

Le Care Management : une plus-value pour réduire les (ré)hospitalisations des personnes âgées de 75 ans et plus

Avril 2025



Observatoire
National du
Domicile



Fédésap
Fédération Française
des Services à la Personne et de Proximité

Table des matières

ÉDITORIAL	3
INTRODUCTION	5
L'APPROCHE PAR LE CARE MANAGEMENT : DE QUOI PARLE-T-ON ?	6
METHODOLOGIE DE L'ETUDE	7
REVUE DE LITTÉRATURE SUR LES COUTS DES HOSPITALISATIONS EVITABLES	7
ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	9
OBSERVATIONS DE TERRAIN	10
ANALYSE ET CROISEMENT DES DONNEES	10
1. PORTRAIT DES PERSONNES AGEES HOSPITALISEES ET ESTIMATION DES COUTS EVITABLES	12
1.1. CARACTERISTIQUES ET NOMBRE DES PERSONNES AGEES HOSPITALISEES	12
1.1.1. <i>Lieu de vie et état de santé des personnes âgées hospitalisées</i>	13
1.1.2. <i>Prise en charge aux urgences et orientation</i>	15
1.1.3. <i>Durée moyenne d'hospitalisation et risques pour les personnes âgées</i>	18
1.1.4. <i>Les hospitalisations potentiellement évitables</i>	20
1.2. ESTIMATION DES COUTS EVITABLES	22
1.2.1. <i>Les HPE en court séjour gériatrique</i>	22
1.2.2. <i>Les HPE en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)</i>	22
1.2.3. <i>Les HPE aux urgences</i>	22
1.2.4. <i>Les HPE en Soins Médicaux de Réadaptation</i>	23
1.2.5. <i>Synthèse des coûts évitables</i>	23
2. LA PREVENTION DES HOSPITALISATIONS CHEZ LES PERSONNES AGEES : UN ENJEU POUR LIMITER LA PERTE D'AUTONOMIE ET DESENGORGER LES SERVICES D'URGENCES	24
2.1. ENJEUX ET DEFIS DE LA PREVENTION DES HOSPITALISATIONS	24
2.2.1 <i>Complexité des dispositifs existants</i>	24
2.1.1. <i>Démarches administratives lourdes</i>	26
2.1.2. <i>Manque de coordination des acteurs</i>	27
2.1.3. <i>Une absence de référent unique</i>	27
2.1.4. <i>Pénurie de professionnels et inégalités territoriales</i>	27
2.1.5. <i>Coût des solutions d'accompagnement</i>	29
2.1.6. <i>Réticence des personnes âgées et de leur entourage</i>	29
2.2. LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES A L'HOPITAL	31
2.2.1. <i>Complexité des parcours de soins</i>	31
2.2.2. <i>Allongement de la durée de séjour</i>	31
2.2.3. <i>Formation et spécialisation des équipes hospitalières</i>	32
2.2.4. <i>Impact sur le budget et la gestion des ressources</i>	33
2.1.6 <i>Investissement dans des dispositifs organisationnels adaptés aux patients âgés</i>	33
2.3. L'APPORT DU CARE MANAGEMENT DANS LA REDUCTION DES HOSPITALISATIONS	37
2.3.1. <i>La mission de prévention du care management</i>	38
2.3.2. <i>Déclencher une mission de care management après un passage aux urgences</i>	39
2.3.3. <i>Étude de cas : Analyse de la situation de Monique</i>	39
2.3.4. <i>Le rôle des groupes de protection sociale</i>	41
3. COORDONNER LES SORTIES : UN DEFI CRUCIAL POUR L'HOPITAL ET LA PRISE EN CHARGE DES 75 ANS ET PLUS 44	
3.1. LES RISQUES INHERENTS A UN MANQUE DE COORDINATION DES SORTIES	44
3.2. LES DISPOSITIFS EXISTANTS DE COORDINATION DES SORTIES D'HOPITAL	46
3.2.1. <i>Les assistants sociaux des hôpitaux</i>	46
3.2.2. <i>Les dispositifs de coordination locaux (DAC, CLIC)</i>	47
3.2.3. <i>Programme de Retour à Domicile (PRADO)</i>	49
3.3. LES DISPOSITIFS INNOVANTS DE COORDINATION DES SORTIES D'HOSPITALISATION DE TYPE CARE MANAGEMENT	50
3.3.1. <i>Noé Santé</i>	50

3.3.2.	<i>Apré'HOP</i>	52
3.3.3.	<i>Les équipes « prête à partir »</i>	53
3.4.	LA PLUS-VALUE DU CARE MANAGEMENT DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES SORTIES D'HOSPITALISATION	54
4.	PRECONISATIONS CONCLUSIVES	59
ANNEXES		62
1.	LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION « CARE MANAGEMENT ET COORDINATION » DE LA FEDESAP	62
2.	EXEMPLES DE DISPOSITIFS INNOVANTS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES AUX URGENCES	63

Éditorial



Face aux défis croissants liés à la perte d'autonomie, les membres de la commission de care management de la FEDESAP et bureau d'études émiCité ont entrepris une analyse approfondie de la situation des personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées. La prise en charge de cette population représente aujourd'hui un enjeu crucial pour les systèmes de santé, tant sur le plan financier qu'organisationnel. La vulnérabilité des personnes âgées, marquée par une forte prévalence de comorbidités et une fragilité accrue, rend les hospitalisations – et surtout les réhospitalisations – à la fois fréquentes et risquées. Si une hospitalisation peut entraîner une perte partielle d'autonomie, c'est la réhospitalisation, souvent causée par une coordination défailante lors de la sortie de l'hôpital, qui aggrave ce déclin.

Ce rapport d'étude vise à explorer la prévention des hospitalisations et la coordination des sorties, deux axes complémentaires essentiels pour améliorer la qualité de la prise en charge et la qualité de vie des patients âgés. Quotidiennement, ces personnes vulnérables, ainsi que leurs proches aidants, expriment leur désarroi face à la complexité des systèmes multi-acteurs. Beaucoup d'entre elles peinent à naviguer dans le maquis des dispositifs d'aide en raison d'un manque d'informations sur les ressources disponibles, qu'elles soient financières, humaines ou techniques.

Nous aborderons donc les initiatives mises en place pour renforcer la continuité des soins, optimiser l'accompagnement des patients et soutenir les aidants, afin de garantir une prise en charge adaptée et efficace pour cette population fragile.

L'adaptation de notre société au vieillissement et la création de services innovants sont désormais des impératifs. Bien que de nombreux dispositifs existent, leur cloisonnement et leur fragmentation rendent le parcours des aidants et des personnes en perte d'autonomie souvent complexe et irrégulier. La juxtaposition d'approches souvent déconnectées complique davantage la prise en charge, exigeant une coordination dépassant les cadres habituels.

Les réformes engagées, notamment la loi du 11 février 2005 et la loi ASV de 2015, ainsi que les différents rapports, soulignent clairement la nécessité de renforcer cette fonction de coordination trans-sectorielle. C'est dans ce contexte que l'approche par le care management a été introduite en France en 2019, inspirée par des modèles internationaux qui ont démontré leur efficacité dans l'accompagnement des personnes âgées. Ce rôle, essentiel, vise à décroisonner les services et à intégrer les différents aspects du soutien à domicile, offrant ainsi un accompagnement global et personnalisé aux personnes fragiles et à leurs proches.

En parallèle, notre système de santé, déjà confronté à des défis structurels de longue date, subit une pression croissante sur les services hospitaliers, accentuant la dégradation des conditions de travail de son personnel. La croissance de la population âgée a amplifié ces tensions, entraînant une hausse des hospitalisations, souvent due à l'absence de solutions adaptées au soutien à domicile. Le secteur de l'aide à domicile a connu des tensions en raison d'une pénurie de personnel, ce qui a directement impacté la disponibilité des services, notamment en ce qui concerne l'accompagnement d'urgence pour certaines situations.

nécessitant une assistance. Pour remédier à cette problématique, des actions significatives ont été entreprises afin de valoriser ce métier essentiel et d'améliorer sa perception. Des ressources considérables ont été allouées à la formation et aux conditions d'exercice des professionnels du secteur.

Enfin, le secteur de l'aide à domicile se trouve en crise, éprouvant de grandes difficultés à recruter du personnel, ce qui complique encore davantage la prise en charge des personnes dans le besoin. La politique de la vieillesse est jugée inadaptée aux enjeux démographiques et sociaux, avec des besoins insuffisamment pris en compte, notamment en matière de personnel pour l'aide à domicile. Ce manque de ressources humaines engendre des ruptures dans l'accompagnement et accroît le risque d'épuisement des proches aidants, qui sont souvent en première ligne pour assurer le soutien nécessaire.

Ce rapport, fruit d'une étude approfondie débutée en 2023, vise à éclairer ces enjeux cruciaux. Grâce à des entretiens avec des professionnels du secteur et une analyse rigoureuse des pratiques au sein des établissements de santé, nous avons exploré des thématiques majeures :

- La réalité des hospitalisations des personnes âgées et le parcours de prise en charge sanitaire, depuis l'admission jusqu'à la sortie ;
- Le coût des dépenses de santé liées aux hospitalisations de personnes âgées sans justification médicale ;
- Les risques de ruptures de parcours et de perte d'autonomie liés aux retours à domicile après une hospitalisation ;
- La plus-value de l'approche par le care management dans la mise en place des solutions et la coordination des services d'accompagnement à domicile après une hospitalisation, notamment en matière de prévention.

Nous sommes convaincus que ce travail collectif, enrichi par les contributions de nombreux acteurs, constituera un outil précieux pour éclairer les décideurs et orienter les actions futures.

Je souhaite exprimer mes plus sincères remerciements à la FEDESAP, à tous les membres de la commission de gestion des soins, au bureau d'études émiCité, ainsi qu'à toutes les personnes qui ont généreusement partagé leurs expériences et réflexions précieuses.

Ensemble, nous avons un rôle essentiel à jouer pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidants, en leur garantissant un parcours d'accompagnement digne, respectueux et adapté à leurs besoins.

Nous espérons que les conclusions de ce rapport contribueront à faire évoluer notre approche face au vieillissement et à l'autonomie, en plaçant au centre de nos préoccupations les besoins réels des personnes âgées et de leurs aidants.

Introduction

La crise sanitaire de 2020 a mis en lumière la fragilité de l'hôpital français déjà confronté à une crise profonde, depuis les années 2000, caractérisée par une surcharge des urgences et des services hospitaliers, une pénurie de personnel et un financement insuffisant. Le vieillissement de la population accentue ces tensions, car un nombre croissant de personnes âgées se retrouve hospitalisées en raison d'un manque de solutions adaptées pour leur accompagnement à domicile. En effet, avec l'augmentation de l'espérance de vie et la progression du nombre de personnes âgées, le système de santé se retrouve sous une pression croissante. D'après les projections démographiques, la proportion de seniors dans la population ne cesse d'augmenter, entraînant une hausse des besoins en soins et en accompagnement. Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee, 2019), la France pourrait compter 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050. Cette transition démographique s'accompagne d'une problématique majeure : la prévention de la perte d'autonomie. En l'absence de mesures adaptées, la dépendance des personnes âgées tend à s'aggraver, générant une augmentation des dépenses de santé et des hospitalisations évitables.

Parallèlement, le secteur de l'accompagnement à domicile traverse une crise sans précédent. Les Services Autonomie à Domicile, ont rencontré des difficultés de recrutement ces dernières, et même si cela tend à se résorber, cette problématique a rendu difficile la prise en charge des personnes âgées souhaitant rester chez elles. Un rapport de la Cour des comptes¹ souligne que la politique de la vieillesse est jugée inadaptée aux enjeux démographiques et sociaux, avec des besoins insuffisamment pris en compte, notamment en matière de personnel pour l'aide à domicile. Ce manque de ressources humaines engendre des ruptures dans l'accompagnement et accroît le risque d'épuisement des proches aidants, qui sont souvent en première ligne pour assurer le soutien nécessaire. Les difficultés d'accompagnement à domicile favorisent alors un autre phénomène préoccupant : la saturation des établissements hospitaliers. Le rapport du Sénat² intitulé "Hôpital : sortir des urgences", met en évidence une pression intense sur les services hospitaliers, notamment une dégradation des conditions de travail, déjà présente avant la crise sanitaire et désormais exacerbée. En effet, parmi les personnes hospitalisées, sont pris en charge de nombreuses personnes âgées qui se retrouvent hospitalisées non pas pour des raisons médicales, mais en raison de l'absence d'alternatives adaptées à leur situation. En 2023, les urgences ont enregistré 20,8 millions de passages, dont un nombre significatif ne relevaient pas d'une urgence réelle. Le coût total de la médecine d'urgence pour 2023 est estimé à 5 597 millions d'euros. Cette suroccupation des services hospitaliers a des répercussions directes sur la qualité des soins et allonge les délais de prise en charge pour l'ensemble des patients.

¹ Cour des Comptes, 2021, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Construire une priorité partagée*.

² Rapport n° 587 (2021-2022) de Mme Catherine DEROCHE, fait au nom de la CE Hôpital, déposé le 29 mars 2022, « Hôpital : sortir des urgences ».

Un autre enjeu fondamental concerne les ré-hospitalisations évitables. La Cour des comptes, dans son rapport sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (2021), souligne l'importance d'une meilleure coordination entre les différents acteurs du parcours de soins pour éviter les ré-hospitalisations. Lorsqu'une personne âgée retourne à domicile après une hospitalisation, elle est souvent confrontée à des risques accrus de complications, notamment en raison d'un suivi insuffisant ou d'une prise en charge inadaptée. Ces situations peuvent entraîner une dégradation rapide de son état de santé, menant à de nouvelles hospitalisations, voire à un placement en institution ou à des décès prématurés.

Dans ce contexte, il devient urgent de réfléchir à des solutions concrètes pour améliorer la prévention de la perte d'autonomie, renforcer l'accompagnement à domicile, désengorger les hôpitaux et optimiser la coordination entre les acteurs de la prise en charge. La présente étude, réalisée par le bureau d'études émiCité et sollicitée par la Fédésap³ via la commission Care Management⁴ interroge la plus-value de l'approche du Care Management pour éviter les recours systématiques aux urgences et les ré-hospitalisations fréquentes de la population âgée.

L'approche par le Care Management : de quoi parle-t-on ?

En se positionnant sur des missions aussi larges que la prévention des risques de perte d'autonomie, l'évaluation des besoins de la personne, la coordination des interventions, la recherche de solutions adaptées (télésurveillance, aménagement et équipement du logement, etc.), le soutien aux proches aidants, le Care Management agit à 360° sur l'ensemble des problématiques de l'accompagnement à domicile d'une personne et de son entourage familial. Interlocuteur privilégié de la personne et de son entourage, l'approche par le Care Management nécessite la coordination et la collaboration avec de nombreux intervenants : médecins généralistes, infirmiers, aides-soignants, travailleurs sociaux, services d'aide à domicile, établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), etc. La mission de Care Management vise à agir comme un pivot central, agrégeant les informations, les analysant et les transmettant aux autres services et professionnels susceptibles d'intervenir dans la prise en charge afin de faciliter la communication entre les différents acteurs et veiller à la continuité des soins et des services.

Dans un contexte de crise des secteurs sanitaire et médico-social, dans quelle mesure le Care Management peut-il contribuer à réduire les hospitalisations des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ? Les hypothèses formulées au commencement de l'étude étaient les suivantes :

³ Créée en 2007, la Fédésap est une fédération qui représente les entreprises de services à la personne et les acteurs du domicile. Elle réunit des entreprises et des associations, qui emploient salariés, lesquels interviennent chaque jour auprès de personnes vulnérables et de leurs familles. La Fédésap est un acteur privilégié des pouvoirs publics et collectivités locales pour la co-construction des politiques de l'autonomie, du handicap, de la petite enfance et de tous les services à la personne dont les Français ont besoin à leur domicile.

⁴ Cf. Annexe 1 : Liste et présentation des membres de la commission « care management et coordination »

- Dans une perspective de prévention, le recours au Care Management permet d'éviter les hospitalisations dont le motif n'est pas médical, par exemple, en cas de besoin de répit pour un proche aidant ou en cas d'inadaptation de l'accompagnement à domicile ?
- En cas de sortie d'hospitalisation, le recours au Care Management permet-il de diminuer les risques de ré-hospitalisation en facilitant le retour à domicile par la coordination des différents services, tout en assurant la mise en place des solutions qui répondent aux besoins d'accompagnement de la personne ?

Cette étude a testé ces deux hypothèses, dont les résultats sont exposés dans ce rapport.

Méthodologie de l'étude

La mise en place d'une commission Care Management de la Fédésap a grandement contribué à la réalisation de l'étude. Entre avril 2023 et janvier 2025, la commission s'est réunie à 7 reprises au cours desquelles des restitutions partielles des résultats ont été présentées et travaillées avec l'ensemble des membres la constituant.

Afin d'analyser en profondeur le rôle que pourrait avoir le Care Management dans la réduction des (ré)hospitalisations des personnes âgées, cette recherche s'appuie sur une approche méthodologique mixte, combinant une revue de littérature sur la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital et les coûts associés, des entretiens semi-directifs avec différentes parties prenantes (médecins urgentistes, gériatres, services autonomie à domicile, groupes de protection sociales) et des observations de terrain dans une clinique et un CHU. Cette triangulation méthodologique permet de croiser des données théoriques et empiriques afin d'obtenir une compréhension fine des enjeux et des pratiques.

Revue de littérature sur les coûts des hospitalisations évitables

La première étape de cette étude repose sur une analyse approfondie des travaux existants relatifs à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital. La préoccupation des pouvoirs publics pour éviter l'hospitalisation systématique des personnes âgées n'est pas nouvelle. De nombreuses lois, rapports, réformes ont tenté de créer des dispositifs en amont (hôpital de jour), hospitalisation hors les murs (hospitalisation à domicile) ou une meilleure orientation et coordination des acteurs d'un territoire (CLIC – DAC) afin d'éviter le recours à l'hospitalisation. Au sein même de l'hôpital, l'organisation des services et la pluridisciplinarité se sont développées pour mieux prendre en charge les patients âgés et éviter leur ré-hospitalisation. Le travail de revue de littérature permet de retracer les grandes lignes de l'évolution de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital et d'établir un panorama général (avec des données chiffrées) sur les hospitalisations des personnes âgées, afin d'ancrer l'analyse et recontextualiser les problématiques qui seront observées sur le terrain. Pour cela, des articles scientifiques, des rapports institutionnels et des études de cas ont été consultés à partir de bases de données académiques et de sources officielles suivantes :

- « Document n°9 annexé au rapport « innovation et système de santé », HCAAM, 2015
- « Guide méthodologique de calcul de l'indicateur HPE et présentation des principaux résultats », ATIH, 2015
- « Personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », Études & résultats, DREES, 2017
- « Fiche point clés : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. », HAS, 2017
- « Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux quel impact sur les dépenses de santé des seniors ? », Questions d'économie de la santé n°279, 2023
- « Cahier des charges : équipe prête à partir », UNA, 2022
- « Rapport Atelier 10 : L'hôpital et la personne âgée », Ministère de la Santé, 2018
- « Les établissements de santé, édition 2021, DREES, 2021
- « Note méthodologique : « Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? », HAS, 2013
- « Note méthodologique : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. », HAS, 2017
- « L'état de santé de la population en France. Rapport 2017 », 2017, DREES
- « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », études et résultats n°1007, DREES, 2017
- « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue », études et résultats n°1008, DREES, 2017
- « Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et personnes âgées de 75 ans et plus », CH. Rothmann, S.Gidenne, O. Pierrard, E. André, K. Habchi, C. Dib, M. Hoffmann, T. Schmutz, F. Braun, 2013
- « Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées », HCAAM, 2011
- « Rapport au parlement sur l'expérimentation Paerpa », Dominique Libault, 2020
- « Analyse de l'activité hospitalière 2020 : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », ATIH, 2020
- « Chiffres clés Hospitalisation 2021 », ATIH, 2022
- « Chiffres clés Hospitalisation 2023 », ATIH, 2024

La revue de littérature a permis d'identifier les concepts clés, les cadres théoriques et les résultats de recherches antérieures concernant la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital. Cette analyse a permis de poser les bases contextuelles et de formuler les hypothèses de recherche.

Entretiens semi-directifs

Afin de recueillir des données qualitatives riches, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de différents acteurs concernés par la problématique. Un échantillon représentatif a été constitué, incluant des médecins urgentistes, médecins gériatres, infirmière en pratique avancée, assistantes sociales, services autonomie à domicile, groupes de protection sociale, etc. La liste des vingt personnes interrogées se trouve ci-dessous.

	Prénom	Nom	Structure / Entreprise	Fonction
1	Jean-Pierre	AQUINO	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie	Directeur général
2	Linda	ARBOUCHE	Mutuaide	Chargée d'opération réseau
3	Omar	BELOUCIF	La Poste	Directeur Médical
4	Carole	DESTRUN	CHU Lille	Assistante sociale
5	Alexandre	FARNAULT	Département du Val-de-Marne	Directeur de l'autonomie
6	Olivier	FREZET	Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle	Directeur
7	Adeline	ESCANDE	AXA Assistance	Prestataires Santé/SAP
8	Anne-Laure	GERMAIN	GHT Collines de Normandie – Flers	Infirmière en pratique avancée
9	Catherine	GIRES	Équipe Mobile de Gériatrie – CHU Lille	Médecin gériatre
10	Marc	HARBOUN	Hôpital La Porte Verte, Versailles	Médecin gériatre
11	Elyes	KERKENI	Hôpital Privé d'Antony	Médecin Urgentiste / Président de Noé Santé
12	Richard	MACREZ	CHU Caen	Médecin Urgentiste
13	Marion	MENEY	GIE Praginnov	Chargée de développement
14	Marie-Anne	MONTCHAMP	OCIRP	Directrice
15	Sarah	PERONET	Mutuaide	Chargée d'opération réseau
16	Charlotte	PLOVIER	SMR CHU Lille	Assistante sociale
17	François	PUISIEUX	CHU Lille	Médecin gériatre
18	Patricia	SALESSES	Âge d'or Services	Directrice
19	Marine	VEVAUX	Via Vita	Chef de projet Marketing
20	Cédric	VILLAIN	CHU Caen	Médecin gériatre

Ces entretiens, d'une durée moyenne de 60 à 90 minutes, ont été menés en suivant un guide d'entretien structuré autour des thèmes suivants :

- la réalité des hospitalisations des personnes âgées aujourd'hui (nombre, durée, causes, services, orientations) et le parcours de prise en charge sanitaire, depuis l'admission jusqu'à la sortie ;
- le coût des dépenses de santé liées aux hospitalisations de personnes âgées sans justification médicale ;
- les risques de ruptures de parcours et de perte d'autonomie liés aux retours à domicile après une hospitalisation ;
- la plus-value du care management dans la mise en place des solutions et la coordination des services d'accompagnement à domicile après une hospitalisation, notamment en matière de prévention.

Les données recueillies ont ensuite été analysées selon une méthode d'analyse thématique.

Observations de terrain

En complément des entretiens, une phase d'observation a été menée afin d'analyser les pratiques en situation réelle. Ces observations ont eu lieu dans deux structures hospitalières :

- au service des urgences de l'Hôpital Privé d'Antony pendant deux journées consécutives
- au CHU de Lille auprès de l'équipe mobile de gériatrie, également pendant deux journées consécutives.

L'objectif de ces observations était de comprendre le fonctionnement des dispositifs en place, d'identifier les interactions entre les différents acteurs et de relever les éventuelles difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus au sein de l'hôpital. Les notes d'observation ont été analysées afin de mettre en lumière les différences entre les discours recueillis lors des entretiens et les pratiques observées.

Analyse et croisement des données

Les résultats issus de ces trois approches ont été confrontés afin d'assurer une analyse rigoureuse et nuancée. La revue de littérature a permis d'inscrire les observations dans un cadre théorique, tandis que les entretiens ont apporté des éclairages sur les perceptions et les expériences des acteurs. Enfin, l'observation a permis de valider ou de nuancer certaines déclarations en mettant en évidence les réalités du terrain. Cette démarche méthodologique assure ainsi une compréhension globale et approfondie de la question de la complémentarité de l'approche du care management avec les dispositifs actuels de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées de 75 ans et plus.

De plus, sur la base des entretiens réalisés et des observations conduites, des études de cas ont été élaborées. Ces analyses, fondées sur des situations réelles, illustrent concrètement la valeur ajoutée qu'a apportée ou aurait pu apporter l'approche par le care management.

Ces infographies sont disponibles sur le site Internet de l'Observatoire National du Domicile porté par la Fédésap : <https://www.fedesap.org/observatoire-du-domicile/>

11

1. Portrait des personnes âgées hospitalisées et estimation des coûts évitables

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation significative des hospitalisations des personnes âgées, posant ainsi des défis majeurs en matière de prise en charge et de gestion des ressources de santé. Comprendre le profil des patients âgés hospitalisés est essentiel pour identifier les facteurs de vulnérabilité, les pathologies les plus fréquentes et les parcours de soins associés. Par ailleurs, une meilleure anticipation des hospitalisations évitables permettrait d'optimiser l'organisation des soins et de réduire les coûts du système de santé. Cette première partie vise donc à dresser un portrait des personnes âgées hospitalisées à partir des données recensées dans la revue de littérature et à estimer les coûts qui pourraient être évités grâce à des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées.

1.1. Caractéristiques et nombre des personnes âgées hospitalisées

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation⁵, 3,6 millions de personnes de 70 ans et plus ont été hospitalisées en 2023. Elles représentent 28% de la population hospitalisée au moins une fois au cours d'une année (soit 1 patient sur 4) alors qu'elles ne représentent que 16% de la population totale française⁶ (soit 1 français sur 6). Autrement dit : elles sont largement « surreprésentées » dans les hôpitaux.



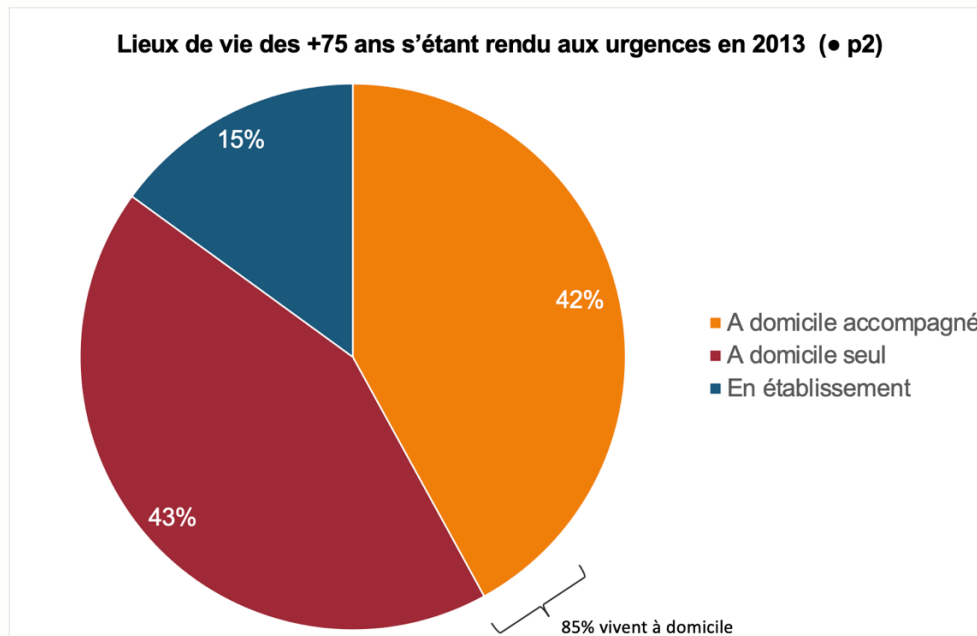
Source : ATIH, 2023 1

⁵ ATIH (2023), « Hospitalisation chiffres clés 2023 », données issues du PMSI 2023 et arrondis au millier près.

⁶ INSEE, Chiffres clés de la population par sexe et tranche d'âge, Données annuelles 2025.

1.1.1. Lieu de vie et état de santé des personnes âgées hospitalisées

Lorsqu'elles sont hospitalisées, 85 % des personnes âgées de 75 ans et plus résident toujours à leur domicile.



Source : AITH, 2021 1

Leur état de santé est marqué par une forte prévalence des affections de longue durée (ALD) et une pluri-pathologie qui complexifie leur prise en charge. En 2012, 50 % des ALD concernaient des personnes de 65 ans et plus, et cette proportion atteignait 75 % chez les 90 ans et plus⁷. Avec l'avancée en âge, la coexistence de plusieurs pathologies devient la norme, s'accompagnant souvent d'une perte d'autonomie. Comme le souligne un rapport, « au grand âge, la présence quasi systématique d'un nombre élevé de pathologies, majoritairement chroniques, rend essentielle l'articulation entre les soins cliniques et techniques d'une part, et l'accompagnement de la perte d'autonomie d'autre part. »⁸. En 2017, on estimait que 40 % à 70 % des personnes de 75 ans et plus étaient traitées pour plusieurs pathologies, tandis que la moitié d'entre elles prenaient régulièrement au moins sept médicaments différents⁹.

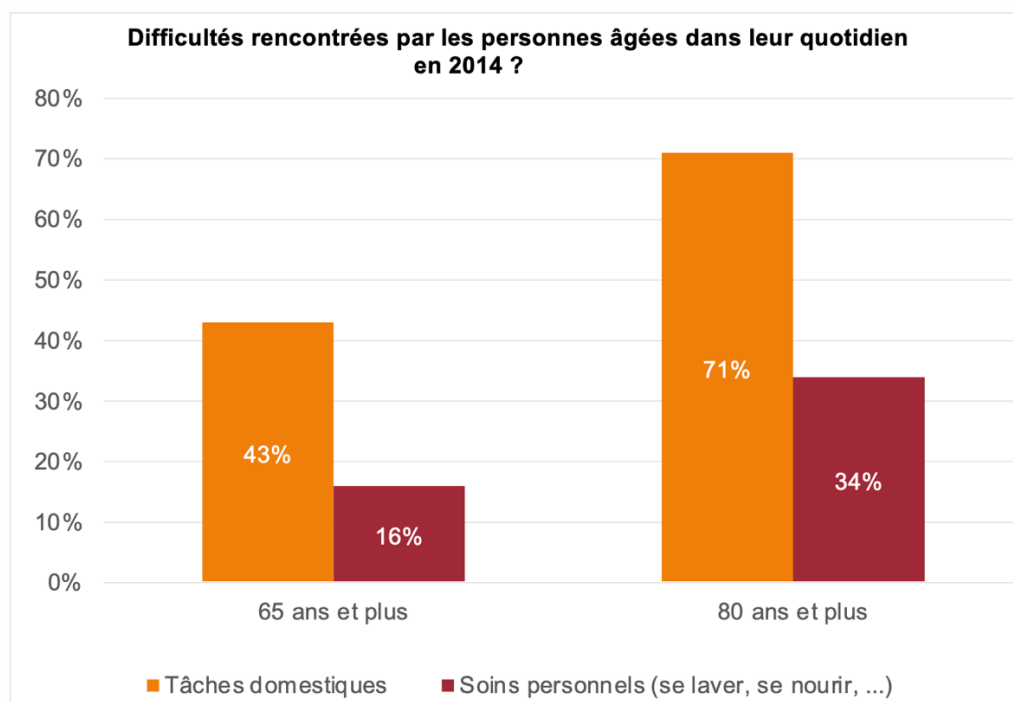
Une étude sur l'état de santé de la population française en 2017¹⁰, montre que, dès 65 ans, 43% des personnes ont des difficultés dans la réalisation des tâches domestiques, proportion qui monte à 71% pour les personnes de 80 ans et plus. Par conséquent, lorsque les personnes âgées sont hospitalisées, elles ont un niveau de dépendance qui commence à être important.

⁷ « Document n°9 annexé au rapport « innovation et système de santé », HCAAM, 2015, p.35.

⁸ « Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées », HCAAM, 2011, p.45-46.

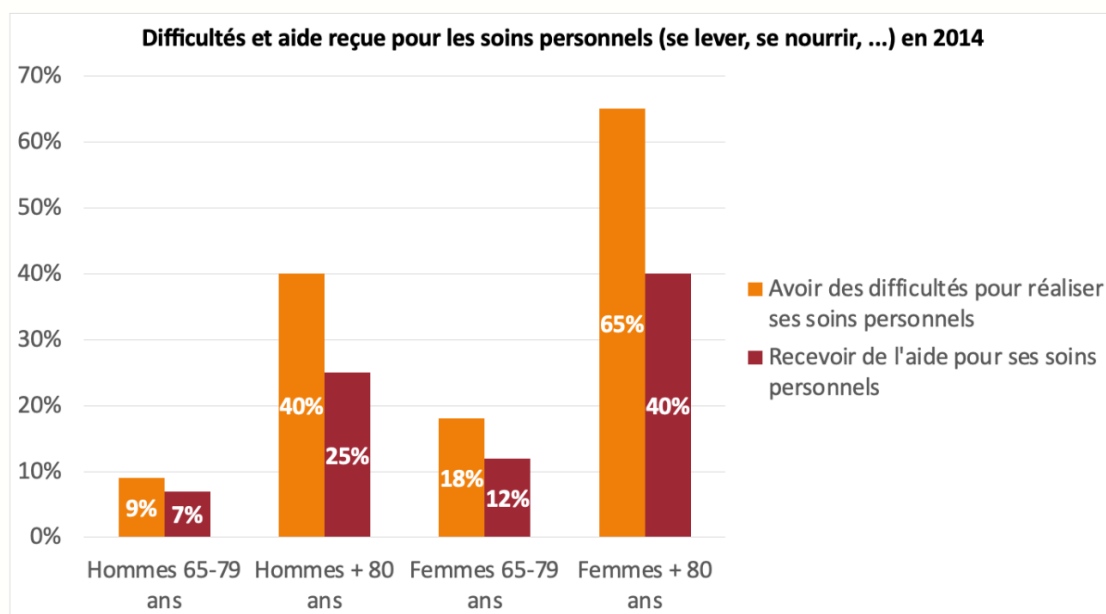
⁹ « Cahier des charges : équipe prête à partir », UNA, 2022, p.6.

¹⁰ « L'état de santé de la population en France. Rapport 2017 », 2017, DREES



Source : DREES, 2017, p.320 1

Avant leur hospitalisation, la plupart des personnes âgées sont suivies au moins par un médecin généraliste. En effet, en 2011¹¹, 50% des personnes âgées de 85 ans ou plus recevaient la visite d'un médecin généraliste et d'un infirmier à domicile. Un tiers d'entre elles bénéficiait du passage d'au moins un médecin et un kinésithérapeute.



Source : DREES, 2017, p.321 1

¹¹ « Rapport au parlement sur l'expérimentation Paerpa », Dominique Libault, 2020, p.4.

1.1.2. Prise en charge aux urgences et orientation

Dans la prise en charge des urgences, les personnes âgées de 80 ans et plus représentent 1,3 million des 13,6 millions de prises en charge annuelles, soit 10 % du total. Le nombre global de passages aux urgences pour cette même population s'élève à 2,1 millions par an, indiquant qu'au moins deux tiers de ces patients se rendent aux urgences à plusieurs reprises au cours de l'année. Cette récurrence souligne l'importance d'une prise en charge adaptée pour limiter les hospitalisations répétées et optimiser le parcours de soins de ces patients.

→ Passages aux urgences (avec ou sans hospitalisation)

Nombre de **patients**
pris en charge aux urgences

13,6 millions

Nombre de **passages**
aux urgences

20,8 millions

Déclinaison par classe d'âge en nombre de **patients**

0-18 ans	3,4 millions
18-79 ans	8,9 millions
80 ans et plus	1,3 million

Déclinaison par classe d'âge en nombre de **passages**

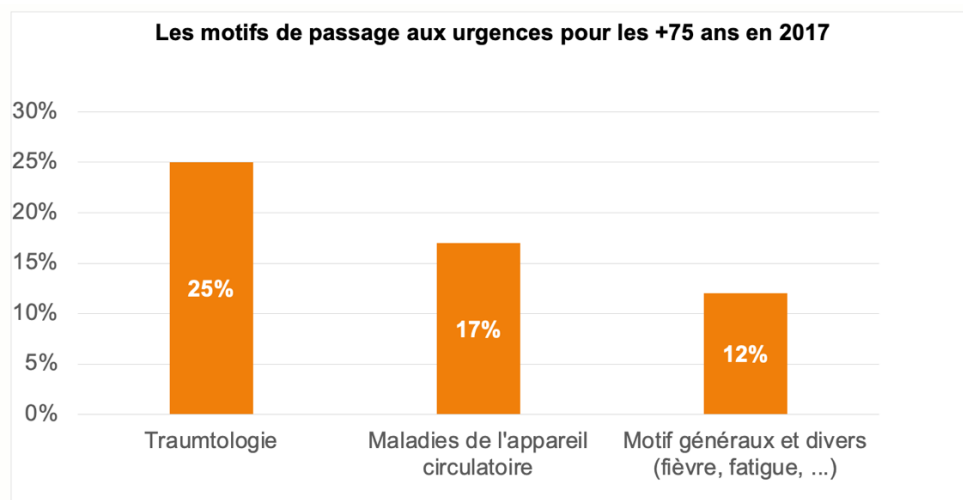
0-18 ans	5,2 millions
18-79 ans	13,6 millions
80 ans et plus	2,1 millions

Source : ATIH, 2023 2

En 2013, 10% des passages aux urgences des personnes de 65 ans ou plus concernent des urgences vitales, contre 5% de l'ensemble des passages¹². Une étude de la DREES, menée en 2017¹³ indique que 25% des motifs de passage aux urgences des personnes de 75 ans et plus sont liés à des traumatismes.

¹² « Document n°9 annexé au rapport « innovation et système de santé », HCAAM, 2015, p. 33.

¹³ « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier », études et résultats n°1007, DREES, 2017



Source : DREES, 2017, p.2 1

La Société Française de Gériatrie et de Gériologie précise que les motifs les plus répandus de visite aux urgences des personnes de 75 ans et plus sont : la douleur abdominale (entre 5 et 10 % d'admission) et les chutes (10% des patients âgés).

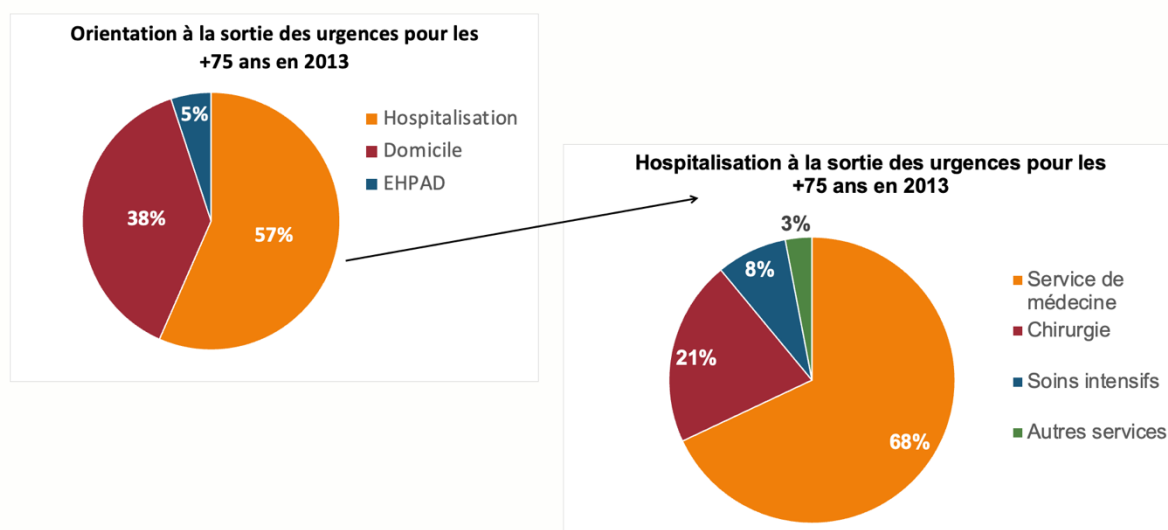
L'étude de la DREES de 2017, montre qu'en 2013, 58% des personnes de 75 ans ou plus avaient entrepris des démarches dans les 24h précédant leur arrivée aux urgences :

- 80% d'entre-elles ont consulté leur médecin en présentiel ou par téléphone dans les 24h précédant leur passage aux urgences.
- 20% d'entre-elles ont été orientées vers les urgences par leur médecin.
- Les urgences étaient au courant de 10% de ces arrivées.

Selon l'ATIH (2023) le taux d'hospitalisation après un passage aux urgences est de 57% pour les personnes de 80 ans et plus alors qu'il est de 22% pour les patients âgés entre 18 et 79 ans.

Lorsqu'elles sont hospitalisées, les personnes de 75 ans et plus sont accueillies dans différents services. En 2013, 68% d'entre elles étaient reçues dans un service de médecine.

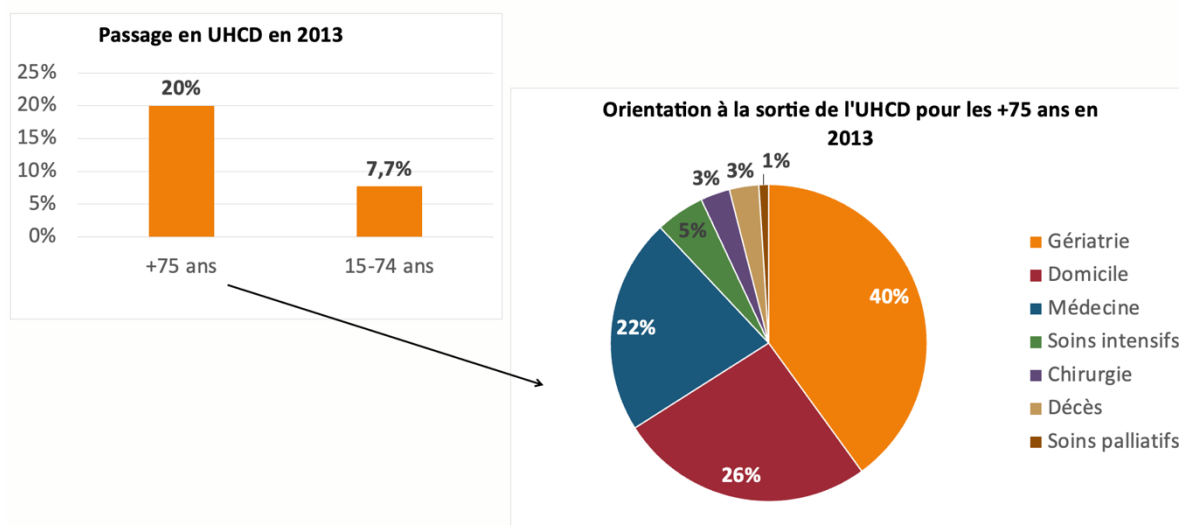
Hospitalisation post-urgence :



Source : AITH, 2021 2

L'étude de Rothmann, *et al.* en 2013¹⁴ montre que 20% des 75 ans et plus sont transférées en unité d'hospitalisation de courte durée à la suite de leur passage aux urgences.

En Unité d'Hospitalisation de Courte Durée



Source : Rothmann *et al.*, 2013 1

Les chiffres clés de l'ATIH (2023) estiment que les 70 ans et plus représentent :

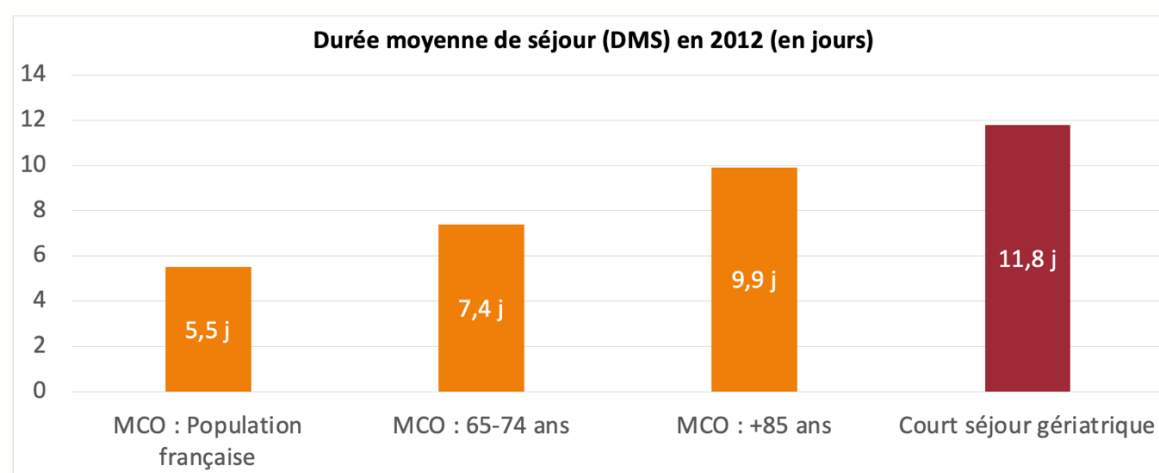
- 2,5 millions de patients dans les services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), soit 20% de l'ensemble des patients hospitalisés dans ce service
- 91 000 patients hospitalisés à domicile (HAD) soit **54% des patients totaux hospitalisés à domicile** avec une durée moyenne de prise en charge de 25 jours.

¹⁴ « Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et personnes âgées de 75 ans et plus », CH. Rothmann, S.Gidenne, O. Pierrard, E. André, K. Habchi, C. Dib, M. Hoffmann, T. Schmutz, F. Braun, 2013

- 538 000 patients admis en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) soit **56% des patients reçus en SMR** avec une durée moyenne de séjour de 38 jours.

1.1.3. Durée moyenne d'hospitalisation et risques pour les personnes âgées

Les différentes études consultées montrent que plus les personnes vieillissent plus leur séjour à l'hôpital s'allonge (HCAAM, 2015). En 2013, 43% des séjours des personnes de 65 ans ou plus sont des séjours de médecine (sans nuitée) contre 24% pour les patients de moins de 65 ans. (HCAAM, 2015, p.29). Ainsi, les plus de 85 ans restent en moyenne 9,9 jours en MCO, alors que le reste de la population française y séjourne 5,5 jours.



Source : HCAAM, 2015 1

La prolongation du séjour aux urgences pour les personnes âgées est principalement due à la nécessité de réaliser des diagnostics approfondis afin d'évaluer leur état de santé et de déterminer la prise en charge la plus adaptée. Ces investigations, souvent menées en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), permettent d'observer l'évolution du patient avant une éventuelle admission dans un service spécialisé ou un retour à domicile (DREES, 2017). Toutefois, l'hospitalisation peut également se prolonger en raison d'un manque de services de soins à domicile disponibles. Lorsqu'aucune solution adaptée n'est trouvée pour assurer un suivi médical et paramédical après la sortie, le patient reste hospitalisé plus longtemps, augmentant ainsi les risques liés à un séjour prolongé en milieu hospitalier¹⁵. Ces risques peuvent être d'ordre médicaux et/ou fonctionnels. Tout d'abord, l'infection nosocomiale, favorisée par une immunité fragilisée et une exposition prolongée aux agents pathogènes hospitaliers, constitue une menace majeure. Ensuite, le syndrome d'immobilisation, lié à la diminution de l'activité physique et à l'alitement prolongé, entraîne une perte musculaire accélérée (sarcopénie) et augmente le risque de chutes post-hospitalisation. Par ailleurs, une hospitalisation prolongée peut aggraver les troubles cognitifs, en particulier chez les patients souffrant de démence ou de confusion aiguë (delirium), souvent exacerbée par le changement d'environnement et les traitements médicamenteux. C'est ce que les médecins appellent le syndrome de glissement chez la personne âgée. La dénutrition, souvent sous-estimée,

¹⁵ « Rapport Atelier 10 : L'hôpital et la personne âgée », Ministère de la Santé, 2018, p2.

affaiblit davantage l'organisme et compromet la récupération. L'incontinence urinaire, qui peut résulter d'un manque d'assistance aux déplacements, accentue la dépendance et le risque d'infections. À cela s'ajoutent les chutes, dont les conséquences physiques et psychologiques prolongent l'hospitalisation, ainsi que les effets indésirables des médicaments, notamment la sédation excessive ou les interactions médicamenteuses délétères. Enfin, le déclin fonctionnel et la dépendance accrue sont fréquemment observés, réduisant les capacités du patient à retrouver son autonomie après son hospitalisation.

Des recherches universitaires récentes ont mis en évidence une augmentation significative de la mortalité et de la morbidité chez les patients âgés de 75 ans et plus qui passent la nuit sur un brancard aux urgences. Une étude menée par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), l'Inserm et Sorbonne Université a révélé que ces patients présentent un risque de mortalité hospitalière accru de près de 40 %, passant de 11,1 % pour ceux admis avant minuit à 15,7 % pour ceux restant aux urgences pendant la nuit. Cette étude, intitulée « No Bed Night »¹⁶, a été réalisée en décembre 2022 dans 97 services d'accueil des urgences en France, incluant 1 598 patients de plus de 75 ans. Les résultats ont également montré une augmentation des complications hospitalières, telles que les infections nosocomiales et les chutes, ainsi qu'une prolongation de la durée médiane de séjour hospitalier de huit à neuf jours. Ces données soulignent l'importance de stratégies visant à réduire le temps passé aux urgences par les patients âgés, en particulier ceux ayant une autonomie limitée, afin d'améliorer leurs chances de survie et de réduire les complications associées.

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁷ montre que la dépendance liée à l'hospitalisation touche 30 à 60 % des personnes de 70 ans et plus. Et que la dépendance liée à l'hospitalisation toucherait 80% des personnes âgées et serait évitable pour 10% d'entre eux (étude réalisée dans un établissement). En 2011, déjà la HCAAM disait : « *L'HCAAM souligne l'observation de toutes les études sur le fait qu'un séjour trop prolongé en hospitalisation complète, au-delà du temps nécessaire à la thérapeutique en milieu hospitalier, concourt fortement à la perte des capacités d'autonomie des patients.* »¹⁸ (HCAAM, 2011, p.5).

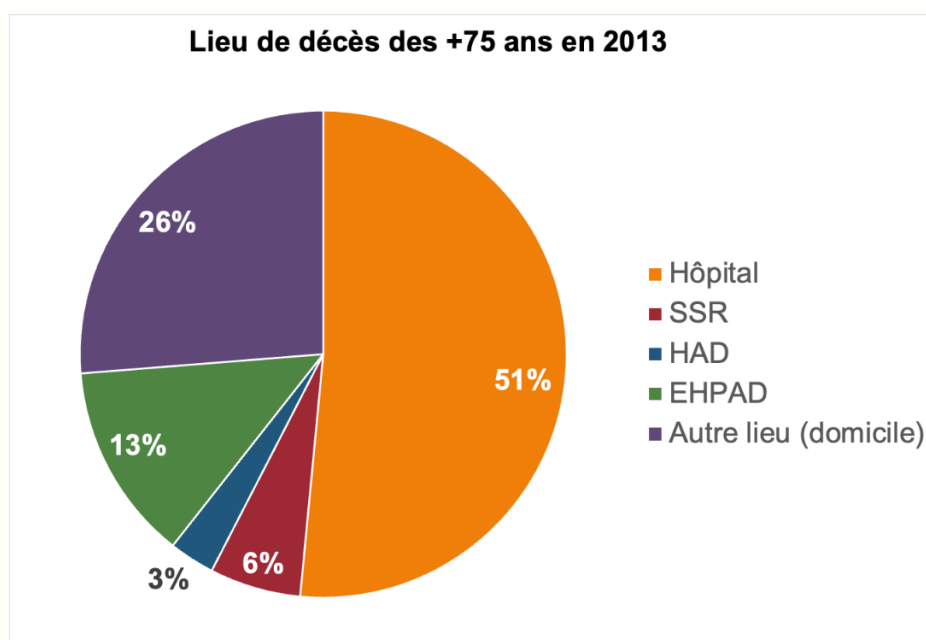
Enfin, en 2018, un rapport du Ministère de la Santé¹⁹ identifiait qu'en 2013, 51% des personnes de 75 ans et plus décédaient à l'hôpital.

¹⁶ M., Roussel ; D., Teissandier ; Y., Yordanov ; F., Balen ; M., Noizet ; K., Tazarourte ; B., Bloom ; P., Catoire ; L., Berard ; M., Cachanado ; T., Simon ; S., Laribi ; Y., Freund ; for the FHU IMPEC-IRU SFMU Collaborators, 2023, Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients: A Prospective Cohort Study. *JAMA Internal Medicine*.

¹⁷ « Fiche point clés : Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. », HAS, 2017

¹⁸ « Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées », HCAAM, 2011.

¹⁹ « Rapport Atelier 10 : L'hôpital et la personne âgée », Ministère de la Santé, 2018



Source : Ministère de la Santé, 2018 1

La Société Française de Gériatrie et de Gériatologie constate que, la venue des personnes âgées de 75 ans et plus peut faire suite à des problèmes de dépendance et à des problèmes sociaux tels que l'isolement. Elle observe également, parfois, un mauvais adressage des patients de 75 ans et plus aux urgences. Les causes de ces mauvais adressages sont :

- le manque de médecins de ville ;
- l'épuisement des aidants ;
- le manque de connaissance de structures d'appui pour des situations de fin de vie.

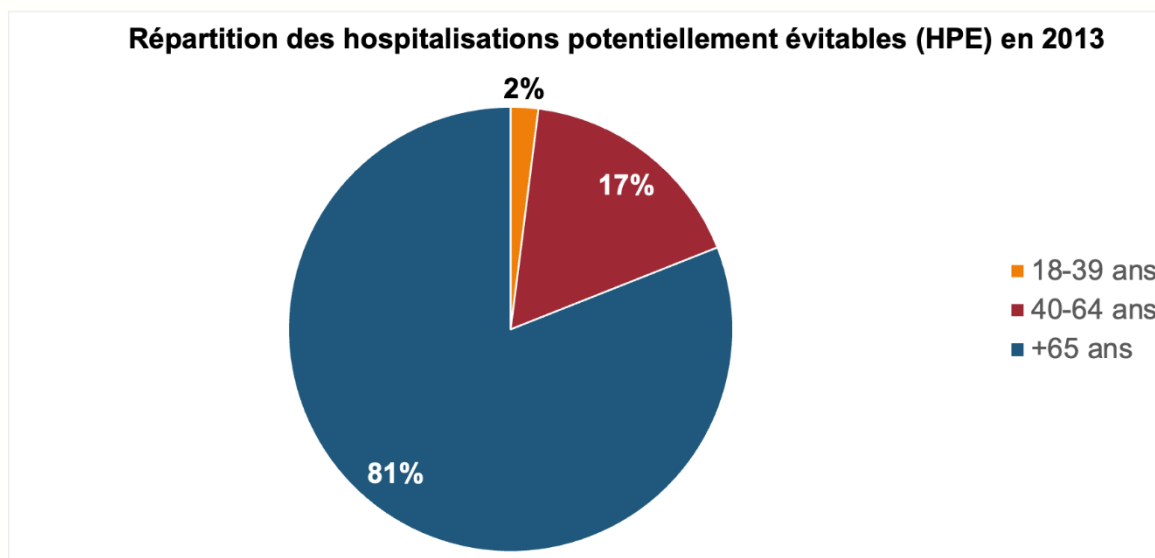
Dans ces situations, un passage aux urgences, voire une hospitalisation, aurait pu être évité grâce à une meilleure identification des solutions de prise en charge à domicile et à un soutien renforcé des aidants dans une démarche de prévention.

1.1.4. Les hospitalisations potentiellement évitables

La définition des hospitalisations potentiellement évitables (HPE) reste sujette à débat dans la littérature scientifique. Toutefois, il est généralement admis qu'elles correspondent à des séjours hospitaliers qui auraient pu être prévenus grâce à une prise en charge adéquate par les soins primaires de proximité. En d'autres termes, des soins de ville opportuns, tant en termes de temporalité, de qualité et de quantité, permettraient d'éviter la survenue de certaines pathologies ou de mieux en contrôler l'évolution. Ces hospitalisations concernent principalement des épisodes aigus, des décompensations ou des exacerbations de maladies chroniques telles que l'asthme (≥ 18 ans), l'insuffisance cardiaque (≥ 40 ans), la BPCO (≥ 18 ans), la déshydratation (≥ 65 ans), les complications du diabète à court terme (≥ 40 ans) et l'angine de poitrine sans infarctus du myocarde (≥ 40 ans) (DGOS-ATIH, 2018).

Avec l'avancée en âge, le risque d'HPE augmente considérablement. Une étude récente de la DREES (2023)²⁰ estime que 62 % de ces hospitalisations concernent des patients âgés de 75 ans et plus.

En 2015, le taux national moyen d'hospitalisation évitable est, pour les personnes de 75 ans ou plus, de 33,1 séjours pour 1000 habitants²¹.



Source : ATIH, 2015

Les recherches sur les HPE les considèrent comme un indicateur clé de l'accessibilité aux soins primaires (M. Millman, 1993 ; D. Radley et al., 2012), un outil d'estimation des coûts engendrés (V.G. Rodwin et al., 2013) et un moyen d'identifier les populations les plus à risque (DREES, 2023). Cependant, ces études négligent souvent les dimensions sociales et environnementales du quotidien des personnes âgées. Nous émettons l'hypothèse que, en complément de la coordination avec les soins primaires, un renforcement de l'accompagnement par le secteur médico-social pourrait contribuer à diminuer le nombre d'HPE. En observant les passages aux urgences et en analysant les dossiers de patients de 75 ans et plus, dont l'hospitalisation est qualifiée d'évitables, nous cherchons à mieux comprendre leur situation sociale et leur accès aux dispositifs médico-sociaux. Cette approche permettrait d'identifier la proportion de patients isolés ou dont la charge repose exclusivement sur des aidants familiaux, ouvrant ainsi la voie à une définition élargie des HPE, intégrant des critères sociaux aggravants.

²⁰ Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs, Études et Résultats, n°1262.

²¹ « Guide méthodologique de calcul de l'indicateur HPE et présentation des principaux résultats », ATIH, 2015.

1.2. Estimation des coûts évitables

Pour évaluer les coûts liés aux hospitalisations potentiellement évitables, il est nécessaire, d'une part, de connaître le coût unitaire de ces hospitalisations et, d'autre part, d'en estimer la fréquence.

Prix d'une journée d'hospitalisation – L'exemple de l'AP-HP (Paris) 2019

	Prix TTC par jour d'hospitalisation
Hospitalisation à temps complet - court séjour	
Médecine	898 €
Médecine spécialisée	1 317 €
Chirurgie	1 780 €
Spécialités coûteuses	2 932 €
Spécialités très coûteuses (comme une hospitalisation en réanimation)	4 628 €
Hospitalisation à temps complet - Moyen séjour	
Soins de Suite	500 €
Réadaptation	720 €

Les chiffres ci-dessous reposent sur les estimations chiffrées des hospitalisations de 2023, recensées par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH, 2024). La base de calcul est établie pour les patients de 80 ans et plus, conformément à la catégorisation utilisée par l'ATIH. Notre étude portant sur les 75 ans et plus, laisse supposer que ces estimations pourraient être revues à la hausse.

1.2.1. Les HPE en court séjour gériatrique

Chaque année, environ 350 000 patients sont admis en court séjour gériatrique, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 11,8 jours. Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans ce type de service s'élève à 1 300€, portant ainsi le budget total de l'Assurance Maladie à 5,369 milliards d'euros pour ces hospitalisations. Or, le taux moyen d'hospitalisations évitables chez les patients de plus de 75 ans est estimé à 3,3 %, ce qui correspond à une dépense potentiellement évitable de **177,2 millions d'euros**.

1.2.2. Les HPE en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

En médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), 1,5 million de personnes âgées de 80 ans et plus (ATIH, 2024) sont hospitalisées chaque année. Chez les patients de plus de 85 ans, la durée moyenne de séjour atteint 9,9 jours, avec un coût journalier de 898€. Ces hospitalisations représentent un budget total de 13,33 milliards d'euros pour l'Assurance Maladie. Or, avec un taux moyen d'hospitalisations évitables estimé à 3,3 % pour les plus de 75 ans, la dépense potentiellement évitable s'élève à environ **440 millions d'euros**.

1.2.3. Les HPE aux urgences

Chaque année, 1,3 million de patients âgés de 80 ans et plus sont pris en charge aux urgences (ATIH, 2024), mais le nombre de passages pour cette même population est de 2,1 millions. Le

coût moyen d'un passage aux urgences est estimé à 250€, représentant un budget total de 525 millions d'euros pour l'Assurance Maladie. Avec un taux moyen d'hospitalisations évitables de 3,3 % chez les patients de plus de 75 ans, la dépense potentiellement évitable s'élève à environ **17,3 millions d'euros**.

1.2.4. Les HPE en Soins Médicaux de Réadaptation

Environ 963 000 patients sont admis en soins médicaux et de réadaptation (SMR) par an. En 2023, 314 000 patients âgés de 80 ans et plus ont séjourné en SMR. La durée moyenne de séjour s'élève à 38 jours, totalisant 11,9 millions de journées d'hospitalisation par an pour cette population. Avec un tarif journalier de 720€, le budget de l'Assurance Maladie pour ces séjours est estimé à 8,5 milliards d'euros. Le taux moyen d'hospitalisations évitables pour les patients de plus de 75 ans étant de 3,3 %, la dépense potentiellement évitable s'élève à environ **283,5 millions d'euros**.

1.2.5. Synthèse des coûts évitables

Services concernés	Coûts évitables
Court séjour gériatrique	177,2 millions d'euros
Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)	440 millions d'euros
Urgences	17,3 millions d'euros
Soins Médicaux de Réadaptation (SMR)	283,5 millions d'euros
Total	918 millions d'euros

Au total, c'est donc à **minima 918 millions d'euros** que la sécurité sociale pourrait économiser grâce à une meilleure anticipation des besoins en soins et à un renforcement des alternatives à l'hospitalisation pour les 75 ans et plus. Par ailleurs, une prévention renforcée et une prise en charge plus efficace en amont pourraient ainsi limiter ces hospitalisations évitables et optimiser les ressources du système de santé.

2. La prévention des hospitalisations chez les personnes âgées : un enjeu pour limiter la perte d'autonomie et désengorger les services d'urgences

La prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour les systèmes de santé tant sur le plan financier qu'organisationnel. La vulnérabilité de cette population, caractérisée par une prévalence élevée de comorbidités et à une fragilité accrue, rend l'hospitalisation – et en particulier la réhospitalisation – à la fois fréquente et risquée. Bien qu'une hospitalisation initiale puisse entraîner une perte partielle d'autonomie, c'est la réhospitalisation – souvent consécutive à une coordination insuffisante lors de la sortie de l'hôpital – qui aggrave ce déclin. Ce chapitre se propose d'analyser la prévention des hospitalisations et la coordination des sorties, deux axes complémentaires essentiels pour améliorer à la fois la qualité de la prise en charge et la qualité de vie des patients âgés.

2.1. Enjeux et défis de la prévention des hospitalisations

La prévention des hospitalisations des personnes âgées, en particulier celles de 75 ans et plus, repose sur un accompagnement efficace de la perte d'autonomie. En France, cette prise en charge s'appuie sur des dispositifs financiers ainsi que sur l'intervention de professionnels du médico-social et du soin, permettant aux personnes âgées de rester à domicile malgré une diminution de leurs capacités. Cet accompagnement repose sur une coordination entre divers acteurs impliqués à différents niveaux : prévention, soutien social et financier, ainsi que suivi médical. Toutefois, ces dispositifs ne peuvent être pleinement efficaces que si les personnes concernées en ont connaissance et entreprennent les démarches nécessaires pour en bénéficier. Néanmoins, pour bénéficier d'un accompagnement dans leur perte d'autonomie, les personnes âgées rencontrent diverses difficultés. Ces défis sont multiples, allant des politiques de financement des aides à la réticence des individus à accepter l'aide qui leur est proposée. Voici un aperçu des sept principales difficultés rencontrées.

2.2.1 Complexité des dispositifs existants

En amont de l'accompagnement de la perte d'autonomie, plusieurs acteurs mettent en place des actions de prévention et de sensibilisation destinées aux personnes. L'État français a promulgué plusieurs lois en ce sens dont la dernière en date est la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024, intitulée "portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie". Cette loi vise à adapter la société française au vieillissement de sa population en renforçant l'autonomie des personnes âgées et en améliorant leur qualité de vie. Parmi les principales dispositions de cette loi figurent :

- **Prévention de la perte d'autonomie** : Mise en place de programmes nationaux et territoriaux pour prévenir la dépendance, incluant l'organisation des conférences nationales de l'autonomie organisées au moins tous les trois ans.
- **Lutte contre l'isolement** : Facilitation de l'accès aux registres des personnes vulnérables pour les services sociaux et sanitaires, afin d'améliorer la communication et l'intervention en cas de crises, telles que les canicules ou les pandémies.
- **Soutien aux aidants** : Introduction de dispositifs pour accompagner les aidants familiaux, incluant des formations spécifiques et des solutions de répit.
- **Habitat inclusif** : Promotion de solutions de logement alternatives entre le domicile traditionnel et les établissements spécialisés, favorisant l'autonomie et la vie en communauté des personnes âgées.

Les caisses de retraite et les complémentaires santé jouent un rôle important dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en proposant divers dispositifs et aides :

- Actions de prévention et accompagnement :
 - Programmes de prévention santé : Ateliers sur la nutrition, l'activité physique, la mémoire et la prévention des chutes.
 - Bilans de prévention : Évaluation des risques liés à la perte d'autonomie pour proposer des solutions adaptées.
 - Actions de sensibilisation : Information sur le vieillissement en bonne santé, notamment via des conférences et des guides pratiques.
- Aides financières et services d'accompagnement :
 - Aide à domicile : Participation au financement d'aides ménagères ou d'auxiliaires de vie pour faciliter l'accompagnement à domicile.
 - Adaptation du logement : Subventions ou aides pour financer des travaux visant à sécuriser l'habitat (ex. installation de barres d'appui, suppression des marches, etc.).
 - Aide aux aidants : Soutien financier, accompagnement psychologique et formation pour les proches aidants.
- Dispositifs spécifiques des caisses de retraite :
 - Plans d'action personnalisés (PAP) : Proposés par l'Assurance Retraite (CARSAT, CNAV), ils permettent d'évaluer les besoins des retraités et de financer certaines prestations (portage de repas, téléassistance, aide technique, etc.).
 - Agirc-Arrco : Mise en place de dispositifs comme le « Bien Vieillir chez soi », l'accompagnement en cas de fragilité, l'accompagnement « Sortir + » et le financement de séjours de répit pour les aidants.

Les complémentaires santé sont également investies dans le champ de la prévention. Ainsi, certaines mutuelles proposent des contrats intégrant des garanties spécifiques pour la prise en charge de la dépendance (ex. forfaits pour l'aide à domicile, financement d'équipements médicaux, services d'assistance). Elles financent également des programmes de prévention individualisés et des accompagnements en cas de perte d'autonomie avancée.

Ces dispositifs visent à retarder autant que possible l'entrée dans la dépendance. Cependant, l'offre d'aides et de services est fragmentée entre différents acteurs (État, Conseil

Départemental, Agence Régional de Santé, caisses de retraite, complémentaires santé, associations), ce qui rend l'accès aux dispositifs difficile à comprendre et à mobiliser.

2.1.1. Démarches administratives lourdes

L'accès aux aides financières pour la perte d'autonomie des personnes âgées en France est souvent entravé par la lourdeur des démarches administratives. Cette complexité constitue un véritable frein pour les bénéficiaires et leurs proches, qui doivent naviguer dans un système fragmenté, impliquant de multiples organismes et procédures.

L'un des premiers obstacles réside dans la diversité des aides disponibles, chacune ayant des critères d'éligibilité et des modalités de demande spécifiques. Entre l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH), les aides des caisses de retraite, des mutuelles ou encore les dispositifs locaux, il est souvent difficile pour les personnes âgées et leurs aidants de s'y retrouver. Chaque aide dépend d'un organisme différent (départements, caisses de retraite, mutuelles, mairies, etc.), ce qui impose des démarches distinctes pour chaque dispositif.

Ensuite, les demandes d'aides nécessitent généralement de remplir des dossiers volumineux comprenant de nombreux justificatifs : pièces d'identité et justificatifs de domicile, avis d'imposition et relevés de ressources, certificats médicaux et évaluations de la perte d'autonomie par un professionnel de santé, devis et factures pour les aides techniques ou l'adaptation du logement. La collecte et la transmission de ces documents peuvent s'avérer fastidieuse, en particulier pour des personnes en situation de fragilité ou isolées. De plus, certaines aides exigent une évaluation préalable par une équipe médico-sociale, ce qui allonge les délais d'instruction.

Ces délais varient en fonction des dispositifs et des départements. Par exemple, l'APA peut nécessiter plusieurs semaines avant d'être accordée, ce qui peut poser problème pour les personnes ayant des besoins urgents. De plus, certaines aides doivent être renouvelées régulièrement, obligeant les bénéficiaires à refaire les démarches et à fournir à nouveau des justificatifs. Bien que certains services sociaux (Centres communaux d'action sociale - CCAS, Maisons départementales de l'autonomie, Points d'information locaux) puissent orienter les personnes âgées, beaucoup se retrouvent livrées à elles-mêmes face à la complexité des démarches. Le langage administratif peut être difficile à appréhender, et l'utilisation de plateformes numériques pour certaines demandes représente une barrière supplémentaire pour les personnes âgées peu à l'aise avec les outils informatiques.

Enfin, les disparités territoriales ajoutent une couche de complexité supplémentaire. En fonction du département ou de la commune, les aides disponibles et les critères d'attribution peuvent varier, rendant l'accès aux dispositifs inégal sur le territoire. Par ailleurs, les personnes âgées disposant de faibles ressources ou d'un niveau d'éducation limité sont souvent celles qui rencontrent le plus de difficultés à faire valoir leurs droits.

Par conséquent, la complexité administrative des demandes d'aides pour la perte d'autonomie constitue un frein majeur à leur accès.

2.1.2. Manque de coordination des acteurs

L'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie repose sur une multitude d'acteurs issus des secteurs sanitaire, social et médico-social. Cependant, un manque de coordination entre ces différents intervenants entraîne souvent des ruptures dans la prise en charge, une perte d'efficacité des dispositifs et une charge supplémentaire pour les aidants familiaux. Les acteurs impliqués dans le parcours de soin et d'accompagnement des personnes âgées sont nombreux : médecins généralistes, infirmiers, aides à domicile, aides-soignants, assistantes sociales, hôpitaux, spécialistes, etc. Chacun intervient sur un champ spécifique (médical, social, administratif, financier), mais la coordination entre eux reste limitée. Et ce, malgré la mise en place de dispositif spécifique à l'accompagnement des publics vulnérables. Ainsi, les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) créés par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) du 14 juillet 2019, visent à intégrer l'ensemble des initiatives de coordination existants²². Cependant, bien que les DAC puissent accompagner des personnes en direct, leur rôle principal est de soutenir les professionnels du sanitaire, du social et du médico-social confrontés à des situations complexes.

2.1.3. Une absence de référent unique

Dans l'accompagnement à domicile, bien que la réforme des services autonomie à domicile (SAD) tende à réunir sous l'égide d'un même service l'aide (ex-service d'aide et d'accompagnement – SAAD) et le soin (ex-service de soins à domicile – SSIAD), force est de constater que les interventions entre les différents professionnels restent encore fragmentées. Aujourd'hui encore, l'absence d'un système d'information partagé entre les différents acteurs de la prise en charge constitue un autre obstacle majeur. Chaque service fonctionne avec ses propres outils et protocoles, ce qui entraîne des redondances dans les évaluations et un manque de transmission des informations essentielles. Par exemple, un médecin généraliste n'a pas toujours accès aux comptes rendus d'hospitalisation de son patient, ce qui complique le suivi des soins.

Les familles et les personnes âgées elles-mêmes sont souvent perdues face à la diversité des interlocuteurs et des démarches à effectuer. L'absence d'un référent chargé d'assurer la coordination entre les soins médicaux, l'aide sociale et les dispositifs d'accompagnement constitue un frein majeur à une prise en charge fluide et efficace. Certaines initiatives, comme le rôle des infirmiers en pratique avancée (IPA), les coordinateurs de parcours de santé, ou encore les prestations de care management commencent à émerger, mais elles restent insuffisantes à l'échelle nationale.

2.1.4. Pénurie de professionnels et inégalités territoriales

²² Les réseaux de santé ; les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) ; les plateformes territoriales d'appui (PTA) ; les coordinations territoriales d'appui (CTA) de l'expérimentation PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie). Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) peuvent également rejoindre ce dispositif sur décision du conseil départemental.

Comme nous l'avons déjà vu, l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie repose sur l'intervention de nombreux professionnels du secteur médico-social et sanitaire : médecins généralistes, infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de vie, ergothérapeutes, assistantes sociales, etc. Cependant, ces secteurs d'activité font face à une pénurie de professionnels au niveau national.

Le secteur du grand âge connaît une crise majeure du recrutement qui touche aussi bien les établissements spécialisés (EHPAD, unités de soins de longue durée) que les services autonomie à domicile. Plusieurs facteurs expliquent cette situation :

- Un manque d'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement : faibles rémunérations, conditions de travail difficiles (horaires décalés, charge émotionnelle importante), conséquences d'un sous financement chronique.
- Un vieillissement des professionnels de santé : beaucoup de médecins généralistes, en particulier en milieu rural, approchent de la retraite qu'une relève ne soit assurée.
- Une explosion des besoins liée à l'allongement de l'espérance de vie et à la croissance du nombre de personnes âgées dépendantes.

Par conséquent, de nombreux seniors se retrouvent sans médecin traitant et rencontrent des difficultés croissantes pour accéder aux soins de base et aux suivis médicaux nécessaires à l'accompagnement à domicile. Ces difficultés sont amplifiées sur certains territoires dit « déserts médicaux », principalement en zones rurales mais aussi dans certains quartiers urbains. Ces disparités se manifestent à plusieurs niveaux :

- Un accès inégal aux médecins généralistes et spécialistes : les délais pour obtenir un rendez-vous avec un gériatre, un kinésithérapeute ou un orthophoniste peuvent atteindre plusieurs mois selon les régions.
- Un manque d'infrastructures adaptées : certains territoires disposent de peu de structures spécialisées pour l'accueil temporaire ou l'hébergement des personnes en perte d'autonomie.
- Un déficit d'aides à domicile : le recrutement et la fidélisation des aides à domicile sont difficile, ce qui limite parfois la mise en place d'un accompagnement à domicile.

Ces inégalités géographiques créent un risque de renoncement aux soins pour de nombreuses personnes âgées, avec des conséquences directes sur leur état de santé et leur autonomie et cela malgré plusieurs initiatives mises en place pour tenter d'y remédier, telles que :

- Le développement des infirmiers en pratique avancée (IPA) qui peuvent assurer une partie du suivi médical des personnes âgées en l'absence d'un médecin disponible.
- La création de maisons de santé pluridisciplinaires, de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et de centres de santé pour regrouper plusieurs professionnels et améliorer l'offre de soins dans les territoires sous-dotés.
- Le programme ICOPE (*Integrated Care for Older People*), développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), vise à prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées en identifiant précocement les fragilités.
- L'utilisation des outils numériques et de la télémédecine pour assurer un suivi à distance des patients, notamment en cas de pathologies chroniques.

- La revalorisation des métiers du médico-social et de l'aide à domicile afin d'attirer davantage de candidats et de garantir un service de qualité à domicile pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.
- L'expérimentation de Service Public Départemental de l'Autonomie (SPDA) mis en place par certains Départements pour améliorer l'orientation et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

2.1.5. Coût des solutions d'accompagnement

Bien que des dispositifs existent pour réduire le coût de la dépendance, le reste à charge demeure un défi majeur pour les personnes âgées et leurs familles. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), principale aide au financement de la perte d'autonomie à domicile, est attribuée en fonction des ressources financières des bénéficiaires. À l'exception des revenus les plus modestes, qui peuvent accéder à l'aide sociale, un reste à charge s'applique pour chaque heure d'intervention d'aide à domicile.

Face à ces coûts, certaines familles doivent faire des arbitrages complexes :

- Réduire le nombre d'heures d'accompagnement, ce qui peut impacter la qualité de vie de la personne âgée et la placer en situation de fragilité.
- Assumer elles-mêmes le rôle d'aidant familial, ce qui peut entraîner de l'épuisement, des conflits familiaux et même une réorientation professionnelle contrainte (réduction du temps de travail, démission, etc.).

Ainsi, bien que l'accompagnement à domicile soit souhaité par près de 94% des Français, il engage une part des ressources des familles mais demeure moins coûteux qu'une prise en charge en EHPAD.

Face à cette situation, plusieurs pistes sont envisagées pour alléger le poids financier des familles, notamment :

- le développement d'une assurance, permettant de mieux anticiper et couvrir les coûts liés à la perte d'autonomie.
- la revalorisation des aides existantes, afin d'adapter leur montant à la réalité des dépenses engagées par les bénéficiaires.
- l'adoption de politiques publiques favorisant un modèle d'accompagnement à domicile mieux financé et mieux encadré, garantissant un accès équitable aux services d'accompagnement.

2.1.6. Réticence des personnes âgées et de leur entourage

Outre les problématiques structurelles et financières, il est essentiel de prendre en compte la réticence des personnes âgées ou de leurs proches à accepter une aide dans l'accompagnement de la perte d'autonomie. Ces réticences peuvent être liées à des facteurs psychologiques, culturels, sociaux ou encore à des représentations négatives de la dépendance.

L'une des principales difficultés réside dans le refus d'aide exprimé par de nombreuses personnes âgées. Ce rejet peut être motivé par plusieurs raisons :

- Peur de la perte de liberté : accepter une aide à domicile ou entrer en EHPAD peut être perçu comme un renoncement à son indépendance. De nombreux seniors souhaitent conserver le contrôle sur leur quotidien et craignent de devenir un « fardeau » pour leurs proches.
- Dénier de la perte d'autonomie : certains refusent d'admettre qu'ils ont besoin d'aide, par amour-propre ou par peur de la vieillesse. Ils minimisent leurs difficultés et retardent autant que possible la mise en place de solutions adaptées.
- Méfiance envers les intervenants extérieurs : l'arrivée d'un professionnel à domicile (aide-soignant, auxiliaire de vie) peut être mal acceptée, en particulier lorsque la personne âgée a toujours vécu de manière autonome.

En France, la perte d'autonomie est souvent abordée trop tardivement, au moment où la situation devient critique. Peu de personnes anticipent l'adaptation de leur logement, l'organisation d'une aide à domicile ou la mise en place d'un suivi médical renforcé. Ce manque d'anticipation peut entraîner des hospitalisations évitables ou une entrée en urgence en établissement, dans des conditions subies plutôt que choisies. C'est ce que constatent les assistantes sociales rencontrées dans le cadre de cette étude : *« il y a ce que la tête veut et ce que le corps peut encore faire, et le raccord entre les deux est compliqué. La prise de conscience est compliquée, l'acceptation est compliquée »* (assistante sociale, CHU de Lille).

Les proches jouent un rôle fondamental dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, mais leur implication peut également être un facteur de résistance. Tout d'abord, les aidants ressentent parfois un fort sentiment de culpabilité, ayant des remords à l'idée de placer un parent en établissement ou faire appel à une aide extérieure. Cette culpabilité peut les amener à retarder des décisions cruciales, même lorsque la situation devient dangereuse pour la personne âgée. De plus, de nombreuses familles sont souvent mal informées sur les aides existantes, ce qui complique l'organisation d'un accompagnement adapté et efficace. Enfin, des conflits familiaux peuvent surgir lorsque plusieurs membres de la famille doivent prendre des décisions ensemble, ce qui peut paralyser l'action et ralentir la mise en place de solutions de soutien. Ces différents facteurs entravent l'efficacité de l'accompagnement à la perte d'autonomie, rendant d'autant plus difficile le processus pour les familles et les proches aidants (**Cf. Infographie de Blanche**).

Dans la société française, l'image de la vieillesse est encore souvent associée à la fragilité et à la dépendance. Face à cet âgisme appréhendé par tous, beaucoup de seniors souhaitent rester autonomes le plus longtemps possible et redoutent de devenir une charge pour leurs proches. Cette pression sociale peut les pousser à refuser une aide pourtant nécessaire. La réticence des personnes âgées et de leur entourage à accepter un accompagnement précoce a souvent des conséquences négatives :

- Une dégradation de l'état de santé qui aurait pu être évitée avec un suivi adapté.
- Un épuisement des aidants familiaux qui se retrouvent seuls à gérer la situation, sans relais extérieur.
- Des hospitalisations répétées dues à des chutes, une mauvaise alimentation ou un isolement social.

Ces obstacles rendent l'accompagnement des personnes âgées complexe et soulignent la nécessité d'une meilleure coordination et d'une simplification des dispositifs de prise en charge. En leur absence, une personne âgée insuffisamment accompagnée à domicile, aura souvent comme premier réflexe en cas de difficultés, recours à l'hôpital via le service des urgences. Cet afflux des personnes âgées dans les services hospitaliers n'est pas sans conséquence sur leur organisation et accentue la saturation des structures de soins.

2.2. Les difficultés de prise en charge des patients âgés à l'hôpital

La prise en charge des personnes âgées à l'hôpital peut avoir des répercussions importantes sur l'organisation interne des établissements de santé. Voici quelques impacts organisationnels majeurs.

2.2.1. Complexité des parcours de soins

Les patients âgés présentent souvent plusieurs comorbidités et fragilités, ce qui requiert une évaluation globale et multidisciplinaire. Cela nécessite la mise en place de parcours de soins personnalisés, impliquant la coordination entre différents services (médecine, chirurgie, gériatrie, réadaptation, kinésithérapie, etc.) et une planification minutieuse des transitions de soins, notamment lors de la sortie de l'hôpital.

Les médecins urgentistes interrogés dans le cadre de cette étude confirment que la prise en charge des personnes âgées n'est pas adaptée à un service d'urgences. En effet, selon eux, ces patients présentent souvent des pathologies chroniques qui nécessitant un examen holistique, alors que les urgences sont principalement équipées et formées pour traiter des problèmes aigus et focaux, comme une plaie nécessitant une suture. Selon un urgentiste, bien que médicalement, une personne âgée n'ait rien d'aigu, elle peut souffrir de douleurs importantes dues à une altération de son état général (AEG) ce qui complique sa prise en charge et, surtout, sa réorientation après son passage aux urgences.

2.2.2. Allongement de la durée de séjour

La fragilité et les complications potentielles chez les personnes âgées peuvent entraîner des séjours prolongés, avec des conséquences sur la disponibilité des lits et l'efficacité du flux de patients. Cela peut aussi accroître la charge de travail du personnel médical et paramédical, tout en générant des coûts supplémentaires pour l'établissement (multiplication des examens, et analyses biomédicales).

Bien que les personnes âgées ne représentent pas la majorité des patients aux urgences (16,8% lors de nos observations – 17% selon les moyennes nationales), elles s'avèrent être les plus difficiles à orienter. Une urgentiste explique : « *Les personnes âgées ne sont pas celles qui encombre le plus les urgences par contre ce sont celles qui sont le plus encombrantes car une fois qu'elles sont là on ne peut pas les faire rentrer chez elles rapidement* » (urgentiste, Hôpital Privé d'Antony).

Les personnes âgées représentent donc des situations lourdes, bien que pas nécessairement les plus graves. Elles nécessitent de nombreux examens. Aux urgences, les examens systématiquement pratiqués pour une personne âgée incluent une prise de sang, un électrocardiogramme et une analyse d'urine.

Selon les urgentistes interrogés, il serait pertinent de créer des urgences gériatriques, spécialisées à l'image des urgences pédiatriques ou ophtalmologiques, afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de cette population. Certaines structures, comme l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, ont mis en place des unités dédiées aux urgences gériatriques, spécifiquement conçues pour répondre aux besoins des personnes âgées :

- Un espace adapté aux besoins gériatriques : ces unités offrent un environnement sécurisé et apaisant, avec des équipements et des aménagements adaptés (chambres ergonomiques, éclairage doux, dispositifs de prévention des chutes).
- Prise en charge rapide et spécialisée : les patients âgés sont immédiatement pris en charge par une équipe de gériatres, ce qui permet une prise de décision rapide, notamment dans des situations de détérioration cognitive aiguë ou de décompensation de maladies chroniques.

2.2.3. Formation et spécialisation des équipes hospitalières

Les enjeux liés à la prise en charge gériatrique impliquent souvent la nécessité de former spécifiquement les équipes hospitalières. La mise en place d'unités dédiées, comme des services de gériatrie aiguë ou des équipes de soins spécialisés, répond à ce besoin de compétences spécifiques pour mieux gérer les risques et complications associés à l'âge.

Plusieurs facultés de médecine intègrent désormais des modules spécifiques consacrés à la prise en charge des patients âgés, bien que leur contenu et leur existence varient d'une université à l'autre. Ces modules d'enseignement sont de plus en plus perçus comme essentiels pour former les futurs médecins, qu'ils soient gériatres, urgentistes, ou même généralistes.

Les modules de gériatrie se concentrent sur les aspects médicaux, psychologiques et sociaux de la prise en charge des personnes âgées. Ils abordent notamment :

- les pathologies chroniques, les troubles cognitifs (comme la démence),
- la gestion de la douleur et les soins palliatifs,
- la prévention des chutes et à la gestion de la polypharmacie.

Cependant, dans la formation des urgentistes, l'accent est mis sur la reconnaissance des symptômes aigus chez les patients âgés et sur l'adaptation des protocoles de soins aux particularités de cette population. Ces formations incluent des enseignements notamment :

- la gestion de l'altération de l'état général,
- les risques de décompensation,
- l'importance de l'évaluation fonctionnelle.

Certains programmes proposent des stages cliniques en gériatrie, ou des formations supplémentaires en médecine d'urgence axées sur la prise en charge des patients âgés, afin de renforcer ces compétences essentielles.

2.2.4. Impact sur le budget et la gestion des ressources

La complexité de la prise en charge des personnes âgées entraîne une augmentation des coûts hospitaliers, notamment en raison de la prolongation des séjours, des besoins spécifiques en personnel et en équipements, ainsi que des investissements nécessaires à la coordination et aux technologies de suivi. Cela oblige les établissements de santé à repenser leur organisation budgétaire et à optimiser l'allocation des ressources pour concilier qualité des soins et viabilité financière. Dans ce contexte, de nouveaux acteurs émergent, tels que les « bed managers » ou gestionnaires de lits hospitaliers. Ces professionnels de santé sont chargés d'optimiser l'occupation des lits au sein d'un établissement hospitalier. Leur objectif principal est d'assurer une gestion efficace des flux de patients, afin d'améliorer la qualité des soins et de réduire les délais d'attente.

2.1.6 Investissement dans des dispositifs organisationnels adaptés aux patients âgés

Des systèmes et protocoles spécifiques ont été mis en place dans les services d'urgences pour améliorer la prise en charge des patients âgés de 75 ans et plus, en raison de leurs besoins médicaux particuliers et de leur vulnérabilité accrue. Nous avons eu l'occasion d'en étudier deux d'entre eux : **l'Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) et de la Hotline gériatrique du CHU de Lille**, ainsi que **et l'intervention d'Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) à l'hôpital de Flers**²³.

Équipe Mobile de Gériatrie (EMG)

L'Équipe Mobile de Gériatrie (EMG) est une équipe spécialisée qui intervient directement au sein des services hospitaliers non spécialisés, afin d'apporter un soutien spécifique dans la prise en charge des personnes âgées. L'EMG du CHU de Lille est composée d'une gériatre et deux infirmières spécialisées. Certaines équipes peuvent également inclure des psychologues, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes.

Créée il y a 20 ans, l'EMG de Lille a été la troisième équipe mobile de gériatrie en France. Elle intervient dans tous les services de l'hôpital, mais uniquement sur sollicitation d'un médecin.

Missions principales de l'EMG dans la prise en charge médicale et paramédicale :

²³ D'autres dispositifs innovants, issus de la littérature, permettant une prise en charge plus rapide, plus efficace, et plus personnalisée des personnes âgées aux urgences sont présentés en annexe 2.

- évaluer la fragilité du patient âgé dès son admission à l'hôpital,
- adapter le traitement et la prise en charge en fonction des particularités de la personne âgée (multimorbidité, perte d'autonomie, risques de chutes, etc.).
- prévenir les complications liées à l'hospitalisation (décompensation, infections nosocomiales, dénutrition).
- améliorer la prise en charge des pathologies gériatriques complexes, notamment la gestion de la douleur et des troubles cognitifs (comme la démence).
- Aider à l'orientation du patient en fonction de son état et de ses besoins post-hospitalisation.

L'équipe intervient systématiquement pour :

- les personnes de 75 ans et plus présentent depuis plus de 12h aux urgences
- les patients chuteurs (protocole Personnes âgées chuteuses).

Une étude menée par le Docteur Élodie Reynier²⁴ au Centre Hospitalier de Martigues, a analysé deux groupes de 200 patients âgés de 75 ans, admis aux urgences avant (2019) et après (2022) l'instauration des équipes gériatriques. Les résultats mettent en évidence les bénéfices significatifs de cette approche dans l'amélioration de la prise en charge des patients de plus de 75 ans. Son analyse comparative et multivariée du recours à l'EMG, montre une :

- diminution de 37,2% du taux d'hospitalisation,
- réduction de 65,5% des réadmissions aux urgences à 1 mois,
- diminution de 52,5 % des erreurs d'orientation dans le parcours de soins

L'observation du fonctionnement de l'EMG du CHU de Lille met en évidence l'expertise spécifique de cette équipe. Contrairement aux autres médecins de l'hôpital, l'équipe effectue un véritable travail d'investigation, prenant le temps de contacter les proches, les infirmières libérales ou encore les pharmaciens pour mieux comprendre la situation du patient.

Par ailleurs, son intervention contribue, de manière informelle, à la formation des jeunes médecins et internes, notamment aux urgences, où elle est régulièrement sollicitée pour la prise en charge des patients âgés.

Cependant, l'action de l'EMG reste limitée par plusieurs facteurs :

- elle ne peut émettre des recommandations, sans pouvoir prescrire à la place du médecin en charge du patient.
- elle ne peut intervenir que sur demande d'un médecin et ne peut pas s'auto-saisir d'un dossier. Ainsi, si les médecins des services ne la sollicitent pas, elle ne peut pas intervenir.
- son suivi s'arrête après l'évaluation et l'émission d'un avis, la prise en charge restant sous la responsabilité du service où le patient est hospitalisé.

²⁴ Élodie Reynier ; 2024. La plus-value du Médecin Gériatre aux Urgences. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04615217v1>

Hotline gériatrique

La médecin gériatre de l'équipe mobile de gériatrie assure également la permanence d'une Hotline gériatrique. Il s'agit d'un dispositif téléphonique destiné aux professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, services d'urgences, EHPAD, etc.) pour obtenir un avis spécialisé en gériatrie en temps réel. Son objectif est d'optimiser la prise en charge des personnes âgées, en évitant des hospitalisations inutiles et en facilitant la coordination des soins.

Accessible via un numéro dédié, la hotline est gérée par des gériatres hospitaliers ou des équipes spécialisées en gériatrie. Selon les régions elle est disponible 24h/24 ou sur des créneaux horaires spécifiques.

Objectif du dispositif :

- Optimiser la prise en charge des personnes âgées,
- Éviter les hospitalisations inutiles,
- Faciliter la coordination des soins tout en renforçant la coordination entre les soins de ville et l'hôpital,
- Améliorer la gestion des flux hospitaliers.

Ce service permet d'apporter une expertise rapide sur des problématiques spécifiques au vieillissement, comme :

- la gestion des traitements,
- les syndromes gériatriques (confusion, chutes, dénutrition, etc.),
- l'orientation des patients vers des solutions adaptées, telles que l'hospitalisation à domicile ou la rééducation.

En plus du CHU de Lille, plusieurs établissements, comme le **CHU de Toulouse** ou l'**Hôpital Broca (AP-HP, Paris)** ont mis en place ce type de service pour limiter les passages aux urgences et améliorer la prise en charge des patients âgés.

Dans cette perspective, il pourrait être pertinent de s'interroger sur l'opportunité d'élargir ce dispositif au service autonomie à domicile. En effet, les intervenants de ce secteur – auxiliaires de vie, coordinateurs, responsables de secteur – sont en première ligne auprès des personnes âgées fragiles vivant à domicile. Ils sont régulièrement confrontés à des situations complexes (altérations de l'état général, troubles du comportement, chutes répétées, etc.) qui nécessitent un avis rapide et spécialisé pour éviter des ruptures dans le parcours de soins.

L'ouverture de la hotline gériatrique à ces professionnels permettrait non seulement d'améliorer la réactivité et la pertinence des interventions à domicile, mais aussi de renforcer la collaboration entre les acteurs du sanitaire et du médico-social. Une telle extension soulève néanmoins plusieurs questions : comment adapter le dispositif aux réalités du domicile ? Quels moyens mettre en œuvre pour former les professionnels à l'utilisation efficiente de ce dispositif ? Et comment garantir la qualité et la traçabilité des échanges, notamment dans le respect des responsabilités de chacun ?

Ainsi, cette réflexion ouvre la voie à une possible évolution du rôle des services autonomie à domicile dans la coordination gériatrique territoriale, en les intégrant davantage dans les dynamiques de santé publique et de prévention.

Infirmier en Pratique Avancée (IPA)

Les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) sont des professionnels de santé ayant suivi une formation spécialisée qui leur permet de jouer un rôle clé dans la prise en charge des personnes âgées. Leur mission comprend :

- Évaluation clinique et suivi : les IPA réalisent des évaluations régulières des patients âgés, en particulier dans les services gériatriques, et suivent leur état de santé au quotidien.
- Coordination des soins : ils ont souvent la charge de coordonner les soins entre les différents intervenants, qu'il s'agisse des médecins, des soignants, ou d'autres spécialistes.
- Éducation à la santé : ils assurent des missions d'éducation thérapeutique auprès des patients et de leurs familles, en les informant sur les pathologies gériatriques et les moyens de maintenir ou améliorer l'autonomie.
- Prise en charge de pathologies chroniques : ils interviennent dans la gestion de pathologies chroniques fréquentes chez les personnes âgées, comme l'hypertension, le diabète ou les maladies cardiovasculaires.

L'organisation mise en place, d'après le retour d'expérience de l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) du centre hospitalier Jacques Monod de Flers, vise à assurer la prise en charge des patients de 75 ans et plus admis aux urgences présentant une problématique médicale, pour lesquels le médecin privilégie, néanmoins, un retour à domicile. Ce retour peut être complexe en raison de divers obstacles à lever. L'IPA travaille donc en étroite collaboration avec les assistantes sociales (AS) : pendant qu'elle évalue les besoins du patient, les AS recherchent les services adaptés – à l'exception des infirmiers libéraux (IDEL) et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui requièrent des informations médicales détaillées, que l'IPA leur communiquera.

L'IPA est considérée comme la professionnelle de santé qui prend le temps d'examiner la situation globale du patient : conditions de vie à domicile, éventuels troubles cognitifs, entourage, etc. Elle peut solliciter l'équipe gériatrique en cas d'hospitalisation nécessaire et planifier une hospitalisation de jour pour organiser des consultations spécialisées.

Son intervention repose sur plusieurs critères, notamment l'âge du patient, les difficultés d'accompagnement à domicile ou la survenue de chutes répétées. Son rôle est également de rassurer les patients quant à leur capacité à retourner chez eux en toute sécurité. Elle est actuellement la seule IPA spécialisée dans ce domaine au sein de l'établissement et exerce cette fonction depuis deux ans. Selon elle, cela ne permet pas encore de constater une diminution des hospitalisations, car en parallèle, la population âgée est en augmentation. Son travail s'inscrit dans une perspective de long terme. L'IPA s'efforce de programmer un rendez-vous de suivi dans les 10 jours suivant la sortie des urgences afin d'évaluer l'évolution de l'état

de santé du patient et, si nécessaire, de l'orienter vers une hospitalisation pour éviter un nouveau passage aux urgences. Si le patient l'accepte, elle peut également proposer un suivi à plus long terme, avec des consultations planifiées à trois et six mois.

Elle accompagne la sortie des urgences en rédigeant des courriers à l'attention du médecin traitant, notamment pour suggérer des ajustements médicamenteux. Toutefois, elle constate que ces recommandations ne sont pas toujours bien accueillies, en raison du manque de reconnaissance du rôle de l'IPA, tant par certains médecins que par les patients. Concernant les prescriptions, elle peut établir une prise en charge en soins à domicile (SAD mixte), renouveler des ordonnances et prescrire des examens médicaux (radiographies, prises de sang), avec une copie systématiquement envoyée au médecin traitant. En revanche, elle n'a pas l'autorisation de prescrire de nouvelles molécules.

Pour les situations complexes nécessitant une évaluation à domicile, elle sollicite le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), bien que leur intervention soit soumise à certains critères, tels que l'isolement social ou le refus de prise en charge. Pour des besoins plus simples, elle fait appel aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Enfin, elle souligne la précarité de son poste, car son activité ne génère pas directement de revenus pour l'hôpital. Son financement dépend du budget des urgences, à l'exception des actes réalisés dans le cadre de consultations.

Conclusion

En résumé, la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital représente un défi organisationnel majeur. Elle exige une adaptation constante des processus de soins, une coordination renforcée entre les équipes associée à une gestion rigoureuse des ressources et un investissement financier des établissements.

Le développement de dispositifs tels que les Équipes Mobiles de Gériatrie, les Hotlines gériatriques et les Infirmiers en Pratique Avancée contribue à améliorer la prise en charge des patients âgés et à réduire l'engorgement des urgences. Cependant, leur mise en place et leur pérennisation restent des enjeux cruciaux pour l'accompagnement du public âgé.

2.3. L'apport du care management dans la réduction des hospitalisations

Dans un contexte de vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques, le care management émerge comme une solution innovante pour optimiser le parcours des personnes âgées et prévenir les hospitalisations évitables. En coordonnant de manière proactive les interventions des différents professionnels de l'aide et du soin, cette approche vise à anticiper les décompensations et à adapter les prises en charge aux besoins spécifiques de chaque personne. En favorisant l'accompagnement à domicile et en améliorant

l'accès aux soins personnalisés, l'approche care management peut-elle contribuer non seulement à réduire les passages aux urgences, mais aussi contribuer à désengorger le système hospitalier, tout en améliorant la qualité de vie à domicile des personnes âgées et de leurs aidants ?

2.3.1. La mission de prévention du care management

Dans le paysage de l'aide à domicile et de l'accompagnement à l'autonomie, l'approche care management émerge depuis plusieurs années pour répondre à un besoin : celui d'être informé sur les aides existantes, sur les différentes options disponibles, et surtout d'être conseillé sur les réponses adaptées à la situation. Ce besoin reste encore largement confondu avec le besoin d'être aidé dans les actes essentiels et dans les activités de la vie ordinaire, pourtant, il est d'une toute autre nature : il s'agit de réfléchir à la situation dans sa globalité, c'est-à-dire en prenant en compte l'ensemble des personnes concernées (et pas uniquement la personne qui a besoin d'aide), de comprendre quels sont les attentes et les besoins de chacun, afin de rechercher des réponses adaptées et de les mettre en œuvre. Ce besoin de type organisationnel, qui n'est pas formalisé ni reconnu, s'exprime aujourd'hui à travers la demande des personnes aidées et surtout de leurs proches aidants, qui souhaitent pouvoir s'adresser à un interlocuteur en capacité de les épauler.

Le care management accompagne, ainsi, les personnes âgées face à la perte d'autonomie, en ajustant les solutions en fonction de l'évolution de leur situation. À mesure que leurs besoins changent, le professionnel du care management adapte l'accompagnement pour y répondre de manière appropriée. Pour ce faire, il réalise une évaluation globale, prenant en compte non seulement les besoins de la personne concernée, mais aussi son environnement et ceux de ses aidants, afin d'assurer une prise en charge adaptée et évolutive.

De cette façon, l'approche par le care management offre de nombreux avantages dans la prévention des hospitalisations des personnes identifiées par les services hospitaliers comme des personnes dont le « maintien à domicile (est) difficile » (MADD). En assurant un suivi personnalisé et coordonné des personnes à domicile, il permet d'identifier rapidement les signaux d'alerte et d'intervenir avant que les situations ne se dégradent. Grâce à une évaluation complète de la personne, de son environnement et des besoins de ses aidants, l'approche par le care management peut adapter l'accompagnement de la personne en fonction de l'évolution de sa situation. Cette approche proactive facilite l'accompagnement à domicile et réduit les recours aux services d'urgence, tout en améliorant la qualité de vie des personnes âgées.

Cependant, il reste difficile de déclencher une intervention de care management avant que la personne ne se trouve réellement dans une situation critique d'accompagnement à domicile. En effet, malgré la multiplication des dispositifs et campagnes de communication visant à prévenir la perte d'autonomie, divers obstacles – tels que le manque d'information, la complexité et la lourdeur administrative des demandes d'aide financière, ainsi que les réticences tant des personnes concernées que de leurs aidants – empêchent souvent une intervention préventive. Ainsi, ce n'est qu'au premier signe d'alerte, généralement un passage

aux urgences, que les personnes âgées ou leurs aidants prennent pleinement conscience de leurs besoins.

2.3.2. Déclencher une mission de care management après un passage aux urgences

Lors de nos observations, nous avons constaté que, sur un échantillon de 35 personnes âgées de 75 ans et plus ayant consulté aux urgences en journée, 24 – soit 68,5 % – ont été renvoyées à domicile sans hospitalisation. Les motifs de leur venue étaient variés, incluant des douleurs post-opératoires, des chutes depuis un escabeau, des malaises survenus en pharmacie ou encore des douleurs abdominales. À leur arrivée, des examens adaptés ont été réalisés – radiographie en cas de chute, scanner pour un choc crânien – et, pour toutes, une prise de sang, un électrocardiogramme et une analyse d'urine. En attendant les résultats, ces personnes ont patienté plusieurs heures dans le service, avant qu'un avis médical ne valide leur retour à domicile. Ainsi, dans ces cas non critiques, leur passage aux urgences pourrait constituer une opportunité pour réaliser un bilan global selon l'approche du care management, afin d'évaluer et d'optimiser leur accompagnement à domicile.

2.3.3. Étude de cas : Analyse de la situation de Monique²⁵

Monique a 77 ans et elle vit chez elle, avec sa fille, depuis 8 ans. Elle est arrivée aux urgences en ambulance à la suite à un malaise survenu en allant aux toilettes.

Les urgences

Les médecins des urgences examinent Monique et ne constatent aucun problème médical : il s'agissait d'un simple malaise vagal. Néanmoins, elle est confuse et ils préfèrent solliciter l'équipe mobile gériatrique (EMG) pour savoir si Monique est apte à rentrer chez elle.

Examen EMG – kinésithérapeute

Monique est vue simultanément par la gériatre de l'équipe mobile et le kinésithérapeute. Tous deux constatent que Monique marche bien, mais qu'elle ne comprend pas tout ce que les médecins lui disent. Elle répond "oui" à toutes les questions. L'examen de ces antécédents montre que Monique a fait plusieurs AVC, qu'elle est déjà venue au cours de l'année pour une chute et qu'elle n'a pas vu le neurologue de l'hôpital depuis 7 ans. Néanmoins, elle ne vit pas seule et semble physiquement en forme. Pour la gériatre et le kinésithérapeute, la problématique est plutôt d'ordre social et il n'y a pas de contre-indication à son retour à domicile après avis de l'assistante sociale.

Avis de l'assistante sociale

L'assistante sociale prend le relais et appelle la fille pour savoir comment se passe le quotidien de Monique à domicile. La fille explique qu'elle n'a pas de problème et qu'elle ne souhaite pas d'aide à domicile puisqu'elle est là pour sa mère. Mais elle glisse dans la conversation qu'elle

²⁵ Monique est un pseudonyme mais sa situation est réelle.

n'aime pas sa vie. L'assistante sociale lui recommande d'aller à la plateforme d'accompagnement et de répit où elle pourra faire des activités avec sa mère. La fille ne connaît pas la plateforme et ne comprend pas ce qu'elle peut lui apporter. Elle répond que sa mère ne peut pas fixer son attention plus de 10 min et qu'elle n'a le courage d'organiser une telle sortie pour réaliser une activité à laquelle sa mère ne participera pratiquement pas. Le soutien psychologique et le répit dont elle pourrait bénéficier ne sont pas abordés.

Retour à domicile

L'état de santé de Monique ne nécessitant pas une hospitalisation et la fille ne souhaitant pas d'aide extérieure, l'assistante sociale organise le retour en ambulance de Monique chez elle.

La plus-value du care management

Monique est rentrée chez elle après son passage de moins de 24 heures aux urgences. Néanmoins, l'absence de suivi de cette situation risque de générer un nouveau-retour aux urgences lié à l'état de santé de Monique ou celui de sa fille.

Les risques à écarter

La fille de Monique est visiblement seule à s'occuper de sa mère qui a des troubles neurologiques non suivis. Les risques dans cette situation sont :

- l'épuisement de la fille de Monique ;
- la rupture de la prise en charge de Monique si sa fille ne peut plus assurer son accompagnement.

Les besoins à évaluer

Le passage aux urgences de Monique peut être interprété comme le signe que sa situation est en train de se dégrader. L'approche par le care management permettrait de faire une évaluation à 360° de la situation de Monique et de sa fille afin de caractériser les besoins de l'une et de l'autre.

Les solutions à envisager

Tout en continuant à être présente auprès de sa mère, la fille de Monique pourrait être soutenue sur certaines tâches de la vie quotidienne par la mise en place d'intervention d'aide humaine. Une mission de care management pourrait l'aider à constituer le dossier de demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), à trouver un service autonomie à domicile que suivre la qualité des prestations réalisées avec la possibilité de les modifier si nécessaire.

Pour faire écho à la réflexion de la fille disant qu'elle n'aimait pas sa vie, l'approche par le care management permet de recenser les solutions de soutien aux aidants existantes sur le territoire, telle que la plateforme d'accompagnement et de répit, en présentant à la fille de Monique l'ensemble des initiatives dont elle pourrait bénéficier (consultation d'un psychologue, participation à un groupe de parole, etc.).

Enfin, une prestation de care management permettrait d'aider la fille de Monique à trouver les spécialistes pouvant reprendre le suivi neurologique de sa mère, comme le préconise le médecin gériatre de l'équipe mobile de gériatrie.

Comment faire appel à une mission de care management ?

Dans cette situation, la question est de savoir comment permettre à Monique et à sa fille de bénéficier d'une évaluation et d'un suivi par une prestation de care management ? La mise en relation peut être faite par différents professionnels :

- par l'assistante sociale
- par le médecin
- par l'organisme de protection sociale de Monique qui voyant qu'elle est passée aux urgences recommande une mission de care management.

2.3.4. Le rôle des groupes de protection sociale

Qu'il s'agisse de mettre en place des actions d'accompagnement, de prévention ou simplement de fournir de l'information, l'évaluation de la situation des personnes ayant passé moins de 24 heures aux urgences par un professionnel du care management s'avère indéniablement bénéfique. La question se pose alors : comment systématiser la réalisation d'un bilan de care management pour les personnes de 75 ans et plus ayant consulté aux urgences ? Cette interrogation a été soumise à trois assistants, qui pourraient y voir un intérêt afin d'identifier en amont les éventuelles problématiques de santé ou d'accompagnement à domicile de leurs clients.

Depuis quelques années, de plus en plus de groupes de protection sociale intègrent à leur contrat des options de care management. Leur intérêt pour cet accompagnement est né de la demande de leurs assurés. Ils ont remarqué que de plus en plus de personnes âgées sont isolées et n'ont pas le bon niveau de conseils, que des aidants démunis appellent pour leur proche et ils ont vu l'approche par le care management se développer.

Certains d'entre eux ont donc constitué une offre de care management qu'ils commercialisent davantage aux entreprises, via un plateau à distance, que directement aux particuliers. Pour les particuliers, la difficulté est de changer les habitudes des chargés d'assistance. Si ces derniers ont l'habitude de proposer des heures de ménage, ils suggèrent rarement de faire appel à la plateforme de care management.

D'autres ont déjà lié leur offre de care management à l'accompagnement à la sortie d'hospitalisation (exemple Noé Santé). Cette prise en charge est soit proposée dès l'hospitalisation, par une infirmière de care management qui est intégrée aux équipes de l'hôpital spécifiquement pour coordonner le suivi médical lors des retours à domicile. Soit une prestation de care management qui intervient pour accompagner le patient dans son retour à domicile. Dans le premier cas, c'est l'hôpital qui finance la prestation, l'accompagnement et le suivi de convalescence se fait sur 21 jours. Au moment de la sortie, l'infirmière coordonne la mise en place des interventions à domicile (sur le plan médical, paramédical, matériel technique, organise les rendez-vous avec l'hôpital si nécessaire : consultations, ambulance anticipée, bon de transport, etc.). Une fois que la personne est sortie, un référent de convalescence appelle 1 à 2 fois par semaine le patient pour savoir si tout va bien et identifier ou ajuster des besoins complémentaires. Dans le second cas, c'est l'assureur ou la caisse de retraite via les prestataires de care management avec lesquels ils ont conventionné qui assurent le même suivi. Dans ce second cas, le suivi et la coordination peuvent être réalisés

via des visites à domicile à fréquence régulière sur une durée 6 mois selon la complexité de la situation.

Ces dispositifs innovants sont très bénéfiques et permettent de réduire considérablement la durée de séjour à l'hôpital des personnes accompagnées ainsi que les risques de réhospitalisations (ces bénéfices seront présentés plus précisément dans le point 3). Cependant, ces dispositifs ne se déclenchent ou ne sont proposés qu'à partir du moment où les personnes sont hospitalisées.

En matière de prévention des hospitalisations, aujourd'hui aucun dispositif n'est mis en place. Ne serait-il pas possible de proposer, via les groupes de protection sociale, un dispositif similaire qui aurait pour objectif d'établir une évaluation de la situation de la personne dès lors qu'il y a eu un passage aux urgences sans gravité, puisque la personne n'a pas été hospitalisée ?

Les assistants interrogés sur cette question ont mis en évidence deux problématiques centrales :

- la structuration interne de leurs services dissocie le service remboursement – qui a l'information que l'assuré est passé aux urgences – et le service assistance qui met en place des prestations d'accompagnement sur demande de l'assuré
 - ⇒ Comment dans ce cas mettre en place une démarche pro-active de prévention si, c'est à l'assuré – comme pour l'assistance – de solliciter son assureur pour obtenir une évaluation de care management ?
- l'incertitude, en l'absence d'expérimentation, que ce modèle de prévention ne soit pas plus coûteux pour les groupes de protection sociale que bénéfique ? Autrement dit, cette prestation systématique pour toutes les personnes âgées de 75 ans et plus après un passage aux urgences de moins de 24 heures – qui aurait pour objectif de prévenir les situations d'accompagnement à domicile difficile et les passages aux urgences récurrents – ne s'avérerait-elle pas plus coûteuse que les remboursements des frais hospitaliers des personnes mal prises en charge en amont ?
 - ⇒ Pourquoi ne pas s'inspirer d'autres systèmes assurantiels qui fonctionnent comme l'assurance obsèques, qui inclut dans son contrat un service dédié prévisionnel qui contacte l'assuré dès lors qu'il y a un décès pour l'aider dans les démarches administratives ?

Pour limiter la crainte des groupes de protection sociale liée aux coûts que pourrait représenter un tel dispositif de prévention, il serait sans doute envisageable de construire, pour les personnes de 75 ans et plus, un accompagnement à tiroir constitué d'un appel systématique après un passage aux urgences par un professionnel du care management comprenant :

- dans un premier temps, un bilan de la situation de la personne : si elle n'a pas de besoins, la réalisation d'un suivi à six mois et un an ;
- selon la situation et les besoins avérés : la mise en place d'un accompagnement.

En conclusion, si les dispositifs actuels de care management liés à la sortie d'hospitalisation démontrent déjà leur efficacité dans l'optimisation du suivi des patients âgés, il apparaît

crucial de développer une approche préventive pour les personnes de 75 ans et plus ayant consulté aux urgences sans être hospitalisées. Un tel dispositif, basé sur un accompagnement à tiroir et un appel systématique réalisé par un professionnel du care management, permettrait d'identifier précocement les risques de dégradation de l'accompagnement à domicile et d'adapter l'intervention en fonction des besoins spécifiques de chaque patient. Bien que les défis organisationnels et le contrôle des coûts soient des obstacles à surmonter, l'expérience des assistants et l'inspiration d'autres modèles assurantiels offrent une piste prometteuse pour renforcer la prévention, améliorer la qualité de vie des assurés et, en définitive, réduire les réhospitalisations.

3. Coordonner les sorties : un défi crucial pour l'hôpital et la prise en charge des 75 ans et plus

Toutes les études le confirment : un séjour prolongé, au-delà du temps nécessaire aux soins, « *concourt fortement à la perte d'autonomie des patients* » âgés de 75 ans et plus (Libault, 2020). Bien que de nombreux séjours soient indispensables sur le plan médical, certaines hospitalisations se prolongent au-delà du temps nécessaire à l'organisation d'une prise en charge à domicile. La HAS avait déjà démontré, dans un rapport de 2013 que l'anticipation des besoins des personnes âgées avant leur sortie d'hospitalisation permettrait de réduire de 9 % la durée d'hospitalisation et de 18 % le risque de réhospitalisation²⁶. Toutefois, les problématiques de sortie d'hospitalisation pour les personnes de 75 ans et plus demeurent nombreuses et complexes. En effet, la fragilité liée à la multimorbidité et à la perte d'autonomie complexifie la planification du retour à domicile, surtout en l'absence d'une coordination efficace entre les soins hospitaliers et les services d'aide à domicile. Le risque de réhospitalisation reste élevé en raison de la polypharmacie, d'un suivi post-hospitalier insuffisant et des complications inhérentes à la transition du milieu hospitalier au domicile. Par ailleurs, l'évaluation et la mise en place d'un soutien social adéquat font souvent défaut, laissant certains patients isolés et vulnérables, tandis que l'adaptation de l'environnement domestique et la gestion des démarches administratives et financières représentent également des défis majeurs. Enfin, le manque de communication et de coordination entre les différents acteurs – médecins, infirmiers, assistantes sociales, services à domicile, etc. – peut entraîner des ruptures dans la continuité des soins, augmentant ainsi le risque de dégradation de l'état de santé après la sortie de l'hôpital.

3.1. Les risques inhérents à un manque de coordination des sorties

Lorsqu'une personne âgée est réhospitalisée, il s'agit souvent d'une conséquence directe d'une gestion insuffisante de son parcours de soins. Une première hospitalisation peut déjà entraîner une perte partielle d'autonomie, mais une réhospitalisation multiplie ce risque, avec un impact direct sur la qualité de vie et l'espérance de vie des patients. C'est exactement ce que nous dit un médecin urgentiste de l'Hôpital Privé d'Antony : « une première hospitalisation peut entraîner une perte partielle d'autonomie chez une personne âgée. Cependant, une réhospitalisation augmente considérablement le risque de ne pas pouvoir retourner à domicile ». Cette observation est également corroborée par l'étude de Fabien Visade (2022)²⁷ qui montre que les hospitalisations répétées chez les personnes âgées augmentent la morbidité, la mortalité, la perte d'indépendance fonctionnelle et le coût des dépenses de santé. De plus, la perte d'autonomie iatrogène liée à l'hospitalisation est un

²⁶ « Note méthodologique : « Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? », HAS, 2013.

²⁷ Fabien Visade, 2022. *Analyse du risque de ré-hospitalisation chez les personnes âgées à l'aide de modèles de durée pour les événements récurrents avec risque concurrent. Médecine humaine et pathologie*. Université de Lille.

phénomène en grande partie évitable, selon une étude de l'HAS et du CNPG de 2017²⁸, mais elle concerne près de 10 % des personnes hospitalisées.

Les causes des réhospitalisations des personnes âgées sont multiples et varient en fonction de l'état de santé et des conditions sociales du patient. Parmi les facteurs les plus fréquemment cités, on trouve :

- Les complications liées à la sortie de l'hôpital : la transition entre l'hôpital et le domicile est souvent mal encadrée, ce qui entraîne des ruptures de parcours de soins. L'absence de coordination entre l'hôpital et la ville, ainsi que le manque de suivi post-hospitalisation, jouent un rôle clé dans cette problématique.
- L'absence de suivi coordonné : lorsque les personnes âgées sortent de l'hôpital sans un suivi structuré (en particulier en soins de ville), elles sont exposées à des risques accrus de complications. Le manque de professionnels de santé pour accompagner leur retour à domicile – notamment des médecins traitants ou des infirmiers – complique la gestion de leur état de santé.
- Les comorbidités et les pathologies chroniques : les personnes âgées souffrent souvent de maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, arthrose, etc.) qui fragilisent leur santé et augmentent leur risque de réhospitalisation. Une gestion inadéquate de ces pathologies après la sortie de l'hôpital peut conduire à des complications nécessitant une nouvelle hospitalisation.
- L'inadaptation des structures d'accueil : le manque de structures adaptées pour accueillir les personnes âgées en sortie d'hospitalisation, comme les SMR (soins médicaux et de réadaptation) ou des dispositifs d'accompagnement à domicile, constitue un frein majeur. Le manque de places disponibles ou l'inadéquation des structures aux besoins spécifiques des patients âgés peuvent les contraindre à un retour rapide à l'hôpital.

La réhospitalisation des personnes âgées est particulièrement préoccupante car elle favorise une spirale de déclin (syndrome de glissement). Une fois l'hospitalisation terminée, les patients sont souvent plus fragiles, ce qui augmente le risque de nouvelles complications et, par conséquent, de nouvelles hospitalisations. Ce phénomène, souvent qualifié de "cercle vicieux", peut être à l'origine d'une perte progressive d'autonomie, contribuant à l'isolement social et à l'institutionnalisation prématurée des personnes âgées. Ainsi, les réhospitalisations chez les personnes âgées sont associées à une perte d'autonomie accrue, ce qui souligne l'importance de stratégies de prévention et de suivi post-hospitalisation pour maintenir l'autonomie des patients âgés.

²⁸ HAS, CNPG, 2017. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées.

3.2. Les dispositifs existants de coordination des sorties d'hôpital

Dans la majorité des cas, la coordination des sorties d'hospitalisation des personnes âgées repose sur les proches aidants. Nos observations aux urgences ainsi qu'auprès de l'équipe mobile de gériatrie l'ont bien démontré : lorsqu'un proche est présent – le plus souvent un membre de la famille, mais cela peut être un ami ou un voisin – c'est à eux qu'incombent les responsabilités variées et exigeantes d'assurer le bien-être de la personne concernée. Ces responsabilités sont de plusieurs ordres à la suite d'une hospitalisation :

- Gestion des soins médicaux : les aidants participent souvent à la planification des rendez-vous médicaux, à la supervision de la prise de médicaments et au suivi des traitements. Cette implication requiert une compréhension approfondie des besoins médicaux et une communication régulière avec les professionnels de santé.
- Soutien logistique et administratif : au-delà des soins médicaux, les aidants prennent en charge des tâches quotidiennes telles que les courses, le ménage et la préparation des repas. Ils gèrent également les aspects administratifs, notamment les démarches liées aux aides financières et aux services sociaux.
- Surveillance de la sécurité et du bien-être : ils veillent continuellement à l'état de santé de la personne aidée, interviennent en cas de besoin et adaptent l'environnement domestique pour prévenir les accidents.

Assumer ces responsabilités expose les aidants à une charge émotionnelle et mentale considérable. Selon l'Enquête Handicap-Santé aidants réalisée par la DREES en 2008²⁹, un quart des aidants déclarent ressentir une fatigue physique et morale, tandis que 29 % se sentent anxieux et stressés. Cette pression constante peut entraîner un épuisement émotionnel, affectant leur santé mentale et physique. De plus, la conciliation entre les rôles d'aidant, les obligations professionnelles et la vie personnelle s'avère souvent complexe, pouvant mener à un isolement social, à une diminution du temps consacré à soi-même et, dans certains cas, à un épuisement professionnel ou un "burn-out".

3.2.1. Les assistants sociaux des hôpitaux

Dans les situations complexes, notamment lorsque la personne âgée est isolée, la coordination de la sortie d'hospitalisation est généralement confiée aux assistants sociaux de l'hôpital. Leur intervention peut varier en fonction des services (urgences, court séjour gériatrique) et des établissements. Dans certains cas, ils rencontrent systématiquement tous les patients de leur service ; alors que dans d'autres, ils se concentrent sur les patients dont la capacité à retourner à domicile est mise en doute par les médecins ou qui expriment une appréhension à ce sujet.

²⁹ Enquête Handicap-Santé - Volet aidants informels (HSA) - 2008, réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé, diffusée par l'ADISP (Archives de Données Issues de la Statistique Publique).

La mission principale des assistants sociaux est d'évaluer les besoins spécifiques du patient, tant sur le plan administratif que social, afin de faciliter un retour à domicile sécurisé et adapté. Cette évaluation permet de déterminer les services nécessaires, tels que l'aménagement du domicile, la fourniture de matériel médical, l'intervention d'auxiliaires de vie ou le portage de repas. En collaboration avec les équipes médicales et les familles, ils coordonnent avant la sortie les interventions des différents acteurs impliqués dans le parcours post-hospitalisation.

Sur le plan administratif, les assistants sociaux jouent un rôle dans l'information et l'accompagnement des patients et de leurs familles. Ils les aident à constituer des dossiers pour obtenir des aides financières, comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou d'autres prestations sociales, afin de financer les services mis en place lors du retour à domicile.

En cas d'impossibilité de retour à domicile, les assistants sociaux explorent avec le patient et sa famille les alternatives d'hébergement adaptées, telles que les établissements de soins médicaux de réadaptation (SMR) ou les maisons de retraite. Ils les guident dans le choix de la structure la plus appropriée et les accompagnent dans les démarches d'admission.

Bien que les assistants sociaux s'efforcent d'organiser au mieux le retour à domicile des personnes âgées, leur rôle se limite généralement à la préparation de cette transition. Cependant, une fois le patient rentré chez lui, de nombreux micro-événements peuvent compromettre les dispositions initiales mises en place. Les entretiens menés avec les assistants sociaux du CHU de Lille, tant au service des urgences qu'en court séjour gériatrique, révèlent que, bien que l'organisation préalable des interventions professionnelles soit essentielle, elle doit être complétée par un accompagnement continu pour assurer une mise en œuvre efficace et durable des services au fil du temps. Cette mission de suivi est souvent attribuée aux aidants :

« Pour un accompagnement à domicile il faut des ressources, un environnement familial. Un rien peut enrayer l'accompagnement que l'on avait prévu. Par exemple, donner leur clé ou installer une boîte à clé peut être un problème pour certains patients donc ils ne le font pas et les aides à domicile ne peuvent pas intervenir. Alors quand on a passé une demi-journée à chercher un service et que le problème est le refus d'installer une boîte à clé, c'est un peu décourageant. Pareil pour le portage de repas : il n'est pas rare que les personnes refusent d'ouvrir leur porte. Dans ces conditions, leur état de santé peut se détériorer rapidement. On a régulièrement des patients qui s'opposent aux aides malgré des hospitalisations régulières. Les conflits familiaux aussi viennent souvent entraver le retour à domicile ». (Assistante sociale CHU Lille).

3.2.2. Les dispositifs de coordination locaux (DAC, CLIC)

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ont été créés en 2019. Leur mission est d'accompagner les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations complexes impliquant des personnes aux besoins multiples. Ils fournissent des informations sur les ressources locales disponibles, offrent un soutien organisationnel pour

planifier les parcours de soins, coordonnent les prises en charge complexes en élaborant des plans d'action personnalisés et renforcent les compétences des intervenants en identifiant et en analysant les dysfonctionnements potentiels.

Parallèlement, les DAC apportent aux patients et à leurs aidants des informations sur les ressources adaptées à leurs besoins, une écoute attentive, des conseils préventifs, un accès facilité aux aides pour l'accompagnement à domicile, une évaluation initiale de leurs demandes, une surveillance régulière des fragilités, une orientation vers les professionnels appropriés ainsi que l'élaboration de plans personnalisés de santé.

Par exemple, un médecin peut solliciter un DAC pour organiser l'hospitalisation d'un patient atteint d'une pathologie neuro-évolutive, incluant le transport, l'admission et la planification de la prise en charge post-hospitalisation lorsque le retour à domicile n'est pas envisageable. De même, un aidant familial peut contacter un DAC pour obtenir des informations sur l'adaptation du logement, l'ouverture de droits, l'organisation des interventions à domicile et la recherche d'un hébergement temporaire pour offrir un répit.

Ainsi, les DAC constituent un soutien pour les professionnels, les patients et leurs aidants, en facilitant la coordination des soins et en améliorant la qualité des parcours de santé. Cependant, plusieurs problématiques affectent leur efficacité :

- Manque de visibilité et de lisibilité organisationnelle : les DAC souffrent d'un déficit de notoriété auprès des professionnels de santé et du grand public, ce qui limite leur utilisation optimale. Cette situation est exacerbée par une organisation interne parfois complexe, rendant difficile l'identification claire de leurs missions et services (Borel et Cenard, 2022)³⁰.
- Redondance des missions : la superposition des rôles entre les DAC et d'autres structures similaires, notamment avec les CLIC, entraîne des chevauchements fonctionnels. Cette redondance peut engendrer une confusion chez les professionnels et les patients, ainsi qu'une dispersion des ressources disponibles (Borel et Cenard, 2022).
- Épuisement professionnel des équipes : les professionnels au sein des DAC font face à une accumulation de changements organisationnels et à des sollicitations constantes, ce qui peut conduire à une lassitude voire à un épuisement professionnel. Cette situation est accentuée par la nécessité d'acquérir de nouvelles compétences pour gérer des demandes d'appui variées et parfois peu familières (Bloch, Bouquet, Robelet, 2022)³¹.

³⁰ Borel, L. et Cenard, L. (2022). X Réseau de santé + Y MAIA = 1 Dispositif d'Appui à la Coordination. Une addition contre-nature ? *Gestion et management public*, Volume 10 / N° 3(3), 57-77.

³¹ Bloch, M.-A., Bouquet, M.-V., Robelet, M., 2022. Le dispositif d'appui à la coordination : un nouvel opérateur territorial en quête de légitimité. *Rapport d'évaluation de l'Axe 1 du PRS 2 de l'ARS Ile-de-France*. Chaire Santé, Sciences Po.

- Complexité des situations traitées : les DAC sont souvent sollicités pour des problématiques complexes, notamment liées à l'accompagnement à domicile et à l'évitement des hospitalisations. Ces situations requièrent une coordination approfondie entre les différents acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social, ce qui peut représenter un défi majeur en termes de ressources et d'organisation interne.

Les professionnels de terrain que nous avons rencontrés sollicitent régulièrement les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC). Cependant, pour gérer l'afflux de demandes, certains DAC établissent des critères de prise en charge ou placent les personnes sur liste d'attente. Dans le contexte des sorties d'hospitalisation, cette dernière option est inapplicable en raison des délais généralement restreints associés à ces situations.

3.2.3. Programme de Retour à Domicile (PRADO)

Le Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) est un service mis en place par l'Assurance Maladie en 2010 pour faciliter la transition des patients de l'hôpital vers leur domicile. Son objectif principal est d'anticiper les besoins liés au retour à domicile après une hospitalisation, en assurant une coordination entre les soins hospitaliers et les professionnels de santé de ville. Initialement conçu pour les sorties de maternité, le PRADO a été progressivement étendu aux sorties après hospitalisation pour chirurgie, décompensation cardiaque puis exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Depuis 2019, le service est également proposé après hospitalisation pour AIT/AVC (accident ischémique transitoire/accident vasculaire cérébral) et, indépendamment du motif du séjour, aux personnes de 75 ans et plus.

Le PRADO vise à faciliter la transition des patients de l'hôpital vers leur domicile en assurant une continuité des soins et en réduisant les durées d'hospitalisation. Ce dispositif propose un accompagnement personnalisé, coordonné par un conseiller de l'Assurance Maladie, qui organise les soins nécessaires post-hospitalisation en collaboration avec les professionnels de santé libéraux (infirmiers, kinésithérapeutes, etc.) et, si nécessaire, organise des services d'aide à domicile. L'accompagnement s'étend généralement sur un mois, incluant une consultation avec le médecin traitant dans les sept jours suivant le retour à domicile et une évaluation par le service social de l'Assurance Maladie en cas de situation d'isolement ou de fragilité.

Ce programme rencontre aujourd'hui quelques difficultés dans son déploiement, notamment pour le public des personnes de 75 ans et plus :

- Manque de notoriété : malgré ses avantages, le PRADO demeure insuffisamment connu de certains professionnels de santé et patients, limitant son déploiement optimal (Walter, *et al.* 2021)³².

³² Walter A, Lorenzo-Villalba N, Talha S, Zulfiqar AA, Roul G, Andrès E. 2021. « Qualités et défauts du dispositif Prado-IC Étude qualitative sur l'appréciation du dispositif par des médecins de soins primaires ». *Cahiers Santé Médecine Thérapeutique*, 2021/4 Vol. 30, 2021. p.282-297.

- Communication interprofessionnelle : l'étude de Walter, et al. (2021) relève des défauts de communication entre médecins et infirmiers dans le cadre du PRADO, entraînant une perte de dialogue et une coordination moins efficace des soins.
- Disponibilité des professionnels libéraux : la réussite du PRADO repose sur la participation active des professionnels de santé libéraux. Toutefois, leur disponibilité peut varier, notamment en zones sous-dotées, ce qui peut compliquer la mise en place rapide des soins à domicile.
- Adaptation aux spécificités locales : les modalités d'application du PRADO peuvent différer selon les régions, en fonction des ressources et des organisations locales, ce qui peut engendrer des inégalités dans l'accès et la qualité de l'accompagnement proposé.

En conclusion, bien que le PRADO offre une structure avantageuse pour faciliter le retour à domicile des patients post-hospitalisation, son efficacité dépend de la sensibilisation des acteurs concernés, d'une communication interprofessionnelle fluide et d'une disponibilité adéquate des ressources en soins de ville. Par ailleurs, malgré son bon fonctionnement, ce système reste axé sur les questions médicales et présente le principal défaut d'être déclenché uniquement par l'établissement de santé. Ainsi, on note seulement 14 800 mobilisations du dispositif en 2022 pour 2 millions d'hospitalisations chez les personnes de plus de 75 ans.

3.3. Les dispositifs innovants de coordination des sorties d'hospitalisation de type care management

Les difficultés rencontrées par les professionnels intervenant dans les dispositifs précédents concernent également le maintien de l'accompagnement dans le temps. Les solutions déployées sont généralement mises en œuvre en urgence et ne sont pas toujours adaptées lorsque la situation du patient évolue. Ainsi, le risque de rupture demeure important. Notre étude nous a permis d'identifier trois dispositifs innovants qui prennent en compte ce besoin de continuité dans le temps.

3.3.1. Noé Santé

Noé Santé est une initiative visant à faciliter le retour à domicile des patients après une hospitalisation, en assurant une coordination efficace entre les différents acteurs de santé. Elle est portée par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). Noé Santé, créée en 2019, regroupe des professionnels de santé exerçant dans le nord de l'Essonne, notamment à Bièvres, Champlan, Igny, Massy, Palaiseau, Saclay, Vauhallan, Verrières-le-Buisson, Villebon-sur-Yvette et Villejust.

L'objectif de Noé santé est de mettre à disposition une infirmière coordinatrice de parcours au sein de l'hôpital qui aura pour fonction de construire sur mesure le parcours post-hospitalisation avant la sortie du patient. Selon les fondateurs de Noé Santé la plus-value de

leur prestation réside dans le fait que le conseiller Noé Santé est systématiquement un infirmier – car, selon eux, un assistant social ne peut pas s'occuper de la partie santé.

Le constat fait par Noé Santé est que le système de soin hospitalier et le système de soin « ville » se méconnaissent et que ni l'un ni l'autre n'ont d'obligation « réglementaire » de coordonner la sortie d'hospitalisation. Ainsi, il n'existe pas de métier dédié à l'organisation des sorties d'hospitalisation : « *C'est le grand trou dans la raquette* ». (Elyes Kerkeni, médecin urgentiste, Président de Noé Santé).

Le fonctionnement de Noé Santé est le suivant :

- Évaluation des besoins : au sein de l'hôpital, avant la sortie, un infirmier Noé Santé évalue les besoins du patient en matière de soins, d'aide à domicile et d'adaptation du logement en coordination avec les médecins et les assistants sociaux.
- Organisation des interventions : l'infirmier coordonne les interventions des prestataires de services à domicile, planifie les rendez-vous médicaux et organise les transports nécessaires.
- Suivi personnalisé : un suivi régulier est assuré pendant 21 jours après le retour à domicile pour adapter les interventions en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.
- Collaboration avec les équipes hospitalières : Noé Santé travaille en étroite collaboration avec les équipes hospitalières pour assurer une transition fluide et sécurisée du patient vers son domicile.

Noé Santé propose un dispositif accessible à la fois en présentiel dans les hôpitaux et à distance pour les assurances, à condition qu'il soit inclus dans le contrat de l'assuré. Les avantages pour les financeurs de soins se manifestent par une réduction de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) d'environ 3 jours et une diminution des réhospitalisations de l'ordre de 40 %. Pour les assureurs, la solution de Noé Santé favorise la fidélisation en apportant un soutien lors de moments de vie souvent stressants et en accompagnant les aidants des patients. À titre indicatif, le coût journalier d'une journée d'hospitalisation pour un assureur varie entre 80 et 120 euros. Ainsi, la réduction de la DMS a un impact financier positif pour les assureurs.

Par ailleurs, Noé Santé a élargi son offre en proposant des prestations d'accompagnement plus durables pour des situations complexes nécessitant des interventions prolongées. Elle intervient également pour le compte de caisses de retraites complémentaires en assurant des prestations de coordination à domicile pendant 4 à 6 mois, réalisées par des infirmiers coordinateurs de parcours.

Toutes les prestations de Noé Santé sont prises en charge par l'hôpital lorsque le dispositif est intégré dans les établissements, par les assurances lors des interventions pour leurs adhérents, et par les caisses de retraites pour leurs allocataires retraités. La valeur ajoutée de cette approche réside dans la capacité de Noé Santé à identifier les besoins des personnes et de leurs proches aidants, en adoptant une démarche proactive.

Ce service n'est pas spécifique aux personnes âgées de 75 ans plus, il concerne toutes les sorties d'hospitalisation.

3.3.2. Apré'HOP

Le dispositif Apré'HOP, porté par le GIE Praginnov, est une expérimentation qui a débuté en 2022 pour une période de deux ans. Son évaluation est en cours. Ce dispositif destiné aux personnes âgées de 55 ans et plus en début de perte d'autonomie, vise à sécuriser leur retour à domicile après une hospitalisation. Il repose sur l'intervention d'un conseiller dédié, qui assure la coordination entre l'hôpital, les professionnels de santé de ville, les services sociaux et médico-sociaux. Marion Menay, chargée de développement et de partenariat au GIE Praginnov nous a présenté le fonctionnement de ce dispositif qui s'articule autour de quatre étapes, réparties sur une période de trois mois :

1. **Préparation du retour à domicile (J-2 à J0)** : évaluation globale des besoins, coordination des soins et des aides nécessaires, élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé.
2. **Suivi post-sortie (J2 à J7)** : vérification de la mise en œuvre effective des services à domicile et ajustements si nécessaire.
3. **Bilan de prévention (J20 à J30)** : évaluation de la fragilité du patient, sensibilisation aux risques (chutes, isolement, etc.) et orientation vers des actions de prévention.
4. **Clôture de l'accompagnement (J60 à J90)** : transmission des relais pour un soutien à long terme, bilan global et consolidation du maintien à domicile.

L'ensemble du parcours est soutenu par une plateforme numérique sécurisée, qui centralise les informations et facilite la communication entre tous les intervenants, garantissant ainsi une coordination fluide et réactive.

Les objectifs de ce dispositif sont de :

- Améliorer la santé et la qualité de vie des patients en sortie d'hospitalisation
- Favoriser la continuité des soins et l'accès aux services d'aides et d'accompagnement
- Engager la personne en tant qu'acteur de la prévention de sa santé, dans le respect de son libre-choix et de ses attentes
- Réduire la survenue d'événements de santé défavorables
- Limiter les ré-hospitalisations évitables
- Contribuer à réduire le renoncement aux droits en accompagnant l'utilisateur vers les dispositifs d'aides techniques et financières

Ce dispositif est néanmoins soumis à des critères de prise en charge qui sont les suivants :

- Personnes de 55 ans et plus, GIR 6, 5 et GIR 4, avec possibilité de récupération
- Dont l'hospitalisation nécessite un accompagnement pour coordonner la mise en place de solutions et services à domicile,
- Dont le lieu d'habitation est situé dans la zone d'expérimentation définie.

Ce projet a bénéficié du soutien financier de la Carsat Hauts-de-France, la Communauté Urbaine d'Arras, la Fondation du Domicile et la Banque des Territoires, dont l'engagement commun a permis de mener à bien cette expérimentation en faveur de l'amélioration des parcours de sortie d'hospitalisation des personnes âgées en début de perte d'autonomie.

3.3.3. Les équipes « prête à partir »

Les « équipes prêtes à partir » (Epap) sont des dispositifs innovants visant à sécuriser le retour à domicile des patients sortant d'hospitalisation. Elles interviennent dès les premières heures suivant la sortie de l'hôpital et offrent un accompagnement personnalisé pour faciliter la transition vers le domicile. Les Epap sont composées de professionnels de santé et du secteur médico-social, formant ainsi une équipe pluridisciplinaire. Cette équipe intervient au domicile des patients sortant d'hospitalisation, dont l'état de santé, le niveau d'autonomie et les conditions de vie nécessitent un accompagnement spécifique. L'objectif est de sécuriser le retour à domicile en offrant un soutien adapté aux besoins individuels.

Le dispositif propose une palette élargie de prestations visant à la sécurisation de la sortie d'hospitalisation, telles que :

- Accompagnement et aide dans les actes de la vie quotidienne : aide au lever et au coucher, aide à la toilette, à l'habillage et au déshabillage, préparation du logement en vue de la sortie d'hôpital, repérage des besoins d'aménagement du domicile.
- Soins de nursing et soins infirmiers : soins de maintien et de développement des capacités fonctionnelles, prévention des risques liés à la perte d'autonomie.
- Accès aux droits et soutien administratif : aide aux démarches administratives, orientation vers les dispositifs d'aide et de soutien disponibles.
- Soutien aux aidants : repérage des aidants en difficulté, écoute et orientation au besoin.

Les Epap interviennent jusqu'à un maximum de 30 jours après la sortie d'hospitalisation. Une de leurs missions est d'organiser, en lien avec les dispositifs de coordination du territoire, la mise en place de solutions pérennes pour les personnes ayant besoin d'un accompagnement à long terme.

Ce dispositif est financé par un forfait de l'assurance maladie dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), qui soutient les expérimentations innovantes en santé. Ce financement couvre des forfaits d'accompagnement de 5, 10 ou 15 jours par patient, selon les besoins identifiés. Cette expérimentation est pilotée par une fédération nationale, avec des structures locales qui ont pour objectif de proposer une réponse réactive, avec une intervention possible dès 6 heures après la sollicitation de l'établissement de santé.

3.4. La plus-value du care management dans l'accompagnement des sorties d'hospitalisation

Le care management offre de nombreux avantages dans l'accompagnement, tant pour les patients en sortie d'hospitalisation et leurs familles que pour l'ensemble des professionnels du secteur médico-social d'un territoire. Ce modèle repose sur une approche coordonnée et intégrée des services locaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux, garantissant ainsi un parcours d'accompagnement fluide et durable. Voici quelques exemples des bénéfices apportés par l'approche du care management, qu'elle soit intégrée en interne à un service autonomie à domicile ou qu'elle fasse l'objet d'une activité externalisée :

1. Un accompagnement global et de long terme

Le care management favorise une coordination optimale entre les différents professionnels, qu'ils soient issus du milieu hospitalier ou médico-social. Dès la sortie, un plan d'accompagnement personnalisé, intégrant les recommandations de soins préconisées par l'hôpital, est mis en place, accompagné d'un suivi continu. Le care management collabore étroitement avec les services de santé assurant ainsi une transition fluide entre l'hôpital et le domicile. Quand il est intégré au sein d'un service autonomie à domicile se distingue par son approche durable. Contrairement aux dispositifs limités à une période précise après une hospitalisation, il assure une prise en charge évolutive selon l'état de la personne. L'accompagnement ne s'arrête pas après quelques semaines : il suit la personne tout au long de son parcours de soins et d'autonomie, en s'adaptant à ses besoins changeants. Cette approche permet d'anticiper l'évolution des fragilités et d'ajuster les interventions pour éviter des ruptures dans la prise en charge.

Dans cette optique, le **Réseau AUXI'life**, réseau national de services autonomie à domicile, met en place une approche proactive. Avant tout accompagnement à domicile, une évaluation à 360° de la situation de la personne est réalisée, prenant en compte son environnement de vie : social et médico-social, entourage familial et proche(s) aidant(s), cadre de vie, bien-être, loisirs, accès aux soins et recours aux droits. Cette évaluation conduit à un diagnostic personnalisé et un suivi renforcé par un professionnel du care management, avec pour objectif d'offrir à la personne et à son entourage l'accès à des solutions et services de proximité, facilitant leur quotidien et favorisant un vieillissement sécurisé et de qualité à domicile grâce à un accompagnement sur mesure et multidimensionnel.

2. Une meilleure anticipation des rechutes et ré-hospitalisations

Une prise en charge efficace ne se limite pas à organiser un retour à domicile après une hospitalisation : elle doit aussi prévenir les complications qui pourraient entraîner une nouvelle admission. Grâce à un suivi régulier et à une évaluation continue des besoins, l'approche par le care management permet d'identifier rapidement les signes de fragilité. Il facilite la mise en place d'actions préventives pour éviter les rechutes, comme l'ajustement des soins, le renforcement des aides à domicile ou la mobilisation de professionnels de santé

en cas de besoin. Cette approche réduit le risque de ré-hospitalisation et favorise un maintien à domicile sécurisé et stable.

À titre d'exemple, **Age d'Or Services**, un réseau spécialisé dans l'accompagnement des personnes âgées en situation de dépendance ou de perte d'autonomie, adopte l'approche du care management pour offrir un accompagnement global et évolutif aux personnes dépendantes. Grâce à une coordination étroite avec les professionnels de santé, un suivi et un accompagnement rigoureux est mis en place pour anticiper d'éventuelles complications et limiter les risques de réhospitalisation. De plus, un soutien psychologique est proposé aux bénéficiaires et à leurs familles, afin de mieux appréhender les défis liés à la dépendance. L'accompagnement dépasse les soins médicaux en incluant une aide administrative pour faciliter les démarches et la gestion des prestations sociales, ainsi qu'un soutien spécifique aux aidants familiaux pour les aider à accompagner efficacement leurs proches. En assurant une prise en charge adaptée aux besoins individuels et en prévenant les situations de crise, Age d'Or Services améliore significativement la qualité de vie des personnes fragiles tout en allégeant la charge des familles.

3. Un accompagnement personnalisé et continu

L'approche par le care management n'a pas de limite de temps d'intervention et prend en charge l'ensemble des aspects de la vie du patient, qu'il s'agisse de questions médicales, sociales ou pratiques. En adoptant une approche holistique, elle aide le patient à résoudre les problématiques quotidiennes telles que les démarches administratives, l'accès au logement ou le soutien à la vie familiale, au fur et à mesure de l'évolution de la situation de la personne accompagnée. Ce rôle de facilitateur de parcours personnel permet d'adapter l'accompagnement aux besoins évolutifs de la personne, assurant ainsi un suivi sur le long terme, tout au long de son avancée en âge.

Pour **Autonomia**, dans le cadre du conseil aux personnes âgées, chaque accompagnement est unique. Il n'existe pas de « personne âgée », mais une diversité de situations de fragilité, et le rôle du Conseiller Grand'âge est de restaurer l'autonomie et l'indépendance de chacun par ses préconisations. Un accompagnement efficace commence par une écoute attentive et active. La phase d'entretien, essentielle pour instaurer un climat de confiance, permet de mieux comprendre les besoins, désirs et habitudes de vie, qu'ils soient clairement exprimés ou non.

Ainsi, le conseiller grand âge adopte une approche globale, abordant des aspects très concrets tels que les questions financières, sanitaires, médico-sociales, juridiques et de logement. Cependant, il est important de souligner qu'une fois les besoins primaires satisfaits, l'écoute des projets et des envies, souvent mis de côté, devient primordiale. Le besoin d'appartenance, d'estime et d'accomplissement de soi dépasse l'âge et la perte d'autonomie. C'est ici que le conseiller grand âge peut véritablement apporter sa valeur ajoutée en tenant compte des dimensions émotionnelles et personnelles de la situation.

Par exemple, lors d'un échange avec la famille d'un patient atteint de la maladie à corps de Lewy, le conseiller grand âge découvre que Monsieur X, ancien designer dans l'industrie automobile, pourrait bénéficier d'une intervention combinée avec un art thérapeute en parallèle de l'intervention d'une équipe spécialisée Alzheimer (EAS). Ce choix, au-delà de son

âge et de sa pathologie, lui permet de retrouver une motricité fine et de revivre des souvenirs grâce à l'odeur de la peinture, apportant du réconfort à lui-même et à son épouse.

Enfin, après cette phase d'écoute, vient celle de la restitution de la feuille de route. Les préconisations formulées par le conseiller grand âge sont toujours des conseils, jamais contraignants. Il agit en tant que guide, expliquant et motivant ses suggestions, mais c'est à la personne accompagnée de décider, librement et à son rythme, de mettre en œuvre telle ou telle solution. La temporalité de chacun est respectée. Grâce à son écoute, son empathie, sa disponibilité, sa discrétion et son expertise, le conseiller grand âge est un véritable atout pour offrir un soutien de qualité dans la durée.

4. Une coordination élargie entre besoins individuels et solutions locales

Le care management est une approche qui établit un lien essentiel entre les besoins spécifiques des individus et les ressources locales disponibles. En s'appuyant sur les initiatives communautaires, les dispositifs d'aide et les actions des acteurs médico-sociaux, cette méthode mobilise les ressources locales pour proposer des solutions sur mesure. Ce faisant, elle dynamise l'économie et le tissu social du territoire en générant de l'activité pour les acteurs locaux.

L'exemple de Paul, développer dans une des infographies qui complète ce rapport est en ce sens significative. Paul a été hospitalisé et son retour à domicile n'est pas aisé pour sa fille qui veille sur lui. Pour accompagner cette famille le professionnel qui adopte une approche par le care management s'appuie sur les ressources du territoire pour répondre au plus près aux besoins de Paul. Il commence par identifier les besoins suivants : réévaluer son plan d'aide APA et solliciter un service de soins infirmiers à domicile, pour décharger la fille de Paul de la réalisation des changes du soir. Paul est réévalué en GIR 2, il obtient 63h/mois, ce qui permet de faire intervenir des aides à domicile deux fois par jour, matin et soir, pour s'occuper de sa toilette, des changes, des courses et des repas, de l'entretien de l'appartement et du linge. Comme les aides à domicile n'ont pas le temps de tout faire, c'est sa fille qui complète. Pour la soulager davantage, le care manager travaille avec les acteurs locaux, tels que les commerçants, pour favoriser les livraisons à domicile de produits alimentaires et de médicaments, ce qui réduit la nécessité que Paul ait à se déplacer. L'approche par le care management permet aussi d'orienter sa fille vers la plateforme d'accompagnement et de répit pour qu'elle puisse rencontrer d'autres aidants et prendre soin d'elle. Pour la rassurer et rassurer Jean, une téléassistance est installée, et son père est inscrit pour participer à des ateliers anti-chute auxquels il se rend avec le dispositif "Sortir +". Enfin, pour stimuler les capacités cognitives de Paul, la mission de care management a permis de faire intervenir l'équipe spécialisée Alzheimer. Enfin, pour le chat de Paul, il a été trouvé une pension, que Paul et sa fille pourront mobiliser en cas de réhospitalisation. Grâce à ces actions coordonnées, l'économie locale est stimulée, notamment par l'engagement des petites entreprises de la région.

En soutenant cette approche de care management, la communauté locale voit non seulement une amélioration du quotidien de Paul, mais aussi un renforcement du tissu social et économique. Les acteurs médico-sociaux locaux trouvent de nouvelles opportunités de collaboration, créant ainsi un cercle vertueux où chacun bénéficie des ressources disponibles

pour améliorer la qualité de vie des personnes fragiles tout en dynamisant l'économie du territoire.

En France, plusieurs entreprises de services à la personne adoptent cette approche. C'est le cas notamment, **APEF** qui met en œuvre des solutions personnalisées en mobilisant des professionnels locaux qui sont ses partenaires pour favoriser l'accompagnement à domicile des personnes en situation de fragilité, tout en soutenant les aidants familiaux.

Ces entreprises illustrent comment le care management, en tant que connecteur entre les besoins individuels et les solutions locales, peut améliorer la qualité de vie des personnes dépendantes tout en renforçant le dynamisme économique et social des territoires.

5. Un soutien aux aidants

L'approche par le care management joue un rôle essentiel dans le soutien aux aidants, en leur apportant des solutions concrètes pour alléger leur charge physique et mentale. Accompagner un proche en perte d'autonomie peut être éprouvant, tant sur le plan émotionnel que logistique, et nombreux sont les aidants qui se retrouvent épuisés face aux responsabilités croissantes. Grâce à une approche coordonnée, l'approche par le care management identifie leurs besoins et les oriente vers des dispositifs adaptés en facilitant l'accès aux aides financières et administratives, souvent complexes à obtenir, tant pour l'accompagnement de leur proche que pour leur propre soutien.

Tout d'abord, pour assurer une prise en charge optimale de la personne aidée, le care manager guide les aidants vers des services spécialisés en fonction des besoins spécifiques de leur proche : soins infirmiers à domicile, aide à domicile, portage de repas, ou encore accueil de jour en établissement médico-social. Il facilite également l'accès à des dispositifs de relayage à domicile, où un professionnel prend temporairement le relais, permettant ainsi à l'aidant de souffler sans compromettre la qualité de l'accompagnement.

Parallèlement, l'approche par le care management veille à ce que l'aidant lui-même bénéficie d'un soutien adapté. Il l'oriente vers des plateformes d'accompagnement et de répit ou des associations locales dédiées aux aidants, qui organisent des groupes de parole, des séances de soutien psychologique et des formations sur les gestes du quotidien (transferts, prévention des chutes, gestion du stress).

Par exemple, au sein d'**Autonomia**, le couple « aidant(s)_aidé » fait partie intégrante de l'accompagnement. La feuille de route issue de l'évaluation de la situation contient aussi bien des préconisations pour l'aidant que pour la personne aidée. Autonomia a, notamment, développé une formule d'accompagnement pour ces salariés aidants, destinée aux entreprises qui souhaitent accompagner leurs salariés qui assurent le rôle d'aidant auprès d'un parent en perte d'autonomie, en parallèle de leur activité professionnelle. L'accompagnement consiste en des appels d'écoute et de conseils que les conseillers grand âge assurent auprès des salariés, ainsi que des webinaires de sensibilisation à diverses thématiques en lien avec l'aidance.

En assurant cette double mission – accompagner les aidants dans la prise en charge de leur proche tout en leur offrant des solutions adaptées à leurs propres besoins – le care manager leur permet non seulement de mieux vivre leur rôle, mais aussi de préserver leur équilibre personnel, essentiel pour continuer à accompagner leur proche dans de bonnes conditions sur le long terme.

Conclusion

L'approche du care management qu'il soit internalisé ou externalisé à un service autonomie à domicile, favorise une coordination et une synergie entre les services de santé, sociaux et médico-sociaux, garantissant un accompagnement fluide et personnalisé des personnes aidées. En réduisant les réhospitalisations et en prévenant les situations de crise, elle améliore la qualité des soins tout en allégeant la pression sur le système hospitalier. Son ancrage territorial et son implication des ressources locales permettent une meilleure allocation des moyens et une gestion plus efficiente des dépenses de santé. Par ailleurs, le soutien apporté aux aidants contribue à limiter l'épuisement familial et à favoriser un accompagnement à domicile sécurisé. Ainsi, le care management constitue une stratégie pertinente pour optimiser les coûts tout en améliorant la prise en charge des patients, en assurant une meilleure qualité de vie et en renforçant le dynamisme des territoires.

4. Préconisations conclusives

Le vieillissement de la population et l'augmentation des hospitalisations des personnes âgées posent un défi majeur pour les systèmes de santé et de protection sociale. Afin d'améliorer la prise en charge des patients et d'optimiser les coûts de santé, il est essentiel de mettre en place des stratégies efficaces de prévention et d'accompagnement. L'accompagnement à domicile, la coordination des acteurs de santé et la mise en place d'une évaluation globale après un passage aux urgences sont autant de leviers permettant d'éviter les réhospitalisations non-programmées et d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

Dans ce contexte, cette étude avance des préconisations qui visent à proposer des actions concrètes pour renforcer l'efficacité du parcours de soins, tout en favorisant une approche collaborative par le care management qui permettrait de :

1. Systématiser l'évaluation à 360° des personnes âgées de plus de 75 ans après un passage aux urgences

- ⇒ Mettre en place un bilan global de la situation des patients pour anticiper les risques de réhospitalisation et optimiser les coûts de santé à long terme.
- ⇒ Les assureurs ont un rôle clé dans cette démarche en proposant un accompagnement personnalisé, afin d'offrir un service plus complet et pertinent à leurs assurés.
- ⇒ La proximité physique avec l'assuré permet de détecter des besoins non exprimés et de renforcer la relation de confiance, contrairement à une gestion à distance.

2. Intégrer systématiquement le care management dès l'admission à l'hôpital pour anticiper la sortie

- ⇒ Dès l'entrée de la personne âgée à l'hôpital, intégrer un professionnel en care management dans le parcours de soins pour commencer l'évaluation de son état et de ses besoins spécifiques autres que médicaux. Cela permet de planifier une sortie plus fluide et d'anticiper les risques de complications post-hospitalisation.
- ⇒ Cette approche préventive aide à réduire les risques de réhospitalisation en assurant une prise en charge complète et coordonnée dès les premiers jours suivant la sortie.

3. Mettre en place un suivi personnalisé post-hospitalisation pour chaque patient à risque

- ⇒ Après chaque sortie d'hospitalisation, un suivi personnalisé réalisé par le care manager permettra de détecter rapidement les signes d'aggravation de la santé du patient. Ce suivi peut inclure des appels réguliers, des visites à domicile ou des réunions de coordination avec les intervenants à domicile pour assurer une transition en douceur et prévenir les complications.
- ⇒ Le care management permet d'assurer un lien constant entre la personne aidée, son médecin traitant et les autres professionnels, garantissant ainsi que les traitements et recommandations sont respectés dans l'accompagnement à domicile.

4. Renforcer l'éducation et la prévention à domicile via le care management

- ⇒ Le care management doit être intégré à la stratégie de prévention, avec un accent particulier sur l'éducation à la santé à domicile. Former les patients et leurs aidants sur les signes avant-coureurs des problèmes de santé et les bonnes pratiques à suivre après une hospitalisation permettra de limiter les risques de réhospitalisation.

- ⇒ Le care manager pourra organiser des sessions d'information et de suivi pour aider les personnes âgées à comprendre et gérer leur perte d'autonomie à domicile, réduisant ainsi les risques d'hospitalisation future.

5. Optimiser la coordination entre les hôpitaux et l'accompagnement à domicile

- ⇒ Utiliser le care management pour assurer une coordination fluide entre les établissements hospitaliers et les prestataires d'accompagnement et de soins à domicile. Cela inclut la mise en place d'un système d'échanges d'informations sécurisé entre les hôpitaux, les médecins libéraux et les professionnels d'aide et de soins à domicile, permettant un suivi continu après la sortie.
- ⇒ Une gestion proactive du dossier de chaque personne âgée, avec l'intervention d'une par le care management, facilite cette continuité de l'accompagnement et permet de réduire les ruptures dans le parcours de soins.

6. Développer un programme de suivi spécifique pour les personnes à haut risque de réhospitalisation

- ⇒ Identifier les personnes âgées à haut risque de réhospitalisation (malades chroniques, patients ayant eu plusieurs hospitalisations) en lien avec le travail réalisé par les hôpitaux (protocole personnes âgées chuteuses) et leur attribuer un professionnel du care management dédié pour un suivi rapproché. Ce suivi inclut une évaluation des besoins d'adaptation du logement et des besoins d'accompagnement à domicile.
- ⇒ Ce programme permet de détecter rapidement les signes de détérioration de l'état de santé et d'intervenir avant que l'hospitalisation ne se répète.

7. Former et sensibiliser les acteurs de santé à l'importance du care management dans la prévention des réhospitalisations

- ⇒ Organiser des formations et des campagnes de sensibilisation pour les professionnels de santé, y compris les médecins traitants, infirmiers et aides-soignants, sur l'importance du care management dans la réduction des réhospitalisations. Cela permet de mieux intégrer cette approche dans le quotidien des soins et de garantir que tous les acteurs du parcours de soin comprennent les enjeux de la prévention.

En conclusion, le care management apparaît comme une réponse efficace aux défis posés par la prévention des hospitalisations et l'amélioration des sorties d'hospitalisation. En intégrant cette approche dès l'admission du patient, en assurant un suivi personnalisé après la sortie et en renforçant la coordination entre les différents acteurs du parcours de soins, il est possible de limiter les réhospitalisations évitables et d'optimiser la prise en charge à domicile.

Investir dans le care management, c'est miser sur une stratégie préventive plutôt que curative, permettant d'améliorer la qualité de vie des patients tout en réduisant les coûts liés aux soins non anticipés et aux réhospitalisation. Grâce à une meilleure organisation des services, cette approche devient un levier incontournable pour fluidifier les parcours de soins et d'accompagnement et garantir une prise en charge plus efficiente.

Pour cela, il paraît essentiel de structurer le care management comme un maillon central du système de santé, en l'intégrant aux pratiques actuelles et en renforçant la formation des

professionnels. En favorisant une logique de prévention et de coordination, cette démarche permet d'offrir aux personnes âgées un accompagnement adapté à leurs besoins tout en optimisant les ressources du système de santé.

Annexes

1. Liste des membres de la commission « care management et coordination » de la Fédésap

Prénom, NOM	Structure	Statut au sein de la commission
Anais MORAND	Noé Santé - OCIRP	Présidente
Nathalie BOUAZIZ	AUXI'life Europe	Membre
Jérôme DISSARD	CARE AUTONOMIE SOLUTIONS	Membre
Fabrice DROGUET	ADHEO SERVICES CAEN	Membre
Sophie GIGOT Sophie MOUQUET	APEF	Membre
Guillaume LEENHARDT	À VOS CÔTÉS	Membre
Quitterie LOIZILLON	PHILAE ASSOCIES	Membre
Julia MORILLON	AUTONOMIA	Membre
Solenne SIMON	AGE D'OR EXPANSION	Membre
Priscilla STADELWIESER	SOLUTIA FAMILY & KIDS	Membre

2. Exemples de dispositifs innovants de prise en charge des patients âgés aux urgences

La prise en charge des personnes âgées aux urgences nécessite des dispositifs innovants pour répondre à leurs besoins spécifiques de santé, en particulier lorsqu'elles sont confrontées à des pathologies complexes et à une grande vulnérabilité. Plusieurs hôpitaux et centres de soins ont mis en place des solutions novatrices pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins. Voici quelques exemples de dispositifs innovants pour la prise en charge des personnes âgées aux urgences :

L'ECGU du CHM de Martigues

L'Équipe de Coordination Gériatrique d'Urgences (ECGU) du centre Hospitalier de Martigues est une équipe soignante qui a vu le jour en avril 2021, dans le cadre du « zéro passage aux urgences » pour les patients de plus de 75 ans, ainsi que le stipulait la Mesure 5 du Pacte de refondation des urgences, initié par le Ministère de la Santé. Elle est composée d'un Médecin Gériatre, 3 Infirmières Gériatriques d'Urgences (IGU), 1 Assistante Sociale et 1 Secrétaire. Elle est la première équipe gériatrique de la Région Sud à avoir un médecin gériatre posté aux urgences.

Son fonctionnement est le suivant : la sélection des patients, pris en charge par l'ECGU, est faite soit par les urgentistes qui contactent l'équipe, soit directement par les IGU qui vont voir les patients admis à l'accueil des urgences et qui, ensuite, font la transmission au gériatre, ou bien par le gériatre lui-même.

Le but de cette prise en charge au sein des urgences est de :

- évaluer le patient cliniquement (détecter les fragilités du patient, diagnostiquer les syndromes gériatriques)
- organiser une hospitalisation dans le service de gériatrie aiguë de l'hôpital,
- trouver, si besoin, une place dans une structure de soins adaptée,
- organiser le retour à domicile en faisant le lien avec les aidants, les professionnels impliqués et le médecin traitant,
- organiser un retour en Ehpad avec une conduite à tenir claire, selon l'état clinique du patient

Associé à cela, le gériatre de l'ECGU a également développé, sur un créneau d'une demi-journée par semaine, des consultations de gériatrie d'urgence ainsi qu'une HOTLINE afin de prévenir certains passages aux urgences en prenant connaissance d'une situation clinique ou sociale complexe.

L'Urgence Gériatrique Télé-Suivie (UGTS)

Des hôpitaux, comme le CHU de Nantes, ont expérimenté des dispositifs de téléconsultation en urgence pour les personnes âgées. L'objectif est de permettre un suivi à distance, notamment pour les patients âgés vivant dans des zones rurales ou éloignées, tout en assurant une prise en charge rapide :

- Téléconsultation avec un gériatre : Lors de l'admission aux urgences, un médecin gériatre peut être consulté à distance pour évaluer la situation et donner des recommandations.
- Suivi post-hospitalisation à distance : Grâce à des outils numériques, le patient âgé peut être suivi à domicile, avec un monitoring de ses paramètres vitaux (pression artérielle, saturation en oxygène, poids) et des rappels de prise de médicaments.

Unité de Gériatrie Aiguë (UGA)

Certaines structures hospitalières, notamment en France, ont mis en place des Unités de Gériatrie Aiguë (UGA) spécifiquement destinées à la prise en charge des personnes âgées en situation d'urgence. Ces unités, souvent dédiées aux patients de plus de 75 ans, sont composées d'équipes pluridisciplinaires spécialisées en gériatrie. Elles permettent d'offrir un soin adapté aux particularités de cette tranche d'âge, notamment :

- Évaluation gériatrique complète : Ce processus permet d'évaluer l'état global du patient, y compris ses fonctions cognitives, sa mobilité, ses comorbidités et ses besoins en termes de soins.
- Prise en charge rapide et coordonnée : Ces unités permettent une prise en charge plus rapide des personnes âgées, avec une réduction des délais d'attente en urgence, et garantissent un suivi optimal après leur sortie.

Exemple : Le CHU de Lille dispose d'une Unité Gériatrique d'Urgence (UGU) pour répondre aux besoins spécifiques des patients âgés, permettant une prise en charge spécialisée et une réduction des risques liés aux hospitalisations.

Dispositifs de Tri Sélectif des Urgences (Triage)

Dans de nombreux hôpitaux, les services d'urgence ont instauré des protocoles de tri spécifiques pour les personnes âgées. Ces protocoles de tri ont pour but de donner priorité aux patients âgés et de les orienter vers des soins adaptés rapidement. Un tel tri permet :

- De mieux évaluer les risques de complications chez les patients âgés, notamment les risques de décompensation de maladies chroniques.
- D'assurer une prise en charge plus rapide et une meilleure gestion des parcours de soins.

Exemple : Le CHU de Bordeaux a mis en place un protocole de tri adapté aux urgences gériatriques, avec des critères spécifiques pour les patients âgés, afin de réduire les délais de prise en charge et d'éviter une dégradation de leur état de santé.

La Télémédecine et la Téléconsultation

Avec le développement des technologies, certains services d'urgence ont intégré des solutions de télémédecine et de téléconsultation pour les personnes âgées, surtout dans des zones rurales ou moins accessibles. Ces technologies permettent :

- Un suivi à distance par des gériatres ou des médecins spécialisés, afin d'assurer un suivi optimal des patients âgés après une hospitalisation ou une consultation aux urgences.
- Une meilleure gestion des prescriptions médicales et du suivi des maladies chroniques, grâce à des outils numériques qui permettent de suivre les signes vitaux des patients en temps réel.

Exemple : Le programme de téléconsultation en milieu rural de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) permet aux personnes âgées de bénéficier de consultations avec des gériatres, sans avoir à se déplacer vers les urgences.

Le parcours de soins intégré gériatrique (PAGS)

Le parcours de soins intégré gériatrique est un dispositif mis en place dans plusieurs hôpitaux pour garantir une prise en charge rapide et coordonnée des personnes âgées aux urgences.

Le PAGS repose sur un réseau de soins qui inclut une évaluation rapide à l'entrée aux urgences, l'intégration d'une équipe multidisciplinaire (gériatres, infirmiers spécialisés, kinésithérapeutes, etc.), et un suivi post-hospitalisation renforcé :

- Prise en charge pluridisciplinaire à l'entrée : Lors de l'admission, l'équipe gériatrique effectue une évaluation rapide de la fragilité du patient pour identifier les risques (chutes, dénutrition, décompensation cardiaque, etc.).
- Suivi continu : Une coordination entre l'hôpital, les soins à domicile, et les structures de rééducation garantit un parcours fluide et complet pour le patient.

L'Unité d'Urgences Gériatriques (UUG)

Certaines structures, comme l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, ont créé des unités dédiées aux urgences gériatriques, spécifiquement conçues pour répondre aux besoins des personnes âgées :

- Un espace adapté aux besoins gériatriques : Ces unités offrent un environnement sécurisé et apaisant pour les personnes âgées, avec des équipements et des aménagements adaptés (chambres ergonomiques, éclairage doux, dispositifs de prévention des chutes).
- Prise en charge rapide et spécialisée : Les patients âgés sont immédiatement pris en charge par une équipe de gériatres, ce qui permet une prise de décision rapide, notamment dans des situations de détérioration cognitive aiguë ou de décompensation de maladies chroniques.

L'Application Mobile d'Alertes Médicales

Des hôpitaux expérimentent des applications mobiles dédiées aux urgences gériatriques, utilisées par les équipes soignantes pour alerter rapidement en cas de risques particuliers. Par exemple, l'application peut envoyer des alertes pour :

- La détection précoce de troubles cognitifs : En cas de confusion ou de délire aigu, l'application peut signaler un risque accru de décompensation chez les personnes âgées, permettant une intervention précoce.
- Suivi en temps réel : Les membres de l'équipe soignante sont informés en temps réel des signes de décompensation (modification des paramètres vitaux, douleurs, etc.) et peuvent réagir rapidement.

Les Chariots de Soins Gériatriques

Des dispositifs innovants, comme les chariots de soins gériatriques, ont été développés pour améliorer la gestion des soins d'urgence pour les patients âgés. Ces chariots sont équipés de tout le matériel nécessaire pour une prise en charge adaptée :

- Chariot avec équipements adaptés à la personne âgée : Cela inclut des outils pour l'évaluation rapide de la douleur, de la nutrition et des fonctions motrices.
- Matériel pour éviter la dénutrition : Ces chariots comprennent des compléments alimentaires et des équipements pour évaluer l'état nutritionnel du patient âgé dès son arrivée aux urgences.

La Simulation de Réalité Virtuelle (VR) pour la Rééducation

Certaines institutions de santé, comme l'Hôpital Saint-Joseph à Marseille, utilisent des technologies de réalité virtuelle (VR) pour améliorer la rééducation des personnes âgées après une urgence médicale :

- Simulations virtuelles de mobilité : Les patients peuvent utiliser des casques VR pour réaliser des exercices de rééducation dans un environnement virtuel, simulant des situations de la vie quotidienne, ce qui aide à améliorer leur mobilité, leur équilibre, et leur capacité à se mouvoir après une hospitalisation.
- Prévention des chutes : Les exercices en VR sont conçus pour renforcer la proprioception et prévenir les risques de chutes, qui sont particulièrement fréquents chez les personnes âgées.

La "Salle de Réveil" Gériatrique

Certaines unités d'urgences mettent en place des salles de réveil gériatriques spécialement dédiées aux personnes âgées après une chirurgie ou un traitement médical intensif :

- Espace spécifique pour les personnes âgées : Ces salles sont conçues pour offrir un environnement plus calme et moins stressant que les salles de réveil traditionnelles. L'éclairage et le bruit y sont réduits, et le personnel est formé pour gérer les particularités des patients âgés (confusion, douleur, etc.).
- Suivi personnalisé : Un suivi rapproché est effectué pour détecter les premiers signes de complications (délire post-opératoire, troubles cognitifs) et permettre une prise en charge immédiate.

L'Intelligence Artificielle pour l'Évaluation du Risque

Des hôpitaux comme le CHU de Bordeaux expérimentent l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA) pour aider à l'évaluation des risques chez les personnes âgées aux urgences :

- IA pour l'analyse des données cliniques : L'IA analyse les signes vitaux, les antécédents médicaux et les symptômes pour fournir des recommandations de traitement immédiates, identifiant ainsi les risques de complications.
- Prévention des chutes et de la décompensation : L'IA permet d'anticiper les risques de chutes, de dénutrition ou d'infections, et aide les médecins à personnaliser les traitements en fonction des besoins de chaque patient.

Ces dispositifs innovants permettent une prise en charge plus rapide, plus efficace, et plus personnalisée des personnes âgées aux urgences, tout en réduisant les risques liés à l'hospitalisation et en améliorant leur expérience globale de soin. Ces initiatives montrent comment la technologie et l'approche multidisciplinaire peuvent transformer la manière dont les urgences gériatriques sont gérées.

Coordination et pilotage de l'étude :

Anaïs Morand, Noé Santé - OCIRP

Nathalie Grégoire, Fédésap

Les membres de la Commission Care Management, Fédésap

Réalisation de l'étude, rédaction du rapport, des infographies et des supports de présentation :

Mylène Chambon, Bureau d'études émiCité

Franck Guichet, Bureau d'études émiCité



Redécouvrez sur le même sujet :

Les infographies des études de cas :
<https://www.fedesap.org>



Le webinaire de
présentation de l'étude :
<https://www.fedesap.org>

Observatoire
National du
Domicile



Fédésap
Fédération Française
des Services à la Personne et de Proximité