

# Rapport de l'atelier 10

## Hôpital et personne âgée

Les co-présidents et la rapporteure tiennent à remercier tous les membres de l'atelier qui ont contribué par leurs échanges, leurs expériences, leurs propositions, à l'élaboration de ce rapport afin de faire de l'établissement de santé un lieu bienveillant pour les personnes âgées.

INTRODUCTION.....	4
1.Contexte et enjeux.....	5
Contexte : Une activité des établissements de santé de plus en plus tournée vers les personnes âgées mais qui peut parfois s’avérer délétère.....	5
Enjeux : Une organisation hospitalière bienveillante et adaptée à la prise en charge de la personne âgée ..	8
2.Dix propositions pour une adaptation de l’hôpital aux besoins et aux attentes des personnes âgées.....	9
<i>Objectif 1 : Prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables</i> .....	9
Proposition 1 : Contribuer au soutien à domicile des personnes âgées lorsqu’elles le souhaitent dans le cadre de l’organisation territoriale des soins de proximité grâce à la mobilité des équipes hospitalières expertes et par le développement du numérique.....	9
Proposition 2 : Tendre vers zéro passage aux urgences évitable des personnes âgées. ....	11
<i>Objectif 2 : Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours</i> .....	13
Proposition 3 : Limiter l’attente des personnes âgées aux urgences. ....	14
Proposition 4 : Favoriser les admissions directes en SSR polyvalents ou gériatriques de personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services des urgences.....	15
Proposition 5 : Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité nouvellement labellisés à l’égard de la personne âgée.....	15
Proposition 6 : Renforcer le recours à l’expertise gériatrique dans les services de spécialité (notamment chirurgie, oncologie, neurologie, psychiatrie) et renforcer l’offre de gériatrie.....	16
Proposition 7 : Anticiper, préparer et organiser la sortie d’hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées. ....	18
<i>Objectif 3: Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée</i> .....	19
Proposition 8 : Déployer au sein des établissements de santé une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l’hospitalisation (médecine, chirurgie, oncologie, de SSR et psychiatrie).....	20
Proposition 9 : Renforcer la culture de la bienveillance à l’égard des personnes âgées au sein des établissements de santé. ....	21
Proposition 10 : Mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé.....	22
CONCLUSION .....	23
Annexes.....	24
Membres de l’atelier 10 – Hôpital et personne âgée .....	25
Liste des personnes auditionnées.....	27
Moyens d’action de mise en œuvre des propositions de l’atelier – Hôpital et personne âgée .....	28

## INTRODUCTION

Les établissements de santé sont confrontés, tout comme le système de santé dans son ensemble, aux défis du vieillissement de la population qui va s'accroître dans les 30 ans à venir. En effet, d'ici à 2030, les personnes âgées de 75 ans et plus passeront de 6 à 8,4 millions en France.

Toutes les activités, les professionnels et la gouvernance de l'établissement de santé sont concernés. D'ores et déjà, les personnes âgées représentent aujourd'hui près de 30% des patients du secteur du court séjour, 50% de l'hospitalisation à domicile et 65% des soins de suite et de réadaptation.<sup>1</sup> Cependant les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène. A côté des personnes âgées en bonne santé et autonomes, l'hôpital accueille des personnes âgées vulnérables ou fragiles<sup>2</sup>, celles qui n'ont plus de médecins traitants, celles qui connaissent une perte d'autonomie et celles qui présentent plusieurs pathologies et une autonomie limitée. Chaque personne âgée doit être considérée dans sa singularité et son parcours de vie.

Les personnes âgées, notamment les plus vulnérables, sont au cœur de la stratégie de transformation du système de santé (STSS) « Ma Santé 2022 »<sup>3</sup>. Au sein d'un système complexe, elles en révèlent les insuffisances - défaut de coordination, rupture de parcours, passages aux urgences excessifs, prévention insuffisamment intégrée dans les pratiques - et les améliorations indispensables.

Dans un ensemble gradué de prises en charge, avec la structuration de soins de premier recours, l'établissement de santé participe également à cette responsabilité populationnelle qui doit se développer: en **mettant d'avantage son expertise au service des acteurs** autour de la personne âgée et au premier chef son médecin traitant ; en **contribuant mieux à son parcours de santé** sur les territoires de proximité, tout en assurant un accès au niveau de recours et de référence lorsqu'ils sont nécessaires ; en **renforçant la qualité** de ses prises en charge par une meilleure prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Qualité et absence de perte de chance doivent se conjuguer.

Trois exigences ont été mises en exergue par l'atelier :

1. **Contribuer au soutien au domicile** de la personne âgée et limiter les hospitalisations évitables ;
2. Dès lors que l'hospitalisation est nécessaire, faire en sorte que **le parcours en établissement de santé soit fluide**, fasse appel aux compétences appropriées et soit inscrit dans le parcours global de la personne âgée ;
3. **Adapter l'établissement de santé dans son ensemble** à l'accueil et à la prise en charge de la personne âgée.

Les travaux de l'atelier Hôpital et personne âgée bénéficieront des propositions menées dans le cadre des autres ateliers de la concertation Grand âge et autonomie.

**C'est à l'hôpital de s'adapter à la personne âgée et non l'inverse. C'est ce que promeut le présent rapport.**

<sup>1</sup> Le présent rapport ne traite pas de l'activité de soins de longue durée en établissement de santé

<sup>2</sup> Voir rapport HCAAM 2018 « Système de santé et personnes âgées fragiles ou en perte d'autonomie à horizon 2030 »

<sup>3</sup> Présentée par le Président de la République le 18 septembre 2018

# 1. CONTEXTE ET ENJEUX

**Contexte : Une activité des établissements de santé de plus en plus tournée vers les personnes âgées mais qui peut parfois s'avérer délétère**

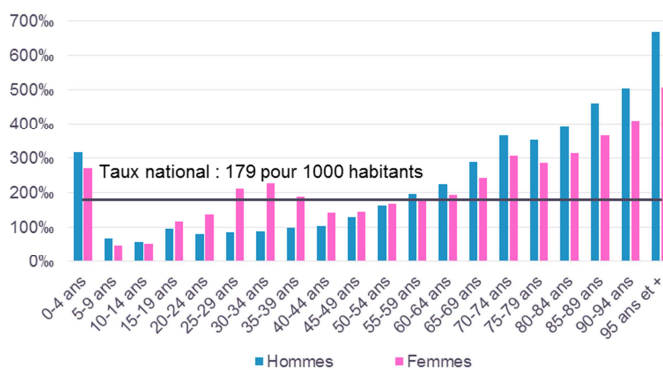
L'activité de l'établissement de santé dans son ensemble est et sera de plus en plus tournée vers la prise en charge des personnes âgées, population à prendre en compte dans son hétérogénéité et plus particulièrement dans sa part la plus vulnérable. En effet, l'établissement de santé, par des passages aux urgences évitables et du fait de son organisation historiquement construite autour de la prise en charge aigüe et spécialisée peut s'avérer délétère et contribuer à la dépendance des personnes âgées fragiles.

**Constat n°1 : Toutes les activités de l'établissement de santé sont concernées**

En 2017, 6,7 millions de femmes et 5,6 millions d'hommes ont été hospitalisés en France. Parmi la population âgée de 80 ans et plus, deux personnes sur cinq ont été hospitalisées en France en 2017 (37% de la population des femmes et 44% de la population masculine).<sup>4</sup> **Un patient hospitalisé sur huit est âgé de 80 ans et plus.**

**En 2017, en court séjour, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 18,3% des patients mais 22% de l'activité avec 4 millions de séjours (hors séances).** Le taux d'hospitalisation croît avec l'âge.

Taux d'hospitalisation<sup>12</sup> MCO en 2017, par classe d'âge et par sexe



Le taux moyen de recours en MCO à 80 ans et plus est de **398 hospitalisations pour 1000 habitants**. Les séjours associés aux **personnes âgées de 70-74 ans présentent la plus forte croissance d'activité** : le nombre de séjours de patients ayant augmenté de +8,2% entre 2016 et 2017 (+10,7% entre 2015 et 2016).

**Les hospitalisations sont plus fréquentes** (1,8 hospitalisations par an pour les personnes de 75 ans et plus contre une moyenne de 1,5). De même, la durée moyenne de séjour (DMS) est d'autant plus élevée que l'âge avance. La DMS en MCO est **8,46** jours après 90 ans contre 5,5 jours en moyenne.

**En hospitalisation à domicile (HAD), les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 40% des journées.** 22,5% des patients pris en charge ont plus de 80 ans.

**Quant aux soins de suite et de réadaptation (SSR), en 2017, près de la moitié des patients a plus de 75 ans et près de 40% ont<sup>2</sup> plus de 80 ans.** Les séjours des patients de 80 ans et plus sont plus longs avec une moyenne de 40 journées contre 36 journées pour les autres patients adultes.

**En psychiatrie, 15% de l'activité concerne des patients âgés de plus de 65 ans** (hors ambulatoire). Cependant, une part des personnes présentant des troubles psychiques, tels que la dépression, est hospitalisée en service de médecine<sup>5</sup>.

**Si l'on prend en compte les personnes âgées les moins autonomes, résidentes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), leur taux d'hospitalisations est de 40% pour une durée moyenne de 19 jours par an** (enquête PLEIAD - 2009). L'HAD en EHPAD, qui permet aux personnes de demeurer sur leur lieu de vie, a concerné environ 10 300 résidents en 2017 et a représenté 7% du total de journées d'HAD.

**60% des décès des personnes âgées sont survenus lors d'une hospitalisation**, 51% en MCO, 6% en SSR, 3% en HAD contre seulement 13% en EHPAD et 26% dans un autre lieu en 2013<sup>6</sup>.

### **Constat n°2 : Une activité hospitalière qui doit s'adapter à une population âgée hétérogène.**

Les personnes âgées ayant recours à l'établissement de santé ne constituent pas une population homogène. **L'ensemble de ces situations est à prendre en compte par l'organisation des établissements de santé.**

L'établissement de santé accueille et prend en charge :

- Des personnes âgées autonomes qui présentent une pathologie bien identifiée et qui ont recours à une hospitalisation pour un motif relevant d'un service spécialisé.
- Des personnes âgées hospitalisées pour un motif relevant d'un service spécialisé pour une pathologie identifiée, mais associée à d'autres comorbidités et des signes de perte d'autonomie.
- Enfin, un troisième groupe qui présente une polypathologie et une perte d'autonomie.

En effet, « *entre 40% et 70% des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour plusieurs pathologies* » elles-mêmes associée à une polyconsommation médicamenteuse. (50% des personnes de 75 ans ou plus prennent 7 molécules différentes régulièrement). En outre, parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant à leur domicile, 13% sont en situation de dépendance et 30% et 65% des personnes de plus de 80 ans présentent des difficultés fonctionnelles dans leur vie de tous les jours.<sup>7</sup> Leur motif d'hospitalisation va être source de difficultés d'orientation. Dès lors que des syndromes gériatriques sont présents elles seront hospitalisées en court séjour gériatrique et ce d'autant plus qu'une altération cognitive est associée.

<sup>5</sup> Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont – Question économie de la santé n°28 – juin 2017 - IRDES

<sup>6</sup> CNAM - Rapport charges et produits 2019

<sup>7</sup> document annexé au rapport « innovation et système de santé » Séance du HCAAM du 23 avril 2015

Les personnes touchées par un trouble neurocognitif majeur lié à la maladie d'Alzheimer (près de 1 million de personnes) constituent une population particulièrement vulnérable avec une comorbidité importante.

Enfin, entre **10 et 15% des personnes âgées sont estimées comme « fragiles »**, c'est-à-dire présentant une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité, d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution.

Afin de prendre en charge des personnes âgées présentant une polypathologie et à haut risque de perte d'autonomie, la France a développé depuis 2005 une filière gériatrique hospitalière. Les établissements de santé comptent aujourd'hui **475 services de court séjour gériatrique (SAE -2017)**.

En 2017, l'activité de ces services a représenté près de **450 000 séjours au bénéfice de 350 000 patients dont l'âge moyen est de 84,7 ans**<sup>8</sup>. La durée moyenne de séjour (DMS) y est particulièrement longue, soit 11,8 jours. 43 % des personnes hospitalisées en court séjour gériatrique présentent un trouble neurocognitif lié à la maladie d'Alzheimer<sup>9</sup>.

Si les personnes âgées sont majoritaires dans les prises en charge en SSR, **les SSR pour les personnes âgées polypathologiques avec perte d'autonomie** représentent **20% de l'offre de soins de SSR** en 2016, soit le capacitaire le plus élevé des mentions spécialisées de SSR.

Le pivot de la filière gériatrique est constitué **d'équipes mobiles de gériatrie (EMG) dont disposent 346 établissements de santé en 2017** et qui interviennent aujourd'hui très majoritairement en intrahospitalier puisque seules 12% de leurs interventions sont réalisées en EHPAD ou à domicile.

### **Constat n°3 : A l'hôpital des passages aux urgences nombreux, fréquents et porteurs de risques.**

Le service d'urgence est encore trop souvent la porte d'entrée principale de l'hospitalisation des personnes âgées. En 2017, **45% des passages aux urgences suivis d'une hospitalisation concernent des patients âgés de 65 ans et plus et plus du quart concernent des patients âgés de 80 ans et plus**. 46% des admissions en court séjour gériatrique ont lieu après un passage en service des urgences.

Parmi les patients âgés de 75 ans ou plus qui passent par le service d'accueil des urgences, **44 % sont âgés de 85 ans ou plus** alors qu'ils représentent 32% de la population générale. La traumatologie constitue le premier motif de recours (25 %), suivi par les motifs cardio- vasculaires (17 %).

**Le mode d'entrée par les urgences est un facteur de risque pour les personnes âgées : 23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10% des 15-74 ans**<sup>10</sup>. Un passage prolongé aux urgences supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de 2 fois. Les sujets âgés sont à risque élevé d'événement indésirable lors de l'entrée aux urgences comme la non-reconduction de prescription<sup>11</sup>.

**Le fait d'être hébergé en EHPAD double le risque d'être un usager fréquent des urgences**<sup>12</sup>.

<sup>8</sup> Source DGOS- PMSI MCO-Diamant 2017

<sup>9</sup> Lettre de la Fondation Médéric Alzheimer L'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer. Novembre 2013 - Numéro double 28-29

<sup>10</sup> DREES – Personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une durée plus longue – mars 2017 – n°1008

<sup>11</sup> Prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation – Points Clés et solutions – septembre 2017

<sup>12</sup> CNAM – Rapport Charges et produits 2018

#### Constat n°4 : Des hospitalisations qui peuvent s'avérer délétères pour les personnes âgées.

- ✓ Des réadmissions plus élevées sources de rupture dans le parcours de vie et de soins

**18,2% des séjours sont suivis d'une ré-hospitalisations à 30 jours à partir de 75 ans.** Parmi les pathologies à l'origine d'hospitalisations des sujets âgés de 65 ans ou plus, celles le plus fréquemment associées avec leur réhospitalisation à 30 jours sont l'insuffisance cardiaque, les pneumonies, les hépatopathies et l'infarctus du myocarde à sa phase aiguë.

**La proportion de réhospitalisations évitables a été estimée à 23% de la totalité des réadmissions<sup>13</sup>.**

- ✓ Une perte d'autonomie iatrogène liée à l'hospitalisation.

L'incidence de la dépendance liée à l'hospitalisation varie entre 30 et 60% chez les personnes âgées de 70 ans et plus (marche, toilette) et augmente jusqu'à 50 % chez les sujets âgés de 85 ans et plus.

**Après une sortie d'hospitalisation, seuls 50% des patients récupèrent leur état fonctionnel de base, 33% dans les 6 mois après leur sortie et 14% à 1 an<sup>14</sup>.**

La prévalence de la dépendance iatrogène est de l'ordre de **12% et elle est évitable dans 80% des cas. Il est donc possible de la prévenir<sup>15</sup>.**

### Enjeux : Une organisation hospitalière bienveillante et adaptée à la prise en charge de la personne âgée

Face à ces constats, l'atelier Hôpital et personne âgée a affirmé les trois enjeux suivants :

**Premier enjeu : Contribuer au soutien de la vie à domicile** pour la grande majorité des personnes âgées qui souhaitent y rester afin de limiter les hospitalisations et le passage par les urgences évitables

**Deuxième enjeu : Optimiser le séjour en établissement de santé** de la personne âgée afin de le limiter au nécessaire mais en réalisant l'indispensable : fluidifier le séjour hospitalier en remettant en question, lorsque cela est possible, le parcours hospitalier type actuel des personnes âgées (services des urgences-médecine/chirurgie-SSR) ; privilégier l'interprofessionnel et l'interdisciplinaire associant notamment le psychique et le somatique ; agir sur le risque de rupture à l'issue de l'hospitalisation.

**Troisième enjeu : Faire évoluer l'établissement dans son ensemble afin de le rendre bienveillant** pour la personne âgée.

**Afin de répondre à ces 3 enjeux, le rapport émet dix propositions. Ces propositions sont en cohérence et en complémentarité avec les mesures de transformation du système de santé – « Ma santé 2022 ». Le parcours de la personne âgée bénéficiera en effet directement des mesures qui seront prises, notamment**

<sup>13</sup> van Walraven 2012) – HAS comment réduire le risque de ré-hospitalisation évitable des personnes âgées-Points clés et solutions - juin 2013

<sup>14</sup> Prévenir la perte d'indépendance iatrogène liée à l'hospitalisation - HAS septembre 2017

<sup>15</sup> Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés ? C. Lafont • S. Gérard • T. Voisin • M. Pahor • B. Vellas Task

Forcé Cah. Année Gérontol. (2011)



pour structurer les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), labelliser les nouveaux hôpitaux de proximité et améliorer les dispositifs d'appui à la coordination.

## 2. DIX PROPOSITIONS POUR UNE ADAPTATION DE L'HOPITAL AUX BESOINS ET AUX ATTENTES DES PERSONNES AGEES

### *Objectif 1 : Prévenir les hospitalisations<sup>16</sup> et les passages aux urgences évitables*

Contribuer à ce que la personne âgée n'arrive pas aux services des urgences et ne soit pas hospitalisée lorsque cela n'est pas strictement nécessaire

Les acteurs du soin de proximité (médecins traitants, infirmiers, pharmaciens...) et du secteur social et médico-social (service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'aide à domicile, établissements médico-sociaux) doivent pouvoir faire appel à **l'expertise des équipes hospitalières** afin de contribuer à la préservation de la vie à domicile des personnes âgées, lorsque celles-ci le souhaitent.

L'établissement de santé se doit **d'être mobile afin d'aller sur les lieux de vie**. Cette activité « d'aller vers » ceux qui peuvent le moins se déplacer, va de pair avec une évolution portée dans la STSS d'une structuration des soins primaires autour d'une responsabilité populationnelle, avec la construction des CPTS, de collaborations médecins-infirmières, entre médecins et secteur médico-social et social (maintien de médecins traitants dans les EHPAD).

Cette logique suppose une **adaptation en fonction des territoires**. Organisation et densité médicale ou paramédicale de premiers recours de proximité, HAD, offre sociale et médico-sociale ont un impact sur le recours à l'hôpital et, par conséquent, leur construction et structuration jouent leur un rôle majeur auquel l'hôpital doit contribuer.

**La logique à faire prédominer est celle de la prévention** : prévention des hospitalisations et des passages aux urgences évitables dont la responsabilité relève en première intention des professionnels et dispositifs de soins primaires. Cependant, cette prévention doit être co-construite avec l'hôpital.

***Proposition 1 : Contribuer au soutien à domicile des personnes âgées lorsqu'elles le souhaitent dans le cadre de l'organisation territoriale des soins de proximité grâce à la mobilité des équipes hospitalières expertes et par le développement du numérique.***

Afin de contribuer au soutien au domicile, alliant soins et préservation de l'autonomie, à l'évitement d'hospitalisations, de réadmissions, et de passages aux urgences, trois leviers devraient être mobilisés **dans le cadre d'un maillage territorial et dans une logique d'interface, de transversalité et de subsidiarité** par rapport aux autres acteurs du domicile :

1. Le développement de la mobilité des équipes hospitalières de gériatrie, de psychiatrie et de rééducation-réadaptation ;
2. La mise à disposition d'une permanence de compétences gériatriques, par la voie téléphonique ou numérique, au service des professionnels de proximité ;
3. Un renfort et un élargissement des prises en charge en hospitalisation à domicile.

**Action 1** : Développer vers les lieux de vie des personnes âgées les interventions des équipes mobiles de gériatrie (apport de l'expertise hospitalière en gériatrie), des équipes mobiles de gérontopsychiatrie (équipes associant psychiatrie et gériatrie) et des équipes mobiles de rééducation.

La mobilité des équipes hospitalières en extra-hospitalier est encore soit trop peu présente en terme d'activité (actuellement 12% de l'activité des équipes mobiles de gériatrie), soit insuffisante sur des territoires ou insuffisamment structurée. Il convient de développer leur activité vers les lieux de vie des personnes âgées (domicile et établissements d'hébergement des personnes âgées).

Les attendus de ces équipes sont des **missions d'évaluation médico-psycho-sociale** alliant santé et préservation de l'autonomie et des **missions d'interface**, à la demande et en collaboration avec les médecins traitants, les professionnels de santé libéraux et les services sociaux et médico-sociaux accompagnant les personnes âgées en perte d'autonomie. Il convient qu'elles contribuent à l'acculturation et à la formation des équipes sur un mode pluridisciplinaire.

Trois structurations constituent des gages de réussite : 1/leur collaboration avec les professionnels de proximité et au premier chef les professionnels de santé : CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), centres de santé, 2/leur lien avec le système hospitalier (de la proximité jusqu'à la référence) et 3/leur mobilisation par le dispositif d'appui unifié à la coordination des parcours complexes avec lesquelles elles doivent être interfacées.

Cette mobilité doit être accompagnée **d'un suivi de leur activité et d'une évaluation de leur efficience** en veillant aux collaborations et complémentarités des différentes équipes mobiles.

**Action 2** : Généraliser et rendre lisibles les permanences téléphoniques ou numériques gériatriques et développer les outils numériques (télé médecine, messageries sécurisées et téléexpertises) au sein de l'établissement de santé.

Les permanences gériatriques ont été promues par les filières gériatriques depuis 2007 ; elles sont encore soit trop peu lisibles, soit peu développées. Elles permettent d'éviter des passages aux urgences et des hospitalisations (par exemple étude réalisée au CHU de Bordeaux : passage évité aux urgences dans 82% des cas<sup>17</sup> et réduction de 1% par an entre 2013 et 2017 du taux d'admission des personnes âgées de plus de 75 ans).

<sup>17</sup> Avoiding emergency department admissions using telephonic consultations between general practitioners and hospital geriatricians. J.Am

Elles visent à répondre aux médecins généralistes et aux professionnels des EHPAD sur des questions urgentes ou des conseils et permettent une meilleure articulation avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes. Il convient donc **de les généraliser et de les rendre lisibles pour les professionnels de proximité et d'organiser leur service sur un territoire, en lien avec les CPTS et les dispositifs d'appui à la coordination.**

**Afin d'être plus efficace, ce déploiement doit s'appuyer sur le développement du numérique :** téléconsultations avec les médecins traitants, messageries sécurisées en complément avec des outils de partage d'information autour des patients avec leurs consentement.

**Action 3 :** Permettre au système de santé de capitaliser sur l'expertise médicale, soignante et organisationnelle de l'HAD, qui assure des soins complexes au domicile, au bénéfice des personnes âgées l'intégrant systématiquement dans les filières gériatriques et les projets médicaux de territoire et en élargissant les activités de l'HAD au travers de nouvelles compétences.

L'HAD est un mode de prise en charge qui permet à la personne âgée de recevoir des soins complexes de nature hospitalière sur leur lieu de vie. Depuis 2018, les structures d'HAD peuvent intervenir conjointement avec les SSIAD au domicile des personnes âgées. Les restrictions à leurs indications en EHPAD ont été levées en 2017. Cependant, les structures d'HAD ne sont pas toujours reconnues et identifiées sur certains territoires et leurs interventions en EHPAD, même en progression, peuvent encore progresser. En outre, elles ne sont pas toujours reconnues par les médecins traitants libéraux en ville.

Les structures d'HAD disposent d'une **expertise sur les interventions au domicile des personnes âgées.** En cela, les structures d'HAD sont des acteurs à intégrer pleinement dans les filières de soins gériatriques et le réseau gérontologique sur les territoires.

En outre, afin de **renforcer leurs interventions dans un objectif de la préservation de l'autonomie** de la personne, il est préconisé de compléter les prises en charge d'HAD avec des compétences de masseurs-kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes et d'organiser la possibilité de programmes de réadaptation à domicile grâce à une collaboration entre HAD et SSR. Enfin, le renforcement de l'HAD en compétences psychiatriques/psychologiques permettrait de contribuer à la prise en compte globale de la personne associant santé somatique et psychique.

**Proposition 2 : Tendre vers zéro passage aux urgences évitable des personnes âgées.**

Trop de personnes âgées accèdent aux soins hospitaliers par le service des urgences et plus l'âge avance et plus ce passage devient fréquent. En l'absence de médecin traitant ou du fait de la réduction des visites à domicile, les urgences sont appréhendées comme mode d'accès aux soins, ce qui n'est pas optimal. L'objectif pour les personnes âgées fragiles est de tendre, **d'une part,** vers une **réduction de l'orientation vers les services d'urgence** par l'outillage des EHPAD et, d'autre part, dès lors qu'une hospitalisation est nécessaire, **d'un accès direct aux soins hospitaliers.**

**Action 4 :** Organiser dans les établissements de santé une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers (particulièrement en gériatrie, médecine interne, médecine post urgence, SSR) permettant de limiter leurs passages aux urgences.

Face à une hospitalisation nécessaire, qui s'avère le plus souvent non programmée chez une personne âgée polypathologique, l'admission directe en service spécialisé permet d'accéder à des soins plus rapides et plus appropriés en évitant les effets délétères du temps d'attente aux urgences.

Ces admissions directes sont encore insuffisamment développées. **Il convient de systématiser et organiser dans les établissements de santé disposant d'un service d'urgence une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques.**

**Afin d'être efficace, cette organisation d'admission directe devrait se conjuguer avec :**

- Une organisation mise en œuvre en lien avec le SAMU et la permanence gériatrique (condition de mise en œuvre - cf proposition 1).
- Une organisation des admissions dans les services et organisation de l'accès rapide au plateau technique.
- Le recueil des informations nécessaires auprès des professionnels de proximité (médecin traitant, médecin coordinateur/infirmier de coordination en EHPAD, en HAD, équipe médico-sociale) et des aidants.
- Une messagerie sécurisée avec les médecins généralistes et dossier médical partagé (DMP).
- Un accompagnement au développement de nouvelles organisations au sein des établissements.

**Action 5 :** Outiller les personnels des SAMU dans le repérage des urgences psycho-sociales des personnes âgées à domicile et l'orientation vers les dispositifs pertinents des champs sanitaire, social et médico-social et les dispositifs d'appui à la coordination. Impliquer les pompiers et les ambulanciers régulés par le SAMU dans l'identification des signaux d'alerte et dans l'orientation vers les dispositifs adéquats.

Les régulations médicales SAMU/centre 15 sont confrontées à de nombreuses sollicitations pour des soins urgents de la part des personnes âgées à leur domicile ou de la part des médecins traitants ou des professionnels sociaux ou médico-sociaux du domicile lorsque le médecin traitant est indisponible ou en l'absence de médecin traitant.

Selon l'expérience du SAMU de Paris, « *une personne âgée appelant plus de trois fois le SAMU en moins de deux mois a un problème social non résolu* ». La plainte qui s'exprime **au téléphone par une plainte médicale traduit en fait une urgence qui croise des problématiques de non réponse ou de réponse imparfaite du système de soins et du système social** (aide à domicile).

Aussi, il est préconisé **d'outiller les SAMU** pour leur permettre d'orienter vers les bons acteurs sociaux et médico-sociaux pour éviter les passages aux urgences. **L'implication des pompiers et des ambulanciers régulés par le SAMU dans l'identification des signaux d'alerte et dans l'orientation vers les dispositifs est également un des gages de l'efficacité** de ce repérage et de cette bonne orientation. Cela implique la capacité des secteurs sociaux et médico-sociaux à pouvoir réagir en urgence.

**Action 6 :** Former les EHPAD à un recours optimal au SAMU et services des urgences en créant des liens et des interactions avec la filière gériatrique hospitalière.

Le recours optimal au SAMU par les EHPAD contribue à éviter les hospitalisations inutiles, voire délétères, pour leurs résidents et, à l'inverse, d'y recourir de manière pertinente pour une demande d'hospitalisation en urgence lors que cela s'avère indispensable. <https://www.has->

[sante.fr/portail/jcms/c\\_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad](https://sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad)

L'agence régionale de santé (ARS) des Hauts de France a ainsi mis en place en 2018 sur une durée de 2 ans une démarche ASSURE qui contribue également aux interactions et interconnaissance entre EHPAD, urgences et filières gériatrique afin d'offrir des réponses plus efficaces, **au travers de projets communs territorialisés, de formations et d'un kit d'outils**. D'autres expériences existent en termes de formations, de collaborations et d'outillage entre réseaux des urgences ou structures d'urgence (SU) et EHPAD, promues notamment dans le cadre de l'instruction DGCS/DGOS du 27 décembre 2017 sur les collaborations renforcées entre établissements de santé et EHPAD.

Il convient de **capitaliser sur les expériences existantes et de leurs bilans afin de diffuser ces outils**.

## ***Objectif 2 : Organiser le séjour de la personne âgée en établissement de santé de manière à éviter les ruptures de parcours***

Contribuer à ce que la personne âgée lorsqu'elle est hospitalisée y soit prise en charge le juste temps nécessaire avec les compétences appropriées et que sa sortie soit préparée

Lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, le séjour hospitalier peut être source de rupture dans le parcours de vie et de soins de la personne âgée et contribuer à un risque accru de dépendance au-delà de la pathologie qui a conduit à l'hospitalisation (cf proposition 7). Il s'agit de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

La fluidification du parcours du séjour hospitalier **limitant au strict nécessaire le temps d'hospitalisation mais en y réalisant l'indispensable** est l'un des objectifs de l'atelier.

Cette fluidification repose sur :

- La **limitation du temps de passage aux urgences** impliquant une orientation appropriée et l'accès à des compétences adéquates.
- **L'accès direct à des prises en charge en SSR** visant à restaurer l'autonomie des personnes âgées de manière précoce à partir des urgences ou des lieux de vie de la personne âgée.
- Une **responsabilité populationnelle des hôpitaux de proximité** vis-à-vis des personnes âgées de leur territoire au travers d'une palette de services et d'un rôle d'orientation dans le système de soins hospitalier entre les soins primaires et les soins de recours hospitaliers.
- Une **prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle** des personnes âgées présentant des risques de perte d'autonomie impliquant le recours dans les services de spécialité à l'expertise gériatrique et à des professionnels compétents dans le domaine de l'autonomie.
- L'anticipation et la préparation de la sortie des personnes âgées (incluant le soin à domicile et la prise en compte de l'environnement (isolement social, aidants, les conditions de logement, les conditions financières,...) **en y associant les personnes elles-mêmes et leur entourage**, notamment lorsque cette sortie relève de situation complexe. L'hôpital est un acteur des dispositifs de coordination.

**Proposition 3 : Limiter l'attente des personnes âgées aux urgences.**

Il ne s'agit pas pour autant de nier le droit des personnes âgées, comme toute autre personne, d'accéder aux prises en charge aux services des urgences. Cependant, lorsqu'elles ne sont pas nécessaires, l'hospitalisation et le séjour aux urgences présentent des risques spécifiques pour les personnes âgées.

Deux leviers indispensables ont été identifiés afin de limiter au strict nécessaire le temps aux urgences et de favoriser un aval adapté et d'éviter la répétition de ces passages :

1/ **Un repérage de la personne âgée fragile ou présentant un risque de perte d'autonomie par les professionnels des urgences**<sup>18</sup>. Ce repérage permet de recourir de manière pertinente à une évaluation gériatrique à organiser de manière plus efficiente.

2/ **Une organisation de la gestion des lits au niveau territorial** afin d'orienter vers des compétences adéquates et un service disponible et approprié à la situation de la personne.

**Action 7 : Dans les établissements de santé disposant d'une structure d'urgence, systématiser une organisation de gestion des lits en interne et intégrée à une organisation territoriale.**

L'aval des urgences est l'une des problématiques essentielle dans la fluidification du parcours hospitalier des personnes âgées. Elles demeurent plus longtemps aux SU que le reste de la population, le temps en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pouvant être utilisé pour trouver un lit disponible dans un service qui, au final, peut ne pas être adéquat (cf Etude DREES précitée).

Tout établissement de santé autorisé à la médecine d'urgence devrait disposer d'une organisation centralisée de gestion des lits qui a démontré son efficacité<sup>19</sup>. Cette nécessité devrait être inscrite dans le décret d'autorisation rénové de cette activité de soins. Cette organisation doit être interne à l'établissement dans lequel le service d'urgence est implanté, mais également intégrée au niveau du territoire.

**Action 8 : Développer au sein des structures d'urgence une prise en charge adaptée aux personnes âgées (repérage, évaluation précoce, circuit adapté, intervention de l'EMG ou intervention d'un gériatre).**

Il est préconisé de développer au sein de toutes les structures d'urgence une réponse adaptée aux personnes âgées qui reposerait sur :

- **Un repérage des personnes âgées fragiles** qui permette un appel pertinent à des compétences gériatriques ; l'outillage sur ce repérage est fondamental.
- **L'organisation du recours à un gériatre ou à une EMG** pour une évaluation complète afin d'envisager précocement l'orientation vers une prise en charge adéquate.
- **Des circuits adaptés**, plutôt que l'instauration de services des urgences à part dédiés aux personnes âgées polypathologiques (non stigmatisation et non faisabilité).
- **Des bonnes pratiques de prise en charge** (cf [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2801224/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees-fiche-points-cles](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801224/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees-fiche-points-cles)).

<sup>18</sup> Frailty assessment in the emergency department, Stiffler KA, Finley A, Midha S, Wilber ST. J Emerg Med. 2013 Aug; j.jemermed.2012.11.047 ; Organizing integrated health-care services to meet older people's needs..IA de Carvalho, JA Epping-Jordan, A Margriet Pot, E Kelley, et al. World Health Organ 2017

<sup>19</sup> « Gestion des lits : vers une nouvelle organisation » ANAP -2015

**Proposition 4 : Favoriser les admissions directes en SSR polyvalents ou gériatriques de personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services des urgences.**

Compte tenu des missions des SSR et de leurs compétences en prévention de la perte d'autonomie, ces admissions directes en SSR permettraient de réduire le risque de dépendance iatrogène et de mieux préparer le retour dans le milieu de vie du patient.

**Action 9 :** Repérer par les ARS les établissements SSR en capacité d'assurer des accueils non programmés de personnes âgées sur les territoires. Pour les patients dont le bilan a déjà été effectué mais susceptibles de nécessiter des explorations complémentaires ou avis spécialisés dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, prioriser les établissements SSR implantés dans des établissements mixtes court séjour/SSR.

**Action 10 :** Préciser les critères d'orientation pour un accueil direct non programmé en SSR, les situations cliniques éligibles, ainsi que les conditions d'accueil en situation non programmée dans le cadre des travaux menés sur le SSR.

Ces deux actions devraient être développées dans le cadre des travaux menés sur les SSR par le ministère des solidarités et de la santé (missions, régime d'autorisation, financement) avec les professionnels.

**Proposition 5 : Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité nouvellement labellisés à l'égard de la personne âgée.**

Dans le cadre de la STSS « Ma santé 2022 », l'objectif est de structurer le système de santé dans son ensemble autour des soins de proximité et de la prévention de la perte d'autonomie, avant l'arrivée de la génération du baby-boom à l'âge de 85 ans, âge moyen d'entrée en institution aujourd'hui.

Les hôpitaux de proximité constituent la réponse hospitalière au plus près des lieux de vie des personnes âgées articulés avec les CPTS.

**Action 11 :** Inscrire dans les travaux sur les hôpitaux de proximité une responsabilité vis-à-vis de la population âgée de leur territoire grâce à une palette de services.

Si les hôpitaux doivent dans leur ensemble garantir la prise en charge des personnes âgées, **les hôpitaux de proximité ont vocation à porter une palette de services au bénéfice des personnes âgées de leur territoire.** Il conviendrait de les préciser dans le cadre des missions socles et optionnelles des hôpitaux de proximité dans le cadre des travaux de la STSS sur cette mesure.

La garantie de l'opérationnalité de cette palette de services repose sur :

- ✓ **leur intégration dans la CPTS** avec laquelle il assure cette responsabilité populationnelle en termes d'accès aux soins (négociations conventionnelles en cours sur l'accès au médecin traitant, organisation des visites à domicile, organisation de l'accès aux soins non programmés) ;
- ✓ **une collaboration renforcée avec les services et établissements sociaux et médico-sociaux ;**
- ✓ **une gradation des soins somatiques** (notamment dans le GHT) qui organise, d'une part, l'accès au sein de ces hôpitaux des patients à un plateau technique minimal ainsi qu'à des compétences de spécialité gériatrique et d'autres spécialités et, d'autre part, le recours à des prises en charge en



soins spécialisés et des plateaux techniques de recours et de référence. **La télémédecine est un outil indispensable à ces organisations.**

Il convient que ces hôpitaux **soient pleinement intégrés aux filières gériatriques hospitalières** afin de disposer des expertises gériatriques et des ressources gérontologiques sur leur territoire.

Leur lien avec l'établissement de santé mentale (ou le service de psychiatrie) de proximité est également jugé comme indispensable.

**Proposition 6 : Renforcer le recours à l'expertise gériatrique dans les services de spécialité (notamment chirurgie, oncologie, neurologie, psychiatrie) et renforcer l'offre de gériatrie.**

Cette proposition vise, d'une part, à favoriser, dans **tous les services des établissements de santé, l'accès et le recours à des compétences gériatriques** ou intervenant dans la récupération de l'autonomie des personnes âgées, **jusqu'à la promotion d'organisations structurées associant** compétences spécialisées médicales/chirurgicales et médecine gériatrique. Ces organisations sont davantage pertinentes dès lors qu'il **existe des risques de décompensation de personnes âgées** (service de soins intensif de cardiologie et unité neurovasculaire, réanimation).

Dans une première étape, il est proposé de déployer de telles organisations dans un domaine où il existe des référentiels, une littérature et qui a montré sa pertinence : le domaine de la chirurgie orthopédique des personnes âgées. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/orthogeriatric\\_et\\_fracture\\_de\\_la\\_hanche\\_-\\_fiche\\_points\\_cles.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/orthogeriatric_et_fracture_de_la_hanche_-_fiche_points_cles.pdf)

### **De manière spécifique renforcer le recours à des compétences adaptées**

#### **✓ Dans les prises en charge chirurgicales ou interventionnelles**

Même s'il existe une inégalité face au vieillissement et à ses répercussions sur la santé, au-delà de 70 ans, l'âge devient un facteur de risque opératoire. L'organisme est plus fragile et cumule souvent plusieurs pathologies. Le corps perd progressivement sa capacité à s'adapter et à traverser l'épreuve d'une intervention chirurgicale.

Deux réponses outre le progrès des techniques de chirurgie et d'anesthésie : **un repérage des personnes âgées à risque** impliquant le recours à une évaluation gériatrique avant l'intervention, et **une organisation pluridisciplinaire avec un suivi postopératoire adapté.**

**Action 12 :** Instaurer un repérage des personnes âgées fragiles et à risque de perte d'autonomie lors des prises en charge chirurgicales ou interventionnelles afin de recourir de manière pertinente et efficace à des interventions des EMG en pré-consultation anesthésique.

**Action 13 :** Développer au sein des établissements de santé disposant d'un service d'urgences et d'une activité suffisante (urgence et chirurgie) des organisations alliant des compétences de chirurgie orthopédique et de gériatrie dans le cadre d'un parcours spécifique aux personnes âgées avec comorbidités.

Il s'agit également de mettre en place un parcours de soins spécifique centré sur la personne âgée de plus de 75 ans ayant des comorbidités associées et présentant une fracture de l'extrémité supérieure du fémur.



Ce parcours repose sur un **partenariat entre les urgentistes, les orthopédistes, les anesthésistes, les gériatres et de SSR**, afin de réaliser une prise en charge pluridisciplinaire centrée autour de la personne âgée, selon différents modes d'organisation. Cependant, l'intégration des compétences et la structuration des organisations sont particulièrement significatives dans les résultats obtenus.

✓ **Dans les prises en charge associant soins somatiques et psychiatriques**

Les personnes âgées peuvent présenter des troubles psychiques (souffrance psychique, dépression) ou des troubles cognitifs, dont les troubles neurocognitifs liés à la maladie d'Alzheimer, qui nécessitent des prises en charge adaptées. De même, les personnes âgées avec des troubles mentaux antérieurs requièrent une approche alliant psychiatrique (diagnostique ou thérapeutique) et somatique (dont gériatrique et neurologique).

**Action 14 :** Renforcer et rendre visible des organisations associant des compétences en psychiatrie et en gériatrie, notamment pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer et Parkinson, dans le cadre de la structuration de l'offre de soins de psychiatrie de la personne âgée avec la filière gériatrique et les dispositifs spécifiques liés à ces pathologies (notamment les unités cognitivo-comportementales - UCC).

Il s'agit de **structurer sur les territoires une réponse de la psychiatrie de la personne âgée**, à partir d'une capitalisation de ce qui fonctionne, fondée sur une collaboration avec la filière gériatrique et les dispositifs de diagnostic et de prise en charge des maladies neuro-dégénératives (consultations mémoire, UCC en SSR notamment).

Cette structuration de la réponse des soins de psychiatrie et sa lisibilité sont attendues par les médecins traitants et les professionnels du secteur social et médico-social (notamment des EHPAD et autres lieux d'habitat) pour toutes les situations intriquant troubles psychiques, cognitifs et somatiques.

✓ **De manière globale**

**Action 15 :** Intégrer des compétences gériatriques (médicales ou paramédicales) et des compétences liées à la prise en compte de l'autonomie des personnes âgées (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...) ou assurer leur accès dans les services de spécialité recevant des personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Reconnaître la place importante des assistantes sociales.

Il apparaît nécessaire de **renforcer les services de spécialité des établissements de santé en compétences gériatriques médicales et paramédicales**, notamment infirmiers dont la création d'infirmiers en pratiques avancées en gérontologie, et assistants de soins en gérontologie avec des compétences étendues au-delà de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, le renfort en professionnels de la rééducation est le gage d'une réponse au risque de perte de l'autonomie des personnes âgées.

Enfin, l'hôpital ne peut garantir une prise en charge de qualité sans prendre en compte l'environnement de la personne et ses droits, permettant un décloisonnement avec les autres acteurs du domicile de la personne âgée et des établissements médico-sociaux. **Le nombre d'assistants de service social** doit être en nombre suffisant afin d'assurer ces missions.

**Action 16 :** Reconnaître comme prioritaire sur les territoires la création ou le renforcement d'unités d'expertise ou de court séjour gériatrique (UCSG) là où elles sont insuffisantes.

Les 475 établissements de santé, disposant d'une unité de court séjour gériatrique (11 734 lits et 607 places) identifiés en 2017 dans la SAE, représentent **un taux d'équipement de 2,2 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans**.

Il existe des **disparités territoriales** puisque le taux d'équipement varie, selon les régions, de 1 à 3 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans et le taux de recours aux unités de court séjour gériatrique va de 39 à 76 séjours pour cette population. Il conviendrait de réduire les inégalités territoriales et de renforcer les unités de court séjour gériatrique au regard des besoins actuels et à venir.

**Proposition 7 : Anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions évitables des personnes âgées.**

Avant de faire sortir un patient, les équipes hospitalières doivent s'assurer que le suivi médical et les services sociaux nécessaires à son maintien à domicile sont organisés, ces actions sont particulièrement importantes pour la sortie d'une personne âgée fragile.

Cela suppose d'avoir anticipé et organisé précocement la sortie d'une personne âgée dans tous les cas dès les 48H après son admission, voire avant son admission, (SSR ou retour à domicile ou admission en EHPAD). Il est nécessaire de l'associer directement, lorsque c'est possible, ainsi que son entourage et son médecin traitant et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux de son domicile impliquant :

- La mise en **place ou le renforcement d'une évaluation précoce globale systématique et pluriprofessionnelle** lors de l'hospitalisation impliquant le **repérage de critères de vulnérabilité** (médicaux, sociaux liés à l'offre de soins, situations de maltraitance) **et le risque de réadmission** afin de déterminer les besoins des personnes à l'issue de l'hospitalisation en termes de soins et d'aides pour prévenir, maintenir ou restaurer l'autonomie.
- La mise à disposition d'un **appui gériatrique** si nécessaire pour aider à la décision d'orientation.
- **L'identification précoce des soins et de l'accompagnement à domicile post-hospitalisation** afin de limiter l'hébergement à l'hôpital à ce qui est nécessaire (ex : évaluation précoce d'un besoin d'HAD post hospitalisation en médecine/chirurgie permettant d'étudier la possibilité d'un retour à domicile)<sup>20</sup>.
- **Une sollicitation des dispositifs d'appui à la coordination** pour les sorties complexes.
- **La promotion d'outils tels que la check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24H** de la Haute Autorité de santé et les outils de repérage du risque de réhospitalisation.

**Action 17 : Rappeler l'importance de l'anticipation et l'organisation des sorties complexes à domicile (alliant complexité médicale, sociale et environnementale) particulièrement pour les personnes âgées.**

Il existe une **multitude de pratiques, d'expériences, de dispositifs mis en place pour faciliter et aider à la préparation de la sortie de l'établissement de santé** (expériences dans les territoires PAERPA ou mis en place par des dispositifs d'appui à la coordination, programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO), etc). Il convient de faire le bilan de ces dispositifs en repérant les innovations.

L'atelier a rappelé que l'intégralité des informations de la lettre de liaison, sa remise au patient et son envoi rapide au médecin traitant sont des conditions fondamentales de la réussite de la sortie de la

<sup>20</sup> HAS – Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD (ADOP-HAD), à destination des médecins prescripteurs – Novembre

personne âgée (cf proposition 6) et a souligné qu'elle est encore notablement insuffisante (seuls 15% des établissements ont atteint en 2017 un niveau satisfaisant<sup>21</sup>). Une analyse sur les patients âgés devrait être spécifiquement mise en place (cf proposition 10 –action 27).

**Action 18 :** Mettre en place des échanges entre des professionnels de santé de l'hôpital et de ville et les professionnels de santé des services médico-sociaux pour analyse des réadmissions des personnes âgées à 7 jours et à 30 jours.

Des retours d'expérience intersecteurs sur les réadmissions en établissements de santé à 7 jours et à 30 jours constitueraient un outil intéressant permettant de contribuer à cette culture commune.

**Action 19 :** Diversifier les transitions avant le retour à domicile des personnes âgées en fonction de leurs besoins de soins et d'aide.

-Protocoller le recours à l'hébergement temporaire en EHPAD, en y ajoutant la possibilité d'y recourir en urgence, en y incluant l'HAD.

-Repenser la prise en charge temporaire en hôpital de proximité après une hospitalisation en établissement de recours ou de référence avant son retour à domicile.

La transition hôpital-domicile est un moment délicat dès lors que la personne âgée présente un état de santé stabilisé mais nécessite la mise en place d'une aide à domicile ou un aménagement du logement qui ne peut se mettre en place rapidement. La personne âgée demeure alors hospitalisée dans des conditions non satisfaisantes. Des solutions intermédiaires devraient être promues.

La feuille de route Grand âge et autonomie 2018-2022 promeut **le développement de l'hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation** dans le cadre d'une collaboration avec des établissements de santé. Il conviendrait d'en préciser les conditions et les patients qui peuvent bénéficier de cet hébergement de manière pertinente (stabilisation de l'état de santé mais besoins liés à des prestations sociales d'autonomie).

Par ailleurs, l'hospitalisation dans un établissement de recours éloigné pourrait être raccourcie avec **un retour vers l'établissement de santé de proximité** du lieu de vie de la personne âgée, avec son consentement, afin de préparer au mieux son retour au domicile, avec les acteurs de son environnement et lorsque l'HAD n'est pas indiquée. Cette prise en charge en hôpital devrait être travaillée dans le cadre du projet en cours sur les hôpitaux de proximité.

### **Objectif 3: Promouvoir un établissement de santé bienveillant pour la personne âgée**

Contribuer à l'évolution de l'établissement de santé dans son ensemble

L'hôpital tout entier est concerné par la qualité des soins et du prendre soin des personnes âgées.

La personne âgée de plus de 75 ans, en hospitalisation est et sera de plus en plus le principal public. En effet, le développement de l'ambulatoire en substitution bénéficiera d'abord aux personnes jeunes, même si la personne âgée n'en est pas exclue. Dès lors, les hospitalisations complètes concerneront de plus en plus principalement les patients âgés. **La qualité du service rendu par l'établissement de santé aux personnes âgées et la préservation de leur autonomie est primordiale.** Or, aujourd'hui l'hôpital crée de la perte d'autonomie qui peut être évitable. Par ailleurs, les troubles psycho-comportementaux donnent lieu à de mauvaises pratiques faute de connaissances et de savoir-faire suffisants.

#### Deux incontournables :

1. Déployer une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.
2. Renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées.

Enfin, il est indispensable de mieux prendre en compte les personnes âgées dans l'évaluation de la qualité des prises en charge en établissement de santé au travers de la nouvelle certification et d'une exploitation spécifique des indicateurs qualité.

**Proposition 8 : Déployer au sein des établissements de santé une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation (médecine, chirurgie, oncologie, de SSR et psychiatrie).**

La prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation vise non seulement à limiter la perte d'autonomie évitable des personnes âgées liée aux organisations et aux pratiques de soins en établissement de santé, mais elle **constitue un changement de paradigme pour les établissements de santé dans l'accueil et la prise en charge des personnes âgées selon une approche adaptée.**

Cette stratégie vise à **agir conjointement sur les six causes de dépendance iatrogène** liée à l'hospitalisation des personnes âgées (syndrome d'immobilisation, effets indésirables des médicaments, troubles confusionnels aigus, chutes, dénutrition, incontinence de novo). Seule la prise en compte globale de ces six causes a fait la preuve de son efficacité.

Cette stratégie s'appuie sur le référentiel de la HAS diffusé en septembre 2017 [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2801224/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees-fiche-points-cles](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2801224/fr/prevenir-la-dependance-iatrogene-liee-a-l-hospitalisation-chez-les-personnes-agees-fiche-points-cles).

Le déploiement d'une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation **repose sur une implication de la gouvernance de l'établissement, son inscription dans un projet d'établissement et un projet médical transversal** à tous les services qui prennent en charge des personnes âgées.

**Un plan d'action** devrait être construit avec la commission médicale d'établissement (CME) et les autres commissions de l'établissement, notamment les commissions qualité et la commission des usagers. L'atelier préconise dans certains cas la mise en place d'une commission personnes âgées au sein de la CME. Ces actions visent à la fois les organisations et les pratiques mais également les équipements (fauteuils adaptés et fauteuils roulants, orientation et fléchage, luminosité...).

Une attention particulière est à apporter aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (troubles neurocognitifs liés à la maladie d'Alzheimer). [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours\\_de\\_soins\\_alzheimer.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf)

Il est possible de **s'appuyer sur l'expérience du Québec** dont la stratégie ministérielle de la santé 2015-2020 comporte le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (% d'établissements ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée) au travers de 6 composantes (managériales et de pratiques cliniques). Cette stratégie repose sur des outils et notamment un cadre de référence, un outil diagnostique et un guide d'implémentation ainsi que sur l'expérience OPTIMAH au CHU de Montréal.

En France, il est possible de s'inspirer et de capitaliser sur la démarche entreprise dans le cadre de la mise en œuvre du **PRS Occitanie (2018-2022) impliquant actuellement une quarantaine d'établissements de santé** accompagné par l'équipe régionale vieillissement et prévention de la dépendance (ERVPD) du Gérontopole de Toulouse. <http://www.equipe-regionale-vieillessement.ars.midipyrenees.sante.fr/La-dependance-iatrogene.163357.0.html>

Cette stratégie repose sur les 4 actions phares ci-dessous :

**Action 20 :** Généraliser l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées par les aides-soignants – infirmiers dans les services de médecine et de chirurgie au travers l'échelle grille Activities daily Living (ADL) en récupérant les évaluations éventuelles avant l'admission à J-15 (à l'admission et à la sortie de l'établissement et recueillir l'ADL évalué sur le lieu de vie de la personne).

**Action 21 :** Disposer de professionnels référents/ressources formés sur la prise en charge adaptée des personnes âgées dans les services de spécialité avec mission d'accompagner les équipes et de les acculturer aux spécificités de la prise en charge de la personne âgée y compris concernant l'adaptation des équipements hospitaliers.

**Action 22 :** Déployer une action de formation continue de tous les personnels hospitaliers sur la prévention de la dépendance iatrogène au sein des établissements de santé (médicaux, paramédicaux et administratifs) en s'appuyant sur les équipes de gériatrie et les professionnels ressources/référents en gérontologie.

**Action 23 :** Diffuser des outils de pratiques cliniques sur les facteurs de perte d'autonomie iatrogène et évaluer les pratiques mises en place pour conciliation médicamenteuse.

**Proposition 9 :** Renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées au sein des établissements de santé.

Le renforcement de la qualité de la prise en charge des personnes âgées repose également sur celui de la culture de la bienveillance vis-à-vis de troubles psycho-comportementaux et d'agitations face auxquels les

professionnels des établissements peuvent se sentir démunis et adopter par conséquent des pratiques inadaptées.

**Action 24 :** Sensibiliser et former les professionnels des établissements de santé sur la souffrance psychique et les troubles psycho-comportementaux des personnes âgées (prévention, conduites et prises en charge) afin de favoriser des prises en charge adaptées.

**Action 25 :** Mettre en œuvre une incitation à la réalisation d'analyses de pratiques dans le but de réduire le recours à la contention des personnes âgées au sein des établissements de santé et obligation d'un plan d'action.

**Proposition 10 : Mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé**

Il n'y a pas de qualité sans évaluation. Il est préconisé d'inscrire dans la nouvelle certification des établissements de santé, à partir d'objectifs de résultats, des indicateurs liés à la qualité de la prise en charge des personnes âgées (plus de 75 ans).

Par ailleurs, les indicateurs qualité de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé publiés annuellement par la HAS sur Scope Santé devraient faire l'objet d'une exploitation, notamment ceux en MCO, portant sur la population des personnes âgées. La HAS devrait étudier comment assurer spécifiquement la prise en compte de l'expérience patient des personnes âgées.

Enfin, dans le cadre de l'évolution visant à renforcer la mesure de la qualité directement auprès des patients, les personnes âgées hospitalisées devraient constituer une population prioritaire.

**Action 26 :** Faire évoluer la certification des établissements de santé afin d'évaluer la gestion des risques de dépendance liée à l'hospitalisation des personnes âgées :

-L'évaluation durant le séjour de l'autonomie du patient dans ses activités quotidiennes avant l'épisode de soins à l'entrée et à la sortie sera recherchée.

-L'analyse par les équipes du taux de ré-hospitalisation des personnes âgées à 30 jours pourra être favorisée.

**Action 27 :** Analyser spécifiquement les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins pour la population âgée quand cela est possible (ex : la satisfaction et expérience des patients hospitalisés ou transmission de la lettre de liaison).

## CONCLUSION

L'hôpital du futur idéal pour la personne âgée ? C'est l'hôpital où elle ne va pas.

Si elle y va, c'est l'hôpital où elle ne reste pas.

Si elle y reste, c'est l'hôpital qui sait prendre en compte ses besoins les plus spécifiques.

Derrière la diversité de leurs situations personnelles, les personnes de plus de 75 ans connaissent une même fragilité : si elles ne sont pas toutes dépendantes, elles sont toutes en risque de perte d'autonomie lorsqu'elles sont hospitalisées. Il faut donc éviter l'hospitalisation quand elle ne se justifie pas.

En ville, par la prévention des situations à risque et par une meilleure prise en charge des affections susceptibles d'engendrer une perte d'autonomie. Le recours à l'expertise hospitalière pluridisciplinaire dédiée peut faciliter cette démarche.

Quand l'hospitalisation est indispensable, toute l'organisation de l'hôpital doit tendre à éviter le passage par les urgences, puis à repérer les fragilités et à réduire la durée de séjour car toute prolongation non strictement indispensable accentue le risque de décompensation et/ou de perte d'autonomie fonctionnelle. Pour cela l'hôpital forme ses personnels à la prévention et gestion des risques, anticipe la sortie dès l'entrée, organise des accès prioritaires aux plateaux techniques et regroupe ses compétences en plateformes médico-chirurgicales gériatriques.

Enfin, lorsque l'hospitalisation se prolonge, en attendant un retour à domicile ou l'admission en HAD, en soins de suite et réadaptation, en soins de longue durée ou en EHPAD, toutes les mesures doivent être mises en œuvre afin de prévenir tout nouveau risque ou une dépendance iatrogène. Par ailleurs, les professionnels doivent pouvoir accompagner le patient jusqu'au bout par des soins palliatifs adaptés.

Institution valorisant le court séjour, la technicité et l'efficacité dans l'urgence, l'hôpital doit assumer sa dimension gériatrique, imposée par l'évolution démographique, et s'organiser en ce sens. Institution de l'hospitalité par excellence, l'hôpital doit se mobiliser pour éviter les séjours des personnes âgées ou les réduire au strict minimum. L'hôpital accueillant à la personne âgée est celui qui aura surmonté ces paradoxes.

## ANNEXES

- ❖ Membres de l'atelier « Hôpital et personne âgée »
- ❖ Liste des personnes auditionnées
- ❖ Tableau présentant des moyens d'actions des propositions de l'atelier 10



# Membres de l'atelier 10 – Hôpital et personne âgée

## Co-présidents

Co-présidente : Mme Sylvie Escalon, sous-directrice adjointe de la régulation de l'offre de soins à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Co-président : M. Philippe Vigouroux, directeur général du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Rapporteuse : Mme Anne-Noëlle Machu, chargée de mission personnes âgées à la DGOS

Mission Grand Age et Autonomie : Dorian Roucher

## Participants

Mme Stéphanie Aftimos, responsable utilisateur, Agence Nationale d'Appui à la performance

M François Bérard, directeur associé, Agence Nationale d'Appui à la performance

Dr Julie Biga, adjointe au chef de bureau des prises en charge post-aigües, pathologies chroniques et santé mentale à la DGOS

Pr Anne Bourgarit-Durand, interniste, Hôpital Jean Verdier, APHP

M. Marc Delatte, Député de l'Aisne, Commission des affaires sociales

Mme Margareth Derrick, cadre de santé infirmier, Collège infirmier français (CIF)

Pr Claude Jeandel, président du Collège national professionnel de gériatrie

M. Jean-Yves Grall, directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Dr Catherine Lamy, neurologue, Hôpital Sainte-Anne

M. Alexandre Mokede, Responsable offre de soins, Fédération hospitalière de France (FHF)

Dr Jean-Philippe Natali, conseiller médical auprès du sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Mme Laurence Nivet, Directrice de l'Hospitalisation à domicile (HAD) de l'AP-HP, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

M. Eric Noël, délégué général à la Fédération hospitalière privée (FHP-SSR)

Mme Zeynep Or, directrice de recherche, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)

Mme Catherine Périsset, chargée de mission « Parcours », Direction des établissements et services médico-sociaux à la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Pr Nathalie Salles, gériatre, CHU de Bordeaux

Pr Daniel Sechter, psychiatre, CHU de Besançon

Dr Stéphanie Schram, Service Évaluation de la pertinence des soins et Amélioration des pratiques et des parcours, Haute autorité de santé,

Mme Corinne Souciet, assistante sociale, Association nationale des services d'assistants de service social (ANAS)

Dr Suzanne Tartière, urgentiste, PHAR, SAMU de Paris

M. Alexis Vervialle, chargé de mission offre de soins, France Assos Santé

## Liste des personnes auditionnées

1. Pr Michel Clanet, président du comité de national de suivi du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) (2014-2019), en présence de Mme Corinne Pasquay, cheffe de projet PMND
2. Pr Olivier Guérin, président de la société française de gériatrie et de gérontologie

## Moyens d'action de mise en œuvre des propositions de l'atelier – Hôpital et personne âgée

PROPOSITION - actions	Référentiel	Moyen d'action	Indicateurs
<p><b>Proposition 1</b> : Contribuer au soutien à domicile des personnes âgées lorsqu'elles le souhaitent grâce à la mobilité des équipes hospitalières expertes et au développement du numérique.</p>			
<p><b>Action 1</b> : Développer vers les lieux de vie des personnes âgées les interventions des équipes mobiles de gériatrie (apport de l'expertise hospitalière en gériatrie), des équipes mobiles de gérontopsychiatrie (équipes associant psychiatrie et gériatrie) et des équipes mobiles de rééducation..</p>	<p>Comment réduire le risque de ré hospitalisations évitables des personnes âgées ? – Ponts Clés et solutions – Organisation des parcours HAS – Juin 2013</p> <p>Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD – HAS 2015</p>	<p>Equipes mobiles de gériatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cahier des charges revisité pour développer la présence hors hôpital des équipes mobiles de gériatrie (revoir la circulaire DHOS du 28 mars 2007)</li> <li>-Hausse du nombre d'EMG</li> <li>-Diffusion d'outils de pilotage de l'activité</li> <li>-Evolution des modalités de financement</li> </ul> <p>-Plan d'action sur la psychiatrie de la de la personne âgée et évolution cadre de la circulaire DHOS 2007.</p> <p>-Cahier des charges des équipes mobiles de rééducation dans le cadre des travaux sur l'offre de SSR.</p>	<p><u>Processus</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'équipes mobiles</li> <li>- File active concernée</li> <li>- Nombre d'interventions sur les lieux de vie des personnes âgées par les équipes mobiles (domicile et EHPAD)</li> <li>- Nombre de sollicitations par les professionnels de premiers recours et les structures médico-sociales</li> </ul> <p><u>Résultats</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'hospitalisations après passage aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans (personnes âgées à domicile et en EHPAD)</li> </ul>
<p><b>Action 2</b> : Généraliser et rendre lisibles les permanences téléphoniques ou numériques gériatriques et développer les outils numériques (messageries sécurisées, télémédecine et téléexpertises) au sein de l'établissement de santé.</p>		<p>-Etat des lieux et guide de bonnes pratiques sur les permanences gériatriques en lien avec les travaux STSS (CPTS, dispositif d'appui à la coordination) et proposition 6 du présent rapport (collaboration ES et EHPAD)</p> <p>-Déploiement de la télémédecine et télé-expertise pour les patients inscrits dans un parcours de soins– Mesure STSS - FDR Grand âge et autonomie</p>	<p><u>Activité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'appels par an à la permanence gériatrique</li> <li>- Nombre de sollicitations de la permanence gériatrique par le dispositif d'appui à la coordination</li> </ul> <p><u>Résultats</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'hospitalisations directes en service de gériatrie</li> <li>- Taux d'hospitalisation après passage aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans (personnes âgées à domicile et en EHPAD)</li> </ul>

<p><b>Action 3 :</b> Permettre au système de santé de capitaliser sur l'expertise médicale, soignante et organisationnelle de l'HAD, au bénéfice des personnes âgées en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrant l'HAD dans les filières gériatriques et les projets médicaux de territoire ;</li> <li>- Intégrant les activités d'HAD au travers de nouvelles compétences.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Révision de la circulaire DHOS du 28 mars 2007 sur les filières gériatriques</li> <li>-Travaux en cours sur les GHT</li> <li>-Rééducation et réadaptation : travaux des GT ministériels SSR et HAD en cours (organisation, autorisation et financement, Guide de l'HAD)</li> </ul>	<p><u>Processus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux de filières intégrant l'HAD dans leur projet/charte/convention</li> </ul> <p><u>Résultats</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Part de l'activité d'HAD au bénéfice résidents en EHPAD</li> <li>-Nombre de conventions entre HAD et SSIAD pour les personnes âgées à domicile</li> </ul>
<p><b>Proposition 2 : Tendre vers zéro passage aux urgences évitable des personnes âgées.</b></p>			
<p><b>Action 4 :</b> Organiser dans les établissements de santé une filière d'admissions directes des personnes âgées polypathologiques dans les services hospitaliers (particulièrement en gériatrie, médecine interne, médecine post urgence, SSR) permettant de limiter les passages aux urgences.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Guide de bonnes pratiques organisationnelles au sein des établissements de santé</li> <li>-Accompagnement financier à l'amorçage</li> </ul>	<p><u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Taux d'admissions directes en hospitalisations des personnes âgées de plus de 75 ans</li> <li>-Taux d'hospitalisations non programmées des personnes âgées de plus de 75 ans</li> </ul>
<p><b>Action 5 :</b> Outiller les personnels des SAMU dans le repérage des urgences psycho-sociales des personnes âgées à domicile et l'orientation vers les dispositifs pertinents des champs sanitaire, social et médico-social et les dispositifs d'appui à la coordination. Impliquer les pompiers et les ambulanciers régulés par le SAMU dans l'identification des signaux d'alerte et dans l'orientation vers les dispositifs adéquats.</p>	<p>Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD – HAS 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mise en place d'outils sur ces situations dans les SAMU/centre 15 en impliquant les pompiers (repérage des urgences psycho-sociales des personnes âgées à domicile)</li> <li>- Etudier si cela peut entrer dans la nouvelle formation des assistants de régulation médicale.</li> </ul>	<p><u>Processus :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Part des SAMU outillés</li> </ul>

<p><b>Action 6 :</b> Former les EHPAD à un recours optimal au SAMU et services d'urgences en créant des liens et des interactions avec la filière gériatrique hospitalière.</p>	<p>Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpads HAS - Circulaire DGCS/DGOS du décembre 2017 sur les coopérations renforcées établissements de santé et EHPAD</p>	<p>-Réaliser un état des lieux des initiatives en région à partir de l'instruction DGCS/DGOS 2017 sur les collaborations renforcées entre établissements de santé et EHPAD</p> <p>-Elaborer un guide bon pratique à la suite du bilan de l'ARS Hauts de France et d'autres expériences</p>	<p><u>Résultats</u> -Taux d'hospitalisation après un passage aux urgences des résidents d'EHPAD</p>
<p><b>Proposition 3 :</b> Limiter l'attente des personnes âgées aux urgences.</p>			
<p><b>Action 7 :</b> Dans les établissements de santé disposant d'une structure d'urgences, systématiser une organisation de gestion des lits en interne et intégrée à une organisation territoriale</p>	<p>ANAP – gestion des lits vers une nouvelle organisation –Tome 2</p>	<p>Inscrire dans décret d'autorisation de l'activité de médecine d'urgence (GT en cours) Travaux dans le cadre des GHT pour les ES publics</p>	<p><u>Processus</u> Taux de passage en UHCD des patients âgés de plus de 75 ans Temps d'attente aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans</p>
<p><b>Action 8 :</b> Développer au sein des structures d'urgences une prise en charge adaptée aux personnes âgées (repérage, évaluation précoce, circuit adapté, intervention de l'EMG ou intervention d'un gériatre).</p>	<p>Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées – Points clés organisation des parcours - Haute autorité de santé - septembre 2017</p>	<p>-Travaux sur les équipes mobiles de gériatrie -Travaux médecine d'urgences (circuit, compétences, ...) -Outillage sur les outils de repérage</p>	<p><u>Processus</u> -Nombre d'interventions d'une EMG en service des urgences -Temps d'attente aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans</p>
<p><b>Proposition 4 :</b> Favoriser les admissions directes en SSR polyvalents ou gériatriques de personnes âgées venant du domicile, des EHPAD ou des services d'urgences.</p>			
<p><b>Action 9 :</b> Repérer par les ARS les établissements SSR en capacité d'assurer des accueils non programmés de personnes âgées sur les territoires. Pour les patients dont le bilan a déjà été effectué mais susceptibles de nécessiter</p>		<p>-Cahier des charges national et déploiement en région</p> <p>-Travaux menés sur le SSR (GT ministériels avec les CNP)</p>	<p><u>Processus</u> -Nombre d'organisations de SSR sur les territoires</p> <p><u>Résultats</u> -% de patients en admission directe dans les organisations identifiées en région dans les SSR PAPD</p>

<p>des explorations complémentaires ou avis spécialisés dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, prioriser les établissements SSR implantés dans des établissements mixtes court séjour/SSR.</p> <p><b>Action 10 :</b> Préciser les critères d'orientation à un accueil direct non programmé en SSR, les situations cliniques éligibles, ainsi que les conditions d'accueil dans le cadre des travaux menés sur le SSR.</p>			
<p><b>Proposition 5 : Affirmer et organiser une responsabilité territoriale des hôpitaux de proximité nouvellement labellisés à l'égard de la personne âgée.</b></p>			
<p><b>Action 11 :</b> Inscrire dans les travaux sur les hôpitaux de proximité une responsabilité vis-à-vis de la population âgée de leur territoire au travers d'une palette de services.</p>		<p>-Moyens déterminés dans le cadre de la concertation sur les hôpitaux de proximité.</p> <p>-Projets médicaux des GHT sur les personnes âgées.</p>	<p>Cf STSS</p>
<p><b>Proposition 6 : Renforcer le recours à l'expertise gériatrique dans les services de spécialité (notamment chirurgie, oncologie, neurologie, psychiatrie) et renforcer l'offre de gériatrie.</b></p>			
<p><b>Action 12 :</b> Instaurer un repérage des personnes âgées fragiles lors des prises en charge chirurgicales ou interventionnelles afin de recourir de manière pertinente et efficace à des interventions des EMG en pré-consultation anesthésique.</p>		<p>-Déploiement de grille de repérage et formation</p> <p>-Révision de l'instruction sur les filières gériatriques</p> <p>-Travaux à mener CNP de chirurgie et de gériatrie</p>	<p><u>Processus</u> Taux d'évaluation par l'EMG</p> <p><u>Résultats</u> Taux de réadmission à 30 jours des personnes âgées après une intervention chirurgicale et une intervention de l'EMG</p>



<p><b>Action 13:</b> Développer au sein des établissements de santé disposant d'un service d'urgences et d'une activité suffisante (urgence et chirurgie) des organisations alliant des compétences de chirurgie orthopédique et de gériatrie dans les établissements dans le cadre d'un parcours spécifique aux personnes âgées avec comorbidités.</p>	<p>Orthogériatrie et fracture de la hanche - Fiche points clés organisation des parcours – HAS - juin 2017</p>	<p>-Bilan des organisations mises en place dans différentes régions -Cahier des charges national avec le CNP de chirurgie orthopédique et de gériatrie -AAP régional</p>	<p><u>Processus</u> -Nombre d'organisations mises en place en région dans les ES concernés <u>Résultats</u> -Taux de réadmission à 30 jours des personnes âgées après le séjour hospitalier pour une intervention de prothèse totale de hanche</p>
<p><b>Action 14:</b> Renforcer et rendre visible des organisations associant des compétences en psychiatrie et en gériatrie, notamment pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer et Parkinson, dans le cadre de la structuration de l'offre de soins de psychiatrie de la personne âgée avec la filière gériatrique et les dispositifs spécifiques liés à ces pathologies (notamment UCC).</p>		<p>-Recensement et bilan des organisations existantes en région -Plan d'actions à mettre en place sur la psychiatrie de la personne âgée (comité de pilotage de la psychiatrie)</p>	
<p><b>Action 15:</b> Intégrer des compétences gériatriques (médicales ou paramédicales) et des compétences liées à la prise en compte de l'autonomie des personnes âgées (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes...) ou assurer leur accès dans les services de spécialité recevant des personnes âgées à risque de perte d'autonomie. Reconnaître la place importante des assistantes sociales.</p>		<p>-RH : Outils STSS – GHT - équipes médicales de territoires – CPTS et travail partagé libéral et salarié  -Evolution de la formation des aides soignantes et des assistantes de soins en gérontologie  (cf atelier métiers)</p>	<p><u>Processus</u> -Evolution du nombre de gériatres -Nombre d'assistantes de soins en gérontologie formées -Evolution du nombre de professionnels favorisant l'autonomie des PA -Evolution du nombre d'assistants de service social</p>
<p><b>Action 16:</b> Reconnaître comme prioritaire sur les territoires la création ou le renforcement d'unités d'expertise ou de court séjour gériatrique (UCSG) là où elles sont insuffisantes.</p>		<p>-Etat des lieux du court séjour gériatrique -Révision de la circulaire DHOS du 28 mars 2007 sur la filière gériatrique</p>	<p><u>Processus :</u> Taux d'équipement en lits et place de CSG pour 1000 des personnes âgées de plus de 75 ans</p>

<p><b>Proposition 7: Anticiper, préparer et organiser la sortie d'hospitalisation afin de limiter les réadmissions des personnes âgées</b></p>			
<p><b>Action 17:</b> Rappeler l'importance de l'anticipation et l'organisation des sorties complexes à domicile (alliant complexité médicale, sociale et environnementale) particulièrement pour les personnes âgées.</p>	<p>-Comment réduire le risque de ré hospitalisations évitables des personnes âgées ? – Ponts Clés et solutions –HAS –Juin 2013 - Note méthodologique et de synthèse documentaire - Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures – Établissement d'une check-list » HAS 2015</p>	<p>-Etude et guide de bonnes pratiques sur la sortie des personnes âgées en court séjour  -SI et outils numériques au parcours</p>	<p><u>Processus</u> Taux de sollicitation de dispositif d'appui à la coordination pour des personnes âgées (cf expérience MAIA) <u>Résultats</u> -DMS des personnes âgées en hospitalisation -Taux de réadmission à 7 jours -Taux de réadmission à 30 jours des personnes âgées</p>
<p><b>Action 18:</b> Mettre en place des échanges entre des professionnels de santé de l'hôpital et de ville et les professionnels de santé des services médico-sociaux pour analyse des réadmissions des personnes âgées à 7 jours et à 30 jours</p>		<p>-Echange dans le cadre des CPTS</p>	<p><u>Résultats :</u> Indicateurs de réhospitalisations à 7 et 30 jours</p>
<p><b>Action 19:</b> Diversifier les transitions avant le retour à domicile des personnes âgées en fonction de leurs besoins de soins et d'aide.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocoliser le recours à l'hébergement temporaire en EHPAD de la personne âgée , en y ajoutant la possibilité d'y recourir en urgence, en y incluant l'HAD</li> <li>- Repenser la prise en charge temporaire en hôpital de proximité après une hospitalisation en établissement de recours ou de référence avant son retour à domicile.</li> </ul>		<p>-Elaborer les critères de recours à l'hébergement temporaire en EHPAD  -Travaux sur les hôpitaux de proximité</p>	<p><u>Résultats</u> Taux de réadmission à l'hôpital à 30 jours des personnes âgées</p>

<p><b>Proposition 8:</b> Déployer au sein des établissements de santé une stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation (médecine, chirurgie, oncologie, de SSR et psychiatrie).</p>			
<p><b>Action 20:</b> Généraliser l'évaluation de l'autonomie des personnes âgées par les aides-soignants –infirmiers les services de médecine et de chirurgie au travers de l'échelle grille Activities daily Living (ADL) en récupérant les évaluations éventuelles avant l'admission à J-15 (à l'admission et à la sortie de l'établissement et recueillir l'ADL évalué sur le lieu de vie de la personne).</p>	<p>National : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées Points clés organisation des parcours - Haute autorité de santé - septembre 2017 Guide parcours HAS sur les troubles neurocognitifs liés à la maladie d'Alzheimer – mai 2018</p>	<p>-A Inscrire dans le cadre du programme de l'ANAP : Production d'outils et de guide visant à l'implantation de la stratégie globale de prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation (ES pilotes)</p>	<p><u>Processus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboration des éléments de cadrage de la prévention de la dépendance iatrogène en ES</li> <li>- Expériences pilotes</li> <li>- Mises à disposition des éléments des outils cliniques</li> </ul> <p><u>Résultats:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'ES ayant initié une stratégie de la prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des personnes âgées</li> <li>- Taux de PA avec une perte d'autonomie évitable (ou Taux de PA avec une perte d'autonomie entre l'admission et la sortie d'hospitalisation)</li> </ul>
<p><b>Action 21:</b> Disposer de professionnels référents/ressources formés à la prise en charge adaptée des personnes âgées dans les services de spécialité avec mission d'accompagner les équipes et de les acculturer aux spécificités de la prise en charge de la personne âgée y compris concernant l'adaptation des équipements hospitaliers.</p>	<p><u>International :</u> Stratégie de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - stratégie ministérielle de la santé 2015-2020 cadre de référence au Québec -2011 – action OPTIMAH au CHU de Montréal</p>	<p>Outils pour les ES – guide (autodiag, bonne pratiques, réussites)</p> <p>Campagnes de sensibilisations - S'appuyer sur l'outil HAS</p> <p>Outillages cliniques</p> <p>RH – dont formation (Orientations du DPC 2019-2021) (Axe prioritaire des formations ANFH)</p>	
<p><b>Action 22 :</b> Déployer une action de formation continue de tous les personnels hospitaliers sur la prévention de la dépendance iatrogène au sein des établissements de santé (médicaux, paramédicaux, administratifs) en s'appuyant sur les équipes mobiles de gériatrie et les professionnels ressources/référents en gérontologie.</p>	<p>-Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? – Point clés et solution HAS - 2014</p>		

<p><b>Action 23 :</b> Diffuser des outils de pratiques cliniques sur les facteurs de perte d'autonomie iatrogène et évaluer les pratiques mises en place pour conciliation médicamenteuse.</p>			
<p><b>Proposition 9 :</b> Renforcer la culture de la bienveillance à l'égard des personnes âgées au sein des établissements de santé.</p>			
<p><b>Action 24 :</b> Sensibiliser et former les professionnels des établissements de santé sur la souffrance psychique et les troubles psycho-comportementaux des personnes âgées (prévention, conduites et prises en charge) afin de favoriser des prises en charge adaptées.</p>	<p>Confusion aigüe chez la personne âgée – Prise en charge de l'agitation – HAS - 2009 Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009. Guide parcours HAS sur les troubles neurocognitifs liés à la maladie d'Alzheimer-mai 2018</p>	<p>-Formation : Utiliser de nouvelles pédagogies - soignants à soignants (expériences en région)</p> <p>-Retour d'expérience de la formation ANFH des professionnels des EHPAD et des USLD 219-2020 sur les troubles psycho-comportementaux des personnes avec une maladie d'Alzheimer</p>	<p><u>Processus</u></p> <p>- Nombre d'ES ayant initié une action de sensibilisation ou de formation aux troubles psycho-comportementaux et à la souffrance psychique des personnes âgées</p>
<p><b>Action 25:</b> Mettre en œuvre une incitation à la réalisation d'analyses de pratiques dans le but de réduire le recours à la contention des personnes âgées au sein des établissements de santé et obligation d'un plan d'action.</p>	<p>Contention de la personne âgée – HAS 2005</p>	<p>Analyse de pratiques à déployer</p>	
<p><b>Proposition 10 :</b> Mieux évaluer la qualité des prises en charge des personnes âgées en établissements de santé.</p>			

<p><b>Action 26 :</b> Faire évoluer la certification des établissements de santé afin d'évaluer la gestion des risques de dépendance liée à l'hospitalisation des personnes âgées</p>		<p>Programme de travail HAS : certification ; indicateurs ; patients traceurs</p>	<p><u>Processus :</u>          Pris en compte dans la nouvelle certification des ES de</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'évaluation durant le séjour de l'autonomie du patient dans ses activités quotidiennes avant l'épisode de soins à l'entrée et à la sortie</li> <li>- l'analyse par les équipes du taux de ré-hospitalisation des personnes âgées à 30 jours</li> </ul>
<p><b>Action 27 :</b> Analyser spécifiquement les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins pour la population âgée quand cela est possible.</p>		<p>Programme de travail HAS</p>	<p>Mise à disposition annuelle d'une exploitation des indicateurs qualité sur la population des personnes âgées ex : la satisfaction et expérience des patients hospitalisés ou transmission de la lettre de liaison</p>

#### Accompagnement financier

- Renforcement de l'expertise gériatrique - STSS – Feuille de route Grand âge et autonomie : 16M€ sur 2019-2022
- Télémédecine –EHPAD – STSS- Feuille de route Grand âge et autonomie – 2019 –2022 : 8 M€ en 2019
- Gestionnaires de lits dans les GHT – STSS : 35 M€ en 2019
- Hébergement temporaire en EHPAD en sortie d'hospitalisation – Feuille de route Grand âge et autonomie : 15M€ sur 2019-2022