



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022

Le ministre de la santé et de la prévention

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SPRH2309037J (numéro interne : 2023/43)
Date de signature	19/04/2023
Emetteur	Ministère de la santé et de la prévention Direction générale de l'offre de soins
Objet	Poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022.
Commande	Déployer sur les territoires des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier.
Actions à réaliser	Poursuivre en 2023 la coordination du déploiement de ces organisations territoriales. Faire le bilan des démarches régionales menées en 2022 et des parcours mis en place en région au 31 décembre 2022.
Echéances	Déploiement années 2023 et suivantes. Bilan au 30 juin 2023.
Contact utile	Sous-direction Régulation de l'offre de soins Bureau Prises en charge post aiguës, pathologiques chroniques et santé mentale (R4) Anne-Noëlle MACHU Tél. : 01 40 56 45 97 Mél. : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	8 pages + 4 annexes (26 pages) Annexe 1 - Restitution du bilan des démarches régionales 2020-2021 en vue de la généralisation des parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées

	Annexe 2 - Fiche technique explicative du mécanisme d'incitation financière aux admissions directes non programmées des personnes âgées Annexe 3 - Bilan des parcours territoriaux Admissions Directes Non Programmées (ADNP) pour les personnes âgées Annexe 4 - Bilan des démarches régionales 2022 d'admissions directes non programmées des personnes âgées
Résumé	La présente instruction vise à donner les modalités de poursuite en 2023 de la mise en œuvre territoriale des parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées. Au regard des bilans 2020 et 2021, dont la synthèse est jointe, et des tensions du système de santé, l'enjeu est en 2023 la visibilité et l'opérationnalité de ces organisations ainsi que leur articulation avec les services d'accès aux soins (SAS). L'atteinte de cet objectif sera soutenue en 2023 par la mise en place d'une première étape d'incitation financière au développement des admissions directes explicitée par la présente instruction. À compter de 2023, le financement reposera ainsi sur la mise en place et le recueil d'indicateurs de résultats quantitatifs et qualitatifs en complément du soutien apporté au déploiement des organisations en région. Un premier bilan des parcours structurés opérationnels soutenus et/ou connus des agences régionales de santé est demandé.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Urgences, établissements de santé, financement, personnes âgées, hospitalisation non programmée, médecine de ville, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
Classement thématique	Etablissements de santé - Organisation
Textes de référence	- Pacte de refondation des Urgences - 23 septembre 2019, Mesure 5 ; - Circulaire N° DGOS/R1/2022/110 du 15 avril 2022 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2022 des établissements de santé ; - Instruction N° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021 ; - Instruction N° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 ; - Instruction N° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17 novembre 2022 relative aux mesures de soutien pour le système de santé durant l'automne et l'hiver 2022-2023.

Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé
Validée par le CNP le 31 mars 2023 - Visa CNP 2023-21	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Au regard de la tension actuelle du système de santé, la limitation des passages aux urgences évitables, notamment des personnes âgées, constitue un enjeu crucial.

Initiées depuis 2020, les organisations d'admissions directes en service de médecine ou de chirurgie des établissements de santé contribuent à la limitation des passages aux urgences des personnes âgées lorsqu'ils sont évitables et permettent ainsi de réserver les prises en charge aux urgences aux situations qui le nécessitent. Ces organisations sont déployées par les acteurs du territoire, sous la coordination des agences régionales de santé (ARS), et ont bénéficié d'un soutien financier dédié depuis 2020. Entre janvier et décembre 2022, ce sont près de 101 000 hospitalisations non programmées de personnes âgées admises directement dans les services qui ont été déclarées par les établissements de santé.

Ces organisations sont d'autant plus efficaces qu'elles reposent sur des leviers et des outils qui, lorsqu'ils sont déployés, contribuent également à éviter les hospitalisations inadéquates et les ruptures de parcours de santé. Elles sont fondées sur une responsabilité territoriale impliquant l'ensemble des acteurs de soins tels que les établissements de santé (avec ou sans structures d'urgences comme les hôpitaux de proximité), l'hospitalisation à domicile (HAD), les professionnels de santé de ville, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les services et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La généralisation de ces organisations est attendue dans les suites du rapport¹ de la Mission flash urgences, des mesures opérationnelles des deux instructions référencées ci-dessus sur les soins urgents et non programmés pour l'été et l'hiver 2022 et des préconisations de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de novembre 2022².

La présente instruction vise à transmettre les orientations pour soutenir la mise en œuvre de ces organisations et à expliciter le mécanisme d'incitation financière mis en place. Elle vise également le recueil d'indicateurs de suivi et de résultats et l'élaboration d'un bilan au 31 décembre 2022.

1. La trajectoire de généralisation des parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées

La mise en œuvre de la mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences repose depuis fin 2019 sur une coordination forte des ARS visant la construction sur les territoires de parcours d'admissions directes non programmées, avec l'appui de crédits délégués selon les modalités suivantes :

¹ Rapport « Mission flash sur les urgences et les soins non programmés, juin 2022, mission pilotée par François BRAUN.

² Inspection générale des affaires sociales - Évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 – 2022-064R Stéphanie FILLION, Dominique GIORGI, Dr Christine GARDEL et Marc PENAUD (IGAS).

ADMISSIONS DIRECT PA - délégation aux ARS				
en M€				
	2019	2020	2021	2022
	AC Reconductible	AC Reconductible	AC Reconductible	AC Non Reconductible
Montant 2019	10	10	10	10
Montant 2020		45	45	45
Montant 2021			55	55
Montant 2022				65
Total	10	165	110	175

Un bilan à fin 2021 a été réalisé, dont vous trouvez une synthèse en annexe 1. Il ressort du bilan que les organisations ont été soutenues au travers de mesures structurelles impliquant de manière directe et prépondérante les services de gériatrie, les structures des urgences, la médecine de ville et le secteur médico-social afin de répondre à l'objectif global d'évitement des passages aux urgences mais également des hospitalisations inadéquates des personnes âgées les plus fragiles. La mise en œuvre de cette mesure demeure encore hétérogène et les résultats semblent contrastés selon les territoires.

En 2022, 65 M€ ont été délégués en crédits d'aide à la contractualisation (AC) non reconductibles afin de poursuivre la généralisation sur les territoires des organisations (cf. annexe sur les fonctions clés du parcours diffusé par l'instruction du 14 décembre 2021 citée en référence), en lien avec les projets pilotes de service d'accès aux soins.

Pour chaque séjour, le recueil de l'information relative à ces admissions non programmées est possible dans le PMSI MCO (Programme de médicalisation du système d'informations - Médecine, chirurgie, obstétrique). Sur les 11 premiers mois de l'année 2022, environ 101 000 séjours des patients de 75 ans et plus ont été déclarés comme admis directement à partir de leur domicile dans les services d'hospitalisation sans avoir été pour autant programmés en amont. Ce recueil « ADNP 75 » présente encore des disparités selon les types d'établissements et les régions. En cours de déploiement, la qualité de ce recueil est encore à améliorer. Je vous invite à vous référer à la notice technique [Admissions directes non programmées \(ADNP\) | Publication ATIH \(sante.fr\)](#).

Un outil d'étude du potentiel d'admissions directes a par ailleurs été mis à disposition des ARS et des établissements de santé fin janvier 2022.

Au regard des tensions du système de santé, et comme l'ont souligné les rapports de la mission flash et de l'IGAS précités, **les parcours déployés peuvent gagner en visibilité**. Leur pilotage doit être renforcé pour une meilleure articulation avec les services d'accès aux soins (SAS) ainsi qu'avec les autres outils sur les soins non programmés et de gestion des séjours.

L'année 2023 doit rendre ces organisations plus effectives et doit permettre de poursuivre la structuration de parcours dédiés là où les organisations n'ont pas encore été créées, de les rendre opérationnelles et de les ancrer dans les pratiques des établissements et professionnels de santé des territoires.

Ces organisations doivent donc s'intégrer dans les objectifs suivants :

1. Leur articulation avec les projets des services d'accès aux soins (SAS) (accès à l'interface hospitalière notamment) et le lien avec le Service d'aide médicale urgente (SAMU) ou l'organisation des soins non programmés de ville ;
2. Le renforcement des coopérations entre établissements de santé et EHPAD qui doivent s'appuyer sur ces parcours d'admissions directes non programmées afin d'éviter les passages aux urgences pour les résidents, en complément d'autres dispositifs et solutions (comme les équipes mobiles, l'HAD en EHPAD, etc.) ;
3. Le déploiement des CPTS qui ont vocation à intégrer ces parcours dans le cadre de leur collaboration ville-hôpital. Un document cadre à l'attention des CPTS a été mis à disposition en 2022 ;
4. La contribution des hôpitaux de proximité labellisés dans le cadre de leur coopération territoriale. Vous trouverez le lien avec la convention de coopération territoriale proposée : https://sante.gouv.fr/IMG/docx/modele_convention_territoire_hopitaux_de_proximite.docx.

2. Le soutien à ces objectifs par une trajectoire financière 2023-2025

Pour rappel, les dotations en crédits d'aide à la contractualisation (AC) reconductibles à hauteur de 110 M€, qui ont été délégués aux ARS entre 2019-2021, sont intégrés de manière définitive dans les dotations régionales.

À partir de 2023, l'enveloppe de 65 M€ en crédits AC non reconductibles déléguée en 2022, sera mobilisée au titre de l'incitation financière mise en place pour favoriser ces parcours d'admissions directes et sera déléguée via les ARS dans les circulaires budgétaires. Une montée en charge progressive de la part incitation est prévue jusqu'en 2025, date à laquelle elle s'appliquera sur la totalité de l'enveloppe de financement de 65 M€.

En 2023, l'enveloppe de 65 M€ sera ainsi subdivisée en trois modalités de versement :

1/ 19,5 M€, soit 30 % de l'enveloppe, seront délégués aux ARS en crédits non reconductibles afin de poursuivre l'accompagnement à l'installation des organisations territoriales, selon les mêmes critères de répartition régionaux que les circulaires budgétaires précédentes, c'est-à-dire au prorata du nombre total en région des passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus.

Il convient d'inscrire vos notifications de délégation dans le libellé HAPI (harmonisation et partage de l'information) « Pacte Urgences - Admissions directes personnes âgées » créé spécifiquement à partir de 2021, pour permettre de disposer en lecture directe des sommes allouées et de la liste des établissements qui ont bénéficié d'un soutien financier. À titre d'information, en 2021, HAPI identifie 239 établissements ayant fait l'objet de délégation de 39,5 M€ au total sur les 55 M€ réellement délégués.

2/ 19,5 M€, soit 30 % de l'enveloppe, seront délégués via les ARS aux établissements selon une répartition au prorata du nombre total de séjours codés admissions directes non programmées ou non pour les personnes âgées de 75 ans et plus. L'objectif ciblé ici est d'inciter au recueil de l'information sur la nature de l'admission (non programmée versus programmée).

3/ 26 M€, soit 40 % de l'enveloppe, seront délégués via les ARS aux établissements selon une répartition au prorata du nombre total des séjours avec admission directe non programmée codés au bénéfice des personnes âgées de 75 ans et plus.

Seront pris en compte les séjours du périmètre de l'incitation déclarés du PMSI MCO sur la période du 1^{er} octobre 2022 au 30 septembre 2023. Ces deux dernières enveloppes seront déléguées aux établissements de santé via la troisième circulaire budgétaire 2023 aux ARS.

Vous trouverez en annexe 2 de la présente instruction une fiche technique explicitant les principes de ces deux dernières délégations.

En 2024, l'enveloppe de 65 M€ sera déléguée en totalité ou en quasi-totalité en incitation, en fonction du nombre d'admissions directes non programmées pour aboutir en 2025 à la mise en œuvre d'un financement délégué en fonction d'un indicateur construit intégrant la progression de ces admissions. Une instruction dédiée viendra préciser en 2024 la trajectoire d'évolution et les modalités de financement.

3. Le pilotage de la généralisation des parcours d'admissions directes non programmées

Ce pilotage est assuré désormais par deux composantes :

1. Les séjours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées et les passages aux urgences des personnes âgées. Ces données ne requièrent pas des ARS de remontées au niveau national, le traitement étant intégralement automatisé via le PMSI ;
2. Le nombre de parcours structurés en région et la qualité de cette structuration.

Par ailleurs, est maintenu le suivi entamé en 2021 des démarches mises en œuvre en région de la mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences.

Ces indicateurs s'insèrent dans le cadre de la gouvernance mise en place pour la généralisation de ces parcours :

- Le groupe national des référents des ARS (« parcours personnes âgées » et « urgences ») qui se réunit deux fois par an en moyenne (information sur la mise en place et restitution) ;
- Le groupe national de concertation sur la mesure 5 qui convie au moins une fois par an les représentants des fédérations hospitalières, des médecins libéraux, des sociétés savantes principalement concernées des médecins coordonnateurs d'EHPAD, des représentants des usagers, de la Haute Autorité de santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance, des autres directions du Ministère et de la Caisse nationale d'assurance maladie.

3-1 Les indicateurs quantitatifs de résultats

Les résultats relatifs aux parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées sont suivis à partir des indicateurs quantitatifs de résultats suivants (suivis en région et au niveau national) :

- Nombre total d'admissions directes non programmées du périmètre des personnes âgées de 75 ans et plus.

Ces données sont disponibles sur le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (tableaux OVALIDE [Tableau \[1.D.2.DADNP\] - Analyse des admissions non programmées](#) et [Tableau \[1.Q.2.ADNP\] : Analyse des séjours non programmés hors périmètre](#)). Ils sont mis en perspective de l'évolution des indicateurs portant sur les passages aux urgences des personnes âgées suivants :

- Nombre total de séjours PMSI MCO avec passage aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus ;
- Nombre total de séjours PMSI MCO de personnes âgées 75 ans et plus ;
- Nombre total de passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus suivis d'une hospitalisation ;
- Nombre total de passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus non suivis d'une hospitalisation ;
- Nombre total de passages aux urgences de la population adulte.

Ce suivi s'effectue directement en région et au niveau national au travers du PMSI, sans remontée au niveau national de la part des ARS. Une notice portant sur la requête des indicateurs en cours de construction avec l'ATIH vous sera transmise.

3-2 Le suivi des parcours structurés opérationnels sur les territoires

À compter de 2023, **l'indicateur de suivi est constitué du nombre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées de 75 ans et plus.**

Ces parcours peuvent être propres à un établissement ou être partagés avec plusieurs établissements autour d'une même filière de soins.

Ils sont caractérisés par l'organisation suivante, conformément aux fonctions clés décrites dans l'instruction n° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 précitée relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021 :

1. Une interface hospitalière au travers d'un numéro de téléphone dédié ;
2. Une coordination des admissions directes non programmées (à 48h) au travers d'une régulation des entrées qui donne lieu à un séjour hospitalier (de jour/ambulatoire ou à temps complet) au sein d'un service ou plusieurs services de l'établissement de santé ou partagées avec d'autres établissements de santé ;
3. Une co-construction et une coopération territoriale entre les établissements de santé avec ou sans structures d'urgence, la médecine de ville et les services et établissements médico-sociaux (notamment les EHPAD).

Un premier recensement à date de ces parcours structurés opérationnels en région respectant les trois conditions ci-dessus dans le cadre du Pacte de refondation des Urgences vous est demandé.

Ces parcours recouvrent ceux dont vous avez soutenu la structuration sur les territoires par un financement ADNP dans le cadre des campagnes budgétaires 2020, 2021 et 2022 et ceux dont la structuration telle que décrite ci-dessus vous est connue (même lorsque les établissements de santé n'ont pas bénéficié de financement dédié dans le cadre de la mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences). L'objectif est, d'ici 2025, d'avoir une vision de plus en plus complète de ces parcours.

Pour chaque parcours, il convient d'identifier notamment :

- Le ou les établissements contribuant à ce parcours ;
- La liste de la ou des spécialités concernées par ces organisations structurées d'admission directe ou si toutes les spécialités sont concernées ;
- Le numéro de téléphone d'admission directe opérationnel accessible pour les médecins de ville, d'EHPAD ou SAMU-SAS ;
- Les horaires de la ou des ligne(s) téléphonique(s) ;
- Le nombre annuel d'appels à la ligne téléphonique (si possible) ;
- L'intégration de ces admissions dans les organisations de gestion des séjours du ou de chacun des établissements visant à la gestion des séjours (inclut le besoin journalier minimal en lits pour les établissements avec une structure d'urgence, l'utilisation de la durée moyenne de séjours, l'organisation de l'établissement pour favoriser les sorties, règles d'hébergement, etc.) au travers de moyens spécifiques humains, organisationnels et en système d'information.

Il convient de renseigner également si les partenaires SAMU/SAS et CPTS ou médecins de ville ont eu communication des moyens d'utiliser l'interface hospitalière (numéro d'accès) ainsi que les liens et outils spécifiques partagés entre partenaires (établissements de santé, médecine de ville et établissements ou services sociaux ou médico-sociaux - ESMS) soutenant ce parcours. Vous indiquerez si ces parcours ont été soutenus par des crédits notifiés par l'ARS et leur montant. Nous attirons votre attention sur le fait que les établissements de santé soutenus financièrement par les ARS doivent renseigner le recueil ADNP dans le PMSI MCO, ce dernier étant une condition au soutien financier.

Aussi, nous vous invitons à vous reporter aux tableaux OVALIDE précités sur le site de l'ATIH qui vous donnent l'information concernant tous les établissements de votre région.

Pour ce bilan, vous trouverez en annexe 3 de la présente instruction un fichier Excel constitutif de la trame à renseigner à retourner **au plus tard le 30 juin 2023** à l'adresse suivante : DGOS-R4@sante.gouv.fr. Une restitution vous sera faite.

3-3 La poursuite du suivi des démarches régionales

Il vous est demandé d'actualiser le bilan des démarches régionales et projets financés au 31 décembre 2022.

Ce bilan qualitatif permet de suivre les conditions de mise en œuvre en région, l'articulation avec les SAS et la mesure de gestion des lits, autres mesures du Pacte de refondation des Urgences, ainsi que de faire état des difficultés de mise en œuvre.

Concernant les projets financés, compte tenu de l'état des lieux demandé sur les organisations effectivement opérationnelles à l'appui des financements, la complétude au titre de 2022 concerne des nouveaux projets ou établissements financés ou des projets initiés les années précédentes en cours de mise en œuvre.

La transmission du bilan des démarches régionales est attendue **pour le 30 juin 2023** à l'adresse suivante : DGOS-R4@sante.gouv.fr. Une restitution vous sera faite.

Nous vous remercions par ailleurs de bien vouloir accompagner ce bilan des projets soutenus que vous jugez exemplaires et/ou innovants.

Nous vous invitons à nous tenir informés de toute difficulté dans la mise en œuvre de la présente instruction. Les équipes de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,


Pierre PRIBILE

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,


Marie DAUDÉ

Annexe 1

Restitution du bilan des démarches régionales 2020-2021 en vue de la généralisation des parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées

Instruction n° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences visant à généraliser des organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier et à la réalisation d'un premier état des lieux au titre des années 2020 et 2021 (Diffusée le 17 janvier 2022).

MESURE 5 | GENERALISER DES PARCOURS DEDIES AUX PERSONNES AGEES POUR EVITER LES URGENCES

L'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD constitue un levier puissant. Pour fonctionner, cette organisation doit permettre à des médecins de ville de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins.

Des moyens nouveaux seront donc versés aux hôpitaux qui organiseront ce parcours structuré de qualité, avec une équipe hospitalière en charge d'assurer cet accueil direct dans de bonnes conditions.

Outre l'adhésion des médecins libéraux et l'engagement des établissements de santé – incluant l'hospitalisation à domicile (HAD) – cette organisation doit également prévoir un accès rapide aux plateaux techniques lors de l'admission. La régulation du SAMU doit aussi y être impliquée.

Incitation financière à la généralisation de cette organisation dès la fin 2019
175 millions d'€ prévus sur la période 2019-2022

Trajectoire

Cette mesure 5, accompagnée d'un engagement de financement de 175 millions d'euros au total sur la période de 2019-2022, est mise en œuvre selon la trajectoire suivante :

- La construction sur 2020- 2022, en région, de parcours d'admissions directes non programmées sur les territoires, appuyée par des délégations de crédits ;
- L'engagement dès 2022 d'un recueil de ces admissions dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sur la base de travaux menés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) avec la DGOS ;
- Un dispositif à partir de 2023 d'incitation financière à ces admissions directes non programmées fondé sur ce recueil ;
- Une incitation selon un indicateur cible mise en œuvre en 2025.

En 2019, 2020 et 2021, ont été déléguées aux ARS trois tranches de crédits : 10 M€ délégués en troisième circulaire campagne budgétaire 2019 pour amorçage, 45 M€ et 55 M€ en AC reductibles en première circulaire campagne. La répartition est effectuée au prorata du nombre de passages aux urgences en région, y compris des séjours après passages aux urgences, des personnes âgées de 75 ans et plus. Le recueil de ces admissions au sein du PMSI MCO, nécessaire à l'incitation financière, a démarré en janvier 2022 suite à un travail DGOS-ATIH.

Mesure 5 : cette mesure repose sur une organisation intégrée entre différents acteurs sur un territoire et une évolution interne des organisations hospitalières. Elle suppose des protocoles partagés entre les communautés professionnelles de ville, hospitalières et ceux des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe.

Il s'agit d'une mesure systémique qui contribue, en lien avec les mesures de la Stratégie de transformation du système de santé (STSS) / Ségur de la santé, à éviter les hospitalisations et les passages aux services des urgences (SU) des personnes âgées : communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), télémédecine (TLM), unification des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), etc.

Cette mesure repose sur la mise en œuvre concomitante d'autres mesures du Pacte de refondation des Urgences : la mesure 12 (les cellules de gestion des séjours notamment et l'inclusion dans l'évaluation du besoin journalier minimal en lits [BJML]) est une condition essentielle à la mise en œuvre de la mesure 5 mais également la mesure 1 sur les services d'accès aux soins (SAS).

Contexte de la crise sanitaire

La crise sanitaire a conduit au renforcement des liens entre la médecine de ville, le secteur médico-social (les EHPAD) et les établissements de santé pour assurer les justes soins, l'orientation des personnes âgées vers l'ensemble de l'offre de soins et l'admission directe a été préconisée, lorsqu'elle était possible, afin d'éviter des passages aux urgences inutiles et non pertinentes.

Il a permis également de déployer des dispositifs d'appui territoriaux gériatriques et soins palliatifs (ex-« astreintes » personnes âgées) pérennisés en 2022 et de déployer plus largement des dispositifs d'offre de soins vers les EHPAD (équipes mobiles de gériatrie [EMG], structures d'hospitalisation à domicile [HAD]). Il a fait évoluer / accélérer les pratiques des EMG pour intervenir sur ces lieux de vie et renforcer les liens HAD-EHPAD.

La crise a cependant eu pour impact de retarder ou de contrarier la construction structurée sur les territoires de ces organisations d'admissions directes (au niveau des ARS et des acteurs hospitaliers de soins primaires et médico-sociaux).

Bilan 2020-2021

Le bilan de la mise en œuvre de la mesure 5 sur les années 2020-2021 poursuit un double objectif :

1. Appréhender les démarches régionales soutenant la construction de ces organisations et les projets soutenus ;
2. Connaître le montant des financements délégués aux établissements de santé (crédits consommés sur la mesure) et les établissements financés en région afin d'évaluer le nombre d'établissements de santé concernés.

Enjeux :

1. Poursuivre la mise en œuvre de cette mesure 5 : orientations pour mieux déployer ces organisations sur la période 2022-2023 ;
2. Préparer la mise en œuvre de l'incitation en 2023 (maturité des organisations et des établissements de santé).

Retour de 15 ARS.

Cette première version de la synthèse porte sur les projets mis en œuvre par les ARS. Elle est complétée par deux fichiers Excel : les démarches régionales, l'emploi des crédits en région et les établissements financés en région (à venir).

Au total, 437 établissements de santé sont concernés par la mise en œuvre de la mesure 5 (établissements financés directement ou bénéficiant d'un financement territorialisé).

Synthèse

Démarches régionales 2020-2021

Les ARS mettent en œuvre la mesure 5 majoritairement au travers d'une démarche de construction territoriale couvrant tout le territoire régional.

Il s'agit pour la plupart des régions de feuilles de route territoriales se déployant sur un territoire associant les acteurs hospitaliers (dont les urgences) - la médecine de ville et les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (EHPAD dans suite du Covid).

Ces feuilles de route ont été confiées soit à :

- Un établissement identifié comme chef de file au regard d'une responsabilité particulière existante (établissement porteur du groupement hospitalier de territoire (GHT) ou responsable d'une filière gériatrique) ;
- Un établissement de santé désigné sur chaque territoire comme porteur suite à un appel à projets (AAP).

Cet établissement peut à ce moment être le destinataire des financements et les reverser aux établissements.

Parfois, la responsabilité n'incombe pas à un établissement leader mais à une filière de soins gériatriques.

Ces feuilles de route reposent sur une construction territoriale avec les acteurs du soin de ville et du médico-social au travers d'une gouvernance et d'une co-construction, gages d'une pérennité des organisations et dispositifs mis en place.

Des régions ont privilégié des appels à projets (AAP) : pour décliner des projets territoriaux (Bretagne, Hauts-de-France [HDF], Pays de la Loire [PDL] [appel à manifestation d'intérêt - AMI]), ou des projets thématiques (Île-de-France [IDF] en 2021, Provence-Alpes-Côte d'Azur [PACA] : projets associant sanitaire et médico-social).

Sur les 15 retours d'ARS, 2 n'ont pas encore initié d'organisations (contexte local particulier des régions d'Outre-mer lors de la crise sanitaire (Guadeloupe et la Réunion).

Territoires :

Les projets soutenus par les ARS couvrent tout leur territoire régional, que ce soit au travers de feuille de route par territoire du GHT ou au niveau des territoires des filières gériatriques ou de projets à l'échelle de la région (ex : par des projets s'adressant à tous les établissements avec une structure d'urgence [SU] de la région).

Démarches régionales majoritaires reposant sur la gériatrie : 10 régions

- Soit comme porteur de la feuille de route (FDR), soit comme acteur opérationnel de ces organisations : n° téléphonique de filière ; structuration de la filière pour apporter une palette de réponses et d'admissions directes non programmées en service de médecine gériatrique (coordonnateur de filière désigné) ; consultation en urgence ; organisation d'hospitalisations de jour (HDJ) non programmées ; organisation de la filière (HDJ) des personnes âgées (PA) admises en structure des urgences pour chutes ; renfort des EMG en intra et extra hospitalier ; télémedecine.

Démarches partant des urgences - de la réponse aux soins non programmés :

- Région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) : diagnostic des filières d'urgence des PA par l'Observatoire régional des urgences (ORU) ; infirmier(e) diplômé(e) d'État (IDE) de coordination depuis le Centre 15 dans un but d'éviter les passages aux SU et les hospitalisations évitables (maintien à domicile [problématiques de chutes]) ;
- Anticipation des passages aux SU via un repérage des personnes âgées qui arrivent au SU, infirmière de pratique avancée (IPA), infirmier gériatrique urgences (IGU), IDE de parcours (plusieurs régions) ;
- Circuit court en structure des urgences (SU) en lien avec la mesure du Pacte de refondation des Urgences (zéro brancard aux urgences et aval des urgences) ;
- Formation à la gériatrie des personnels des SU (GE) ;
- Démarche ASSURE de gestions des urgences en EHPAD (Hauts-de-France, Occitanie, Île-de-France et EHPUR en Auvergne Rhône Alpes).

Démarches s'adressant aux EHPAD de manière spécifique ou actions s'adressant directement aux EHPAD : 6 régions (HDF, Grand Est [GE], ARA, IDF, Nouvelle-Aquitaine [NA], PACA)

- Formation des professionnels des EHPAD à la gestion des urgences et bon appel au 15 en lien avec les filières gériatriques (démarches ASSURE en HDF et IDF et EHPUR en ARA notamment) ;
- Outils d'aide à l'orientation et à la décision (pertinence recours au 15 / astreinte gériatrique) ;
- Astreinte IDE de nuit en EHPAD à partir des établissements de santé (IDF et PACA) ;
- Outils sur les transferts entre établissements de santé et EHPAD ;
- Appui des EHPAD dans la prise en charge des résidents atteints de la maladie de Parkinson et les symptômes psycho-gériatriques.

Démarches d'admissions directes non programmées (ADNP) dans le cadre de filières ou de parcours de soins de spécialités autres que la gériatrie : 2 régions

- Organisations d'admissions directes non programmées en pneumologie, gastroentérologie, neurologie (AAP PACA) (mais difficulté de déploiement) ;
- Projet régional de cardio-gériatrie à destination des personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque sévère, 1^{er} motif d'hospitalisation non programmée (IDF).

Articulation avec les projets SAS en 2022 : Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie notamment.**Construction de ces organisations :**

Ces organisations d'ADNP reposent dans tous les territoires sur les lignes téléphoniques pour les médecins de ville et les médecins coordonnateurs des EHPAD -> fonction clé 2 du parcours d'ADNP (toutes les régions).

Fonctionnement de la hotline en semaine et en journée -> avec une fonction et des actions d'amélioration du parcours des PA qui va au-delà des ADNP, évitement des hospitalisations et des passages aux SU : missions de conseil, expertise, téléexpertise (TLE), interface avec les professionnels, accès à des hospitalisations en HDJ, hospitalisations complètes (HC) non programmées, etc.

Des ARS (ARA, PACA, GE) ont renforcé les EMG (financées sur le Fonds d'intervention régional [FIR]) pour intervenir sur les lieux de vie des personnes âgées afin d'éviter les hospitalisations et les passages aux SU évitables. Deux régions ont financé des dispositifs à l'attention directe des EHPAD qui contribue aux objectifs de manière systémique mais non ciblée.

Lien avec autres mesures du Pacte de refondation de Urgences : soutien à la mise en place d'une cellule de gestion des séjours ou fiabilisation de la transmission de l'information concernant l'état des lieux quotidien des lits disponibles dans chaque établissement du GHT (selon les projets - BFC, GE, CVL, IDF, NA).

Peu d'ARS indiquent le renfort financier en Système d'information hospitalier (SIH)/e-parcours.

Financement en AC reconductibles entrés dans les bases régionales**Nombre d'ES financés : 437**

Consommation des crédits au 31/12/2021 : 15,2M€ non consommés sur les 110 M€ délégués en 2020 et 2021 : expliqué par des feuilles de route (FDR) décalées dans le temps (crise sanitaire), des crédits consommés en année N+1 (crédits 2021 notifiés en T1 2022) et difficultés à identifier les projets ou de mise en œuvre des projets (manque de professionnels, chefs de projet, etc.).

Modalités :

- Financement forfaitaire ;
- Financement selon les actions portées / thématiques ;
- Amorçage de 50 % puis 50 % restant suite au retour des feuilles de route des établissements ;
- Modèle de financement : une part socle, une part selon le nombre de personnes âgées, une part selon l'atteinte d'un nombre d'admissions directes non programmées.

Recueil des ADNP des personnes âgées fin 2021 : à venir dans la plupart des régions.

Difficultés de mise en œuvre de la mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences

Les difficultés de mise en œuvre remontées sont les suivantes :

- Difficultés de recrutement de personnels médicaux et non médicaux ;
- Manque de maturité de certains établissements, ou certaines filières gériatriques en termes de portage de projets novateurs ou de coopération territoriale qui nécessite plus de temps de négociation ;
- Sur certains territoires, difficultés de mener une co-construction avec l'ensemble des acteurs, dont la médecine de ville (projet trop hospitaliers) ;
- Difficultés à s'approprier le mode projet ;
- Système d'information inexistant ;
- Difficultés à rester dans le périmètre de l'AAP (demande de financement pour d'autres dispositifs comme les EMG et/ou demande de création d'activités, comme de l'hospitalisation de jour, de l'hébergement temporaire...)
- Difficultés à développer ces organisations sur des filières de spécialités hors gériatrie.

Projets remontés par les ARS :

Auvergne-Rhône-Alpes – Projet EHPUR :

<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-situations-durgence-en-ehpad>

Bourgogne-Franche-Comté – Projet du Groupe hospitalier de la Nièvre et de la Haute-Saône ;
Bretagne – Logigramme Pays de Brest ; Projet territorial de la filière gériatrique du Val Doust à Brocéliande ;

Centre-Val de Loire – Projet Pad'AGE – Territoire Indre-et-Loire – CHU de Tours ;

Île-de-France – Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées (>75 ans) insuffisantes cardiaques chroniques pour éviter les urgences ;

Hauts de France – Appel à projet admissions directes des personnes âgées ;

Normandie – Plateforme d'expertise gériatrique au niveau des GH avec priorisation des ES de la filière gériatrique (numéro unique, coordination du parcours de soins) ;

Occitanie - Équipe parcours santé personnes âgées (issue des astreintes PA déployées en Occitanie) et projet soins non programmés – gestion des lits ;

Pays de la Loire – Projet d'équipe d'optimisation du parcours de soins (EOPS) ;

Provence-Alpes Côte d'Azur - Projets des CH Manosque, CH Grasse et de la Fondation St-Joseph.

Indicateurs retenus par les ARS

Domaine	Indicateur
Urgences	Nombre et taux de passage aux urgences de PA+75ans (global)
	Nombre de passage aux urgences des PA suivi d'une hospitalisation
	Part de passage aux urgences des + 75 ans
	Taux de passage aux urgences des PA accueillies dans les autres services (à détailler le cas échéant)
	Temps médian de passage au SAU pour les 75 +
Admissions directes	
	Nombre et taux d'admissions directes non programmées de PA accueillies en service Gériatrie
	Nombre d'hospitalisation en gériatrie de PA avec passage aux urgences
	Nombre et taux d'admissions directes non programmées de PA accueillies en service de médecine hors gériatrie
	Taux d'admissions directes non programmées de PA accueillies dans les autres services (à détailler le cas échéant)
	Nombre d'hospitalisations évitées
	Délai d'admission directe non programmée
	Admissions directes non programmées des résident des EHPAD
	Taux de ré-hospitalisation des PA de 75 ans et plus de 1 à 7 jours et 30 jours
Hotline gériatrique :	
	Plage d'ouverture de la hotline
	Nombre d'appels reçus en provenance des EHPAD
	Nombre d'appels reçus en provenance du domicile (médecins libéraux notamment)
	Nombre total d'appels reçus.
	Nombre de dossiers traités par la hotline
	Nombre d'appel gériatrique dans le cadre du SAS et traité par la hotline
	Nombre d'interventions réalisées et modalités (évaluations gériatriques (en précisant le lieu d'intervention), avis médical simple, ac
	Accès facilité à la biologie et à l'imagerie pour les admissions directes
EMG	
	File active
	Nombre d'interventions sur les lieux de vie
	Délai d'intervention
	Nb d'admissions directes après intervention de l'EMG
Qualitatif	
	enquête de satisfaction auprès des professionnels du secteur libéral et des médecins coordonnateurs des établissements médico-s

Mise en œuvre en région**Auvergne-Rhône-Alpes (ARA)**✓ **Deux axes de travail poursuivis :**

1- Par la médecine d'urgence, en lien avec le pacte de refondation des urgences. Les réseaux d'urgences ont été très largement mobilisés pour aller à la rencontre des EHPAD. Ces temps de formations et d'échanges permettent de mieux appréhender une situation aigue dans le parcours de soins d'une personne âgée et d'éviter un passage aux urgences. Un focus particulier est organisé quant aux problématiques de l'aval des urgences exacerbées par la saisonnalité. Une réflexion concernant le BJML sous un angle « personne âgée » est actée et portée par l'ORU. Ce dernier travaille par ailleurs à une meilleure cartographie de la région en matière de filière et organisation des parcours de soins des plus de 75 ans.

2- Par les filières gériatriques avec un déploiement et un soutien des astreintes téléphoniques gériatriques en lien avec les équipes mobiles gériatriques extra hospitalières. Un travail d'état des lieux est en cours.

À noter : étude : GéoGéria - Évaluer l'adéquation entre offre de soins et les besoins des + de 75 ans par la mobilisation de 26 variables. Et au niveau départemental : nombre de primo passages des + de 75 ans et taux d'hospitalisation du public concerné.

✓ **Financement / 6 projets**

Projet 1 : EHPUR Développement d'une formation à destination des professionnels en EHPAD : assurée par les 4 réseaux d'urgences. Objectif : former les professionnels à identifier une situation d'urgence et communiquer avec le centre 15. Intervenir dans toutes les EHPAD du territoire.

Un guide de référence élaboré par un comité d'experts pluridisciplinaires, les réseaux des urgences, les médecins coordonnateurs d'EHPAD, les gériatres, les personnels soignants d'EHPAD et les pharmaciens. Contenu : référentiels, recommandations de bonnes pratiques (HAS), et clés d'aide à la décision : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-situations-durgence-en-ehpad>.

Projets depuis le centre 15

- Projet dédié à la coordination des soins de la personne âgée dans sa problématique de maintien à domicile, sans recours systématique aux structures d'urgence depuis le centre 15. (IDE coordonnateur) (Allier) – Projet 2.
 - Un focus autour des patients « chuteurs » à domicile est proposé.
- Géria 15 : (Loire) : projet co-porté par les pôles gériatrie-SAMU, en lien avec le Gérontopôle ARA. En complément de la hotline gériatrique mise en place en avril 2013.
- Fonctionnement 7j/7 de 7h à 20h.
- Expérimentation SAS 38.
 - Principe : mobilisation d'outils de télémedecine dans le cadre des soins non programmés, suite à un appel au SAS.
 - Public concerné : un appelant de plus de 75 ans qui ne peut se déplacer vers un point de consultation médicale dans le cadre de soins non programmés.
 - Le SAS missionne un infirmier libéral volontaire équipé en outils de télémedecine en partenariat avec un médecin généraliste en téléconsultation.
 - Les patients de + de 75 ans ayant un besoin de soins non programmés mais ne pouvant se déplacer auprès d'un effecteur de médecine de ville seront pris en charge par un binôme IDE libéral/effcteur médecin de ville, communiquant ensemble au sujet de la situation singulière du patient via les outils de télémedecine.
 - Les partenaires concernés : pilotes SAS38, union régionale des professionnels de santé (URPS) IDE, ARS.
- Soutien des établissements disposant d'une autorisation de médecine d'urgence dans la mise en place de lits d'aval complémentaires pour faire face aux épisodes saisonniers. Objectif : éviter qu'un patient reste aux urgences et qu'il soit très rapidement pris en charge à minima au sein des unités tampon, avant un parcours d'hospitalisation structuré : 77 ES concernés : projet en lien avec la mesure 12 et plus particulièrement la diffusion du BJML.

Renforcement des astreintes gériatriques de territoire et équipes mobiles gériatriques extrahospitalières (EMG EH)

Crise COVID : les astreintes gériatriques ont été renforcées et il leur a été recommandé d'utiliser les moyens de télémedecine, d'être en capacité de mobiliser des ressources nécessaires pour la prise en charge in situ des résidents COVID (équipes mobiles de gériatrie, géronto-psychiatrie, soin palliatifs, hygiène hospitalière, HAD, etc.).

10 départements sur 12 de ARA couverts par ce dispositif et 28 équipes EMG EH.

Apport d'un conseil, un avis, une expertise aux médecins généralistes et proposer une orientation la plus appropriée possible selon la situation : service des urgences si nécessaire, hospitalisation directe, évaluation ambulatoire (en consultation ou en hôpital de jour gériatrique), évaluation au domicile (EMG EH).

Les EMG EH se déplacent sur demande des médecins traitants ou des médecins coordonnateurs des EHPAD pour des personnes qui, soit auraient refusé, soit auraient été dans l'incapacité de se déplacer.

Prise en charge globale du sujet âgé, aussi dans sa dimension médico-psycho-sociale.

Indicateurs de suivi en cours de construction en lien avec l'Observatoire régional des urgences (ORU).

Bretagne

Appel à manifestation d'intérêt (AMI) -> projet territorial porté par les établissements de santé supports de filière gériatrique (FG). Enveloppe répartie de façon identique en 2020 pour toutes les FG bretonnes qui a évolué vers une réponse adaptée proposée par chaque filière dans le cadre d'un AMI.

Répondant aux critères : Gouvernance, Stratégie et programmation, Pertinence et Adéquation des moyens.

Il est demandé à toutes les filières un renforcement :

- De l'astreinte téléphonique des filières par le développement des infirmiers en pratique avancée IPA en posture d'« aller vers » les EHPAD via la télé médecine (les IPA se déplacent pour la consultation) ;
- Des EMG (une IPA) pour intervenir sur les lieux de vie des personnes âgées.

Projets territoriaux :

Exemple de la filière gériatrique de Dinan

Création d'une plateforme destinée à :

- Éviter le passage aux urgences des personnes âgées par des entrées directes en court séjour gériatrique ;
- Permettre d'organiser une prise en charge adaptée à la demande : entrée programmée en court séjour gériatrique, consultation, HDJ, intervention en unité mobile de gériatrie externalisée ;
- Favoriser la réalisation de bilan dans le cadre de la prévention et le repérage de la fragilité des personnes âgées ;
- Fonctionnement type par mail sécurisé.

Exemple de la filière gériatrique de Rennes :

Interface pour gérer les admissions directes non programmées en lien avec une cellule de gestion des lits et le projet SAS (dont le CHU est site pilote).

Parcours spécifique prioritaire des PA par le biais de la mise en place d'une interface téléphonique hospitalière (cellule parcours).

Renfort pour expertise gériatrique par le biais de la mise à disposition de l'expertise de l'EMG projetée sur le territoire via la télé médecine.

Organisation et communication sur la ligne d'astreinte et organisation de la sécurisation (répondeur et d'un mail sécurisé) et notamment sur le rôle des IDE IPA pour fluidifier le parcours des personnes âgées.

Exemple de la filière gériatrique du Morbihan (MALESTROIT)

- Travail sur la complémentarité entre la ligne d'astreinte gériatrique et la ligne d'admission directe au CH ;
- Accès à un avis gériatrique le week-end, de 8h à 18h, pour les EHPAD ;
- Travailler sur la mise en place du SAS à l'échelle départementale ;
- Groupe de travail « parcours de santé des PA » ;
- Travail sur le repérage et le parcours de prise en charge approprié : articulation avec l'EMG extra hospitalière sur le nord du territoire ;
- Formaliser les modalités de coordination et d'intervention sur le territoire avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), HAD, établissement de santé mentale, équipes mobiles gérontologiques territoriales (EMGT).

Centre Val de Loire (CVL)

Feuille de route confiée aux 6 groupements hospitaliers de territoire (GHT) de la région.

Les admissions directes non programmées pour les personnes âgées étaient déjà effectuées en région, avant la création du Pacte de refondation des Urgences, sans formalisme particulier. L'enjeu pour les GHT était donc d'organiser ces admissions directes à l'échelle du département.

Des priorisations ont été réalisées sur la base des projets plus ou moins matures ayant été remontés par les GHT. En 2020, une partie des financements a donc été allouée aux projets les plus matures (3 départements). En 2021, il a été fait le choix de soutenir les 6 départements de la région afin de les accompagner dans cette démarche.

Financement pour la mise en place d'une organisation à l'échelle départementale (travail engagé avec les services d'urgence pour éviter les hospitalisations des PA/lien avec CPTS pour consultations non programmées).

- Travail de fiabilisation de la transmission de l'information concernant l'état des lieux quotidien des lits disponibles dans chaque établissement du GHT ;
- Renforcement de la cellule de gestion des lits pour améliorer le parcours de soins.

Projet Pad'AGE : déploiement d'une organisation d'admissions directes développée sur le département portée par le CHU de Tours avec les autres établissements et organisée en lien avec les CPTS.

À cet effet, un financement a été défini :

1. Enveloppe régionale répartie en fonction de la part de personne âgée de 75 ans et plus sur chaque département ;
2. Enveloppe départementale répartie comme suit : forfait socle identique attribué à chaque établissement support de GHT + enveloppe attribuée à chaque établissement de santé (ES) public ayant réalisé des admissions directes (enveloppe calculée sur la base du nombre d'admissions directes 2020).

Corse

Première étape : déploiement d'une organisation sur les 2 filières gériatriques sur la base d'un cahier des charges régional.

Structuration de cellules parcours personnes âgées dédiées dans un premier temps aux sorties d'hospitalisation complexes : hotline ayant vocation à venir en appui aux admissions directes, en lien avec l'outil collaboratif Globule.

Hauts-de-France (HDF)

2 appels à projets (2020 « soutien à la labellisation des filières gériatriques de territoire » ; 2021 « Parcours d'admissions directes non programmées des personnes âgées »).

- Renforcement de la démarche régionale ASSURE déployée depuis 2019 : amélioration des soins d'urgence en EHPAD : poursuite de la formation des professionnels des EHPAD ; appuis numériques à la démarche ;
- <https://ghlh.fr/le-groupe-hospitalier/assure/> ;
- Création de 24 coordonnateurs de filières gériatriques qui ont pour mission de développer/consolider les filières internes et la filière de territoire labellisées en 2020 intégrant les admissions directes en gériatrie ;
- Instauration des infirmiers de parcours de soins sur les sites des centres hospitaliers (CH) ou mutualisés entre CH à partir des plus gros services d'urgences des territoires : gestion des patients âgés à risque de (ré)-hospitalisation (but : réduire les passages aux urgences) ;
- Renforcer les pratiques et les prises en charge en psychogériatrie afin d'éviter les passages aux urgences et les hospitalisations ;
- Renforcer la prise en charge des résidents en EHPAD avec la maladie de Parkinson : 2 équipes mobiles expertes à partir des centres experts sur cette pathologie.

Autres projets soutenus en fonction des territoires :

Ex : soutien d'une ligne gériatrique locale + infirmiers experts en gériatrie répartis sur CH Tourcoing, CH Roubaix et Clinique privée la Victoire à Tourcoing.

Grand Est (GE)

Un appel à projet a été lancé au niveau de la région Grand Est. Projet par GHT mais par zone d'implantation des filières gériatriques.

Un établissement a été sélectionné par territoire de GHT afin de mener le projet sur l'ensemble de la zone. L'appel à projet a été lancé auprès de l'ensemble des établissements publics et privés de la zone d'implantation de chaque GHT. Les établissements répondants étaient tenus de transmettre un pré-projet contenant a minima :

- Les actions socles (ligne téléphonique gériatrique, télémedecine avec les EHPAD, mise en place de coopérations avec les acteurs de la ville, mise en place d'un plan de formation gériatrique pluriannuel) et les actions supplémentaires envisagées ;
- Les partenariats nécessaires à la mise en œuvre de chaque action ;
- Les moyens dédiés attendus pour la réalisation du projet ;
- La gouvernance envisagée ;
- Le calendrier de mise en œuvre.

Un dossier a été retenu par territoire au regard de la qualité du pré-projet. En tout état de cause, l'établissement retenu est tenu de mettre en place une gouvernance associant l'ensemble des acteurs (établissements publics, privés, acteurs du médico-social et de la ville) et de conduire le projet d'admissions directes des personnes âgées sur toute la zone d'implantation.

L'ARS a contractualisé par avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements sélectionnés comme porteur du projet d'admissions directes des personnes âgées.

Objectif : couvrir toutes les zones d'implantations de la région Grand Est par un seul projet associant l'ensemble des acteurs du champ de la gériatologie.

Ex : projet Groupement hospitalier de territoire (GHT) 9 :

- Coordination acteurs activités : dossier unique, plateforme des parcours complexes, mise en place d'une commission territoriale des parcours complexes, n° téléphonique ;
- Faciliter le recours des personnes âgées aux spécialités : structurer la filière orthogériatrique et oncogériatrique, développer des consultations avec des IPA, développer l'offre gériatrique sur un secteur isolé, développer des consultations avancées ;
- Faciliter la prise en charge des personnes âgées aux urgences : renfort des EMG, projet médical commun urgences-gériatrie, formation des structures des urgences (SU) à la gériatrie, définir un projet architectural adapté au SU ;
- Faciliter le recours aux alternatives à l'hospitalisation : projet commun entre l'hôpital et la médecine libérale, développer la télémédecine.

Projet GHT 6 :

- Mise en place d'un parcours spécifique pour les personnes âgées souffrant de troubles du comportement ;
- Suivi en EHPAD des patients hospitalisés, par une Infirmière de pratique avancée (IPA) (améliorer la prise en charge post hospitalisation et éviter les ré hospitalisations) ;
- Améliorer la ligne gériatrique pour la médecine de ville (Toul), renforcer les urgences avec l'intervention d'une IPA aux urgences (Pont à Mousson) ;
- Mise en place d'un n° de téléphone pour les admissions directes (Pont à Mousson // Commercy // Dieuze) ;
- Développer la télémédecine pour les établissements de santé publics du territoire du GHT ;
- Recruter un chargé de mission pour le GHT.

Projet GHT 4 : création d'une plateforme de coordination du parcours du patient âgé, véritable interface ville / hôpital, avec 4 antennes sur les établissements sièges des urgences.

- Objectif 1 : prévenir les hospitalisations et les passages aux urgences évitables par le développement de l'activité extra hospitalière des EMG, des équipes mobiles géronto-psychiatrie, des équipes mobiles de rééducation et le développement de l'HAD dans les EHPAD / développer les permanences téléphoniques ou numériques et développer les outils numériques (télémédecine, messageries sécurisées et télé expertise) / développement de l'HAD ;
- Objectif 2 : organisation d'une filière d'admissions directes des personnes âgées / la formation des personnels de SAMU et des EHPAD / un accès direct à des prises en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) / coordonner l'ensemble des acteurs du territoire ville-hôpital autour de la prise en charge des personnes âgées, assurer la continuité et la coordination de la prise en charge / prévenir la dépendance iatrogène.

Projets impliquant une évolution numérique :

- Organisation de la gestion de la disponibilité en lits dans chaque établissement de santé ;
- Informatisation de toutes les structures, identifier les passerelles possibles entre les logiciels pour les dossiers patients hospitaliers et la téléconsultation. Information via la carte vitale au médecin traitant sur l'admission et la sortie du patient lors d'une hospitalisation. Logiciel de partage sécurisé des données médicales et sociales du patient, déploiement de PARCEO (le service régional e-Parcours de soins du Grand-Est) entre partenaire et médecine de ville.

Formation :

- Renforcer la sensibilisation et la formation sur la prise en charge des personnes âgées au sein des structures des urgences (permettre de meilleures connaissances des pathologies associées à la personne âgée, meilleures connaissances des possibilités de prises en charges au sein du territoire) ;
- Sensibiliser les professionnels des EHPAD aux besoins spécifiques au service d'urgences ; informer les professionnels des EHPAD et de la ville des autres recours possibles et des alternatives aux passages aux urgences.

Ile-de-France (IDF)**Projet de déclinaison de la mesure 5 sur les 3 fonctions clés à l'échelle des 34 filières de soins gériatriques**

- Renforcement du recours à l'expertise en gériatrie via numéro de téléphone unique/interface numérique et via dispositifs de télémédecine (téléconsultation et télé expertise) à l'échelle du territoire ;
- Renforcement de la présence médicale de gériatres aux urgences ;
- Mise en place de consultations gériatriques urgentes en amont et en aval du passage par les urgences et développement de l'accueil en hôpital de jour gériatrique ;
- Dispositif de suivi des sorties d'hospitalisation ;
- Renforcement des équipes mobiles de gériatrie intra ou extra hospitalière et notamment de leurs astreintes le week-end.

Projets ciblés sur l'ensemble de la région (en 2020 et 2021) en s'appuyant sur les 34 filières de soins gériatriques

- Cahier des charges du projet régional d'amélioration de la prise des urgences en EHPAD ;
- Cahier des charges du projet de cardio-gériatrique de prise en charge de l'insuffisance cardiaque sévère de la personne âgée.

Création de 14 nouvelles équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalière auprès des lieux de vie des personnes âgées : Projet régional d'amélioration de la prise en charge des urgences en EHPAD pour éviter le recours inapproprié aux urgences (cf. cahier des charges) des personnes âgées afin de couvrir l'intégralité de la région. Appel à candidature => candidats sélectionnés.

Mise en œuvre de la démarche ASSURE (cf démarche en Hauts-de-France) co-portage Gêron'd'if et Univi santé : sessions de formation/sensibilisation aux soins d'urgences d'une demi-journée en distinguant les urgences vitales des urgences relatives, assurées par des binômes de médecins gériatres et urgentistes de la filière concernée auprès, a minima, du personnel d'encadrement (directeur/médecin coordonnateur/infirmier coordonnateur) des

EHPAD. L'encadrement de chaque EHPAD sera chargé par la suite de diffuser les connaissances auprès des professionnels soignants de chaque structure.

Projet de cardio-gériatrie relatif à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque sévère chez la personne âgée de plus de 75 ans (cahier des charges)

Parmi toutes les solutions d'amélioration du parcours de soins du patient insuffisant cardiaque chronique (ICC) identifiées par les professionnels de santé lors des animations territoriales, le projet propose de travailler :

- D'une part sur les hospitalisations directes ;
- D'autre part sur la diminution des ré-hospitalisations/hospitalisations :
 - En augmentant le nombre de patients avec un traitement de fond optimal par l'organisation de consultations de titration par l'ES, pour soutenir la ville, dès la sortie de l'hospitalisation (1 consultation tous les 15 jours pendant 2 mois),
 - En détectant et traitant rapidement les débuts de décompensations cardiaques par des consultations semi-urgentes de décompensation cardiaque par l'ES, pour soutenir la ville.

Ces solutions répondent à la mesure 5 du Pacte de refondation des Urgences.

1. Recruter un(e) IDE de coordination (IDEC) qui identifiera les patients âgés ICC du territoire et en accord avec leur cercle de soins organisera/anticipera l'hospitalisation directe dans les services de cardiologie, de gériatrie ou en HAD, selon leur profil, quand cela sera nécessaire ;
2. Mettre en place une « consultation semi-urgente en cas de début de décompensation cardiaque » par l'établissement de santé pour soutenir la ville, pour apporter une réponse rapide et éviter l'hospitalisation ;
3. Mettre en place une « consultation de titration » par l'ES pour soutenir la ville, pour augmenter le nombre de patients sous traitement de fond optimal ;
4. Former un(e) IDE au protocole de coopération de l'insuffisance cardiaque.

Chaque établissement sélectionné choisira « à la carte » des actions parmi les 4 actions proposées, qu'il souhaite mettre en place en 2022, sous réserve des crédits disponibles.

22 établissements de santé concernés – partenariat entre cardiologie et gériatrie

Renforcer l'action des filières gériatriques envers les EHPAD par la mise en place d'astreintes opérationnelles d'infirmier de nuit (projet en cours de construction).

Afin d'éviter le passage aux urgences et des hospitalisations inappropriées des résidents d'EHPAD au seul motif de la nécessité de soins infirmiers, un appel à projet sur la base d'un cahier des charges sera publié prochainement.

Il vise à mettre en place une couverture d'astreinte infirmière via un établissement de santé, porteur de filière de soins gériatriques, à destination de plusieurs EHPAD d'un même territoire, en période de permanence des soins.

Normandie

Chaque groupement hospitalier de territoire (GHT) a transmis une feuille de route décrivant les liens avec SAMU, SAS et gestion des lits.

Plateforme téléphonique et de coordination gériatrique avec priorisation des établissements de la filière gériatrique (numéro unique, coordination du parcours de soins).

1 plateforme expertise gériatrique par GHT (1,2 ETP infirmier + 0,4 ETP médecin).

- Plateforme expertise gériatrique du GHT Val-de-Seine Plateau de l'Eure : plateforme 2E2G (coordination des différents services comme gériatrie / HAD / services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) / gestions de cas) ;
- Plateforme d'expertise gériatrique du GHT Caux Maritime ;
- Plateforme d'expertise gériatrique GHT Estuaire de la Seine qui se coordonne avec le SAS (pour favoriser la fluidité et la complémentarité des actions) ;
- Renfort des équipes mobiles de gériatrie pour aller au domicile et en EHPAD.

Nouvelle-Aquitaine

Formation des personnels des EHPAD par les centres d'enseignement aux soins d'urgence (CESU) à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence 1 et 2, pour améliorer la transmission d'informations au SAMU et mieux gérer les situations d'urgence.

- Cette mesure contribue directement à diminuer les passages aux urgences ;
- Environ 1300 personnes formées depuis 2020 sur cette mesure ;
- Lien avec la mesure 6 du Pacte Urgences concernant l'équipement en visio-régulation des SAMU.

Feuille de route par territoire du GHT et / ou à l'échelle du département sur la base des 3 points clés du parcours de la personne âgée.

Modélisation régionale d'une organisation cible pour la hotline gériatrique (binôme médecin gériatre - IDE à compétence gériatrique avec un objectif de fonctionnement entre 9h et 19h y compris le week-end) et analyse des passages aux urgences.

La feuille de route régionale se déploie en 3 grandes phases :

- Consolidation des hotlines gériatriques sur les établissements sièges de GHT et sur certains sites périphériques comme évoqué ci-dessus sur les 13 établissements sièges de SAMU ;
- Financement de postes de gériatre d'accueil et d'orientation en lien avec la hotline gériatrique à hauteur de 3 ETP répartis sur les 6 établissements du GHT. Coordination avec les équipes mobiles à orientation gériatrique (EMOG) afin de faciliter leur intervention en intra et extra-hospitalier et mise en place d'un numéro dédié avec action de communication auprès de la ville ;
- Construction de la filière gériatrique sur le territoire afin d'associer les soins de ville, le secteur privé et l'aval, et le médico-social ;
- Amélioration de l'accès au plateau technique des personnes âgées et optimisation du bed-management pour faciliter les admissions directes.

Ex : Bordeaux : consolidation de la hotline gériatrique sur la métropole de Bordeaux en charge d'organiser les parcours sur l'ensemble des établissements de la filière et la ville. Bed-manager filière gériatrique au niveau du GHT (cadre de santé) avec outil de gestion de lits (choix de l'outil en cours).

Pyrénées-Atlantiques (Navarre-Côte basque) : staff de revue des dossiers et préparation de la sortie ; consolidation de la hotline gériatrique et organisation interne à l'établissement- temps de gériatre- IDE coordonnateur de parcours- assistants médicaux- assistante sociale et organisation d'actes de téléconsultation et télé-expertise.

Vienne : CHU de Poitiers / Châtelleraut : mise en place d'une hotline gériatrique sur le CH Châtelleraut avec un numéro de téléphone dédié et une IDE coordinatrice de parcours en lien avec un médecin gériatre.

Objectif de dédier 2 à 3 lits pour l'admission directe -> coordination avec le SAMU dans le cadre du SAS qui est déployé sur le territoire depuis le mois de mars 2021. Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexe (DAC) est intégré au SAS et fait le lien avec la hotline gériatrique pour organiser l'orientation du patient et son hospitalisation en cas de besoin.

Occitanie

✓ Mise en œuvre en région d'équipes parcours santé personnes âgées (EPS PA)

Le projet Équipes parcours santé personnes âgées (EPS-PA) est issu de la mise en œuvre des appuis d'expertise gériatrique dans le cadre de la crise sanitaire liée à la Covid-19 (« ex plateformes Covid PA ») qui ont renforcé la dynamique territoriale et le lien ville-hôpital. Les missions des EPS-PA sont le résultat de travaux et échanges conduits avec les acteurs sanitaires et médico sociaux.

Les EPS PA assurent une interface structure médico-sociale et l'établissement de santé via un accès facile (direct), rapide à l'expertise gériatrique avec temps médical, infirmier, secrétariat (adaptation selon ressources du territoire et en complémentarité des différentes équipes mobiles du champ des personnes âgées).

Objectifs :

- Intervenir en amont de la décompensation de l'état de santé pour éviter l'hospitalisation ;
- Proposer des alternatives à l'hospitalisation ;
- Organiser l'admission directe pour éviter le passage aux urgences ;
- Accompagner le passage aux urgences/la réorientation vers un service spécialisé si la situation le nécessite ;
- Proposer des alternatives à l'hospitalisation.

Ont également été soutenus en Occitanie :

- Mise en œuvre de la formation ASSURE des professionnels des EHPAD ;
- Expérimentation d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) gériatrique.

✓ Dispositif régional des hospitalisations non programmées avec un focus ADNP:

Objectif : fédérer les établissements de santé (MCO, SSR, psychiatrie, HAD), les professionnels de santé de ville, les ESMS sur la base d'une coopération territoriale (charte régionale d'engagement).

1/ Pour chaque établissement de santé : dispositif interne opposable inscrit dans le CPOM de l'établissement.

- Obligation réglementaire opposables aux ES ;
- Modalités d'organisation et de coopération territoriale harmonisée : fonctionnement en situation normale, tendue et exceptionnelle ;
- Cellule stratégique ;
- Gestion institutionnelle de flux, non programmés, filière d'admissions directes : unités gériatrique et polyopathologique et filières spécialisées.

2/ Professionnels de santé de ville portés par l'ORU et le groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS). Outils communiquant et messagerie sécurisée ; télémedecine : expertise ; PERSONA : parcours complexes identifiés.

Plateforme d'orientation territoriale : bon patient au bon endroit dans les meilleurs délais (SAMU – urgentistes, SAS : opérateur de soins non programmés, coordinateur des soins disponibilités hospitalières : admissions directes non programmées et de gestion des lits) : cartographie des dispositifs installés du parcours personnes âgées.

Dispositif de gestion des hospitalisations non programmées : outils communiquant : ORU et GRADeS et outils collaboratifs : système d'information hospitalier – tableaux de bords quotidiens transmis vers la gestion de base de données (GBDD) régionale ; base de données (BDD) régionale – radar territoriaux quotidiens (veille avec la Fédération des observatoires régionaux des urgences [FEDORU]).

Pays de la Loire

Appel à manifestation d'intérêt à partir des acteurs des territoires. Première étape.

Les lignes directrices de sélection étaient : 1/ La co-construction du projet par les acteurs du territoire identifié comme le juste niveau d'intervention, sur la base d'un diagnostic partagé (une démarche de coopération forte entre les professionnels (établissements de santé, dont HAD, ESMS, CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles [MSP]...) garantissant la pérennité de cette dynamique collective et 2/ la rapidité de déploiement.

Les actions engagées au titre des différents projets soutenus ont globalement toutes un impact en lien avec la mesure 12 et la facilitation des sorties des urgences :

- L'acculturation réciproque favorise les retours en EHPAD par une plus grande sécurisation des équipes ;
- Le positionnement d'infirmier aux urgences contribue également à faciliter les retours à domicile avec HAD, dispositif encore peu utilisé par les urgences ; cette fluidité contribue à garantir plus de disponibilité au sein des services de l'établissement de santé ;
- Projets retenus : exemples : équipe d'optimisation du parcours de soins (EOPS) entre CH Vendée, HAD, Clinique St-Charles, EPSM Georges Mazurelle, astreinte opérationnelle gériatrique, équipe mobile d'évaluation territoriale du Centre hospitalier du Mans / GHT.

PACA

Deux appels à projets visant à organiser la prise en soins des personnes de plus de 75 ans en amont des urgences pour éviter un passage par ce service. Il s'adresse exclusivement aux établissements de santé munis d'un service d'urgences (public, privé).

La priorité régionale s'articule autour du nombre important de passages des patients de 75 ans et plus dans les services d'urgences de la région.

Déploiement 2020 / 2021 / 2022

2020 => 2 thèmes :

- Mise en place infirmier gériatrique aux urgences avec une ligne téléphonique directe ;
- Mise en place filière hospitalisation directe et une hotline.

2021 => 4 thèmes, projet transversal :

- Infirmier gériatrique aux urgences (extension) ;
- Hospitalisation directe avec rajout de trois filières : pneumologie, gastroentérologie et neurologie ;
- Création en région des équipes mobiles de gériatrie extra hospitalières.
- Mise en place Infirmière d'astreinte rattachée à un établissement de santé en lien avec un réseau d'EHPADs.

DOM

- **Guadeloupe**

CHU de la Guadeloupe retenu mais en attente de la structuration et l'allocation de la dotation 2021 (retard lié à la crise sanitaire et crise sociale).

- **La Réunion**

Démarche initiée fin 2021 par le CHU Sud et la CPTS Grand Sud qui a intégré le parcours des personnes âgées dans son projet de santé. Mise en œuvre en 2022.