

Résumé mémoire master 2 sciences cliniques infirmières, spécialité coordination du parcours complexe du patient.

Pierrette MEURY ; JUIN 2012

« 2012: État des lieux et perspectives de la coordination par l'infirmier libéral des sorties d'hospitalisation de la personne âgée en Guadeloupe »

En quoi la coordination par l'infirmier libéral, peut-elle améliorer la continuité de prise en charge globale de la personne âgée de plus de 75 ans lors de son retour à domicile, après une hospitalisation, en Guadeloupe en 2012 ?

Méthodologie

Une étude rétrospective analytique a été menée en Février 2012 et a porté sur les six mois précédents.

110 questionnaires ont été envoyés aux IDEL, 34 retours ont été faits, décrivant 104 situations de retour à domicile de personnes âgées de plus de 75ans. Soit 4,5% des IDELs AMELI et 3,5 situations décrites par infirmier.

Questionnaires : 1 fiche IDEL sur le profil IDEL, leur point de vue sur la coordination lors des sorties d'hospitalisation, leur avis sur la continuité des soins lors des retours à domicile. Fiches descriptives de situations de retour à domicile, profil du patient, son environnement ? Qui coordonne, comment, dans quel délai ?

Quelle est la situation en Guadeloupe :

(chiffres INSEE), 6% de la population en 2009 avait plus de 75 ans. 98,7% des personnes âgées de plus de 75 ans vivent à domicile, 30% ont plus de 85ans, 38,2% vivent seuls, 46% des personnes de 60/65 ans sont en situation d'illettrisme (importantes difficultés à l'écrit), 26% bénéficient de l'APA (niveau de revenu bas, peu de retraites à taux plein, personne âgée pilier du revenu familial car gros taux de chômage (23,8% de la population active)...) 29,33% de la population bénéficie de la CMU(6,8% en métropole). Une évolution de vieillissement de la population inquiétante, on attend 11,2% de la population totale en 2030.

Offre ambulatoire : Annonce d'une pénurie médicale dans un délai de 5 ans sur plusieurs secteurs. Grosse augmentation du nombre d'IDEL depuis 5 ans.(1024= fichier ARS, 780= fichier AMELI (titulaires)). 685 places en SSIAD, 54,5 lits HAD/10 000hab contre 18,9 en métropole.

Hospitalisation des personnes âgées en 971 : DMS 9 jours contre 7 jours en métropole, où elle est considérée comme trop longue. Cette hospitalisation représente 20% des journées d'hospitalisation de Guadeloupe. 57% des séjours ont une durée de plus de 7 jours. 24% des personnes âgées de plus de 75 ans ont au moins une ré-hospitalisation dans la même année.

Une population âgée fragilisée socialement, isolée. Une évolution importante prévue.

Une offre paramédicale ambulatoire nombreuse, une offre médicale qui sera rapidement insuffisante.

Une problématique face à l'hospitalisation : durée moyenne de séjour élevée, ré-hospitalisations fréquentes.

Qui est l'IDEL de cette étude ?

Plus jeune que la moyenne nationale. 87% une femme, 15 ans de moyenne de diplôme, 70% ont entre 30 et 50 ans d'âge. 20% ont un diplôme au-delà du DE (spécialité ou DU) et 79% exercent en cabinet de groupe.

Une population plus jeune qu'en métropole, beaucoup de jeunes installées depuis 5 ans.

Qui est l'IDE coordonnant les retours à domicile dans cette étude ?

Représentent 60% des IDEL de l'étude

Les moins de 30 ans ne coordonnent pas. Les moins de 5 ans de DE ne coordonnent pas, les moins de 5 ans d'exercice libéral ne coordonnent pas. Les plus de 11 ans de diplôme représentent 78% des IDE coordonnants, les plus de 11 ans d'expérience libérale représentent 78% des IDE coordonnants.

L'expérience professionnelle et l'expérience en libéral sont des facteurs favorisant, au-delà de 11 ans d'expérience on retrouve la majorité des coordonnants.

Qui est le patient pris en charge ?

65% ont entre 75 et 85 ans et 35% plus de 85 ans (46 % de plus de 85 ans chez les IDE coordonnants)

Un indice de karnofsky entre 50 et 10 pour 69% des patients (64% chez les coordonnants)

Sortent à 58% des CHU.

A 53% le patient est revenu à domicile avec accord de lui-même ou sa famille (69% chez les IDE coordonnants)

A 85% le patient présente une situation lourde avec nécessité d'un passage quotidien par IDEL.

12% des patients n'ont pas le téléphone, 4% n'ont ni eau ni EDF, 37% vivent seuls, dans 31% des cas où ils ont un aidant, celui-ci est le conjoint, dans 13% des cas il est invalide.

.Quelle prise en charge au retour ?

Dans 64% il y avait une PEC sociale avant hospitalisation, dans 31% des cas cette prise en charge est mise en place ou adaptée au retour à domicile. Les IDE coordonnants ont une PEC sociale antérieure plus fréquente.

Dans 63% il y avait une PEC sanitaire avant l'hospitalisation, dans 67% elle est mise en place ou adaptée au retour. Les IDE coordonnants adaptent moins souvent lors du retour à domicile.

80% des IDELs sont contactés au jour du retour.

Quand l'IDEL est coordonnant :

- Famille plus sollicitée
- Equipe ambulatoire plus impliquée, surtout le MAD, prescription de soins, kiné, moins de coordination avec Médecin traitant au retour à domicile.
- Equipe hospitalière moins impliquée.
- En résumé tous les points de l'organisation du retour sont stables ou améliorés (+ 4 à 8%)

Motifs exprimés de non coordination du retour à domicile :

- 56% prévenus trop tard (jour du retour ou après)
- 16% temps non rémunéré
- 13% manque d'outils de moyens
- 12% manque de temps

Qui est chargé de coordonner ce retour ?

- 40% patient ou famille
- 32% IDEL et médecin
- 7% hôpital
- 4% prestataire
- 17% ne répond pas

Les infirmiers estiment que 30% des situations de retour à domicile bénéficient d'une continuité de soins « souvent ou toujours ». Ceux qui sont non coordonnants estiment à 100% qu'elles n'est pas respectée.

La coordination vers le médecin traitant est toujours faite dans 62% des cas , mais à 40% au plus tard le jour du retour.

La coordination avec le kiné est toujours faite dans 23% des cas, mais à 3% au plus tard le jour du retour.

La mise à disposition des médicaments est faite à 90% mais à 60% le jour du retour. Celle du matériel MAD est faite à 92% mais à 24% le jour du retour.

La coordination avec les services sociaux est minimale (9,5% au plus tard le jour du retour) et celle avec les autres paramédicaux quasi inexistante.

Quand l'infirmier libéral est coordonnateur la coordination au plus tard le jour du retour est faite à 48% avec le médecin traitant et à 20% avec le kiné.

Au total, la prise en charge sanitaire et sociale existe après le retour à domicile à 80%, mais la continuité sanitaire n'est assurée au jour du retour à domicile qu'à 35% et la continuité sanitaire et sociale à 25%.

L'analyse de ces résultats permet de comprendre que les acteurs sont mobilisables mais que le délai dans lequel l'infirmier est prévenu du retour empêche une mise en place anticipée et donc la continuité de prise en charge lors du retour à domicile.

L'infirmier manque de supports, de référentiels, d'outils pour rendre cette coordination efficace et homogène. Il ne lui est pas permis un temps dédié rémunéré pour le faire.

Les propositions qui sont faites concernant :

Le DPC et la formation inter-pro, pour une culture commune

La révision, simplification et élargissement de la DSI avec un infirmier référent de la personne âgée ou dépendante. L'infirmier coordinateur du parcours du patient.

La création d'un outil d'évaluation dépendance commun, avec un rôle d'évaluation dépendance par l' IDEL Une rémunération sur un temps dédié de la coordination.

Un DMP réellement partagé, avec un volet dépendance et besoins personnalisés de la personne âgée

La création de regroupements professionnels ambulatoires, juridiquement simplifiés respectant l'autonomie professionnelle des acteurs et favorisant la délégation de compétences.

S'appuyer sur les projets et l'existant : Article 51, COPIL PAERPA, ACIP, NMR, protocoles d'urgence, protocoles d'adaptation...

Coordination sortie hospitalisation par IDEL avec cellule centralisant gérée par une IDE coordinatrice assistée d'un professionnel du secteur social.

....

