

Rapport fin de mandat - projet Gériatrie Transverse

Introduction :

Le déploiement sur le terrain du projet Gériatrie Transverse a débuté à la mi-septembre 2018 ; dès cette date, j'assume le mandat de co-chargée de projet, pour la partie concernant les Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv).

Le projet Gériatrie Transverse reprend les concepts et collaborations qui ont été développés dans la gériatrie régionale afin de les opérationnaliser ; son objectif général est de définir et mettre en place des processus de soins gériatriques, transverses aux différentes structures de la région, nécessaires au maintien de l'autonomie fonctionnelle de la population afin de répondre à ses besoins en promouvant la continuité des soins.

Ce projet s'appuie sur le processus clinique commun du Pôle Régional Santé et se sub-divise en trois axes de travail, détaillés ci-après. Il a bénéficié d'un financement de la DGS pour des EPT d'infirmiers en gériatrie, de médecin-géronte, de physiothérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien, à divers taux d'activités selon les fonctions.

Axe 1 : Détection des personnes âgées à risque de survenue d'un événement de santé défavorable

Objectifs :

1. Effectuer une détection systématique des personnes âgées aux portes d'entrée du système de santé
2. Stratifier les personnes âgées à risque et leur offrir une prise en charge adaptée
3. Améliorer la trajectoire de santé de la population âgée

Détection de la fragilité aux Urgences :

L'iED-Screener© a été choisi comme outil de détection lors de la phase préparatoire du projet ; dans la pratique, il a été introduit depuis mi-septembre 2018 au sein de l'équipe des Urgences de l'Hôpital d'Yverdon. Cette étape a été accompagnée par les infirmières en gériatrie œuvrant depuis lors dans le cadre du projet Gériatrie Transverse. Elle a également bénéficié du soutien de l'ICUS du service des Urgences, ainsi que de l'entier de l'équipe infirmière.

Discussion - Synthèse :

Après 3 années et demi de déploiement de l'iED-Screener© aux Urgences, les constats suivants peuvent être faits : cet outil

- ✓ Permet de répondre, au moins en partie, aux objectifs, et le nombre de détections réalisées augmente d'année en année.
- ✓ Implique les soignants infirmiers dans la démarche.
- ✓ Soutient l'application d'un Bundle de mesures préventives, créé par l'équipe de soins des Urgences.
- ✓ Est réalisable 24h/24.
- ✓ Alerte l'équipe de gériatrie, grâce à un mail automatique.
- ✓ Participe à la priorisation, en cas de ressources humaines restreintes (que ce soit en 1^{ère} ou en 2^{ème} ligne), des patients vers lesquels des actions sont à engager.
- ✓ Accompagne le lien vers le communautaire (lettre d'information aux médecins-traitants (MT) pour les patients détectés à risque élevé = score 5 et 6 à l'iED-Screener©).
- ✓ Contribue à harmoniser la communication dans le réseau : outil également utilisé par les Centres Médicaux-Sociaux (CMS), par le Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ).

Un certain nombre de freins, questions ou points d'améliorations subsistent, soit par exemple :

- Le % de patients détectés est encore en deçà de l'objectif fixé (70%) ; un accompagnement de la réalisation de la détection devrait pouvoir être poursuivi.
- La réalisation de la détection est encore souvent tributaire du flux des patients, et donc de la charge en soins, tout comme d'éléments découlant des ressources humaines - absences, remplacements par des « poolistes » ou intérimaires non formés à la détection, par ex.
- La spécificité et sensibilité de l'outil sont questionnées ; il pourrait en découler le choix d'un autre outil, ou d'une stratégie de détection « tous azimuts », partant du principe qu'un patient de 75 ans et plus se présentant à l'hôpital est de toute façon fragile, dans une certaine mesure.

Options en vue de la pérennisation de la détection aux Urgences :

Dans cette perspective, et dans une volonté d'uniformisation et de potentialisation des ressources au sein de l'équipe de gériatrie, différentes options semblent possibles, pour pérenniser cette détection, soit :

1. Poursuivre la réalisation de la détection avec l'iED-Screener© ; le cas échéant, finaliser la traçabilité de la planification et de la saisie du score dans Soarian© (processus à bout touchant, formulaire créé dans Soarian©, à ajuster pour les eHnv).
2. Poursuivre la réalisation de la détection avec un autre outil, par ex. l'ISAR (formulaire existant dans Soarian©).
3. Stopper la réalisation de la détection avec un outil, et laisser à l'équipe de gériatrie la mission de repérer les patients fragiles aux Urgences, sur la base de critères définis (par ex. présence de x syndromes gériatriques).
4. Stopper la réalisation de la détection avec un outil, et dépistage par annonce systématique à l'équipe de gériatrie, faite par les médecins-assistants des Urgences, de tous les patients de 75 ans et plus s'y présentant, via le formulaire de tri gériatrique aigu ; à charge ensuite pour l'équipe de gériatrie d'évaluer la situation de chacun et de proposer une réponse ajustée.
5. Faire cohabiter la réalisation de la détection avec l'iED-Screener©, ou un autre outil, avec le formulaire de tri gériatrique aigu, le premier pour une détection du plus grand nombre possible de patients, le second pour faire valider l'orientation des patients concernés vers la Réadaptation Gériatrique Aigüe (RGA).

Une fois l'option choisie, il faudra ensuite s'assurer du maintien du lien vers le communautaire - ce travail d'ajustement sera réalisé par ma collègue Gaby Schuler d'ici à fin 2022, en collaboration avec l'équipe de gériatrie.

Après un dernier point de situation réunissant les partenaires impliqués dans le projet, l'option no 4, soit l'annonce à l'équipe de gériatrie par le médecin-assistant des Urgences, via le formulaire Tri Gériatrique Aigu, de tous patients de 75 ans et plus se présentant aux Urgences, semble être privilégiée. L'Equipe de Gériatrie prendrait ensuite le relais pour réaliser un dépistage des syndromes gériatriques, identifier les patients fragiles et proposer les mesures pour améliorer la trajectoire de santé et la prise en soins des patients âgés.

Au vu de l'expérience faite lors de l'introduction de l'iED-Screener©, ce changement de stratégie devrait certainement être accompagné, afin de préparer et soutenir la réalisation de cette nouvelle tâche dévolue aux médecins-assistants. À noter que la procédure décrivant cette nouvelle stratégie est encore en cours de validation, notamment auprès du médecin-chef des Urgences (démarche suivie par mon collègue D. Bah, à finaliser au printemps 2022).

Dans l'intervalle, l'équipe de gériatrie assurera le repérage des patients fragiles, comme proposé dans l'option 3.

Détection de la fragilité aux autres portes d'entrées de l'hôpital : Permanence médicale

Dans une première version de la procédure de réalisation de la détection de la fragilité aux Urgences, celle-ci devait s'opérer lors du tri EST© des patients, permettant de ce fait d'y inclure aussi les patients de 75 ans et plus qui étaient ensuite orientés vers la Permanence médicale.

Lors du suivi et de l'ajustement de cette procédure avec l'équipe des Urgences, la réalisation de la détection a été déplacée après le tri, au moment de l'installation du patient dans un box de soins du service des Urgences, moment plus favorable à sa réalisation, mais excluant de ce fait les patients de 75 ans et plus orientés vers la Permanence.

Il n'y a pas eu pour l'heure de mesures spécifiques pour corriger ce tir.

Détection de la fragilité aux autres portes d'entrées de l'hôpital : Unité de Pré-Hospitalisation

Comme évoqué dans les objectifs de cet axe de travail, la détection devrait être proposée aux portes d'entrée du système de santé. À l'hôpital de soins aigus, une de ces portes est l'entrée en « électif », à savoir pour une intervention planifiée. Depuis le 2^{ème} semestre 2021, nous nous sommes questionnés sur la pertinence et la faisabilité de la réalisation de cette détection lors la consultation infirmière dans le cadre de la visite pré-anesthésie.

Discussions - synthèse :

À l'invitation d'Audrey Boschetti, chargée de projet PRS pour la Réadaptation Orthopédique, nous avons participé à trois séances du GT pré-hospitalisation dans le cadre de son projet ; l'objectif était de vérifier la pertinence et la faisabilité de la réalisation d'une détection des personnes âgées fragiles, par exemple à l'aide de l'iED-Screener©, lors de la visite pré-anesthésie.

Après discussion et partage d'expérience avec les collègues concernés, les points suivants ont été soulevés :

- L'Évaluation Standardisée du Patient (ESP) met en évidence des risques, mais pas de manière suffisamment spécifique pour la personne âgée.
- Lors de la consultation à l'Unité de Pré-Hospitalisation (UPH), tous les risques potentiellement identifiables lors de l'ESP ne peuvent pas être scorés, car tous les items ne sont pas investigués et documentés (consigne de « cibler » les infos recueillies, compte tenu du temps imparti pour la consultation).
- Le contenu de l'évaluation infirmière lors de cette visite est déjà très chargé, au vu du temps à disposition.
- Les risques mis en évidence ne sont, pour le moment, pas ou très peu utilisés par les infirmières de UPH, ainsi que par les infirmières des services ; les risques pris en compte sont ceux découlant de leur propre jugement clinique.

Pour éviter d'ajouter une charge aux infirmières de l'UPH, l'équipe de gériatrie a réfléchi aux actions qui pourraient être mises en place par ses soins.

Options en vue du déploiement de la détection pour les entrées électives :

Les propositions suivantes sont formulées :

Proposition	Avantages	Fragilités
Les patients de 75 ans et plus admis en électif sont annoncés à l'équipe de gériatrie	✓ Mesure simple à mettre en place : liste des admissions transmises par secrétariat médical de préhospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Suivi « à distance » des entrées à gérer par l'équipe de gériatrie• <i>En cours de test à cette heure</i>

Les patients de 75 ans et plus admis en électifs sont évalués à J+1 par l'équipe de gériatrie pendant l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sur dossier, dépistage fragilité et évaluation gériatrique si néc., à double visée : valider si critères RGA et soutenir prise en charge adaptée pendant séjour hosp. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planification des évaluations à gérer par l'équipe de gériatrie • Disponibilité en RH de l'équipe de gériatrie • <i>En cours de test à cette heure</i>
Les patients de 75 ans et plus bénéficient d'une consultation gériatrique lors de leur passage à l'UPH + évaluation à J+1 pendant l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Possible mise en place de mesures préventives en amont de l'hosp. ✓ Connaissance et création du lien avec le patient ✓ Evaluation gériatrique à double visée : valider si critères RGA et soutenir prise en charge adaptée pendant séjour hosp. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conditions matérielles (locaux, temps,...) • Critères à déterminer pour tenue consultation gériatrique en amont de l'hospitalisation. • Planification « à distance » des évaluations à gérer par l'équipe de gériatrie • Disponibilité en RH de l'équipe de gériatrie

Détection aux autres portes d'entrées des eHnv

Comme défini dans le cadre du projet, le périmètre d'intervention est limité au site d'Yverdon.

Relai vers la communauté - Soins infirmiers de transition

Tout au long du projet, mais plus encore depuis que nous avons débuté le relai vers le communautaire des détections identifiant un risque élevé de survenue d'événements de santé défavorables, nous avons mis en évidence une possible « carence » de suivi spécialisé, pendant la phase de transition entre la sortie de l'hôpital/des Urgences et la réalisation de l'EGS par le communautaire, exposant le patient à risque de ré-hospitalisation, notamment.

Ce constat fait, il serait intéressant d'étudier la pertinence d'actions de préparation à la sortie du patient renforcées dans ce sens, ou d'un accompagnement de transition spécialisé, qu'il vienne des eHnv dans la suite de la sortie de l'Hôpital/des Urgences, du CMS ou de la Consultation de Gériatrie en amont de la réalisation de l'EGS en ambulatoire.

En résumé : selon notre constat à la fin de ce mandat, la réalisation d'une détection de la fragilité de la personne âgée aux portes d'entrée de l'hôpital est un élément efficient et essentiel pour une prise en soins ajustée de ces patients. Sa réalisation permet l'anticipation et la mise en place, pour les patients concernés, d'actions de prévention du déclin fonctionnel et de potentiels événements de santé défavorables, contribuant à améliorer le vécu et la trajectoire de soins de la population âgée. Elle contribue aussi à accélérer l'accès à une approche spécialisée.

Axe 2 : Développement clinique des compétences de 1^{ère} ligne auprès de la personne âgée

Objectifs :

1. Améliorer la prise en soin et l'accompagnement de la population âgée et de ses proches
2. Promouvoir son autonomie et son indépendance
3. Prévenir le déclin fonctionnel

Discussion - Synthèse :

Tout au long du projet, cet axe a été abordé sous deux angles, soit

- Le compagnonnage infirmier spécialisé auprès des soignants de première ligne, visant soit au suivi des recommandations résultant d'une évaluation gériatrique spécialisée (EGS), soit sur demande ou en situation auprès des soignants de 1^{ère} ligne.
La réalisation de la détection, sous quelque forme que ce soit, conduit aussi les membres de la Team Gériatrie à s'approcher des soignants de première ligne, pour s'assurer que la prise en soins des personnes âgées détectées est ajustée, et proposer un soutien si nécessaire.
De concert avec le travail d'harmonisation des consultations infirmière spécialisée aux eHnv, mené sous l'égide de Mme L. Bochud, responsable de l'équipe clinique des eHnv, nous souhaiterions formaliser la possibilité de proposer une consultation infirmière en gériatrie, accessible aux soignants de première ligne. Un travail de réflexion a été mené sur les objectifs et le contenu de cette consultation, la démarche est actuellement momentanément suspendue suite à l'absence de la responsable de l'équipe clinique.
- La formation : cet aspect a été fortement impacté par les restrictions en lien avec la pandémie, néanmoins un certain nombre d'ateliers-flashes ont pu être tenu, avec des retours positifs des participants. Cette formule semble ajustée au contexte des soins aigus, même si elle limite la portée du message et de son impact ; en effet, elle est moins difficile à inclure dans la routine de travail des services concernés.
Une formation d'une journée sur le thème « sensibilisation aux syndromes gériatriques », sous l'égide de l'Unité de Formation des eHnv, a été proposée dans le passé (2016) ; le projet de la remettre sur pied, de concert avec les soins palliatifs, a été repoussé puis suspendu suite à la pandémie de Covid-19, puis au départ de la chargée de projet concernant les Soins Palliatifs.

Fort de ce constat, un programme annuel d'ateliers de formation en gérontologie aux soins aigus, sous forme d'ateliers-flashes, a été préparé pour 2022, à destination des soignants des services de Médecine, de Chirurgie et d'Orthopédie.

L'équipe de gériatrie prend en charge leur organisation ; elle les co-animera, en sollicitant également pour ce faire les clinicien(ne)s des services concernés, ou les partenaires de l'interdisciplinarité (physio, diét ou autre), selon les thèmes évoqués.

En résumé : selon notre constat à la fin de ce mandat, renforcer les compétences gériatriques des soignants de 1^{ère} ligne a un impact direct et favorable sur la prise en soins et l'accompagnement des PA lors de leur hospitalisation. Lors d'actions de formation, ou de compagnonnage plus ciblées sur un service, une évolution et un ajustement des pratiques ont été constatés. La poursuite de ce type d'actions doit être soutenue, encouragée.

Axe 3 : Evaluation spécialisée 2^{ème} ligne - Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS)

Objectifs :

1. Proposer une offre en soins spécialisée aux personnes âgées et à leurs proches, et coordonnées au niveau régional
2. Soutenir et accompagner les 1^{ères} lignes
3. Offrir une continuité des soins

Discussion - synthèse :

Pour cet axe de travail, un cadre conceptuel commun de l'EGS a d'abord été réalisé et validé par les différents gériatres et/ou dispositifs concernés, dans la région du Nord-Vaudois (RSBJ, eHnv, Groupement des gériatres du Nord-Vaudois, Centre Mémoire et Gériatrie).

Découlant de celui-ci, un modèle d'évaluation gériatrique spécialisée, ainsi que son support de consultation pour les soins aigus, ont été élaborés ; il a en effet fallu prendre en compte les spécificités du milieu de soins concerné, ainsi que de la situation du patient à ce moment de son parcours de soins. Ce support d'évaluation est régulièrement revu et ajusté si nécessaire.

Comme défini dans le cadre conceptuel commun, l'EGS est constituée d'une évaluation médico-infirmière spécialisée, suivie d'une présentation lors d'un colloque interdisciplinaire, et par l'émission de recommandations pour la suite de la prise en charge du patient.

Pendant une année (mars 2021-février 2022), l'équipe de gériatrie a pu pratiquer ce modèle, au sein du service de Médecine, suivant la procédure de réalisation de l'EGS créée à cet effet ; un colloque interdisciplinaire hebdomadaire d'une heure, permettant de compléter l'évaluation médico-infirmière des PA présentées par celles des physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, et pharmacien, a pu être mis sur pied. Les propositions découlant du colloque interdisciplinaire sont ensuite documentées dans le dossier de soins et transmises à l'équipe/au médecin en charge.

Cet axe de travail a régulièrement été évalué et les retours des partenaires de l'interdisciplinarité ont été globalement positifs (sept. 2021) ; lors d'un dernier point de situation, en février 2022, le déroulement actuel de l'EGS a été questionné, suite entre autre à l'ouverture de lits de Réadaptation de Gériatrie Aigüe (RGA), qui contribuent à « accélérer » le flux des patients âgés éligibles vers un lieu de réadaptation spécialisé, et ce bien évidemment dans l'intérêt de ceux-ci. La procédure de réalisation de l'EGS, dans ce contexte, nous a semblé montrer ses limites ; l'EGS aux soins aigus évolue actuellement vers une consultation de gériatrie intra-hospitalière, sous forme de consultation assurée par un binôme médico-infirmier, à charge pour lui de solliciter, selon les besoins, l'intervention des partenaires de l'interdisciplinarité.

L'ouverture des lits de RGA, et l'arrivée d'un infirmier de pratique avancée (IPA) pour soutenir cette ouverture, s'est révélée être le moment opportun pour réunir les ressources spécialisées en gériatrie au sein d'une équipe commune, nouvellement baptisée Team Gériatrie. Cela pour mutualiser les forces et élargir l'effort de détection des PA fragiles et contribuer au développement des compétences gériatriques des soignants de première ligne ; la Team Gériatrie s'active également pour déployer les consultations de gériatrie intra-hospitalière aux services de Médecine, de Chirurgie et d'Orthopédie.

Le travail se poursuit également, sous la coordination de nos collègues D. Bah, IPA, et du Dr. O. Barrandon, gériatre de la Team Gériatrie, pour actualiser notre procédure et la faire évoluer vers un document décrivant la « trajectoire du patient âgé depuis les Urgences », et pour ajuster les prestations proposées par la Team Gériatrie.

Dans l'intervalle, le CI dans sa forme actuelle est suspendu ; une rencontre mensuelle entre les partenaires de l'interdisciplinarité et la Team Gériatrie est maintenue, pour favoriser la poursuite de la dynamique et de la collaboration développées jusque-là.

En résumé : selon notre constat à la fin de ce mandat, une consultation de gériatrie intra-hospitalière, se calquant en grande partie sur le modèle d'EGS décrit dans le cadre de référence, mais ajustée au contexte des soins aigus, semble mieux répondre au contexte de la 1^{ère} ligne de soins hospitalière, notamment en rapidité d'intervention, et donc de réponse au service demandeur. Cette consultation a la responsabilité de soutenir l'approche interdisciplinaire du PA.

Cette consultation spécialisée en gériatrie est de plus en plus régulièrement sollicitée par la première ligne de soins, et ce de manière pertinente. Elle y répond en proposant des actions visant à prévenir de déclin fonctionnel et la survenue d'événements de santé défavorables, diminuer le risque de iatrogénie, donner un avis en vue d'une orientation optimale, et divulguer les pratiques « evidence based » de traitement et de prise en soins de la PA. Ce faisant, elle amène une réelle plus-value pour l'équipe et la PA.

Recommandations :

Au terme de mon mandat, je me permets de vous proposer les recommandations suivantes :

Recommandations	Actions	Fragilités
Poursuivre une détection des PA fragiles aux portes d'entrée de l'hôpital.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre la détection des PA fragiles aux Urgences par la Team Gériatrie. • Déterminer les critères d'identification des situations fragiles. • Finaliser procédure de réalisation de la détection lors de la consultation à l'UPH. • Etudier la possibilité d'une détection lors d'une orientation vers la Permanence des eHnv. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'absence d'utilisation d'un outil ne permet pas à la première ligne de prioriser les situations à l'aide d'un score. ○ L'ajustement de la prise en soins aux Urgences découlant de la détection doit être revu. ○ L'absence d'utilisation d'un outil fait reposer la détection sur la 2^{ème} ligne ; pourrait fragiliser la réalisation de la détection, car tributaire de la disponibilité de la 2^{ème} ligne (RH moins nombreuses). ○ Prestation vraisemblablement non facturable.
Poursuivre le relai depuis les Urgences vers le communautaire, pour les PA fragiles.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre les annonces aux MT, avec copie au CMG, des PA identifiées comme fragiles. • Consolider la procédure de transmission de courrier au MT- Vérifier et ajuster avec le CMG. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestion du nombre de demandes plus élevé suite à élargissement de la détection (impact sur le temps de réponse du CMG, par ex.) ○ Prestation vraisemblablement non facturable
Poursuivre le développement de la « culture gériatrique » aux Urgences.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre réflexion à l'interne pour développer d'autres leviers d'ajustement de la prise en charge (par ex. favoris dans plan de soins si patient de 75 ans et plus admis). • Poursuivre actions de sensibilisation/formation au sein et par l'équipe des Urgences. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Plus de « personne-ressource » pour la Gériatrie désignée au sein de l'équipe des Urgences, responsabilité du suivi des actions à clarifier (la présence d'une telle ressource au sein de l'équipe, jusqu'à fin 2021, a été une plus-value importante, pour renforcer l'adhésion de l'équipe entre autre). ○ Accès peu facile aux ateliers-flashes planifiés pour les services stationnaires, organisation ad hoc à prévoir.
Développer la « culture gériatrique » au sein de l'hôpital.	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre sur pied et s'appuyer sur des actions de type « campagne », en lien avec un thème (par ex. « dans la peau d'une personne âgée », en 2017), ou une journée (internationale de la PA, mondiale Alzheimer, par ex.) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilise des RH, a priori sans possibilité de facturation.
Ajuster actions de formation aux contraintes des soins aigus.	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser annuellement et co-animer ateliers flashes en gérontologie. • Solliciter des relais pour la co-animation dans les équipes de soins, par ex. cliniciens, experts, ou autres. • Mettre sur pied une journée de formation à l'UNIF à destination des infirmiers de 1^{ère} ligne pour renforcer compétences évaluation et 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mobilise des RH, a priori sans possibilité de facturation.

	<p>prise en charge syndromes gériatriques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre le développement de synergie intra-eHnv et partenaires (RSBJ et autre...). 	
Développer le compagnonnage infirmier : consultation infirmière en gériatrie.	<ul style="list-style-type: none"> • Développer l'accès à la consultation infirmière spécialisée en gériatrie : renforcer communication à ce propos, ouvrir l'accès du futur formulaire de demande d'intervention infirmière spécialisée en gériatrie aux infirmiers de 1^{ère} ligne. • Finaliser et faire valider réflexion sur responsabilité, champ d'interventions, objectifs de cette consultation (en // avec réflexion eHnv à ce propos) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disponibilité des RH de la Team Gériatrie. ○ Possibilité de facturation de cette prestation à examiner.
Ajuster la procédure réalisation de l'EGS aux soins aigus.	<ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser et intégrer Procédure Trajectoire du PA depuis les Urgences. • Revoir modalités de collaboration et d'intervention des partenaires de l'interdisciplinarité. • Finaliser modalités de traçabilité dans Soarian et de financement. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forme actuelle pas suffisamment réactive face au flux des patients. ○ Financement des partenaires de l'interdisciplinarité à la fin du projet ?
Développer la consultation de gériatrie hospitalière.	<ul style="list-style-type: none"> • Finaliser démarche pour réaliser consultation gériatrique au sein de l'UPH, voir lors de consultation à la Permanence. • Diffuser régulièrement l'information quant à son existence, faire connaître les formulaires en lien. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Financement du consilium à valider. ○ Possibilité de financement d'une consultation en pré-hospitalisation à examiner.
Pérenniser une équipe de gériatrie intra-hospitalière.	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et relever des indicateurs supplémentaires, pour mieux mettre en évidence la plus-value. • S'assurer de la possibilité de réaliser les actions développées plus haut. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Plusieurs prestations sont non financées ○ Les indicateurs actuels sont pour l'heure essentiellement quantitatifs.
Développer les soins de transition.	Favoriser la continuité des soins, l'empowerment par la préparation des patients et des proches à la sortie de l'hôpital, ou l'accompagnement pendant une phase de transition, pour diminuer le risque de ré-hospitalisations évitables	Demande de revoir le processus de sortie des patients, ainsi que du temps et des ressources pour conceptualiser un programme de soins de transition - pourrait faire l'objet d'un complément au projet.
Soutenir la clinique, en la déchargeant chaque fois que possible de l'administratif.	Prioriser l'action des ressources clinique sur le terrain.	

Merci de votre confiance et de votre attention.

26.04.2022/N. Henrioud