, cette structure doit diminuer le nombre de consultations de séniors aux urgences des HUG de Cluse-Roseraie.



Inauguration des urgences gériatriques de l'hôpital des Trois-Chêne

Dossier de presse
18 octobre 2016



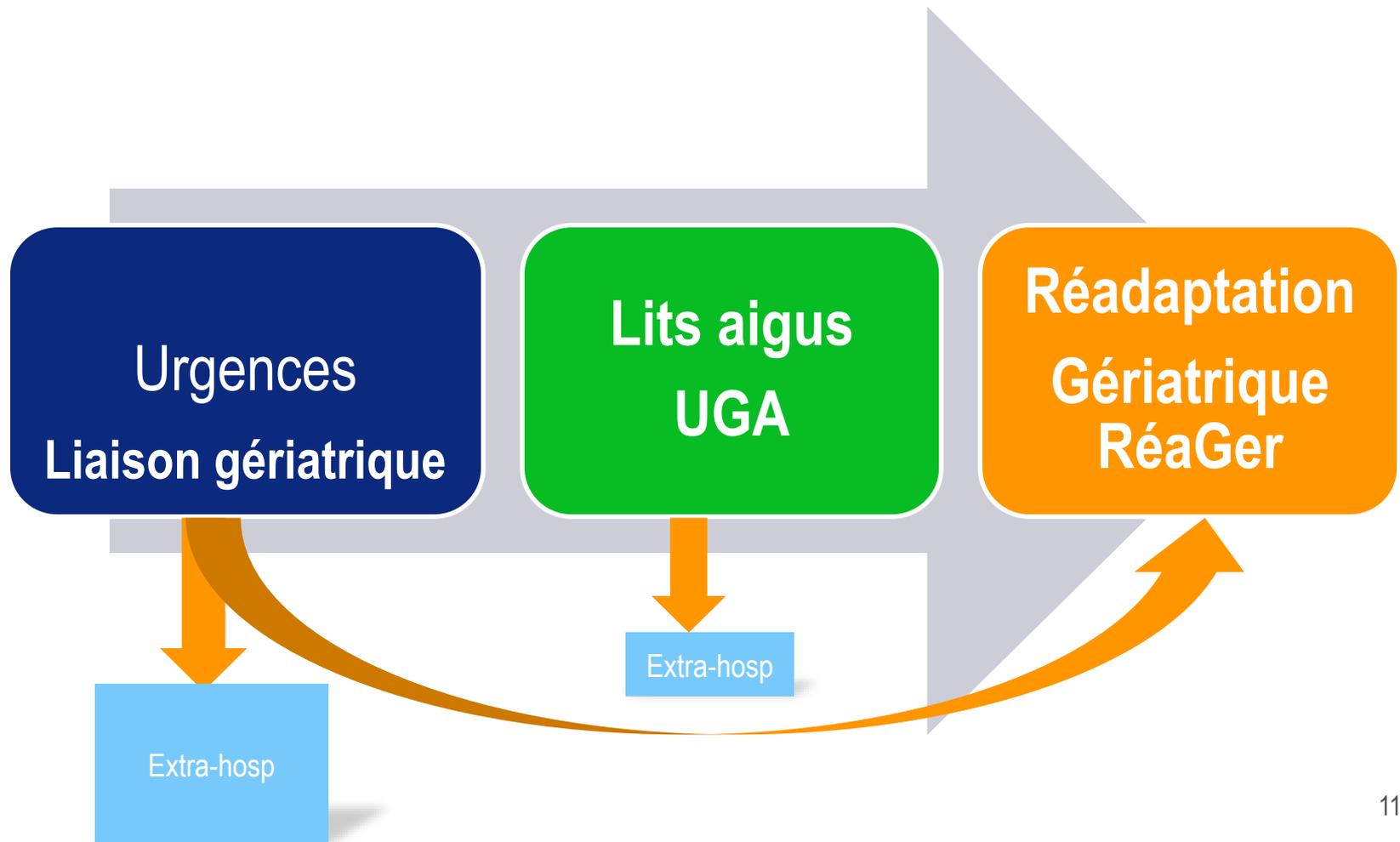
For the Elderly, Emergency Rooms of Their Own



Evolution des pratiques professionnelles à l'hôpital, les urgences



Modification des processus de prise en charge: Filière gériatrique stationnaire

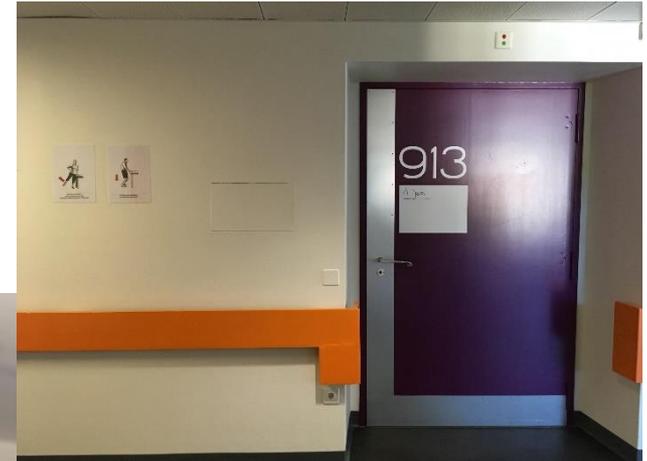


UGA-HNE: Interdisciplinarité

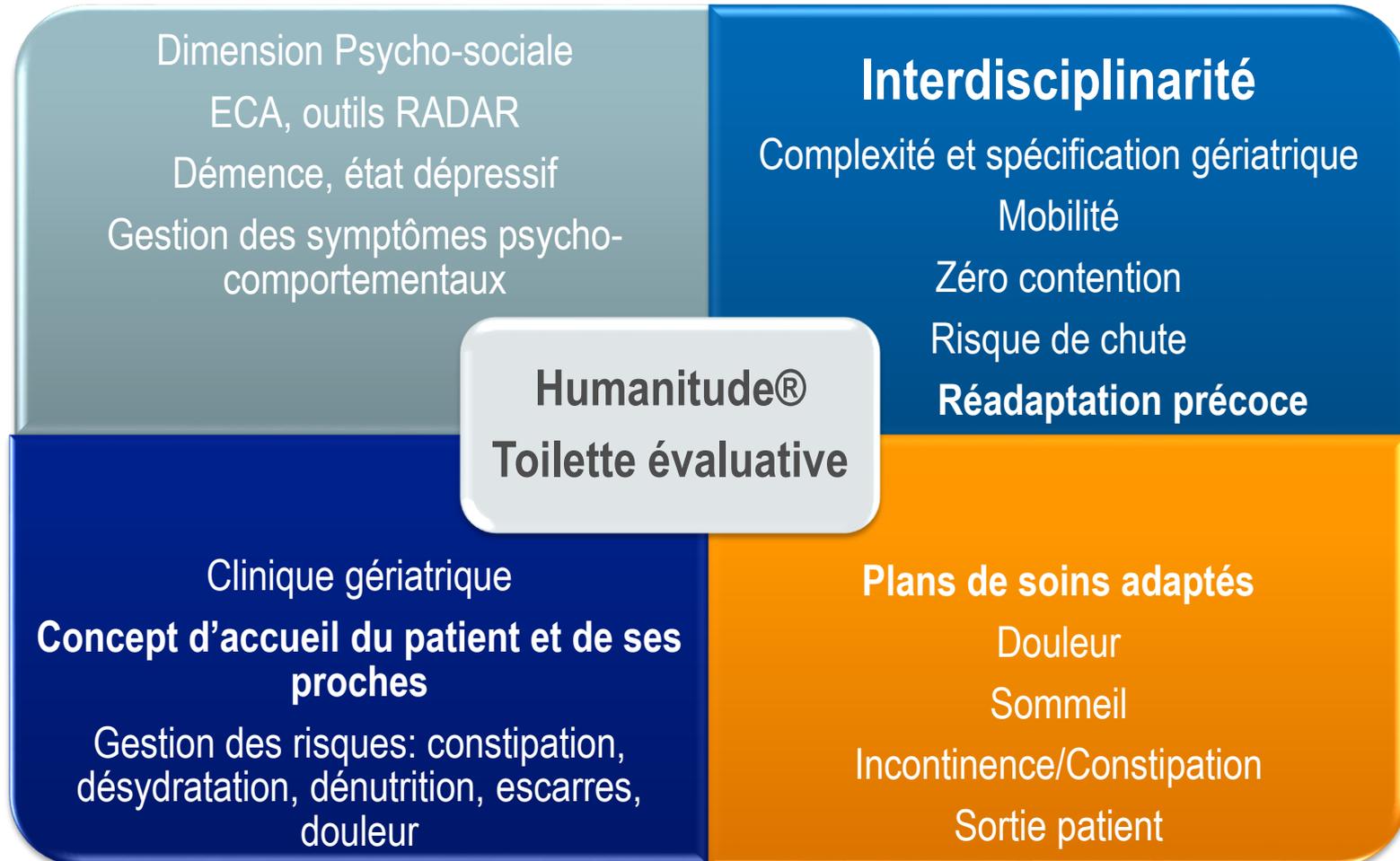
Dimensions évaluées et instruments

Dimensions évaluées	Outils	Evaluateurs
Dépendance fonctionnelle	Katz et Lawton, MIF	infirmières
Risque nutritionnel	MNA short form NRS	Médecins diététiciennes
Dépistage ECA	CAM RADAR	Médecin Infirmières
Dépistage ED	GDS 4,15	Médecins + psycho-ger
Dépistage troubles cognitifs	MMS, test de la montre	Médecins
Marche/ équilibre	Tinetti, TUG	Physiothérapeutes
Sarcopénie	Force préhension	Ergothérapeutes
Risque d'escarre	Echelle de Braden	Infirmières
Douleur	EVA, algoplus, doloplus	Infirmières
Polypharmacie	Stop/start	Médecins, pharma. clin
....		

Adapter les structures de soins induit une adaptation des pratiques soignantes



Changer les pratiques implique de la formation



Changer les pratiques soignantes: Un exemple: le 6^{ème} signe vital



No-patient/Cas adm.
Nom Prénom :

RADAR

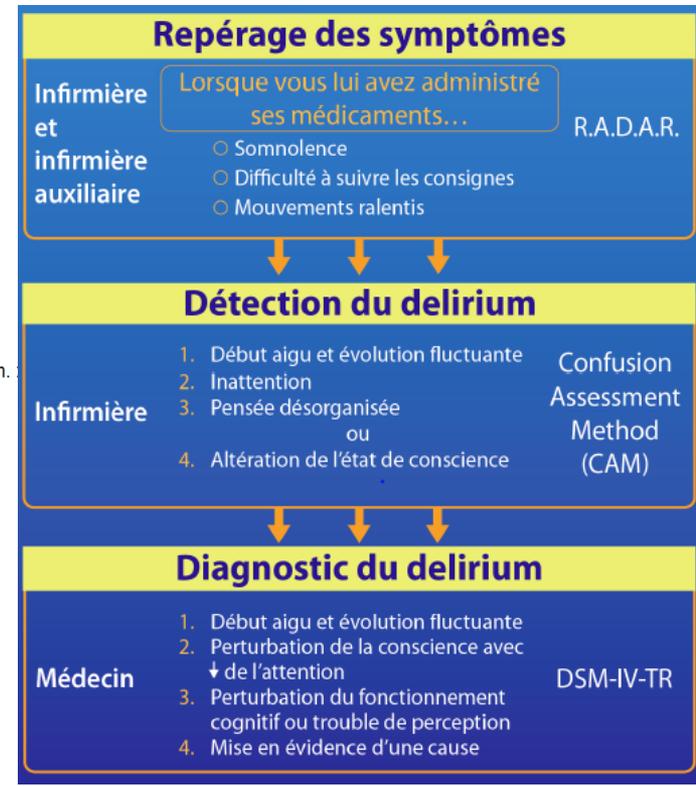
Date de la saisie : 01.06.2019 13:54

Effectuer cette évaluation lors de l'administration des traitements (horaire des repas)

Si le résultat est positif, effectuer une évaluation CAM short

Score : 1/3

Interprétation : **Risque d'atteinte**

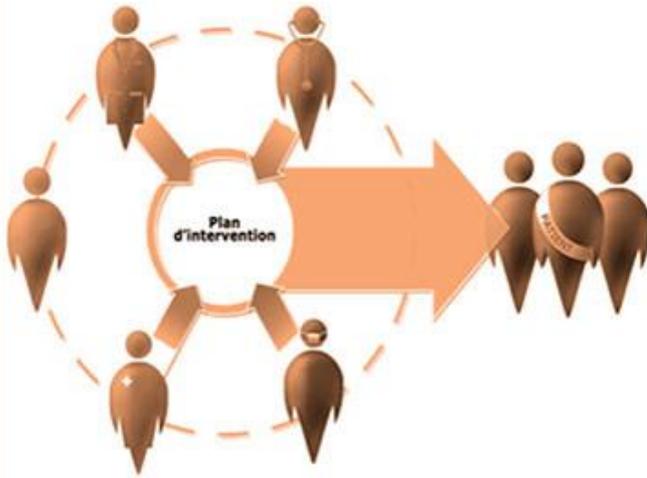


Lorsque vous lui avez administré ses médicaments

- | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Le patient était-il somnolent? * | <input checked="" type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |
| 2. Le patient avait-il de la difficulté à suivre vos consignes? * | <input type="radio"/> Oui | <input checked="" type="radio"/> Non |
| 3. Les mouvements du patient étaient-ils au ralenti? * | <input type="radio"/> Oui | <input checked="" type="radio"/> Non |

Rôle de l'infirmière en gériatrie

C. Wirth, infirmière clinicienne en gériatrie



PATERNALISME



APPROCHE CENTRÉE



PARTENARIAT PATIENT

Changement des pratiques en unité traditionnelle

Déconstruire les croyances du patient et du soignant

Formation à l'acronyme AINEES

- **A**utonomie (mobilité, activité de la vie quotidienne, douleur)
- **I**ntégrité de la peau
- **N**utrition et hydratation
- **É**limination
- **E**tat cognitif, comportement et communication
→ règle des 3D (Délirium, démence, dépression,)
- **S**ommeil

Moyen: anamnèse infirmière, une compétence à revaloriser?
Apprentissage toilette évaluative infirmière

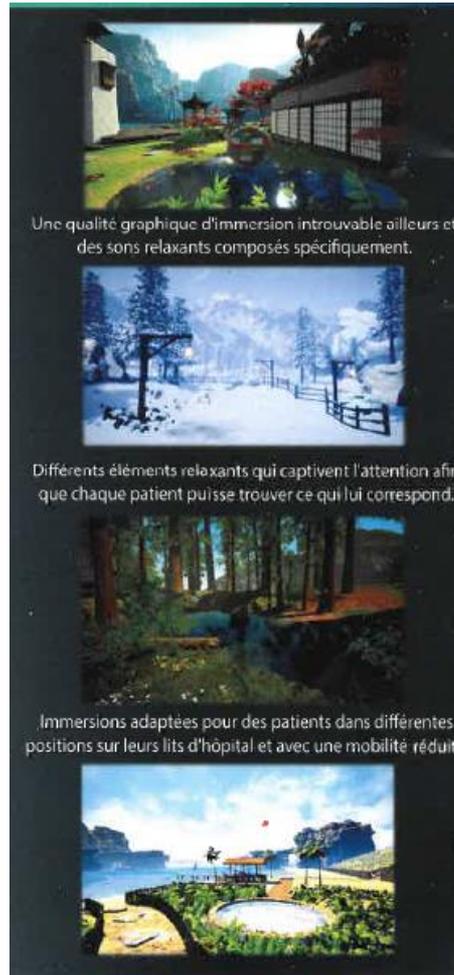


Toilette évaluative : contenu de l'évaluation

1. **L'autonomie**
Initiative – Organisation – Fatigabilité
Mobilisation – Capacité à réaliser les gestes
2. **L'état cutané/muqueuses**
Etat général – Plaies et escarres – Points d'appui - Irritations
Bouche et soins appropriés
Matériel d'incontinence approprié
3. **L'état mental**
Etat de conscience – attention – respect des consignes
Compréhension – expression - cohérence du discours
Humeur – motivation
Anxiété – préoccupations – attentes/objectifs de séjour
4. **L'objectif CIF «entretien personnel» du séjour**
5. **Les effets personnels (vêtements et chaussures)**

Message clé: réadaptation fonctionnelle précoce

Boîte à outils, la technologie au service des patients et des soignants



Innover



Former



Recherche



L'hôpital doit faire partie du réseau de soins intégrés et doit avoir une politique interne de soins aux âgés

RGP Senior Friendly Hospital Framework



Ontario, Canada

Tableau 1. Modèles hypothétiques de soins intégrés
Adapté partiellement de Capitman, Leutz, Graber et Kilpatrick.

Facteurs	Connection	Coordination	Intégration
Juridiction (politique gouvernementale)	o	√	√√
Mécanisme de financement	o	√√	√√√
Cadre légal et administratif	o	√√	√√√
Planification stratégique (évaluation des besoins)	o	√√	√√√
Continuité de soins (dans tous les secteurs)	√	√√	√√√
Etendue des soins à disposition (médicaux et sociaux)	o	√√	√√√
Intensité des échanges entre partenaires institutionnels	√	√√	√√√
Dépistage des patients à risque	√	√√	√√√
Evaluation multidisciplinaire	o	√√	√√√
Soins de santé primaires (coordination avec médecin traitant)	o	√√	√√√
Plan de soins (planification et suivi)	o	√√	√√√
Travail en équipe multidisciplinaire	√	√√	√√√
Homogénéité budgétaire (bénéficiaire, site de soins, prestataire)	o	√	√√√
Accès aux informations pertinentes (système d'informations)	√	√√	√√√
Evaluation des résultats (qualité et coûts)	o	√√	√√√

Conclusions

L'hôpital se doit d'adapter :

- **Les processus de soins**, l'adéquation des flux et des interfaces, et ...le nb de lits
- L'environnement: afin de privilégier le sentiment d'at-homeness (sentiment de sécurité et d'intimité/dignité)
- **Management d'équipe** → **soins intégrés et l'interdisciplinarité, managed care gatekeeping** → objectif prestation optimale
- **Coordination et délégation** → **Case management, clinicienne, MScSI**

L'hôpital se doit de former:

- Tous les collaborateurs (formation de base)
- Développer des équipes interdisciplinaires spécialisées de soutien et des unités dédiées (formation, gold standard)

Merci pour votre attention



Au plaisir de vous voir autours des posters et de la «slam-session»,
l'équipe du DGRSP, Hôpital neuchâtelois