



# Au CŒUR: le réseau

Editorial  
G. Gold

**L**e XX<sup>e</sup> siècle a été caractérisé par un vieillissement sans précédent de la population. Ce changement démographique combiné à l'augmentation de l'offre ambulatoire a eu des conséquences encore plus marquées sur la population hospitalisée. La moyenne d'âge a fortement augmenté dans de nombreux services de patients adultes et dépasse souvent les 75 ans, en gériatrie elle est d'environ 85 ans.

La prise en charge traditionnelle d'un patient présentant une pneumonie, par exemple, avec une seule hospitalisation dans un seul service avant un retour à domicile, a été remplacée par l'admission de personnes plus

**«... Si le patient doit rester au cœur des soins, il est temps de réaliser qu'il a perdu son caractère statique ...»**

âgées, plus fragiles et polymorbides nécessitant des contacts avec de multiples pourvoyeurs de soins. La trajectoire commence par un appel au médecin traitant, puis à un service de garde si le médecin traitant est absent ou ne se déplace pas, en

particulier la nuit ou le week-end. Il s'ensuit un transport et une évaluation aux urgences, une hospitalisation dans une unité de soins aigus puis un transfert dans un service de réhabilitation. Enfin, c'est le retour à la maison avec des soins à domicile; une infirmière passera vendredi, une autre samedi et une troisième dimanche. A chaque étape des nouveaux médecins et une nouvelle équipe assument la prise en charge. Le remboursement change aussi avec le type de soins prodigués: Tarmed ambulatoire, DRG, per diem ou bientôt structure tarifaire de réhabilitation.

La médecine du sujet âgé au XXI<sup>e</sup> siècle nécessite donc non seulement une prise en charge multidisciplinaire de toutes les dimensions du patient mais aussi une gestion exemplaire des flux et des transitions. Il faut aussi entendre la voix du patient tout au long du parcours de soins et transmettre ses choix, ses désirs et ses valeurs. A chaque étape, il convient d'anticiper la suivante et de la préparer le plus précocement possible. De multiples mécanismes sont proposés. La saisie informatique des données médicales permet leur partage sous le contrôle du patient, mais il reste encore à la diffuser plus largement. De nouvelles descriptions de poste ont été créées pour améliorer les flux et assurer des liaisons entre les différents sites de soins. Des filières cliniques ont été développées pour permettre une gestion transversale à travers plusieurs services hospitaliers; il faut qu'elles puissent maintenant s'étendre aux sites pré ou posthospitaliers. Des *case-managers* assurent la progression du patient à travers les filières, transmettent les informations et coordonnent les différentes interventions. Outre-Atlantique, nous découvrons le *transition coach* qui suit le patient à risque lors de son retour à domicile et le forme à l'autogestion de sa maladie. Les suivis téléphoniques après la sortie de l'hôpital ont aussi montré leur efficacité pour diminuer les réadmissions et les effets adverses médicamenteux.

Si le patient doit rester au cœur des soins, il est temps de réaliser qu'il a perdu son caractère statique, il est maintenant dans le réseau. Les informations, les soins et les professionnels de santé doivent le suivre là où il est et l'accompagner dans les transitions difficiles. ■

Articles publiés  
sous la direction des professeurs



## Gabriel Gold

Médecin-chef  
Service de gériatrie  
Département de médecine interne,  
de réhabilitation et de gériatrie  
HUG, Genève

## Christophe Büla

Médecin-chef  
Service de gériatrie et réadaptation  
gériatrique  
Département de médecine  
CHUV, Lausanne