



OBJECTIF GRAND ÂGE : ÉVITER L'HÔPITAL

Profil des personnes âgées hospitalisées,
causes et effets de l'hospitalisation des personnes âgées,
solutions pour prévenir les hospitalisations évitables

Auteurs
Anna KUHN-LAFONT - Luc BROUSSY

avec la collaboration de
Jérôme GUEDJ - Aude PERSONNIC



SOMMAIRE

4	INTRODUCTION
6	Partie 1 : LA PERSONNE ÂGÉE : QUELLE PLACE DANS LE PAYSAGE HOSPITALIER ?
1.1	Le singulier parcours hospitalier du patient âgé.....7
1.2	Motifs d'hospitalisation : Chutes et polymédication en ligne de mire12
1.3	L'hospitalisation, évènement indésirable14
20	Partie 2 : COMMENT ÉVITER L'ÉVITABLE ?
2.1	Mieux maîtriser les ressources en Ehpad avec le tarif global et la PUI.....21
2.2	Hospitaliser sans quitter le lieu de vie grâce à l'HAD.....23
2.3	Renforcer les capacités en soins de nuit des Ehpad25
2.4	Armer les équipes soignantes face aux situations d'urgence à travers la formation27
2.5	Mieux anticiper les soins palliatifs en Ehpad29
2.6	Faciliter l'accès aux soins avec la télémédecine33
2.7	Réduire la durée d'hospitalisation en facilitant la sortie de l'hôpital.....36
41	ANNEXES



INTRODUCTION

Fidèle à son mode de fonctionnement depuis sa création au printemps 2018, le Think Tank Matières Grises a moins vocation à inventer qu'à compiler. Moins vocation à explorer qu'à rendre lisible et compréhensible ce qui existe déjà.

Nous avons donc profité ici des données statistiques publiées notamment par l'ATIH, le HCAAM, la DREES, la HAS, la CNAMTS ou encore la CNSA. A cela, nous avons ajouté le fruit de nos entretiens avec un certain nombre d'experts cités en annexe que nous remercions tous pour leur participation. Enfin, les groupes membres du Think Tank, et notamment leurs directeurs médicaux, ont apporté leur connaissance du terrain et ont réagi à nos constats et propositions.

Pourquoi ce sujet et pourquoi maintenant ? Peut-être parce que le contexte nous semble avoir été marqué récemment par trois événements de nature distincte :

- Notre pays vit d'abord en ce printemps 2019 **une sempiternelle crise des services d'urgence de ses hôpitaux.** Des services engorgés, des personnels en grande difficulté et des pouvoirs publics obligés de mobiliser un énième plan « d'urgence » pour cautériser une jambe de bois quand la solution réside, tout le monde le sait, dans la refonte systémique du parcours de santé. Un parcours qui permettrait des solutions en amont - afin d'éviter l'hôpital en général et les urgences en particulier - et en aval - afin de quitter au plus vite un lieu où, notamment pour une personne âgée fragile, il ne fait pas toujours bon de s'éterniser.
- La publication de ce Rapport se situe ensuite dans un contexte marqué

depuis plus d'un an par un **violent mouvement d'Ehpad bashing**. En quelques mois sont sortis livres, témoignages et reportages télévisés décrivant la vie en Ehpad comme un enfer. Quand bien même ces reportages ou ces ouvrages ont-ils été produits avec une incroyable dose de malhonnêteté intellectuelle, ils n'en ont pas moins laissés des traces dans l'opinion publique et ont contribué à délégitimer gravement le rôle social et la fonction de soins et de prévention des Ehpad.

Il est grand temps, dès lors, de réhabiliter l'Ehpad et sa légitimité dans le parcours de santé de la personne âgée.

- Enfin, ce Rapport sort quelques mois après que la Ministre des Solidarités et de la Santé ait lancé une vaste concertation nationale en vue de préparer **la loi Grand Âge et Autonomie** que le Président de la République a appelé de ses vœux en juin 2018. Après 4 mois de concertation, le rapport Libault a produit 175 propositions qui serviront de socle au travail législatif qui commence et qui doit aboutir à l'examen d'un projet de loi en Conseil des Ministres avant la fin de l'année.

Lors de cette concertation, un groupe de travail co-présidé par Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Bordeaux et Sylvie Escalon, sous-directrice à la DGOS a traité la question de la personne âgée à l'hôpital. Pour notre part, nous nous concentrerons plutôt sur la question de savoir si la personne âgée peut éviter d'y aller. Non que l'hôpital ne soit pas utile, efficace voire indispensable. Mais on sait aussi qu'il est parfois un lieu d'accueil subi plutôt que souhaité. Subi parce que l'Ehpad ou le service d'aide à domicile n'aura pas su prendre en charge certaines situations en amont ; subi parfois aussi quand la personne âgée demeure trop longtemps dans son lit d'hôpital faute de solutions d'aval.

Nous avons souhaité dans ce Rapport montrer que **le patient âgé n'était pas à l'hôpital un patient comme les autres** : taux d'hospitalisation plus élevé, durée de séjour plus longue, proportion plus importante d'entrée par les urgences, le patient âgé cumule les difficultés. Et lorsqu'il entre en Ehpad, si son taux d'hospitalisation diminue dans l'année qui suit son admission, il demeure trop souvent un usager des « urgences ».

Polypathologies, polymédication, fréquence des chutes : tel est le triptyque qui justifie, pour une personne âgée, le recours fréquent à une hospitalisation qui peut s'avérer indésirable tant pour des raisons de santé publique que pour des raisons financières.

Il faut donc assumer l'objectif de réduire autant que possible les hospitalisations des personnes âgées et notamment des résidents d'Ehpad. Pour ce faire, les leviers sont connus et nous les rappelons :

- la promotion du Tarif Global et des Pharmacies à Usage Intérieur
- le développement de l'Hospitalisation à Domicile y compris en Ehpad ou en RSS
- le renforcement des capacités en soins la nuit en Ehpad
- la formation des équipes soignantes aux situations d'urgence
- une meilleure anticipation et utilisation des soins palliatifs en Ehpad
- un accès facilité et plus systématique à la télémédecine

Certes, ces objectifs sont tous déjà connus et identifiés. Ce qui fait défaut c'est de les appréhender de manière aussi globale que systématique pour composer **un véritable dispositif de lutte contre les hospitalisations inutiles et évitables**.

Cette démarche s'aligne par ailleurs sur les objectifs ambitieux du Plan « Ma Santé 2022 » et notamment : la struc-

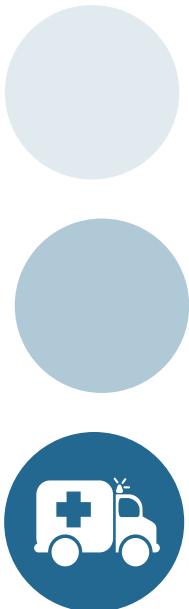
turation territoriale de l'offre de soins et l'amélioration de la coordination des acteurs.

De fait, ce Rapport propose de redorer le blason des Ehpad, des Résidences Services Séniors ou des Services d'aide à Domicile en les érigent, en amont, en rempart à des hospitalisations inutiles et en aval, en lieu naturel de sortie d'hospitalisation.

Ces éléments de réflexion devront être au cœur de la future loi Grand Âge et Autonomie.

Luc BROUSSY Anna KUHN-LAFONT





Partie 1

LA PERSONNE ÂGÉE : QUELLE PLACE DANS LE PAYSAGE HOSPITALIER ?

À l'évidence, la personne âgée de plus de 75 ans occupe une place particulière dans le parcours hospitalier. Plus souvent hospitalisée et pour une durée plus longue, la personne âgée, qu'elle soit ou non résidente en Ehpad, franchit généralement les murs de l'hôpital suite à une chute ou à un problème cardio-vasculaire. Une hospitalisation qui apparaît trop souvent pour ce qu'elle est : un événement aussi évitable qu'indésirable.

1.1 LE SINGULIER PARCOURS HOSPITALIER DU PATIENT ÂGÉ

Taux d'hospitalisation plus élevé, durée moyenne de séjour plus longue et sur-fréquentation des urgences : les personnes âgées ne sont pas des patients comme les autres à l'hôpital.

UN TAUX D'HOSPITALISATION DEUX FOIS PLUS ÉLEVÉ QUE LA MOYENNE

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation¹, **1,6 million de personnes de 80 ans et plus ont été hospitalisées en 2017**, soit un taux d'hospitalisation² de 406 personnes pour 1 000, contre 191 pour 1 000 sur l'ensemble de la population. Les personnes âgées représentent 13% de la population hospitalisée au moins une fois au cours d'une année (soit 1 patient sur 8) alors qu'elles ne représentent que 6% de la population totale française (soit 1 français sur 16). Autrement dit : elles sont largement « surreprésentées » dans les hôpitaux.

Plus spécifiquement, les personnes de 75 ans et plus représentent près de la moitié

des patients en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 22,5% en Hospitalisation à domicile, 18,3% en court séjour et 15% en psychiatrie (hors ambulatoire).

UNE DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR QUI DOUBLE ENTRE 60 ET 80 ANS

Plus fréquemment admis à l'hôpital, les patients âgés y restent également plus longtemps³. Jusqu'à 60 ans, les Durées Moyennes de Séjour (DMS) croissent légèrement avec l'âge. À partir de 70-75 ans, en revanche, leur croissance s'accélère. À titre d'exemple, la DMS à 60 ans est à peine plus élevée qu'à 45 ans, mais elle double entre 60 et 80 ans. **A partir de 85 ans, les DMS sont proches de 10 jours, le double de celles des adultes de moins de 64 ans.** Avec l'avancement en âge, la DMS augmente donc de façon non linéaire.

1. ATIH (2017), « Hospitalisation chiffres clés 2017 », données issues du PMSI 2017 et arrondis au millier près

2. Taux d'hospitalisation : nombre de séjours hospitaliers pour 1 000 personnes

3. HCAAM (2010), « Vieillissement, longévité et assurance maladie » et HCAAM (2011) « Assurance maladie et perte d'autonomie »



OBJECTIF GRAND ÂGE : ÉVITER L'HÔPITAL

Partie 1 : Quelle place dans le paysage hospitalier ?

Cette hausse de la DMS avec l'âge s'explique naturellement par la plus lente récupération et les possibles décompensations de ces patients « fragiles » mais elle trouve l'essentiel de sa cause dans la hausse des durées extrêmes. On observe en effet, aux âges élevés, une proportion importante de séjours très longs : après 90 ans, la DMS en court séjour est de 8,46 jours contre 5,5 en moyenne toutes classes d'âges confondues.

Les personnes âgées sont donc également surreprésentées dans les séjours très longs. Ce phénomène s'explique en partie par des causes externes à l'hôpital (impossibilité du retour à domicile, insuffisante coordination avec l'hospitalisation à domicile, contrainte de places d'aval en SSR ou EHPAD), mais également, par des causes internes (attente de diagnostics complémentaires, difficultés d'anticipation, gestion de la sortie...), elles-mêmes en partie expliquées par la relative imprévisibilité de l'état de santé de cette population poly-pathologique et fragile⁴.

4. HCAAM (2011), « Assurance maladie et perte d'autonomie »

Conclusion : La DMS des personnes très âgées est naturellement plus longue et plus variable que celles des autres classes d'âge, mais **retenons également de ces chiffres que près de la moitié des séjours des plus de 80 ans a une durée inférieure à la durée moyenne tous âges confondus.** Un constat qui réfute l'idée selon laquelle les personnes âgées bloquent systématiquement des lits par la durée très longue de leurs séjours à l'hôpital.

UN PARCOURS BRUSQUÉ ET FRAGMENTÉ

Les urgences sont la principale porte d'entrée des personnes âgées dans le circuit hospitalier : 45% des hospitalisations des 80 ans et plus se fait par ce biais contre 15% pour les personnes de 30 à 70 ans⁵. **Les plus de 80 ans représentent 41% des admissions en hospitalisation par les urgences, contre 24% pour les personnes de 20 à 80 ans.**

5. HAS et ATIH



URGENCES ET TERRITOIRES

Il y a évidemment des différences importantes entre établissements et entre territoires, du point de vue de la disponibilité de la médecine de ville, la fréquentation des urgences et la propension à l'hospitalisation à plein temps. La performance sera collégiale et territoriale, ou ne sera pas. Il serait intéressant que la régulation (SAMU-SMUR) puisse ainsi être inscrite dans une gouvernance territoriale collégiale, associant les pouvoirs publics, les hospitaliers publics et privés, la médecine de ville et le secteur médico-social, avec un intérêt à agir ensemble pour le désencombrement des urgences.

Par ailleurs, la durée de passage aux urgences des personnes âgées est plus longue : 23% des patients de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences et 34% entre 4 et 8h contre respectivement 10% et 18% chez les 15-74 ans. La durée médiane pour les patients âgés de 75 ans et plus est de 4h30 contre 2h20 chez les 15-74 ans⁶. Leur prise en charge dure plus longtemps en raison notamment des nombreux actes d'investigation complémentaires⁷ et d'une tendance au séjour en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) en attente d'orientation (retour à domicile ou hospitalisation)⁸.

Enfin, avec l'âge, le parcours hospitalier des personnes âgées apparaît plus exposé à des ruptures et discontinuités de la prise en charge. Le Haut conseil pour

l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) avait ainsi mis en exergue la probabilité plus importante de transfert pour les personnes âgées : en 2008, plus de 200 000 personnes de 80 à 84 ans ont fait l'objet d'un transfert entre deux séjours hospitaliers le même jour. Parmi ceux-ci, plus de la moitié correspondent à des passages de MCO vers SSR, près de 30% à des changements au sein de MCO, 10% à des transferts de SSR vers MCO et enfin 5% à d'autres cas (voir graphique ci-dessous).⁹

Plus généralement, le parcours de soins est également fragmenté par des réadmissions courantes des sujets âgés : dans 14% des cas les personnes âgées de 75 ans et plus font l'objet d'une réhospitalisation non programmée à 30 jours.¹⁰

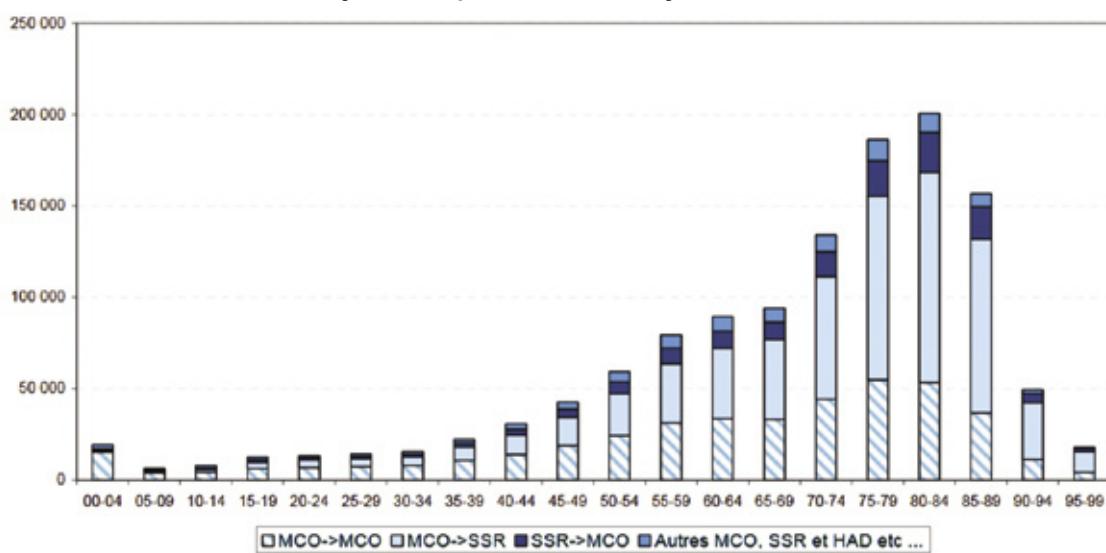
6. DRESS (2017), « Personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une durée plus longue »

7. « Comparée à une population générale, les personnes âgées ont en moyenne 1/3 d'exams complémentaires en plus pour un pourcentage de diagnostics identiques » (SFMU, 2003).

8. DRESS (2017), « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier »

9. HCAAM (2010) « Vieillissement, longévité et assurance maladie »
 10. HAS (2013), « comment réduire les risques de réhospitalisation évitable des personnes âgées »

Parcours des personnes dont le transfert entre 2 séjours hospitaliers a lieu le jour même (2008)



Source : PMSI DHOS, ATIH

Champ : population générale, hospitalisations en MCO, HAD, SSR tous établissements hors CMD 28, 14 et 15



OBJECTIF GRAND ÂGE : ÉVITER L'HÔPITAL

Partie 1 : Quelle place dans le paysage hospitalier ?

DOMICILE VS EHPAD : L'IMPACT DU LIEU DE RÉSIDENCE SUR LE PARCOURS HOSPITALIER

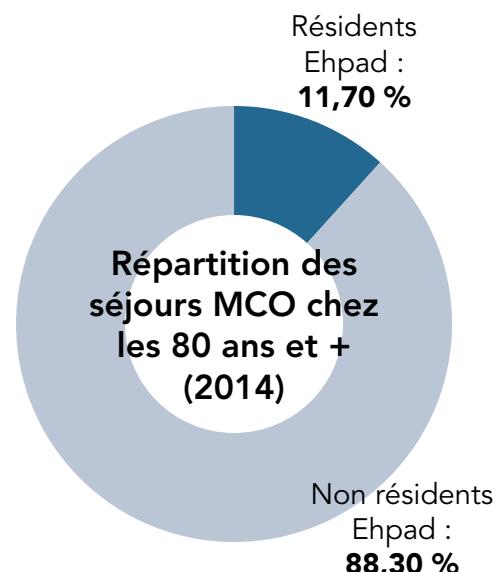
Dans son rapport « Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 », la CNAMTS¹¹ détaille la provenance des personnes de 80 ans et plus hospitalisées au cours de l'année 2014. Sur les 1,7 million de séjours enregistrés en MCO, 11,7% ont été effectués par des résidents d'Ehpad contre 88,3% par des personnes non résidentes en Ehpad. Des proportions proches de celles constatées entre les personnes de plus de 80 ans résidant en Ehpad ou à domicile (respectivement 15% et 85%)¹².

Les résidents en Ehpad ne fréquentent donc pas plus l'hôpital que les autres personnes âgées, comme le confirme leur taux d'hospitalisation, évalué à 40%¹³, similaire donc à l'ensemble de la population de 80 ans et plus.

Une réduction des réhospitalisations après admission en Ehpad

Le recours à l'hospitalisation diminue même après l'entrée en Ehpad. Le rapport de la CNAMTS, indique, en effet, qu'**avant leur admission, 75% des résidents ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année alors que ce taux chute à 40 % l'année suivant l'admission**. Le nombre moyen de jours passés à l'hôpital sur une année diminue également, passant de 21 jours avant l'admission à 11 jours après celle-ci.

Cette évolution peut toutefois être relativisée puisque les fréquences et le nombre élevé de jours d'hospitalisation avant admission font suite à la survenue ou



l'aggravation de la pathologie provoquant d'elle-même l'admission en Ehpad. La prise en charge en établissement médicalisé n'est donc pas garant d'une réduction du recours à l'hôpital.

Plus de séjours hospitaliers sans nuitée pour les résidents d'Ehpad

Après admission en Ehpad, la proportion de séjours sans nuitée sur douze mois augmente, passant de 12% à 22%. Par ailleurs, un séjour sans nuitée sur deux survient dans le cadre de l'urgence, c'est-à-dire que le patient a été adressé en urgence vers un hôpital, sans que cela ne nécessite de véritable hospitalisation par la suite.

Au-delà d'un recours ponctuel, les urgences constituent le circuit préférentiel d'accès à l'hospitalisation pour les rési-

11. CNAMTS (2016), « Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 »
12. Statistiques proches de celles du rapport DRESS de 2017 : « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier » (tableau 1 p3)

13. HAS (2015), « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'Ehpad »,

Caractéristiques des usagers fréquents des urgences chez les plus de 60 ans en 2014

Zoom sur les plus de 60 ans		Au moins 1 admission	3 admissions et plus	Fréquence	Risque relatif
Population totale		1 966 677	356 262	0,18	1
Résident en Ehpad	non	1 786 669	308 402	0,17	0,65
	oui	180 008	47 860	0,27	1,54

CNAMTS (2017) "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'AM pour 2018"

dents d'Ehpad. Dans 64% des cas, l'admission se fait aux urgences, contre 45% pour l'ensemble des 80 et plus. Plus généralement, **à partir de 60 ans, être hébergé en Ehpad fait plus que doubler le risque relatif d'être un usager fréquent des urgences¹⁴** (voir tableau ci-dessus).

En revanche, il semblerait que cela réduise très légèrement le risque de réhospitalisation dans les 30 jours, évalué à 3,2 % pour les plus de 80 ans résidant en Ehpad contre 3,9% pour les autres personnes âgées¹⁵.

14. CNAMTS (2017), « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 »

15. Est considérée comme une réhospitalisation tout séjour MCO survenant dans les 30 jours après la sortie d'un séjour MCO et ayant le même motif (source : CNAMTS, Juillet 2017)

GMP - PMP ET TAUX D'HOSPITALISATION

Dans son rapport « La situation des EHPAD en 2017 », la CNSA fait état d'une forte disparité du taux d'hospitalisation d'un Ehpad à un autre et étudie les facteurs à l'origine de ces variations.

S'agissant du niveau de dépendance de la population accueillie, le rapport démontre que les Ehpad avec un GMP supérieur à 800 points n'enregistrent pas un taux d'hospitalisation supérieur aux autres. Au contraire, il est très légèrement inférieur à la moyenne (1,02% contre 1,16%).

Nous pourrions en déduire que l'état de santé des résidents accueillis conditionne la capacité de l'Ehpad à les prendre en charge pour éviter l'hospitalisation. Mais cette corrélation ne se vérifie pas sur l'indicateur du PMP puisque plus cet indicateur est élevé, plus les hospitalisations sont fréquentes (1,10% pour un PMP inférieur à 150, 1,15% pour un PMP compris entre 150 et 200 et 1,17% au-delà de 200 points).



© Colisée



1.2 MOTIFS D'HOSPITALISATION : CHUTES ET POLYMÉDICATION EN LIGNE DE MIRE

Souvent atteintes de polypathologies et/ou soumises à une polymédication, les personnes âgées prennent le chemin de l'hôpital d'abord et avant tout consécutivement à des chutes ou pour des raisons cardio-vasculaires.

UNE POLYPATHOLOGIE ASSOCIÉE À UNE POLYMÉDICATION FRÉQUENTE

Le profil de recours aux soins des personnes âgées présente certaines spécificités. Tout d'abord, le nombre de pathologies diagnostiquées s'accroît avec l'âge. La synthèse de l'atelier « Hôpital et personne âgée » issu de la Concertation Grand Âge et Autonomie souligne en effet que **40% à 70% des personnes de 75 ans ou plus sont**

traitées pour plusieurs pathologies, 57 % sont en affection de longue durée (ALD) et 50% se voient régulièrement administrer 7 molécules différentes.¹⁶ 20 % des hospitalisations des personnes âgées de 80 ans et plus sont ainsi liées à un médicament et ce risque iatrogène se focalise à 80% sur 4 classes de médicament : antihypertenseurs / diurétiques, AVK, psychotropes et hypoglycémiants. Le motif d'hospitalisation des personnes âgées est alors généralement source de difficultés d'orientation, d'autant plus si une altération cognitive est associée à cette polypathologie et cette polymédication.

Motifs de recours aux urgences

Motifs	% des recours aux urgences	
	+ de 75 ans	- de 75 ans
Traumatologie	25%	39%
Cardio-vasculaire	17%	8%
Général et divers (fièvre, état général, sutures...)	12%	7%
Respiratoire	12%	5%
Gastrologie	10%	11%
Neurologie	9%	5%
Autres	15%	25%

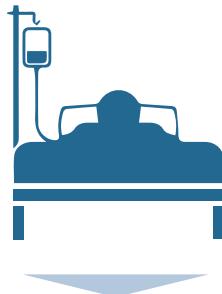
Source : Drees, Enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières (2013)

TRAUMATOLOGIE ET TROUBLES RESPIRATOIRES : PREMIERS MOTIFS D'HOSPITALISATION

En Ehpad, les premiers motifs d'hospitalisations non programmées sont, par ordre d'importance : les chutes (1/3 dont 50% avec fractures), **les décompensations cardiopulmonaires** (30 %), puis les problèmes urodigestifs, neurovasculaires et les troubles du comportement¹⁷.

16. HCAAM (2015), Document 9 annexé au rapport « innovation et système de santé » - séance du HCAAM du 23/04/2015.

17. HAS (2015), « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'Ehpad ? »



40 à 70 % des 75 ans ou plus traités pour plusieurs pathologies

Plus généralement sur la population âgée, le HCAAM avait fait apparaître dans son rapport de 2011¹⁸ que l'augmentation de la DMS en MCO avec l'âge est concentrée sur les « états pathologiques » suivants¹⁹ : les traitements médicaux du système nerveux (notamment les AVC), les traitements de l'appareil respiratoire (notamment les pneumopathies), les traitements de l'appareil circulatoire (notamment l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme), les traitements médicaux et chirurgicaux de l'appareil musculo-squelettique (traumatismes divers et rhumatologie) ainsi que les troubles mentaux. Ces situations de diagnostic et de traitement, malgré leur intitulé apparemment large, ne représentent que 37% des journées d'hospitalisation en population générale mais 60% des journées d'hospitalisation des plus de 85 ans.

Aux urgences également, la traumatologie constitue le premier motif d'admission des 75 ans et plus (25%), suivi des motifs cardiovasculaires (17%). Par rapport

1/3 des hospitalisations des résidents d'Ehpad dû à une chute

aux patients plus jeunes, ces problèmes cardiaques, respiratoires ou neurologiques sont plus fréquents, tandis que les motifs de traumatologie le sont moins (voir tableau page précédente)²⁰. **Plus spécifiquement pour les résidents d'Ehpad, 10% d'entre eux sont pris en charge aux urgences pour des motifs neurologiques** liés à leur grande dépendance : 83% sont GIR 1-4 et 42% GIR 1-2. Ils sont également 51% à être atteints de Maladie d'Alzheimer ou syndrome apparenté²¹.

18. HCAAM (2011), « Assurance maladie et perte d'autonomie »

19. Plus précisément, il s'agit de six « CMD-lettres du PMSI », c'est-à-dire six situations de diagnostic et de traitement hospitalier

20. DRESS (2017) « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier »

21. Rolland Y et al. (2012)



1.3 L'HOSPITALISATION, ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

L'hospitalisation d'un sujet âgé fragile ou dépendant peut affecter considérablement, et irréversiblement dans de nombreux cas, son état émotionnel et précipiter son déclin fonctionnel et cognitif. Et au delà de ces conséquences, les enjeux financiers sont eux aussi non négligeables pour la personne âgée.

I UNE HOSPITALISATION QUI PEUT S'AVÉRER DÉLÉTÈRE

Dans ses travaux de 2017, la Haute Autorité de Santé, en collaboration avec le Conseil National Professionnel de Gériatrie²², définit **la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation** comme une perte fonctionnelle aux activités de base de la vie quotidienne entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation.

Cette perte d'autonomie est de l'ordre de 30 % à 60 % chez les personnes hospitalisées de 70 ans et plus et systématiquement de plus de 50% pour celles de 85 ans et plus. Elle est due à plusieurs facteurs qui interagissent entre eux : certains sont **intrinsèquement liés au patient** (sa pathologie et son état avant l'hospitalisation), tandis que d'autres sont **extrinsèquement liés aux modalités de soins et à l'environnement hospitalier**.

Les principales causes de la dépendance iatrogène chez les personnes de 70 ans et plus sont au nombre de 6 : le syndrome d'immobilisation (70% à 83% du temps passé alité n'est pas médicalement nécessaire), **la confusion aiguë** (touchant 29% à 64% des personnes âgées hospitalisées), **la dénutrition** (touchant 35% des personnes âgées à l'admission contre 50% à la sortie), **les chutes** (causant des blessures dans 30% à 40% des cas), **l'incontinence urinaire** (concernant 14% des personnes âgées à

l'admission contre 33,5% à la sortie) et enfin, **les effets indésirables des médicaments**²³.

Ce constat est d'autant plus marqué dans les Ehpad accueillant la population la plus fragile et fortement polypathologique. L'étude PLEIADE, menée par le Gérontopôle de Toulouse en 2010 sur les résidents de 300 Ehpad, a démontré **une augmentation simultanée après hospitalisation de trois indicateurs de fragilité : chutes (+5%), perte de poids (+23%) et contention (+14%)** (voir tableau page suivante)²⁴. Conclusion : **l'hospitalisation est un facteur de risque de survenue d'événements défavorables à l'état de la personne âgée**.

Certes, cette étude s'est concentrée sur les résidents d'Ehpad, qui représentent la population âgée la plus fragile et polypathologique. Toutefois, les médecins gériatres s'accordent à dire qu'**au-delà de 75 ans, toute personne est à risque et doit faire l'objet, dans le cadre d'une hospitalisation, d'une prise en charge spécifique et adaptée pour réduire le risque de dépendance iatrogène**.

D'autant plus que dans de très nombreux cas, cette perte d'autonomie est irréver-

22. HAS et CNPG, « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées » [Sept. 2017]

23. HAS (2017) « Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées »

24. Roland Y (2010) « Nos aînés fragilisés en maison de retraite médicalisée: une vie de mouvements... »

Caractéristiques de tous les résidents de retour d'une hospitalisation

Nouveaux entrants venant du domicile	Résidents de retour d'hospitalisation
85,4	Âge (ans) 86,7
46 %	Taux de patients MA 44 %
53 %	Taux de patients présentant des troubles du comportement perturbateurs 61 %
6,3	Nombre moyen de traitements 7,4
3,1	Nombre moyen de pathologies 3,8
10 %	Taux de patients ayant chuté 15 %
15 %	Taux de patients traités par neuroleptique 19 %
16 %	Taux de patients avec au moins 3 psychotropes 12 %
28 %	Taux de patients à dépendance lourde 50 %
13 %	Taux de patients présentant des troubles de l'alimentation 28 %
9 %	Taux de patients contenus 23 %
7 %	Taux de patients présentant une anorexie 19 %
11 %	Taux de patients présentant une perte de poids 34 %

Source : Etude PLEIADE du gérontopôle de Toulouse

sible pour la moitié des personnes âgées : après leur sortie d'hospitalisation, seuls 50% des patients âgés récupèrent leur état fonctionnel initial, (33% dans les 6 mois qui suivent leur sortie, et 14% dans les 12 mois)²⁵.

UN IMPACT FINANCIER NON NÉGLIGEABLE

Considérant tout d'abord les dépenses individuelles, la dépense moyenne annuelle de soins en 2008 d'une personne de 50 ans était d'environ 2 000 € et de 6 000 € pour une personne de 80 ans, soit une dépense trois fois plus élevée²⁶. Cet écart important s'explique principalement par l'accélération à partir de 60 ans de la dépense hospitalière, les soins de ville s'élevant plus lentement et régulièrement et marquant même une certaine stabilité après 80 ans. **À 90 ans, la**

25. HAS (2017), « Prévenir la perte d'indépendance iatrogène liée à l'hospitalisation »

26. HCAAM (2010) « Vieillissement, longévité et assurance maladie »

dépense hospitalière culmine à 8 000 € par an contre 4 000 € pour les soins de ville.

Plusieurs travaux ont ainsi tenté d'estimer la dépense globale au niveau national d'hospitalisation des personnes âgées, en distinguant la population vivant à domicile de la population hébergée en Ehpad. C'est le cas notamment du HCAAM dans le cadre de son rapport datant de 2010 (*voir tableaux page suivante*).

Mais la question ici n'est pas tant d'évaluer le coût global des dépenses d'hospitalisation des personnes âgées que **l'impact des spécificités du parcours hospitalier de la personne âgée sur ces dépenses globales.**

Nous l'avons vu précédemment, en sus d'être plus fréquemment hospitalisées, les personnes âgées enregistrent une DMS plus longue que l'ensemble de la population. Dans son rapport de 2011, **le HCAAM²⁷ a cherché à évaluer les marges**

27. HCAAM (2011), Assurance maladie et perte d'autonomie, p52



OBJECTIF GRAND ÂGE : ÉVITER L'HÔPITAL

Partie 1 : Quelle place dans le paysage hospitalier ?

Quel impact économique du vieillissement de la population à venir ?

Le poids relatif des personnes âgées dans la dépense de santé est plus important que leur strict poids démographique. Les plus de 60 ans représentent aujourd’hui environ un cinquième de la population et concentrent 45% de la dépense de soins. **Les plus de 75 ans représentent 8% de la population et concentrent à peu près un cinquième de la dépense de soins.**

Pour autant, **on ne peut pas en déduire que les personnes âgées mobilisent l’essentiel des dépenses de santé**. En effet, lorsqu’on considère, non plus la dépense de manière individuelle, mais catégorielle en prenant l’ensemble des âges, les masses restent relatives. **Prenons l’exemple des 85-89 ans : si ils dépensent individuellement six fois plus que les 25-29 ans, ils sont en revanche, cinq fois moins nombreux !**

Par ailleurs, la croissance de la population âgée évoluera progressivement. L’impact mécanique de l’évolution de la pyramide des âges à l’horizon 2050 ne comptera donc que pour un dixième de la croissance annuelle des dépenses chaque année, ne représentant rien d’insurmontable pour les dépenses publiques.¹

1. HCAAM (2010), « Vieillissement, longévité et assurance maladie »

Chiffrage des dépenses d’hospitalisation des personnes âgées résidant en Ehpad et à domicile

Source : HCAAM « Vieillissement, longévité et assurance maladie » (Avril 2010)

EHPAD	Dépenses moyennes remboursées par consommant	Population hospitalisée EHPAD	Dépense hospitalisation des résidents en Ehpad
Tranche d’âge			
60-64	5 012,6 €	3 263	16 357 933
65-69	5 696,6 €	4 629	26 370 138
70-74	6 423,6 €	9 466	60 802 879
75-79	6 973,2 €	20 589	143 570 597
80-84	7 509,2 €	44 122	331 323 800
85-89	7 381,7 €	72 995	538 828 728
90-94	8 419,9 €	42 773	360 146 501
95-99	7 170,3 €	28 280	202 775 700
>99	5 729,2 €	4 882	27 969 618
TOTAL		231 000	1 708 145 894

DOMICILE	Dépenses moyennes remboursées par consommant	Population dépendante hospitalisée domicile	Dépense hospitalisation population dépendante domicile
Tranche d’âge			
60-64	5 012,6 €	25 200	126 317 281
65-69	5 696,6 €	23 760	135 343 631
70-74	6 423,6 €	44 100	283 279 644
75-79	6 973,2 €	78 200	545 301 108
80-84	7 509,2 €	90 650	680 707 817
85-89	7 381,7 €	96 460	712 040 382
90 et +	7 986,5 €	38 500	307 478 335
TOTAL		396 870	2 790 468 197

de manœuvre financières existantes dans la réduction de cette DMS en comparant 3 types de territoires selon leur niveau de maîtrise de la DMS avec l’âge. Ainsi, leurs travaux ont montré que si la DMS des personnes âgées hospitalisées sur l’ensemble des territoires se rapprochait de la durée observée dans les territoires où elle est la mieux maîtrisée, **il en résulterait une diminution d’environ 3 millions de journées d’hospitalisation**, que l’on peut valoriser, sur les pathologies en question, à **environ 2 milliards d’euros**.

Cette évaluation, volontairement rudimentaire, ne repose nullement sur une hypothèse selon laquelle une DMS plus courte pour les personnes âgées soit un objectif en soi. Mais son ordre de grandeur donne néanmoins **une idée de ce qui peut se jouer, sur le plan des marges de manœuvre financières** issues de l’amélioration de l’accompagnement de la personne âgée sur son parcours hospitalier pour réduire les durées moyennes de séjour ou éviter les hospitalisations jugées non nécessaires.



Hameau de Mesly © ARPAVIE



Ehpad les Coquelicots à Talange © Groupe SOS Seniors



OBJECTIF GRAND ÂGE : ÉVITER L'HÔPITAL

Partie 1 : Quelle place dans le paysage hospitalier ?

ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

Le recours des personnes âgées à l'hôpital est singulier, caractérisé par une fréquence d'hospitalisation plus élevée, une durée moyenne de séjour plus longue, un taux de passage par les urgences plus important ainsi qu'un parcours plus « fragmenté » que les autres. Or, ces patients sont, dans la majorité des cas, des patients plus fragiles, porteurs de pathologies chroniques de plus en plus nombreuses et de plus en plus sévères... et pour qui l'hospitalisation peut rapidement devenir délétère. L'organisation des soins en milieu hospitalier étant en effet de plus en plus inadaptée à ce public, l'hospitalisation devient pour les personnes âgées un « évènement indésirable » à éviter autant que possible. Mais peut-on vraiment l'éviter ?

Un objectif de qualité et non de quantité

Plus fragiles, les personnes âgées sont à plus haut risque de décompensation que le reste de la population. La nécessité de leur hospitalisation ne fait donc évidemment pas de doute dans certains cas. Le Professeur Puisieux, médecin gériatre, chef du pôle gériatrie du CHU de Lille, rappelle d'ailleurs que « même si elles sont surreprésentées et rentrent souvent par les urgences, les personnes âgées sont celles qui sont hospitalisées pour les meilleures raisons ».

Il ne faut donc pas se tromper de bataille : **réduire le taux d'hospitalisation et la durée moyenne de séjour ne peut pas être une fin en soi**. Le véritable enjeu est d'offrir à la personne âgée la trajectoire la plus adaptée à ses besoins et à son état : l'hospitaliser ou ne pas l'hospitaliser, éviter les urgences ou y recourir. Si la question de l'adaptation du milieu hospitalier à ce public particulier est donc cruciale (et c'est d'ailleurs sur ce point que s'est concentré l'atelier n°10 de la Concertation « Grand Âge et Autonomie »), **l'enjeu est également d'identifier les hospitalisations pertinentes et nécessaires... pour détecter et éviter celles qui ne le sont pas.**

Eviter l'évitable et rendre évitable ce qui peut l'être

Dans le cas des hospitalisations non programmées, l'HAS¹ distingue les hospitalisations « évitables » des hospitalisations « inappropriées ». Les premières pourraient être prévenues si les comorbidités et les syndromes gériatriques étaient prévenus ou pris en charge de façon optimale sur le lieu de vie des personnes et les secondes concernent les hospitalisations dont la pertinence et/ou la balance risques/opportunités sont discutables par rapport à des soins pouvant être réalisés sur ce lieu de vie, sans perte de chance pour l'usager.

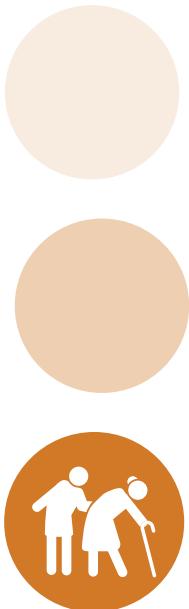
1. HAS (2015), « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents d'Ehpad ? »



Cette distinction laisse apparaître l'existence de deux types d'action pour éviter certaines hospitalisations : être en mesure de mieux évaluer la nécessité d'hospitaliser ou non et assurer la prise en soins dont la personne a besoin sur son lieu de vie, sans avoir recours à l'hôpital. Mais quelle que soit la terminologie et la classification retenues, le constat est le suivant : **il existe des recours hospitaliers pour lesquels une prise en charge optimisée et anticipée aurait conduit à l'absence d'hospitalisation.**

Ces cas sont difficilement mesurables mais de nombreuses études nous donnent un ordre d'idée de ce phénomène. L'HAS nous explique, par exemple, que les hospitalisations « évitables » sont estimées de 19 % à 67 % selon les études. Les travaux menés dans le Nord-Pas-de-Calais par les Professeurs Puisieux et Wiel² ont démontré, quant à eux, qu'en dehors des urgences vitales, près de 30% des passages aux urgences des résidents d'Ehpad étaient évitables. Conclusion : il existe un réel potentiel de réduction des hospitalisations des personnes âgées, accueillies en Ehpad ou non. **Et les acteurs du Grand Âge ont un rôle à jouer dans cette dynamique,** à travers l'adaptation de leurs ressources et de leur offre mais également le meilleur usage de dispositifs externes existants.

2. Revue de la Gérontologie (février 2018), « Recours aux urgences des patients provenant d'Ehpad : enquête régionale multicentrique dans le Nord-Pas-de-Calais »



Partie 2

COMMENT ÉVITER L'EVITABLE ?

**ou le rôle des acteurs
du Grand Âge dans la prévention
des hospitalisations évitables**

Eviter l'hôpital – quand il est évidemment souhaitable de l'éviter... – nécessite de mettre en œuvre une palette de mesures qui, si elles existent déjà, ne sont pas suffisamment appréhendées de manière globale et systématique. Généralisation du tarif global et des pharmacies à usage intérieur, développement de l'Hospitalisation à Domicile ou des soins palliatifs, renforcement des soins la nuit, formation des personnels face aux situations d'urgence, meilleur accès à la télémédecine ou meilleure fluidité des sorties d'hospitalisation : voilà les différents éléments qui mériteraient de faire système.

2.1 MIEUX MAITRISER LES RESSOURCES EN EHPAD AVEC LE TARIF GLOBAL ET LA PUI

Dans un rapport publié récemment¹, la CNSA fait état d'une grande disparité du taux d'hospitalisation² d'un Ehpad à un autre, qui varie selon la taille de l'établissement, son statut juridique ou encore son option tarifaire. **Les Ehpad en tarif global (TG) ³ présentent en effet un taux d'hospitalisation inférieur aux autres**, et ce, d'autant plus s'ils ont une pharmacie à usage interne (PUI) puisqu'ils enregistrent un taux de 0,91% contre 1,24% pour ceux en tarif partiel (TP) sans PUI (voir tableau ci-contre).

Le passage au tarif global influence en effet à la baisse le taux d'hospitalisation via⁴ :

- la contraction du nombre d'intervenants libéraux due au désistement de praticiens qui refusent les règles du tarif

global, à la salarisation de professionnels (même si cela reste minoritaire) ou à l'augmentation du temps de médecin coordonnateur, qui devient médecin traitant d'un plus grand nombre de résidents ;

- le renforcement des effectifs soignants (le tarif global étant plus avantageux que le partiel) ;
- la meilleure traçabilité des soins, favorisée par la coopération resserrée avec un plus petit nombre de médecins traitants.

Taux d'hospitalisation des résidents en Ehpad selon leur option tarifaire

Option tarifaire	Moyenne pondérée et tronquée des valeurs extrêmes
Tarif global avec PUI	0,91 %
Tarif global sans PUI	1,06 %
Tarif partiel avec PUI	1,14 %
Tarif partiel sans PUI	1,24 %

Source : CNSA (2019), « La situation des Ehpad en 2017 »

1. CNSA (2019), « La situation des Ehpad en 2017 : analyse de la gestion des Ehpad et de la prise en charge des résidents »

2. Ce taux s'entend ici comme le nombre de journées d'hospitalisation des résidents rapporté à leur nombre total de journées

3. Pour rappel, contrairement aux Ehpad en TP, ceux en TG couvrent à l'aide de leur dotation globale de soins les rémunérations ou honoraires versés aux médecins généraux et auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie.

4. IGAS (2011), « Financement des soins dispensés dans les Ehpad - Évaluation de l'option tarifaire dite globale »



C'est le modèle d'organisation générée par le tarif global qui a un réel intérêt et qui a déjà montré son efficacité.

Pr Jeandel, médecin gériatre, chef du pôle Gérontologie du CHU de Montpellier

Dans les faits, l'écart constaté entre TG avec PUI et TP sans PUI ne se traduit concrètement que par une différence d'1,2 jours d'hospitalisation par résident par an. Mais pour les défenseurs du tarif global, comme le Pr Jeandel, responsable du pôle Gérontologie du CHU de Montpellier ou Marc Bourquin, co-président du groupe de travail « Offre de demain » de la concertation « Grand Âge et Autonomie », le secteur n'a pas encore tiré le maximum de cette option, dont le réel intérêt réside dans « la réorganisation générale qu'elle génère ». Avec cette option, le directeur pilote autrement son établissement, maîtrise mieux ses ressources soignantes et libérales et développe une relation plus équilibrée entre libéraux et encadrement médico-administratif.

Ainsi, ce dispositif représente en réalité une opportunité sous-exploitée, dont l'impact ne se limite pas à la simple réduction du taux d'hospitalisation mais s'intègre à la transformation attendue de l'Ehpad et de son rôle sur le territoire.

Enfin, ce modèle semble d'autant plus pertinent aujourd'hui qu'on constate parmi les nouvelles générations de médecins traitants plus de réticence à s'installer en libéral que leurs congénères... et donc potentiellement une plus grande appétence pour ce type de modèle.

Concernant la PUI, son impact est plus « mécanique » : elle permet **une réduction** du nombre de prescriptions inappropriées en amont et donc **du risque d'ia-**

trogénie médicamenteuse, qui sont parmi les premières causes d'hospitalisation des personnes âgées. Elle est par ailleurs **gage d'économies**, évaluées à 150 M€ à l'horizon 2030 par le rapport Libault, qui préconise d'élargir le tarif partiel des Ehpad et de développer les PUI.

Ce déploiement des PUI demeure toutefois difficile à mettre en œuvre en l'état actuel des choses tant la législation actuelle autour de la PUI est rigide. Au regard des avantages attendus de ce dispositif, un compromis doit donc être recherché. **Des conventions pourraient notamment être envisagées pour que les Ehpad puissent commander les médicaments aux pharmaciens d'officine**, qui n'interviendraient alors pas comme fournisseurs mais comme « prestataires d'expertise pharmaceutique ». Une piste à étudier sérieusement dans les suites données à la concertation « Grand Âge et Autonomie » .

La généralisation absolue du TG et de la PUI n'est toutefois pas souhaitable non plus. En fonction des spécificités de chaque territoire et de chaque établissement, et au sein de ce dernier du fonctionnement du triptyque « directeur - médecin coordonnateur – infirmier coordonnateur », d'autres solutions peuvent être envisagées pour optimiser la gestion des ressources soignantes et libérales et les prescriptions médicamenteuses, réduisant ainsi le risque d'hospitalisation des résidents.

2.2 HOSPITALISER SANS QUITTER LE LIEU DE VIE GRÂCE À L'HAD⁵

Pour le médecin urgentiste Patrick Pelloux, pour fluidifier le parcours de la personnes âgée, « il faut briser le mur de l'hôpital mais il faut aussi que l'hôpital rentre au domicile des personnes âgées et dans les structures qui les accueillent ». C'est justement ce que propose l'Hospitalisation à Domicile (HAD), apparue en France il y a plus de 50 ans pour permettre à une personne de recevoir des soins complexes de nature hospitalière sur son lieu de vie. L'enjeu ici n'est donc pas d'éviter l'hospitalisation mais de la rendre possible sans quitter son domicile.

En 2017, les 291 établissements d'HAD recensés ont réalisé 5,2 millions de journées, soit +167% par rapport à 2007. **Une progression impressionnante mais à relativiser** puisque l'HAD représente toujours moins de 5% de l'activité hospitalière et que ce déploiement est très inégal sur le territoire.

Entre 2006 et 2016, l'âge moyen des bénéficiaire de l'HAD est passé de 52 à 62 ans et **les personnes âgées sont aujourd'hui celles prises en charge le plus fréquemment** : en 2017, les 80 ans ou plus représentaient 27% de la patientèle HAD. 9% des patients étaient, en outre, résidents d'Ehpad.

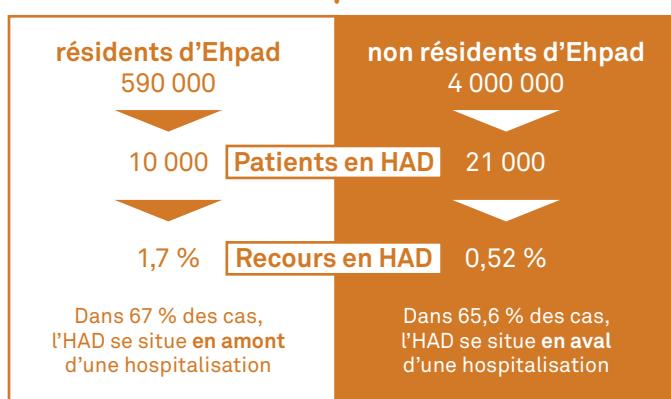
Si de récentes évolutions législatives ont renforcé les missions de l'HAD et permis d'augmenter son activité, en Ehpad notamment (lire encadré), son inter-

HAD, Ehpad et SSIAD

Jusqu'en 2007, l'intervention de l'HAD n'était pas envisageable en Ehpad. C'est le décret du 22/02/2007 qui les a autorisées sur 14 types d'actes. Cinq ans plus tard, deux décrets en date du 06/07/2012 ont étendu ces interventions à l'ensemble des établissements médico-sociaux, en les conditionnant à la signature préalable d'une convention. Mais il a fallu attendre l'arrêté du 19/01/2017 pour élargir l'intervention de l'HAD à un plus grand nombre d'actes et lever certaines restrictions, lui permettant de prendre enfin en charge un patient en Ehpad comme ailleurs.

Dans le même esprit s'est posée la question de l'intervention de l'HAD en lien avec un SSIAD. Jusqu'en 2018, quand l'état d'un patient à domicile se dégradait, le SSIAD devait se retirer pour laisser l'HAD intervenir, entraînant une perte de temps et une rupture délétères pour la personne. Désormais, l'HAD peut intervenir conjointement avec les SSIAD. Les financements de l'HAD, sont alors minorés pour éviter le double paiement. Le même système tarifaire est d'ailleurs appliqué en Ehpad.

Le recours à l'HAD par les 80 ans ou +



Sources : ATIH, Drees, CNAMTS

5. Sources : ATIH, chiffres clés de l'hospitalisation 2017; Drees, 2017, Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) ; CNAMTS, Charges-produits 2017.



8% des Ehpad font fréquemment appel à l'HAD

vention auprès des personnes âgées demeure marginale et circonscrite aux fins de vie ou aux plaies complexes. Le taux de recours à l'HAD des résidents d'Ehpad était en effet de 1,7% en 2017 (0,7% en 2014) et de 0,5% pour la population âgée en général (0,6% en 2014). Ainsi, aujourd'hui, **seuls 8% des Ehpad font fréquemment appel à l'HAD**.

Plusieurs facteurs expliquent la difficulté de l'HAD à se substituer à l'hospitalisation conventionnelle pour cette population fragilisée : il persiste tout d'abord **une méconnaissance des prescripteurs médicaux hospitaliers ou libéraux** vis-à-vis de l'HAD. En résidences seniors également, « les interventions de l'HAD restent anecdotiques car elles n'existent pas dans toutes les régions et leurs interventions répondent généralement à une demande émanant de la personne ou de la famille », précise Stéphane Bruneau, directeur des partenariats, AEGIDE DOMITYS.

Le manque structurel de places d'HAD et l'absence de protocoles partagés ne facilitent par ailleurs pas le recours à l'HAD en dehors de son champ d'expertise habituel. **Et les difficultés d'accès à un avis médical pour les résidents d'Ehpad**, enfin, fragilisent l'intervention de l'HAD. Le Dr Ortiz, président de la confédération des syndicats médicaux français, pointe,

“ Les interventions de l'HAD répondent généralement à une demande émanant de la personne ou de la famille. ”

Stéphane Bruneau,
directeur des partenariats, AEGIDE DOMITYS

quant à lui, la relative lourdeur de mise en œuvre de l'HAD, en inadéquation avec la réactivité nécessaire en Ehpad. Pour le Dr François Deparis, directeur médical d'ARPAVIE, enfin, **l'efficacité de l'intervention de l'HAD en Ehpad dépend de la direction médicale de l'établissement** (est-elle enclue à faire appel à l'HAD ?) **et du service d'HAD** lui-même (comment l'inciter à s'investir de manière omniprésente dans l'Ehpad et moins agir comme un intervenant extérieur dont la responsabilité se limite à son acte ?).

Notez en outre que l'HAD ne peut intervenir aujourd'hui que dans de seules situations de nursing lourd, au risque à défaut d'être exposée à des contrôles T2A de l'assurance-maladie et d'être lourdement sanctionnée. Cette réalité est parfois mal comprise des soignants en ville comme en EHPAD, et pourrait être réfléchie. Plus globalement, les structures d'HAD disposent d'une expertise certaine sur les interventions au domicile des personnes âgées, il faut les intégrer pleinement dans les filières de soins gériatriques et les réseaux gérontologiques. **Le rapport Libault préconise d'élargir leurs activités au travers de nouvelles compétences** afin de prendre en compte de façon plus globale ces personnes fragiles. Mais **au-delà des adaptations de l'HAD, la familiarisation des équipes en Ehpad et en établissements non médicalisés est elle aussi primordiale** pour tirer véritablement profit de l'impact de l'HAD sur la réduction des hospitalisations des personnes âgées.

2.3 RENFORCER LES CAPACITÉS EN SOINS DE NUIT DES EHPAD

Experimentée dans le cadre du programme « Personnes âgées en perte d'autonomie » (Paerpa) et encouragée dans le Plan National 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, la mutualisation d'infirmiers de nuit en Ehpad a été, plus récemment, une des mesures phares du « Plan Buzyn ». **La Ministre de la Santé annonçait en effet le 30 mai 2018 l'allocation de 36 millions d'euros pour généraliser ce dispositif d'ici 2020** afin de « réduire les hospitalisations en urgence évitables et sécuriser les prises en charge nocturnes ».

A ce jour, **les modèles d'expérimentation relèvent d'une très large hétérogénéité**, par le périmètre de la mutualisation, le modèle retenu (astreinte ou permanence), le portage du dispositif (par un Ehpad, par un centre hospitalier ou par un groupement d'infirmiers libéraux) ou encore les modalités d'intervention. Et les premiers bilans du programme Paerpa ne permettent pas de trancher pour une option ou une autre mais invitent plutôt à **privilégier une « approche territoriale », articulée avec l'organisation des soins non programmés locale**.

Et si les acteurs impliqués soulignent tous que le dispositif est très complexe à déployer, ils saluent également unanimement ses bienfaits. **L'infirmier de nuit permet tout d'abord une meilleure prise en charge des soins non programmés la nuit.** L'ARS des Pays de la Loire⁶ a par

“ Sur certains territoires en expérimentation, on réduit de 4 jours l'hospitalisation des personnes âgées grâce aux astreintes IDE.”

Dr Agnès Ricard-Hibon,
Présidente de la Société Française de Médecine d'Urgence

exemple constaté **une réduction du taux de recours à la régulation**, passé de 51 à 31% sur 2016 (847 recours évités - sur une base de 5 500 résidents) **et du taux global d'hospitalisation**, passé de 28 à 16 %.

Mais plus globalement, les acteurs mettent surtout en avant **l'aspect sécurisant du dispositif pour les équipes de nuit**. Même s'il est peu sollicité, son existence rassure les soignants qui se trouvent moins démunis la nuit. Et si l'équipe est amenée à appeler le Centre 15, **le conseil téléphonique est largement facilité avec un IDE aux côtés de l'aide-soignant**. Cette présence facilite en outre la formation des équipes de nuit, souvent difficile à mettre en place.

Dans le cas d'une « permanence » d'infirmier de nuit, **la possibilité de réaliser certaines interventions programmées permet de réduire la durée d'hospitalisation, voire d'éviter l'hospitalisation de résidents nécessitant des soins techniques ou en fin de vie**. Le Dr Agnès Ricard-Hibon, Présidente de la Société Française de Médecine d'Urgence souligne d'ailleurs que « *sur certains territoires en expérimentation, on réduit*

6. ARS Pays de la Loire, mars 2018, « Evaluation du dispositif expérimental d'astreinte infirmière de nuit mutualisée entre EHPAD des Pays de la Loire ».



“ La présence des IDE de nuit a surtout mis en exergue le public spécifique des Ehpad qui nécessite une prise en soins de plus en plus importante. ”

Alexandre Farnault,
Chef de projet national PAERPA

de 4 jours l'hospitalisation des personnes âgées grâce aux IDE de nuit ».

Les bénéfices de ce dispositif ne sont plus à prouver et sa généralisation est d'ailleurs confirmée par la circulaire budgétaire 2019⁷ qui y alloue, comme prévu, 10 millions d'euros. Mais pour aller plus loin, il faut maintenant **inscrire ce dispositif dans l'organisation plus globale de l'« Ehpad de demain », plus médicalisé et plus ouvert.**

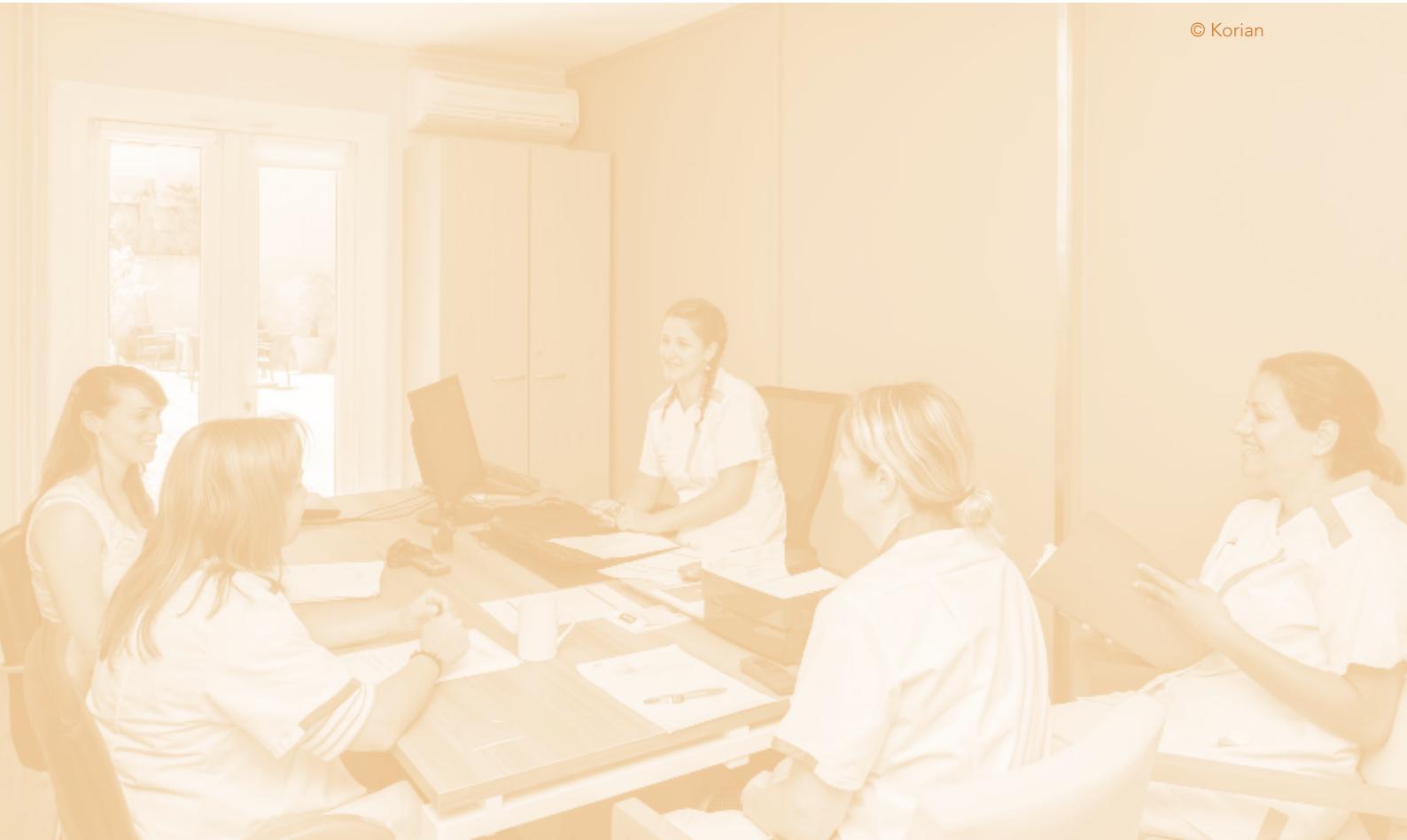
7. Instruction DGCS du 25 avril 2019, relative aux orientations de l'exercice 2019 pour la campagne budgétaire des ESMS accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées

L'Ehpad plus médicalisé, tout d'abord, pour répondre aux besoins croissants des résidents accueillis. Alexandre Farnault, Chef de projet national PAERPA, souligne d'ailleurs que « les IDE de nuit permettent de moins ou mieux hospitaliser les personnes âgées en remontant le niveau de prise en charge sanitaire des Ehpad. Mais leur présence a surtout mis en exergue le public spécifique de ces établissements qui nécessite une prise en soins de plus en plus importante ».

Plus ouvert, ensuite, vers le domicile notamment. A terme, le secteur devra expérimenter l'organisation d'un accès à cette compétence infirmière de nuit sur tout un territoire donné, afin de répondre aux besoins des personnes âgées tant en EHPAD qu'à leur domicile.

Au sein de la palette des dispositifs dont l'Ehpad dispose pour réussir sa mutation à venir, les infirmiers de nuit ont donc, bien entendu, une place centrale.

© Korian



2.4 ARMER LES ÉQUIPES SOIGNANTES FACE AUX SITUATIONS D'URGENCE À TRAVERS LA FORMATION

Le recours optimal au SAMU par les EHPAD contribue sans nul doute à éviter les hospitalisations inutiles, délétères dans de nombreux cas, pour les résidents et, à l'inverse, d'y recourir de manière pertinente lorsque l'hospitalisation s'avère indispensable. C'est ce que souligne naturellement l'atelier « Hôpital et personne âgée » de la Concertation « Grand Âge et Autonomie ».

Dans cet esprit et conformément à la réglementation, les Ehpad ont mis en place des protocoles pour le recours au SAMU. Mais, comme le rappelle le Dr Vetal, « *les protocoles ne suffisent pas, ils sont rédigés pour respecter la loi mais restent dans le bureau des directeurs et personne ne les connaît* ». Ainsi, malgré l'existence de ces outils, les aides-soignants ne sont pas en mesure d'analyser seuls une situation au cours de la nuit, et donc de donner les informations utiles au régulateur lorsqu'ils appellent le centre 15.

La « formation des équipes à un recours optimal au SAMU et services des urgences en créant des liens et des interactions avec la filière gériatrique hospitalière » telle que prônée par le Rapport Libault (Proposition 141) **est par conséquent élémentaire et primordiale**. Certains acteurs n'ont d'ailleurs pas attendu ce rapport pour s'y atteler. C'est le cas du projet initié en 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes par le Réseau des Urgences de la Vallée du Rhône (RESUVal), ou encore du projet ASSURE, en cours de lancement en Hauts-de-France.

Le projet de RESUVal, tout d'abord, est né d'un constat simple : **tout oppose les**

acteurs censés travailler ensemble au sein de la filière gériatrique, leurs cultures, leurs temporalités, leurs manières de travailler. Pour faciliter leur collaboration, le réseau a donc développé un dispositif permettant au professionnel de l'Ehpad de mieux connaître et se préparer à l'urgence et communiquer plus efficacement avec les autres lorsqu'il fait face à une situation qu'il ne maîtrise pas. Pour que cela fonctionne, toutefois, encore faut-il créer des outils « *dans un jargon commun et en assurer une diffusion « accompagnée »* pour que les équipes se les approprient et les utilisent vraiment », souligne Magali Bischoff, coordonnatrice du réseau. Et le résultat est concluant : **le nombre de passages par les urgences a diminué de 27% en deux ans sur le périmètre du projet**.

Dans le même esprit et en s'appuyant sur son étude qui a démontré que 25 à 30% des admissions de personnes âgées aux urgences pourraient être évitées, le Pr Puisieux, chef du pôle gériatrie du CHU de Lille, a lancé **sur la région Hauts-de-France le projet ASSURE** (Amélioration des soins d'urgence en Ehpad). L'objectif ? Permettre aux personnels des Ehpad de mieux gérer les situations d'urgence et d'appeler le Centre 15 à meilleur escient et quand ils appellent, de transmettre des informations plus pertinentes et utiles au médecin régulateur. « *Notre ambition n'est pas nécessairement de réduire les hospitalisations mais de réduire les hospitalisations inutiles et donc probablement délétères. Il est possible que cela permette à certaines*



“ (Avec le projet ASSURE), notre ambition n'est pas nécessairement de réduire les hospitalisations mais de réduire les hospitalisations inutiles et donc probablement délétères. ”

Pr Puisieux,
chef du pôle gériatrie du CHU de Lille

situations qui aujourd'hui n'entraînent pas d'hospitalisation mais le devraient... d'entraîner une hospitalisation. »

Là aussi, le projet ASSURE vise à accueillir les professionnels soignants et médicaux des 620 Ehpad de la région à la gestion des urgences afin de prodiguer à leurs résidents le « juste soin » par la bonne personne, au bon moment et au sein du lieu le plus adéquat. En filigrane, comme l'évoque Séverine Laboue, directrice du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin en charge du projet, « cette démarche doit permettre un renforcement des coopérations entre les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire ».

Cette collaboration renforcée passe également nécessairement par une harmonisation des outils. Le dossier de liaison d'urgence (DLU), peu connu des personnels d'Ehpad, constitue pour cela un dispositif pertinent et répond au besoin actuel croissant de dématérialisation des dossiers médicaux. Mais l'informatisation des données ne suffit pas pour en assurer un bon usage.

On touche en effet ici un autre point aussi central que sensible : la traçabilité et le partage des informations, qui font l'objet d'une attention toute particulière au sein des établissements médico-sociaux et dans le cadre d'interventions à domicile.

Le domicile qui est par ailleurs lui aussi concerné par ces questions de gestion des situations d'urgence. En SSIAD et en SAAD également, la formation des professionnels intervenant auprès des personnes âgées contribue à la prévention ou à l'anticipation de certaines hospitalisations. Prolongée officiellement au début de l'année, l'expérimentation Paerpa encourage d'ailleurs cette démarche de formation.

© Fondation Partage & Vie – V. Couteron



2.5 MIEUX ANTICIPER LES SOINS PALLIATIFS EN EHPAD

Plus de 90 000 résidents d'Ehpad décèdent chaque année. Parmi eux, 59% relèveraient de soins palliatifs ; 23% sont hospitalisés en urgence au moins une fois dans les deux semaines qui précèdent leur décès ; 25% meurent à l'hôpital et près de 10% dans les heures qui suivent leur admission aux urgences⁸. Autant de statistiques qui reflètent **un manque d'anticipation des soins palliatifs en Ehpad**. Ce que confirme le Dr. Sandrine Sourdet, gériatre au CHU de Toulouse, qui souligne que « *durant les 15 derniers jours de leur vie, 25 à 30% des personnes âgées sont hospitalisées faute de partenariats avec des HAD ou des équipes mobiles de soins palliatifs ou parce qu'elles n'ont pas été identifiées comme relevant de soins palliatifs* ».

Au-delà de l'intervention de l'HAD, déjà mentionnée précédemment et au sein de laquelle près d'un tiers des actes relève de soins palliatifs, les Ehpad peuvent faire appel aux équipes mobiles spécialisées. En 2017, en effet, on recensait **426 équipes mobiles de soins palliatifs⁹**, avec lesquelles seuls **64% des Ehpad et 5% des Résidences Autonomie avaient formalisé un partenariat¹⁰**. La convention n'est donc pas systématique et, lorsqu'elle existe, **elle ne garantit le recours aux équipes mobiles que si les résidents relevant de ces soins sont correctement identifiés**. Cette étape est indispensable pour permettre à une personne GIR 1 en fin de vie, de « *s'éteindre dignement dans son Ehpad plutôt que sur un brancard aux urgences* », comme l'appelle de ses vœux Patrick Pelloux, Président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France.

Plus globalement, le faible recours aux soins palliatifs peut également s'expliquer par la non-généralisation des directives anticipées au sein des Ehpad. Une enquête commanditée par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV)¹¹ rapporte que seuls 1% des résidents des établissements arrivaient en établissement avec des directives écrites. 16% des répondants ont déclaré en outre que plus de la moitié de leurs résidents rédigent ces directives après leur arrivée, sur incitation des professionnels.

Renforcées par la loi sur la fin de vie de 2016, **les directives anticipées sont le garant, en Ehpad, d'une prise de décision plus éclairée de la part des équipes**. « *Combien de résidents relevant de soins palliatifs se retrouvent hospitalisés parce que personne n'a dit ou écrit ce que lui ou sa famille souhaitent ? Faute de directives anticipées, l'équipe préfère évidemment mettre en pratique le principe de précaution et faire hospitaliser la*

11. Enquête en ligne réalisée par l'institut de sondage BVA à la demande du CNSPFV auprès de 279 responsables d'Ehpad en France, du 29 avril au 7 mai 2019.

“ Durant les 15 derniers jours de vie, 25 à 30% des personnes âgées sont hospitalisées faute de partenariat avec des équipes de soins palliatifs ou parce qu'elles n'ont pas été identifiées comme relevant de soins palliatifs. ”

Dr. Sandrine Sourdet,
gériatre au CHU de Toulouse

8. HAS (2015), « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad »

9. Selon la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs

10. Selon la dernière Enquête EHPA de la Drees (2015)



“ Il faut permettre à une personne en GIR 1 en fin de vie de s'éteindre dignement dans son Ehpad plutôt que sur un brancard aux urgences. ”

Patrick Pelloux,
médecin urgentiste, président de l'AMUF

personne. », souligne le Dr Jean-Paul Ortiz, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

Mais rappelons ici que **ces directives ne sont pas une obligation mais un droit pour les personnes**. Il ne s'agit donc aucunement d'imposer quoi que ce soit en la matière, mais bien de sensibiliser les personnes sur ces directives et de les encourager à les rédiger. Selon l'enquête du CNSPFV, d'ailleurs, 75% des Ehpad affirment avoir mis en place une procédure de présentation systématique de ce dispositif. Mais encore faut-il que les professionnels eux-mêmes y soient sensibilisés correctement.

La formation des équipes sur le sujet est en effet centrale, au même titre que **la désignation de référents parmi les professionnels**, tout le monde n'étant pas à même d'aborder ce sujet délicat avec les résidents. Et **cette formation** ne peut

évidemment pas se limiter à la notion des directives anticipées mais **doit s'étendre à la fin de vie et à tous les membres de l'équipe, toutes fonctions confondues**, afin de dépasser le « tabou » qui règne généralement autour de la mort.

La formation sur les soins palliatifs à proprement parler doit être, elle aussi, systématique pour les équipes soignantes. Rappelons que l'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas vocation à effectuer directement des soins auprès des résidents. Pour le Dr. Jacques Battistoni, Président du syndicat de généralistes MG-France, « *le bon modèle d'équipe mobile est celui qui intervient en accompagnement des professionnels, pour partager leur expertise et rendre les soignants plus performants dans la prise en charge de leurs résidents* ». C'est donc bien en interne que les ressources doivent s'adapter pour mieux anticiper les soins palliatifs, d'une part, et optimiser le recours aux équipes mobiles, d'autre part, et éviter ainsi un nombre conséquent d'hospitalisations inutiles et délétères.

“ Faute de directives anticipées, l'équipe préfère évidemment mettre en pratique le principe de précaution et faire hospitaliser la personne. ”

Dr Jean-Paul Ortiz,
Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

© Maisons de Famille



Résidence de Dijon © Les Senioriales





© Domitys - Gaëlle Bc



Parc Montfort © DomusVi – T. Foulon

2.6 FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS AVEC LA TÉLÉMÉDECINE

En plein essor, la télémédecine est particulièrement adaptée au suivi régulier de maladies chroniques et plus globalement aux pathologies spécifiques à la population âgée. Utile pour le suivi de ces patients, cet outil l'est aussi pour leur éviter l'hospitalisation, quand cela est possible.

La télésurveillance et la téléassistance non médicale (type téléalarme) sont déjà omniprésentes dans l'environnement des personnes âgées. Elles ont un réel intérêt à domicile et en établissement pour repérer à distance les situations qui nécessitent une hospitalisation ou pour sécuriser le retour d'une personne âgée fragile sur son lieu de vie post hospitalisation, et donc raccourcir la durée de celle-ci. Mais **pour prévenir les hospitalisations évitables, c'est avant tout sur la téléconsultation qu'il faut miser, notamment pour la gestion des soins non programmés et les situations d'urgence**, qui font l'objet d'un appel au Centre 15.

Marc Bourquin, Conseiller stratégique de la FHF, l'affirme : « *le vrai facteur de crise, c'est l'accès aux médecins traitants. On constate une réduction considérable de leurs visites à domicile et en Ehpad alors que les résidents sont de plus en plus polypathologiques et que les besoins gériatriques augmentent* ». Et, comme le rappelle le Dr Agnès Ricard-Hibon, Présidente de la Société française de médecine d'urgence, « **Il n'y a pas de meilleur médecin du soin non programmé que le médecin traitant qui connaît le dossier** ». Pour elle, l'usage des urgences ne devrait relever que de la situation urgente, qui nécessite le recours à un plateau technique. Or, aujourd'hui, on envoie souvent une personne aux urgences pour avoir recours à un praticien dans le cadre de soins non programmés, « non urgents » en réalité.

En effet, par principe de précaution et à défaut d'avis du médecin traitant, les professionnels en Ehpad privilégient l'hospitalisation en urgence de la personne. L'étude menée par le Pr. Puisieux dans les Hauts-de-France avait d'ailleurs démontré que, sur 102 résidents d'Ehpad admis aux urgences, 58% étaient envoyés par le personnel sans avis médical local. La téléconsultation pourrait donc éviter certaines hospitalisations : selon la CNAMTS¹², **le déploiement du recours au médecin traitant par téléconsultation en substitution aux passages aux urgences pourrait**

12. CNAMTS, 2017, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018

La télémédecine en 5 actes

- 1/ **A travers la téléconsultation**, un professionnel médical donne une consultation à distance, il réalise une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.
- 2/ **La téléexpertise** permet à un médecin de solliciter à distance l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée.
- 3/ **Avec la télésurveillance**, un professionnel médical a accès à distance aux données recueillies sur le lieu de vie d'un patient suivi en établissement de santé, en structure médico-sociale ou à son domicile.
- 4/ **La téléassistance médicale** permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- 5/ **La régulation médicale** est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.



“ Le principal défi est de simplifier la tâche du médecin. C'est à cette seule condition que cela peut réellement fonctionner. ”

Dr Vincent Klotz,
directeur médical du groupe COLISEE

permettre une diminution de 10% de ces derniers, générant près de 3,9 millions d'euros d'économie sur une année.

En cas d'appel au Centre 15 également, la visio-consultation donnerait **accès au médecin régulateur à des données supplémentaires, lui facilitant l'évaluation des besoins** de la personne. Il pourra alors prendre une décision certainement plus pertinente et éventuellement éviter certaines hospitalisations.

Prenons un exemple : les expérimentations d'usage de lunettes connectées sont très intéressantes, pour permettre à un AS ou un IDE, en EHPAD ou à domicile, « d'être les yeux » du médecin régulateur du SAMU, pour évaluer au mieux une situation. L'investissement des SSIAD et des EHPAD vers ces outils, comme des SAMU, devrait être soutenu activement.

Mais la télémédecine ne se limite pas aux téléconsultations. **La téléexpertise et la téléassistance** permettront bientôt, au travers de permanences téléphoniques ou numériques, un accès plus facile aux spécialistes, en gériatrie notamment. **En complément des équipes mobiles de gériatrie, qui peinent à développer une culture extrahospitalière**, ces dispositifs pourront apporter des conseils aux professionnels intervenant en Ehpad, évitant ainsi certains passages par la case « hôpital ». **L'étude réalisée au CHU de Bordeaux concluait par exemple que ces permanences gériatriques avaient permis d'éviter 82% des passages aux urgences** et de réduire de 1% par an entre 2013 et 2017 le taux d'admission des personnes

âgées de plus de 75 ans¹³. Dès demain, la priorité sera donc, comme l'a d'ailleurs souligné le Rapport Libault, **de généraliser et rendre lisibles ces permanences gériatriques à distance pour les professionnels de proximité**.

Bref, la télémédecine c'est l'avenir, pour réduire l'hospitalisation des personnes âgées aussi... **à condition toutefois de lever certains freins**. Des freins techniques, tout d'abord. **Il faut faciliter l'équipement des structures d'accueil des personnes âgées mais également des médecins**. Pour le Dr Vincent Klotz, directeur médical du groupe Colisée, « *le principal défi est de simplifier la tâche du médecin. C'est à cette seule condition que cela pourra réellement fonctionner* ». Et c'est d'ailleurs avec cette ambition que le groupe Colisée a déployé en 2018 « MedbyColisée », son propre module de téléconsultation et téléprescription en Ehpad, pré-intégré au logiciel métier des Ehpad Colisée et qui ne nécessite aucune installation de logiciel de la part du médecin.

Mais pour exploiter pleinement le potentiel de la télémédecine, en Ehpad notamment, celle-ci devra **évidemment être couplée à un système d'astreinte de médecins, mais également d'infirmiers, aux côtés de la personne âgée**. C'est la condition *sine qua non* pour que les téléconsultations se fassent dans de bonnes conditions et permettent réellement de prendre les décisions adaptées.

L'enjeu dans les années à venir est donc de

13. Libault, D., Rapport issu de la Concertation Grand Âge, 2019

permettre à la télémédecine de prendre sa place, que les dispositifs existants soient connus des acteurs et qu'ils se déplient dans les solutions existantes pour s'intégrer à l'exercice quotidien et rentrer peu à peu dans les meurs. Mais comme le souligne le Dr Jacques Battistoni, Président du syndicat de généralistes MG-France, « *Il ne pourra pas y avoir un modèle de télémédecine unique. Il faut trouver les réponses adaptées à chaque territoire, selon les conditions d'organisation de la permanence des soins, la densité médicale et la densité de la population.* ».

En tout état de cause, la télémédecine aura demain un impact sur l'hospitalisation des personnes âgées. Et **les structures d'accueil de ces personnes - Ehpad, résidences autonomie, résidences seniors -**

ont indéniablement un rôle facilitateur à jouer pour le développement de ces solutions. Solutions qui, demain, seront indispensables au déploiement des « établissements territoriaux », ouverts vers le domicile.

“ Il ne pourra pas y avoir un modèle de télémédecine unique. Il faut trouver les réponses adaptées à chaque territoire. ”

Dr Jacques Battistoni,
président du syndicat de généralistes MG-France

Ehpad de Chelles © Adef Résidences - Francis Beddok





2.7 RÉDUIRE LA DURÉE D'HOSPITALISATION EN FACILITANT LA SORTIE DE L'HÔPITAL

Réduire la durée de l'hospitalisation n'est pas une fin en soi. L'enjeu pour la personne âgée est qu'elle soit hospitalisée aussi longtemps que nécessaire mais qu'elle puisse quitter l'hôpital quand cela est possible. Cette transition est toutefois un moment délicat dès lors que la personne âgée vit encore dans son domicile « historique » et qu'elle nécessite la mise en place d'une aide à domicile et/ou un aménagement du logement qui ne peut se faire du jour au lendemain.

Pour permettre à une personne âgée de quitter l'hôpital tout en la maintenant dans un environnement sécurisé et faire ainsi le « sas » vers son domicile dans de bonnes conditions, **des solutions transitoires peuvent être proposées. C'est le cas de l'hébergement temporaire (HT).**

Au sein des Ehpad, on distingue deux offres temporaires. La première existe depuis plus de 15 ans et est principalement destinée aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, avec une vocation de répit pour le proche aidant. **En théorie, cette solution peut intervenir à la sortie de l'hôpital mais dans les faits, trois facteurs rendent cela très complexe :** le faible roulement sur ces places (car une personne peut y séjourner 90 jours consécutifs), le manque de réactivité des Ehpad (dû à la lourdeur administrative de l'admission) et le tarif appliqué (qui est le même qu'en hébergement permanent et qui peut être rédhibitoire pour celui qui ne paie que le forfait hospitalier (20€) s'il reste à l'hôpital).

Pour pallier ces dysfonctionnements, **un autre type d'HT a vu le jour. Initié en premier lieu en 2013 dans le cadre du programme Paerpa**, ce modèle se différencie de l'hébergement temporaire « classique » par la durée du séjour (portée à 30 jours maximum) et le reste à charge pour la personne âgée (limité au niveau du forfait hospitalier, soit 20€ en 2019).

Fort d'un bilan plutôt positif, ce dispositif a été repris dans la feuille de route « Grand âge et Autonomie », présentée en 2018 par Agnès Buzyn, qui a annoncé la création de 1 000 places d'hébergement temporaire en EHPAD pour les personnes sortant d'hospitalisation, financées à hauteur de 15 millions d'euros dès 2019. La circulaire budgétaire 2019 en a alors précisé le fonctionnement : l'Assurance maladie prendra en charge une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement, afin de ramener le reste à charge pour le résident au niveau du montant du forfait hospitalier, soit 20 € par jour.

Le bilan du dispositif Paerpa dressé par l'ANAP est **plutôt positif**. Ce modèle encourage tout d'abord le **décloisonnement entre l'hôpital, la ville et le médico-social** et permet une amélioration de l'image des Ehpad sur les territoires. Pour l'usager, **une réponse efficace aux situations d'urgence** semble être proposée, grâce à la réactivité du modèle (conditionnée toutefois par l'implication de la Coordination Territoriale d'Appui pour la partie administrative du process) et grâce à la limitation du séjour à 30 jours (durée jugée « adéquate et suffisante » et par conséquent respectée par les acteurs).

La pertinence économique a elle aussi été mise en avant : en Indre et Loire, un séjour de 15 jours en HT coûte 1 020 €, contre 4 130 € à l'hôpital, soit un montant 4 fois plus élevé. En Basse Corrèze, sur un an, trois places d'HT coûtent 59 000 €, contre 446 000 € dans le sanitaire, soit un total 7 fois supérieur.

A l'évidence, ce modèle est **pertinent sur le plan macroéconomique mais l'enjeu se pose à l'échelle de l'Ehpad**. La mise en place de ce dispositif bouleverse bien plus le fonctionnement des équipes que l'hébergement temporaire « classique ». Il demande une réactivité accrue et génère une charge de travail supplémentaire considérable pour les soignants (en raison de la récente hospitalisation de ces résidents), mais également pour le corps administratif. Le bilan de l'ANAP souligne ainsi que **le financement prévu ne permet pas de couvrir les charges induites**. Et ce constat se vérifiera d'autant plus qu'à ce stade, il est prévu que l'Assurance Maladie prenne en charge une partie du forfait dépendance et du tarif hébergement en se basant sur un tarif de 70€ par jour. Cette moyenne, cohérente avec les tarifs appliqués sur une grande partie des territoires, est en revanche plus éloignée de la réalité tarifaire des capitales régionales notamment.

Afin de rendre ce modèle viable et attractif, une réflexion autour de la prise en charge par les mutuelles doit être ouverte et une certaine flexibilité doit s'appliquer sur les territoires. C'est la condition sine qua non **pour déployer massivement ce qui semble être une**

solution d'aval efficace, qui met utilement à contribution le savoir-faire des Ehpad pour réduire le temps d'hospitalisation, éviter les réhospitalisations mais également réautonomiser la personne et lui redonner confiance pour faciliter son retour à domicile.

Au-delà de l'Ehpad, **d'autres établissements non médicalisés, comme les Résidences Autonomie et Résidences Services, peuvent constituer une solution complémentaire** pour consolider le retour à domicile d'une personne âgée. Celle-ci peut en effet être installée dans un environnement sécurisé, où il est plus **facile de coordonner l'intervention d'équipes soignantes et de prévenir certains risques de perte d'autonomie**, dans l'attente du retour à domicile. Les Résidences Services sont d'ailleurs de plus en plus sollicitées pour proposer ce « sas » mais **également pour apporter une solution d'hébergement à une personne dépendante en cas d'hospitalisation soudaine de son aidant**. Une mission de plus à prévoir au sein de la palette de services proposés par les futurs « établissements territoriaux ».



ENSEIGNEMENTS ET PERSPECTIVES

Nous l'avons vu tout au long de ce rapport, l'évitabilité de l'hospitalisation d'une personne âgée est étroitement liée à son environnement et notamment au degré de médicalisation de celui-ci. La problématique et les enjeux ne sont pas les mêmes que la personne vive à domicile, dans une Résidence Autonomie, une Résidence Services ou encore dans un Ehpad.

Tout d'abord, parce que le profil de ces personnes varie considérablement d'un lieu de résidence à un autre. Le risque d'hospitalisation est en effet moindre pour les plus autonomes qui vivent toujours chez elles ou dans une résidence non médicalisée que pour les résidents d'Ehpad, dépendants.

Ensuite, parce que les leviers d'actions sont différents d'un environnement à un autre. A domicile et au sein des Résidences Seniors ou Résidences Autonomie, le premier levier réside dans l'adaptation du logement, pour prévenir notamment les chutes (la traumatologie figurant parmi les premières causes d'hospitalisation des personnes âgées). Et ces résidences ont également un rôle à jouer, nous l'avons vu, pour faciliter le déploiement de la télémédecine et fluidifier la sortie d'hospitalisation afin d'en diminuer la durée.

Mais c'est naturellement en Ehpad que l'on trouve les principaux leviers de prévention de ces hospitalisations. Des leviers d'autant plus importants à activer que c'est là que sont accueillies les personnes les plus fragiles, pour qui l'hospitalisation peut être la plus délétère.

Faire jouer les synergies ...

Plusieurs dispositifs ont donc démontré leur potentiel pour prévenir significativement et structurellement les hospitalisations évitables ou en réduire la durée, en particulier la mise en place d'astreintes infirmières, la formation des équipes ou, demain, le déploiement de la télémédecine. Mais pour améliorer sensiblement la maîtrise du risque d'hospitalisation, il faut miser avant tout sur les synergies existantes entre ces dispositifs qui sont en réalité complémentaires. Astreinte d'IDE de nuit avec télémédecine, HAD et EMG avec hébergement temporaire, tarif global avec télémédecine, formation des équipes avec soins palliatifs : autant de combinaisons gagnantes et sources de synergies considérables.

... et coordonner les palettes

Et ici encore, ce constat nous ramène à la question des « établissements territoriaux », prônés par le Rapport Libault. Car si c'est une palette de dispositifs qu'il faut déployer sur chaque territoire, cela passera nécessairement par une offre plus globale, que ces nouveaux modèles seraient à même de déployer... à condition de travailler de façon coordonnée. De fait, cette coordination, prônée par tous et partout aujourd'hui, est d'autant plus cruciale sur le champ des personnes âgées, qui nécessitent la prise en charge la plus globale et fluide possible.



Evaluer les impacts...

L'impact des mesures mises en œuvre pour prévenir les hospitalisations évitables et réduire la durée de séjour à l'hôpital doit à présent faire l'objet d'une évaluation précise, aussi bien sur l'aspect humain que financier. Cette évaluation permettra une priorisation des dispositifs à déployer et une meilleure visualisation des articulations à mettre en place.

...et redistribuer les économies réalisables

Sur le plan économique, plusieurs éléments mis en avant dans cette Etude nous encouragent à affirmer que la réduction des durées d'hospitalisation et la prévention de certaines hospitalisations évitables engendreraient des économies de l'ordre de plusieurs milliards d'euros sur les ONDAM sanitaires. Des économies qu'il semble légitime de rétribuer au secteur du Grand Âge, qui les mettra à profit d'un cercle vertueux que tous appellent de leurs vœux, au profit du sujet âgé.



Résidence du Lys © Domidep



© Emera - istock

ANNEXES

1 PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Dr Jacques BATTISTONI**, Président du syndicat de généralistes MG-France.
- **Magali BISCHOFF**, Cadre supérieur de santé, coordinatrice des réseaux RESUVal & RESCUe
- **Marc BOURQUIN**, Conseiller stratégique à la Fédération Hospitalière de France, Co-président de l'atelier « Offre de demain pour les personnes âgées en perte d'autonomie » de la concertation « Grand Âge et Autonomie »
- **Stéphane BRUNEAU**, Directeur des Partenariats, AEGIDE DOMITYS
- **David CAUSSE**, Directeur du développement et des partenariats du groupe SOS
- **Dr François DEPARIS**, Directeur médical, ARPAVIE
- **Alexandre FARNAULT**, Directeur du projet national PAERPA, rattaché à la Direction de la Sécurité Sociale
- **Dr Paul-Emile HAY**, Directeur médical et soins, KORIAN France Seniors
- **Pr. Claude JEANDEL**, Médecin gériatre, responsable du département de gérontologie au CHU de Montpellier et président du Congrès national de gériatrie, membre du directoire de la FONDATION PARTAGE & VIE
- **Dr Vincent KLOTZ**, Directeur médical, Groupe COLISEE
- **Séverine LABOUE**, Directrice du GH Loos-Haubourdin et porteur du projet « ASSURE »
- **Nicolas NOIRIEL**, Délégué national de la Fédération nationale des établissements d'HAD
- **Dr Jean-Paul ORTIZ**, Docteur en médecine spécialisé en néphrologie, président de la Confédération des syndicats médicaux français
- **Dr Patrick PELLOUX**, Médecin urgentiste, président de l'Association des médecins urgentistes de France
- **Dr Jean-Louis POIGNONEC**, Médecin coordonnateur Ile de France, ORPEA
- **Pr François PUISIEUX**, Médecin gériatre, chef du pôle gériatrie du CHU de Lille
- **Dr Agnès RICARD-HIBON**, Chef de service, praticien hospitalier et chef de pôle SAMU-SMUR-Urgences au CH René Dubos et GHCP, présidente de la société française de médecine d'urgence
- **Dr Annie SERRE**, Directrice de l'évaluation et de la qualité des soins, Groupe STEVA
- **Dr Sandrine SOURDET**, Médecin gériatre, chef de projet sur le rapport HAS sur la prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des personnes âgées (2017)
- **Dr Jean-Marie VETEL**, Médecin gériatre, Consultant

② BIBLIOGRAPHIE

- ATIH, chiffres clés de l'hospitalisation 2017, 2018
- ARS Pays de la Loire, Evaluation du dispositif expérimental d'astreinte infirmière de nuit mutualisée entre EHPAD des Pays de la Loire, mars 2018
- CALVET, Lucie (DREES), Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus, 2012
- CNAMETS, Rapport Charges-produits 2016, 2017
- CNAMETS, Rapport Charges-produits 2017, 2018
- CNSA, « La situation des Ehpad en 2017 : analyse de la gestion des Ehpad et de la prise en charge des résidents », 2019
- Comité national PAERPA, Bilan intermédiaire, 2018
- DREES, L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030, 2008
- DREES, Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016), 2017
- DREES, Personnes âgées aux urgences une patientèle au profil particulier, 2017
- DRESS, PA aux urgences une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue, 2017
- FNEHAD, Rapport activité 2016-2017, 2017
- HAS, Réduire les hospitalisations évitables des résidents d'Ehpad, 2015
- HAS et CNPG, Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, 2017
- HCAAM, Vieillissement, longévité et assurance maladie, 2010
- HCAAM, Assurance maladie et perte d'autonomie, 2011
- IGAS, Financement des soins dispensés dans les Ehpad, Évaluation de l'option tarifaire dite globale, 2011
- IGAS, Impact des modes d'organisation sur les personnes âgées, 2011
- IRDES, Atlas des territoires pilotes PAERPA, 2015
- IRDES, Evaluation d'impact de l'expérimentation PAERPA, 2018
- LIBAULT, D., Rapport Grand Âge et Autonomie, 2019
- ROLLAND, Y., Etude PLEIAD, 2011
- PUISIEUX, F., WIEL, E., ... - Recours aux urgences des patients provenant d'EHPAD : Enquête régionale multicentrique dans le Nord-Pas-de-Calais, 2018



A propos du Think Tank Matières Grises

Créé au printemps 2018, le Think Tank Matières Grises réunit les principaux acteurs de la filière d'accueil et de prise en charge de la personne âgée afin de réfléchir ensemble et être force de proposition sur les grands sujets liés au vieillissement. Initié par Luc Broussy, Jérôme Guedj, Edouard de Hennezel et Anna Kuhn-Lafont, ce Think Tank est composé de 16 groupes opérateurs du secteur du Grand Âge qui ont fait le choix d'y adhérer :

- ACPPA
- Adef Résidences
- Arpavie
- Colisée
- Domidep
- Domitys
- DomusVi
- Emera
- Fondation Partage & Vie
- Korian
- Les Senioriales
- Maisons de Famille
- Orpéa
- Sagesse Retraite Santé
- Steva
- SOS Seniors

Les écrits produits par le Think Tank ne les engagent pas individuellement.

