

AXE 2 : Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients

Chapitre 2 : Accompagner les parcours de santé des personnes âgées

1. Diagnostic et enjeux

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 Île-de-France, selon les projections de population de l'INSEE, la population francilienne de plus de 75 ans 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, 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.

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 18,3% des patients mais 22% de l'activité globale des établissements de santé. 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 plus de 65 ans 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 sujettes à un nombre plus élevé de ré-hospitalisations, qui sont 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, 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.

La région est structurée par 34 filières de soins gériatriques. Cette organisation permet, à l'échelle de chaque territoire, d'organiser les parcours de soins des personnes âgées en lien étroit avec les professionnels de santé de ville et du secteur médico-social. Elles organisent également des parcours de soins en lien avec d'autres filières de soins spécifiques comme par exemple en cardiologie, pneumologie, neurologie et psychiatrie mais peuvent être déployées également en chirurgie.

La structuration d'un parcours d'admission directe, promu dans le cadre de la mesure 5 du Pacte de Refondation des Urgences, vise à apporter une réponse à une indication d'hospitalisation non programmée portée par un médecin pour une personne âgée dont la situation clinique ne nécessite pas le recours au service d'accueil des urgences. Pour les personnes âgées, qu'elles soient en EHPAD ou non, ainsi que pour leur entourage, l'admission directe constitue une réponse rapide et pertinente à un besoin de soins hospitaliers urgents permettant d'éviter le passage par le service d'accueil des urgences

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

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

lorsque celui-ci n'est pas nécessaire et reposant sur les professionnels de santé de proximité et une coordination effective et de qualité avec les professionnels des services hospitaliers.

Il convient également de renforcer les moyens directs des EHPAD dans leur prise en charge médicale et soignante vis-à-vis d'une population très âgée et polypathologique.

2. Objectifs stratégiques

- **Structurer et généraliser des parcours d'admissions directes** en service d'hospitalisation des personnes âgées afin de limiter les passages aux urgences évitables (reprise lors du Ségur de la santé).
- **Renforcer le rôle des filières de soins gériatriques** afin de fluidifier les parcours entre structures et favoriser les liens avec les filières de soins spécifiques.
- **Renforcer la prise en charge médicale et soignante des EHPAD** afin de tenir compte des profils cliniques des résidents de plus en plus sévères.

3. Objectifs opérationnels et Leviers

- **Structurer et généraliser des parcours d'admissions directes** en service d'hospitalisation des personnes âgées afin de limiter les passages aux urgences évitables (reprise lors du Ségur de la santé). Cette mesure a vocation à concerner tous les services des établissements de santé accueillant des personnes âgées. L'enjeu porte sur la proposition d'une prise en charge à part entière et non seulement une option offerte à une demande de soins non programmés, dans le cadre d'un parcours structuré et organisé reposant sur :
 - La définition d'éléments de processus clés dans la coordination ville-médico-social - hôpital et dans l'organisation de l'établissement de santé ;
 - La définition de règles d'orientation afin d'éviter des pertes de chance ;
 - L'élaboration de chemins cliniques pour les motifs les plus fréquents de recours ;
 - Une analyse des pratiques et une démarche qualité et de gestion des risques ;
 - Une sensibilisation et une communication forte.

Ce parcours nécessite un lien étroit et un engagement commun entre les établissements de santé, les professionnels de santé de ville et du secteur médico-social.

➤ **Renforcer le rôle des filières de soins gériatriques**

Les différents leviers suivants doivent permettre de renforcer encore davantage le rôle des filières de soins gériatriques.

- Favoriser le recours à l'expertise en gériatrie via un numéro de téléphone unique/interface numérique et via le renforcement des dispositifs de télésanté (téléconsultation, télé expertise et télésurveillance) à l'échelle de chaque territoire.
- Renforcer la présence médicale de gériatre aux urgences et organiser des circuits courts de prise en charge.
- Créer des consultations gériatriques semi-urgentes en amont et aval du passage par les urgences et développer l'accueil en hôpital de jour gériatrique à visée diagnostic et thérapeutique.
- Conforter l'action des équipes mobiles de gériatrie extra hospitalière intervenant auprès des EHPAD.
- Sécuriser les sorties d'hospitalisation par des dispositifs de coordination favorisant le retour à domicile.
- Structurer à l'échelle de chaque filière de soins gériatriques le dispositif d'Hébergement Temporaire en Sorties d'Hospitalisation (HTSH) : déploiement d'un volume adapté (calibré à 220 places d'HTSH en IDF en 2023, réparties entre les 34 filières gériatriques franciliennes). Ce dispositif permet d'organiser le transfert en HTSH pour un séjour de 30 jours dans le territoire de soins gériatrique ou à proximité du domicile de la personne âgée ou celui des aidants et il permet d'améliorer et sécuriser le retour à domicile d'une personne âgée après un séjour hospitalier.

➤ **Renforcer la prise en charge médicale et soignante des EHPAD**

Dans cette perspective, l'ARS Île-de-France poursuivra l'activation des leviers suivants :

- Augmenter le temps médical de médecins coordonnateurs et maintenir le dispositif de médecins prescripteurs.
- Généraliser le dispositif d'astreinte infirmière de nuit en EHPAD.
- Améliorer la prise en charge des situations d'urgence en EHPAD (Projet ASSURE en Île-de-France).

- Accroître les actions de prévention : prévention des chutes, lutte contre la dénutrition, prévention des risques liés à l'iatrogénie médicamenteuse, la prévention des infections et de l'antibiorésistance et la promotion de l'activité physique adaptée.

VERSION DE TRAVAIL