

# Adapter la médecine gériatrique aux nouveaux enjeux

Société / Santé

---

Par [Collectif CPPRS](#)

Publié le 12 juillet 2023

**Notre système de santé complexe doit développer des mécanismes d'adaptation afin de fluidifier au maximum le parcours de soin des personnes âgées. Ainsi, par exemple, la prise en charge hospitalière des personnes âgées n'est pas toujours adaptée, ce qui peut résulter de manquements en amont et en aval des secteurs ambulatoire et médico-social. Toutefois, cela ne dédouane pas l'hôpital de ses responsabilités : son fonctionnement et son organisation contribuent aussi à ces défaillances.**

- Accédez au dossier complet : [Pour une refondation du système de santé](#)
- Le Collectif de professionnels et de patients pour la refondation de la santé – liste complète des signataires ici : <http://www.cpprs.fr/>

**L**e vieillissement démographique, qui caractérise la plupart des pays occidentaux, représente un défi à la fois social, médical et économique. Les projections concluent unanimement à une accélération du vieillissement de la population dont l'augmentation la plus spectaculaire devrait concerner les plus de 75 ans. En France, entre 2000 et 2030, les plus de 75 ans devraient ainsi passer de 4,2 à 8,3 millions et les plus de 85 ans ou plus de 1,2 à 2,4 millions.

Cette évolution démographique va entraîner un défi de santé publique majeur : l'augmentation de la population présentant des maladies chroniques incapacitantes. Les données issues de l'enquête Handicap Santé de 2008-2009 estimaient ainsi à 811 000 le nombre de personnes âgées dépendantes vivant à domicile et à 1,5 million celui des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, quel que soit le lieu de vie. Selon les estimations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le coût global de la dépendance pour l'assurance maladie était en 2010 compris entre 8,9 et 20,9 milliards d'euros. Ce coût est amené à progresser, le nombre de personnes âgées dépendantes en France métropolitaine devant être multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030 et par 2 entre 2010 et 2060.

Face aux risques de maladies chroniques et de dépendance, la mise en œuvre de mesures préventives qui visent à en différer l'âge de survenue devient capitale. Toutefois, les effets de la prévention demandent un certain délai avant d'être

perceptibles. Par conséquent, le vieillissement aura dans tous les cas un impact de plus en plus marqué sur notre système de santé aux échéances proches, accentué par l'amoindrissement probable de l'entraide familiale. Il s'avère donc nécessaire de prendre la mesure des enjeux liés à cette évolution démographique.

Il est possible d'agir pour que l'hôpital réponde mieux aux besoins des personnes âgées et n'entraîne pas des situations de perte d'indépendance. De nombreuses pistes méritent d'être explorées.

#### **Recommandation 1 :**

- Améliorer la coordination ville/hôpital en poursuivant la constitution de filières gériatriques

Le patient hospitalisé âgé de 75 ans et plus nécessite une approche particulière. D'une part, la fréquence de la polypathologie remet en question la traditionnelle structuration des hôpitaux en services spécialisés et cloisonnés. Un état de santé dégradé par plusieurs facteurs impose une démarche intégrée, reposant sur la prise en soin des comorbidités et la gestion de la « complexité médico-psycho-socio-environnementale ». L'approche globale a pour finalité la prise en compte des troubles affectant la sphère cognitive, des troubles affectifs et comportementaux, des morbidités somatiques, la prévention des pathologies nosocomiales et iatrogènes (dont la dépendance iatrogène) et la prévention de la maltraitance. D'autre part, la fréquence des situations d'instabilité et de décompensations et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale appellent un soin continu intégrant la réadaptation et la réhabilitation fonctionnelles, soit dès la phase aiguë, soit dans la continuité du soin aigu.

Face à ces constats, le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 a proposé la création des filières gériatriques, afin d'assurer une continuité entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Ceci permet de :

- créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences,
- faire contractualiser en tant que « partenaires de la filière gériatrique labellisée » les établissements et structures associés à la filière gériatrique,
- prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques dont l'hyperspécialisation limite la prise en charge efficace des patients âgés polypathologiques,
- développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient.

Cette filière est une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique d'un territoire par l'élaboration d'une convention liant tous les services concernés : les courts séjours gériatriques, noyau dur de la filière, les équipes mobiles de gériatrie (qui peuvent intervenir dans les services de l'hôpital mais aussi à l'extérieur), les unités de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins médicaux et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SMR gériatriques) et les unités de soins de longue durée (SLD).

Pour améliorer les parcours en soins primaires, il est important d'améliorer la compétence gériatrique de la médecine communautaire et il est souhaitable que les professionnels communautaires aient la possibilité de valider une compétence (développement professionnel continu) sur la prise en soin et l'organisation des parcours des individus vieillissants.

Il est également nécessaire que les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) recensent les personnes âgées de leur bassin de vie, signalées comme « à risque » (vivant seules ou n'ayant pas de visite de soignant à

domicile et ayant des difficultés à se déplacer) et mettent en place une démarche d'évaluation et de prévention adaptée.

L'objectif est de pouvoir répondre aux besoins du patient âgé tout au long de son parcours de soins :

- Les bilans ambulatoires, qui relèvent de la consultation ou de l'hôpital de jour gériatrique,
- L'évaluation gériatrique à domicile ou en EHPAD (via les équipes mobiles externes)
- Les hospitalisations non programmées, pour lesquelles les services d'urgence, les équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques (y compris les unités péri-opératoires aiguës gériatriques) jouent un rôle de tout premier plan,
- Les hospitalisations programmées pouvant justifier l'avis gériatrique d'une équipe mobile quel que soit le service d'hospitalisation.

En outre, la filière gériatrique a vocation à faire intervenir dès que besoin les équipes de soins palliatifs et les structures psychiatriques afin de proposer des dispositifs gradués de réponse.

Enfin, la filière s'appuie nécessairement sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le développement des conventions de coopération entre établissement de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif. Les équipes mobiles peuvent se déplacer dans les EHPAD du territoire pour apporter leur expertise et leur soutien aux équipes soignantes et au médecin coordonnateur.

Dans les Hauts-de-France, les Équipes spécialisées de prévention inter-EHPAD (Espreve) ont vu le jour et apportent un soutien en matière de formation sur la prévention des chutes, de la dénutrition, des addictions, des troubles liés à la maladie de Parkinson (etc.). Elles permettent d'améliorer la qualité des soins des résidents tout en favorisant le lien entre EHPAD et filière gériatrique du territoire. Ces initiatives auraient intérêt à être pérennisées et développées sur l'intégralité du territoire.

## Recommandation 2 :

- Optimiser l'accueil des personnes âgées de 75 ans et plus admises dans le cadre d'hospitalisations non programmées

Pour ce faire, il s'agit de réunir les conditions d'application du décret relatif à la médecine d'urgence (22 mai 2006). Ce dernier précise en effet que « la prise en charge des patients âgés relevant de la gériatrie du fait de leur polypathologie et de leur risque de dépendance est assurée : « 1° En priorité, sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, en admission directe dans une structure de médecine gériatrique aiguë » ; « 2° En l'absence d'une telle structure, et sous réserve de l'existence d'une permanence médicale, dans toute structure de spécialité correspondant à la pathologie aiguë du patient. Il est indispensable de s'assurer que l'évitement du passage aux urgences n'entraîne pas une perte de chances en raison d'une difficulté d'accéder aux explorations complémentaires » ; « 3° Ou dans la structure des urgences lorsque l'état de santé du patient l'exige ». Enfin, est précisé que « lorsque la prise en charge est assurée selon l'une des deux dernières modalités, il doit pouvoir être fait appel à un gériatre ou à un médecin formé à la prise en charge des personnes âgées, en vue d'organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient ».

Le déploiement des filières gériatriques a notablement contribué à améliorer, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, l'offre de soin dédiée aux patients de plus de 75 ans relevant des structures gériatriques. Cependant, la répartition territoriale de l'offre demeure inégale et l'offre en unités de court séjour gériatrique, de soins médicaux et de réadaptation gériatriques et de soins de longue durée s'avère encore inadaptée au regard des besoins dans un grand nombre de territoires.

La pandémie COVID 19 a permis la création de nouvelles organisations de soin. Ainsi, les hotlines qui existaient jusqu'alors dans quelques centres se sont démocratisées. Ce numéro de téléphone permettant l'accès direct au gériatre d'astreinte au sein de la filière gériatrique est communiqué aux professionnels de santé du territoire afin d'organiser l'accès direct aux unités de court séjour gériatrique. Quand ce n'est pas possible, l'accueil des personnes âgées aux urgences doit impliquer un infirmier référent en gériatrie et bénéficier du recours organisé à l'équipe mobile de gériatrie.

Concernant l'orientation de patients vers les unités de court séjour gériatrique, le critère d'âge seul (> à 75 ans) est insuffisant. Les éléments suivants sont plus discriminants et pertinents :

- la dépendance antérieure à l'hospitalisation (ADL)
- la présence de polyopathologies ou troubles neurocognitifs préexistants
- les modes de présentation par « syndrome gériatrique » : confusion, chute, perte d'autonomie aggravée, dénutrition...
- la défaillance multi-organe (insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire)
- l'isolement social
- la provenance : EHPAD
- la dépendance fonctionnelle aiguë indiquant un risque fonctionnel accru lié à l'hospitalisation

Par ailleurs, dans les services hospitaliers de court séjour non gériatriques, où une part croissante des patients est âgée, les soignants sont insuffisamment préparés aux particularités de la prise en charge gériatrique. Des formations ciblées (dans le cadre du DPC) pourraient être proposées, en parallèle de l'apport des équipes mobiles de gériatrie.

Généraliser la pratique d'un stage en gériatrie pendant le second cycle des études médicales (DFASM) et instaurer un module obligatoire dédié aux spécificités du vieillissement dans

les cursus de DES de toutes les spécialités médicales et chirurgicales pouvant fournir des soins à des patients adultes peut également permettre des soins plus adaptés aux patients âgés.

### **Recommandation 3 :**

- Repérer les patients en risque de perte d'indépendance dans l'ensemble des services hospitaliers

Les actions à privilégier doivent consister en l'évaluation systématique de l'autonomie et au repérage au plus tôt après leur admission des patients âgés fragiles ou en perte d'autonomie et à la prévention de la « dépendance iatrogène » (liée à l'hospitalisation) par la mise en œuvre des référentiels de bonne pratique. Cette « dépendance iatrogène » liée à l'hospitalisation pourrait concerner chaque année de 50 000 à 150 000 patients âgés hospitalisés.

Le repérage s'adresse d'une part aux personnes âgées dont les capacités à l'accomplissement des principaux actes de la vie quotidienne étaient altérées avant l'hospitalisation, et d'autre part aux patients fragiles, indépendants avant l'hospitalisation, mais susceptibles de perdre leurs réserves fonctionnelles pendant ou à l'issue de l'hospitalisation. Les outils de repérage doivent être communs à l'ensemble de l'établissement, faciles d'utilisation, applicables en un temps réduit (moins de 10 minutes), et utilisables par les différents acteurs hospitaliers, à commencer par les aides-soignantes.

En outre, afin de réduire le risque de complications post-opératoires chez les patients de plus de 75 ans, il est recommandé de procéder à une évaluation gériatrique préopératoire en recourant à l'expertise gériatrique des équipes mobiles de gériatrie ou à des consultations gériatriques.



L'évaluation gériatrique doit être appliquée selon une approche graduelle en fonction des résultats du repérage.

#### **Recommandation 4 :**

- Faciliter l'accès des patients âgés fragiles ou polyopathologiques aux plateaux techniques

Cette disposition, qui doit concerner l'ensemble des patients hospitalisés sans distinction d'âge, s'avère plus particulièrement cruciale dès lors qu'il s'agit de patients âgés en risque de perte d'autonomie ou porteurs de comorbidités chroniques incapacitantes. Les retards diagnostiques induits par les difficultés d'accès aux plateaux techniques (imagerie, échographie cardiaque, endoscopies, etc) engendrent des prises de décision trop souvent différées, ce qui majore le risque de décompensations d'organes et de dépendance aggravée, facteurs d'allongement de la durée de séjour.

Dans cette optique, il s'agirait de mettre à disposition des plages horaires dédiées aux patients de plus de 75 ans polyopathologiques et à risque de perte d'autonomie. Elles devraient permettre d'adapter les conditions de réalisation de ces explorations à cette population (transport, préparation, temps de réalisation, précautions particulières...).

#### **Recommandation 5 :**

- Mieux anticiper les sorties et se coordonner avec les structures de ville

L'amélioration de la gestion intra-hospitalière des sorties nécessite d'identifier dès l'admission et au plus tard à la 48<sup>e</sup> heure d'hospitalisation (en médecine – chirurgie, MC) ou au 7<sup>e</sup>

jour (en SMR), les patients de plus de 75 ans pour lesquels le retour à domicile nécessitera une adaptation des aides (humaines, matérielles, financières) et des soins, et ceux pour lesquels sera indiqué un établissement de soins médicaux et de réadaptation (SMR), une hospitalisation à domicile ou un changement de lieu de vie à la sortie de la prise en charge en MC (EHPAD, ou Unités de soins longue durée, USLD).

En outre, d'autres mesures doivent pouvoir être mises en œuvre telles que :

- la systématisation de la remise le jour de la sortie des documents nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient en ville, en SSIAD ou en EHPAD (compte rendu de sortie, plan personnalisé de santé),
- la professionnalisation de la fonction de gestion des sorties d'hospitalisation (instauration de coordonnateurs de parcours des patients, maîtrisant les dispositifs ville/hôpital)
- la mise à disposition de l'hôpital, par « réservation contractuelle », de places de Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'EHPAD de « transition », permettant de prendre en charge rapidement une personne âgée en sortie d'hospitalisation pour une durée de 45 jours, avant décision d'orientation définitive (retour à domicile, institutionnalisation etc.).

Concernant ce dernier point, lors des périodes de tensions hospitalières liées notamment à la pandémie COVID 19 (puis à la tension en ressources humaines avec la crise de recrutement des soignants), une initiative de l'ARS Ile-de-France proposait des séjours en hébergement temporaire pour les sorties d'hospitalisation de patients en EHPAD et USLD, pour une durée de 30 jours maximum. Ce type d'initiatives peut permettre dans certaines situations de préparer au mieux le retour à domicile dans un second temps.

### **Recommandation 6 :**

- Mettre en place d'une commission de coordination gériatrique auprès de la CME

Afin de mettre en place concrètement les pistes de changement énumérées et ainsi améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées en établissement de santé, les niveaux stratégique et opérationnel des établissements doivent être fortement impliqués dans la mise en place d'une politique gériatrique active, notamment de lutte contre la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

L'implication du niveau opérationnel peut se traduire par la mise en place auprès de la commission médicale d'établissement (CME) et de la direction des soins, d'une « commission de coordination gériatrique » sur le modèle des sous commissions de la CME existantes.

Outre la diffusion de la culture gériatrique au sein de l'ensemble des unités, la mission de cette commission serait de faire un état des lieux des besoins par structure et de mettre en œuvre l'ensemble des mesures préconisées et d'en évaluer l'impact. Ce dispositif devrait impliquer des « référents » gériatriques (cadres de santé, infirmières, médecins et/ou assistantes sociales) chargés de relayer les actions de la commission au sein des structures internes de médecine et de chirurgie accueillant des patients de plus de 75 ans, plus particulièrement dans le cadre d'hospitalisations non programmées.

### **Recommandation 7 :**

- Valoriser les soignants du grand âge

## 7.1. Les professions paramédicales :

Au-delà des questions d'organisation interne des établissements de santé, il est primordial de renverser la tendance actuelle et de reconnaître la compétence et l'expertise des soignants de gériatrie. En effet, nous constatons la désaffection de nombreux soignants pour le monde gériatrique de moyen et long séjour (SMR, EHPAD, USLD). Alors que la gériatrie offre des intérêts certains sur le plan relationnel et technique, les soignants hospitaliers n'y entrent que rarement par choix.

Les explications sont connues : un âgisme sociétal, une image – obsolète et erronée – des « hospices gériatriques », mais surtout, une charge de travail conséquente liée au handicap physique et/ou psychique d'une part croissante des patients ou résidents âgés. Charge de travail d'autant plus importante qu'il n'existe pas de ratios soignants normés à ce jour, ce qui est demandé de longue date par les sphères gériatriques.

La valorisation de ces métiers passe par :

- la consolidation de la formation initiale en gériatrie dans les écoles d'infirmiers et d'aides-soignants ;
- le développement des formations continues en gériatrie auprès des professions de santé non médicales (en particulier les infirmiers, aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP), kinésithérapeutes, ergothérapeutes et aide-ménagères) ;
- l'instauration de ratios soignants-patients (à l'hôpital) et soignants-résidents (en EHPAD) garantissant à la fois la qualité des soins et la qualité de vie au travail des agents. Ces ratios soignants-résidents doivent prendre en compte l'ensemble des composantes de la charge en soins.
- la valorisation par une bonification indiciaire des infirmiers diplômés d'État (IDE) exerçant en gériatrie et en EHPAD, au même titre que la prime Grand Âge (d'une valeur de 100 € net) qui ne concerne actuellement que les aides-soignant(e)s ;
- la reconnaissance du métier d'infirmier de pratiques avancées (IPA) en gériatrie.

- la poursuite des campagnes de promotion de l'image des métiers de la gériatrie ;
- le renforcement des équipes soignantes (IDE, AS, Agents de services hospitaliers, ASH) au sein des SMR gériatriques et des USLD.

## 7.2. Les gériatres

La Médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés. Le gériatre développe une vision globale indispensable à la prise en soins de ces patients polypathologiques. Les affections peuvent se présenter différemment avec l'âge avancé, et leur diagnostic est souvent difficile, la réponse au traitement retardée et le besoin de soutien médico-social nécessaire. La médecine gériatrique se démarque ainsi de la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires, dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.

L'accès à la spécialité de médecin gériatre se fait au travers d'un DES (diplôme d'étude spécialisé) directement après l'examen classant national depuis 2017. Cet examen fixe donc le nombre de gériatres qui seront formés chaque année. Ce chiffre est aujourd'hui insuffisant pour compenser les départs des praticiens partant à la retraite et très insuffisant pour répondre aux enjeux futurs. Ainsi, il faudrait atteindre à l'horizon 2025 le nombre de 300 postes de DES de gériatrie et faire tendre ce nombre à 400 postes à horizon 2030. Il est également nécessaire pour cela d'augmenter parallèlement le nombre d'enseignants titulaires en gériatrie et de pourvoir chacune des universités d'au moins un poste de Chef de Clinique en gériatrie.

## Recommandation 8 :

- Favoriser la prévention

Le ministre de la Santé a proposé l'instauration de trois consultations de prévention au cours de la vie, à 25, 45 et 65 ans. Or la prévention doit se poursuivre au-delà de cet âge. La Recommandation par l'Assurance Maladie d'une consultation de prévention à 80 ans pourrait permettre de dépister l'apparition de troubles cognitifs, de dénutrition, d'un risque de dépendance, de promouvoir l'activité physique adaptée, de lutter contre la iatrogénie, de dépister les situations complexes à domicile, de favoriser les mobilités et à terme d'éviter les hospitalisations évitables.

De même, le développement d'outils de dépistage tels ICOPE (soutenu par l'Organisation Mondiale de la Santé) peuvent permettre de dépister la fragilité et de proposer des mesures afin de limiter et retarder la survenue de la dépendance.

## Conclusion

A l'échelle sociétale, il est indispensable de lutter contre l'âgisme et de favoriser l'inclusion des personnes âgées dans la société, afin de changer le regard sur les personnes âgées et sur les métiers du grand âge qui souffrent d'un manque cruel de reconnaissance.

Au-delà du cadre bien établi des filières gériatriques, des initiatives permettent d'améliorer l'accès et la qualité des soins et doivent être généralisées.

La formation des soignants doit être améliorée, par le biais de la formation initiale comme continue.