

APPEL A MANIFESTATION D'INTERÊT

**Pour le financement de dispositifs visant à
Prévenir les passages aux urgences et les ré
hospitalisations évitables des personnes âgées**

Cahier des charges

Autorité responsable de l'Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) :

**La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France
13 rue du Landy
Le Curve
93200 Saint-Denis**

Date de publication de l'appel à Manifestation d'Intérêt : 07-10- 2022

Date de limite de dépôt des candidatures : 09-12-2022

Pour toute question : ars-idf-emg@ars.sante.fr

Le présent Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) vise à renforcer et développer des dispositifs visant à prévenir les passages aux urgences et les ré hospitalisations évitables des personnes âgées.

Il s'adresse à la fois aux filières de soins gériatriques et à l'ensemble des établissements de santé disposant d'un pôle ou service de gériatrie en médecine et soins de suite et de réadaptation.

I. Éléments de contexte :

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, la population âgée de plus de 75 ans qui représente 9,6% de la population générale en 2020, représentera 12,2% en 2030 et 14,6% en 2040.

En Ile-de-France, selon les projections de population de l'INSEE, la population francilienne de plus de 75 passerait de 839 138 en 2020 (6,9%) à 1 142 000 habitants en 2030 (8,9%), soit une hausse de 36% contre 31% au plan national. Ces évolutions se caractérisent par ailleurs par de fortes disparités infrarégionales avec une croissance soutenue de la population âgée en grande couronne, intermédiaire en petite couronne et plus modérée à Paris.

Au plan national, sur le plan sanitaire, 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.

En 2017, en court séjour, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 18,3% des patients mais 22% de l'activité globale. Le taux d'hospitalisation croît avec l'âge.

L'activité de médecine en Ile-de-France est conforme à cette tendance avec 23% de la totalité des séjours concernant les personnes âgées de plus de 75 ans en 2017 : 700 925 séjours sur 3 102 038 séjours tous âges confondus.

Cependant, 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.

Le mode d'entrée par les urgences est un facteur de risque pour les personnes âgées : selon une enquête nationale 23% des personnes de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences contre 10% des 15-74 ans¹. Un passage prolongé aux urgences supérieur à 10 heures augmente le risque de syndrome confusionnel secondaire de plus de 2 fois. Par ailleurs, le fait d'être hébergé en EHPAD double le risque d'être un usager fréquent des urgences.

Les personnes âgées sont également sujets à un nombre plus élevé de ré-hospitalisations sources de rupture dans le parcours de vie et de soins : 18,2% des séjours sont suivis d'une ré-hospitalisation à 30 jours à partir de 75 ans.

La proportion de ré-hospitalisations évitables a été estimée à 23% de la totalité des réadmissions².

Enfin, 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,

¹ DREES – Personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une durée plus longue – mars 2017 –n°1008

² HAS comment réduire le risque de ré-hospitalisation évitable des personnes âgées-Points clés et solutions - juin 2013

33% dans les 6 mois après leur sortie et 14% à 1 an. La prévalence de la dépendance iatrogène est de l'ordre de 12% et elle est évitable dans 80% des cas³.

II. Financement et durée du dispositif :

Dans le cadre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences 2019 - 2022 qui vise à généraliser des parcours de santé adaptés pour les personnes âgées de plus de 75 ans, l'ARS IDF a été attributaire d'une enveloppe de crédits pour l'exercice 2022 de 9,4 M€.

Ces crédits ont un caractère non pérenne. A partir de 2023, les crédits délégués dans le cadre de la mesure 5 seront alloués directement aux établissements sur la base d'un indicateur incitatif correspondant au taux d'admission directe des personnes âgées de + de 75 ans en soins non programmés en cours de recueil depuis le 1^{er} janvier 2022. Les crédits qui seront ainsi alloués directement aux établissements permettront de prendre le relai de financement des actions engagées

Le financement des actions sélectionnées au titre du présent AMI sera effectif sur deux années.

III. Actions envisagées par l'AMI :

Dans le cadre de cet AMI, certaines actions ont été définies sur la base de bonnes pratiques. Celui-ci laisse cependant toute latitude aux établissements pour proposer d'autres actions en phase avec leur organisation territoriale.

L'AMI s'adresse à la fois aux filières de soins gériatriques et à l'ensemble des établissements de santé disposant de pôles et services de gériatrie. Dans le cadre du développement de la télémédecine d'autres spécialités pourront être prises en compte.

Les actions types proposées sont les suivantes :

➤ Renforcement de l'appui territorial gériatrique :

L'appui territorial gériatrique est à destination des professionnels de santé d'un territoire prenant en charge des personnes âgées en EHPAD (médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) ou à domicile (médecin généraliste, spécialiste, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), équipe de soins primaires).

Il offre une expertise non-programmée, sous la forme de conseils, de participation à une décision collégiale, une capacité d'orientation au sein la filière. Il peut mobiliser l'ensemble des ressources opérationnelles internes de la filière (services hospitaliers, équipes mobiles de gériatrie (EMG), filière d'admissions directes non programmées en gériatrie, hospitalisation à domicile (HAD) etc.).

L'appui gériatrique est joignable par téléphone ou par mail (messagerie sécurisée), et repose sur la mobilisation de temps médical de gériatre des établissements de santé du territoire.

En Île-de-France et notamment à l'occasion de la crise sanitaire liée au Covid, ces appuis ou astreintes territoriaux gériatriques se sont renforcés et couvrent l'ensemble du territoire à l'échelle des 34 filières de soins gériatriques.

Cependant, si ces dispositifs couvrent intégralement la période de semaine en journée, ils sont en revanche très limités le week-end et jours fériés excepté la plage horaire du samedi matin.

³ Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés ? C. Lafont • S. Gérard • T. Voisin • M. Pahor • B. Vellas Task Force (2011)

Il est donc proposé de favoriser l'extension de ces astreintes en journée les week-end et jours fériés.

Modalité de financement :

- **Des crédits spécifiques d'aide à la contractualisation à caractère pérenne ont été délégués à cet effet dans le cadre de la circulaire budgétaire (C1) des établissements de santé 2022 pour un montant de 500 000 €**
- **Le coût annuel pour assurer une couverture en week-ends et JF (1^{ère} ligne assurée par un interne et doublé par un sénior en astreinte téléphonique) est valorisé à hauteur de 45 258 €, ce qui permet le financement de 11 lignes d'astreinte de week-end et JF**

➤ **Création de consultations de gériatrie non programmée :**

La prise en charge des patients âgés en ville se heurte à une diminution du nombre de médecins généralistes libéraux et ces derniers se trouvent très démunis pour gérer des situations aiguës à domicile (confusion mentale, syndrome infectieux, agitation, douleur, chute répétées, plaies et suspicion de fracture, douleur thoracique, suspicion de phlébite etc...) et perdent beaucoup de temps pour avoir un interlocuteur et négocier une prise en charge en aval.

Cette situation est propice à générer des ruptures de parcours pour des personnes âgées poly pathologiques avec un recours excessif aux services d'accueil des urgences.

Parmi cette population âgée de 75 ans et plus, hospitalisée seulement une nuit en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), près de 40% regagnent leur domicile dès le lendemain.

La **création de consultations de gériatrie non programmée** pourrait représenter un nouveau levier d'intervention dans le parcours de soin apportant ainsi un gain qualitatif à la prise en charge du patient âgé et œuvrer à son maintien au domicile ou en EHPAD.

Ce type de dispositif aura pour vocation à prendre en charge de façon rapide sous 48h les patients âgés après le signalement d'un professionnel de santé notamment lors de situations aiguës constatées au domicile ou en EHPAD afin d'éviter autant que possible le transfert du patient aux urgences.

Cette consultation en milieu hospitalier bénéficiera du plateau technique du site hospitalier (biologie, imagerie) et disposera de certains dispositifs médicaux pour réaliser directement certains examens (ECG connecté, Bladder-scann, Kit doppler portable, Holter ECG) ainsi que du matériel de soins (kit de suture, sonde vésicale, matériel pour confectionner des plâtres, attelles, pansements etc...).

Modalité de financement annuel :

- **Moyens matériels : enveloppe forfaitaire de 20 000 €**
- **Moyens humains :**
 - **A titre indicatif, une consultation mobilisant un ETP de médecin gériatre permettrait de réaliser sur une année 1020 consultations. Compte tenu du montant des recettes liées à cette activité de consultations externes, le financement complémentaire de l'ARS est valorisé à hauteur de 80 000 €**
 - **En soutien à l'organisation de cette activité des postes d'assistants médicaux chargés de réguler les demandes de consultation pourront faire l'objet également d'un financement**

➤ Création de consultations de télémédecine :

La télémédecine est une offre de soins complémentaire en réponse aux défis démographiques et économiques du système de santé. Particulièrement pertinente pour les EHPAD, elle évite les déplacements inutiles ou inappropriés, réduit les passages aux urgences. Ainsi, les résidents sont maintenus le plus possible dans leur lieu de vie auprès d'équipes médicales et paramédicales mieux accompagnées.

Le recours à la télémédecine doit permettre de proposer des télé-expertises et des téléconsultations pluridisciplinaires en gériatrie polyvalente et également pour d'autres spécialités médicales (ex : dermatologie, cardio-gériatrie, neurologie, endocrinologie, diabétologie, soins palliatifs...)

L'organisation de cette activité repose sur un(e) infirmier(e) de coordination chargée d'analyser la demande (document dédié) en première intention, de la compléter si besoin et d'organiser la programmation des consultations de télémédecine.

Modalité de financement annuel :

- **Un demi-poste d'un(e) infirmier(e) valorisé à hauteur de 32 500 000 €**
- **Un demi ETP de temps médical valorisé à hauteur de 47 500 € compte tenu des recettes liées à cette activité.**

➤ Sécurisation des sorties d'hospitalisation :

Les personnes âgées sont également sujets à un nombre plus élevé de ré-hospitalisations 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.

La proportion de ré-hospitalisations évitables a été estimée à 23% de la totalité des réadmissions⁴.

L'organisation de la transition hôpital-domicile a pour objectif, pendant et après une hospitalisation, d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les ré hospitalisations évitables.

Les interventions pendant l'hospitalisation débutent par le repérage du risque de ré hospitalisation et se poursuivent par l'évaluation médicale et sociale du patient. Ce repérage du risque de ré hospitalisation est indispensable pour identifier les patients complexes qui doivent bénéficier d'une organisation de la sortie.

Cette prise en charge repose sur un(e) infirmier(e) de coordination et/ou en pratique avancée.

En sortie d'hospitalisation en médecine ou en SSR, Il/elle revoit avec le patient la check liste de sortie : ordonnances, consignes de suivi du traitement, lettre au médecin de ville, programmation des rendez-vous de suivi. Elle rappelle le patient 1 fois par semaine pendant le premier mois puis 1 fois par mois pendant 3 mois.

Il/Elle repère les difficultés de prise en charge dans ce parcours et propose des pistes d'amélioration avec l'aval du médecin traitant et organise l'accès aux consultations du médecin traitant ou spécialiste hospitalier, elle facilite l'orientation et organise les hospitalisations de jour, les hospitalisations conventionnelles dans l'objectif d'éviter un passage aux urgences.

Modalité de financement annuel :

- **Un poste d'un(e) infirmier(e) de coordination valorisé à hauteur de 65 000 € à 70 000 € (IPA)**

⁴ HAS comment réduire le risque de ré-hospitalisation évitable des personnes âgées-Points clés et solutions - juin 2013

IV. Modalités de dépôt de candidature et de sélection :

Les propositions devront être renseignées au moyen du dossier de réponse fourni en annexe.

Le dossier, dûment signé par le porteur, sera transmis par courriel (format Word ou PDF) à l'adresse suivante en mentionnant dans l'objet la référence (**AMI Mesure 5**) à l'appel à Manifestation d'Intérêt :

ars-idf-emg@ars.sante.fr

Pour toute question relative à cet appel à Manifestation d'Intérêt, un courriel pourra être adressé à cette adresse.

Les candidatures devront être déposées au plus tard le 09 décembre 2022 par courrier électronique à l'adresse référencée ci-dessus.

Une commission de sélection procèdera à l'examen des dossiers et sélectionnera les projets au regard de leur qualité, de leur opérationnalité et de leur coût.

Une décision de la Directrice générale de l'ARS portant autorisation ou refus d'accompagnement sera notifiée aux candidats.