

## Annexe 3 – PERSONNES ÂGÉES ET VIEILLISSEMENT

---

Rédacteur : N.Villaudière

La liste des membres du groupe de travail est présentée en fin de document.

Validation par les pilotes du groupe de travail de la feuille de route proposée aux instances du GHT : les 26 et 30 mai 2017.

Validation par le Collège médical et le Comité stratégique : 16 juin 2017.

---

### Contenu

---

<b>Annexe 3 – PERSONNES ÂGÉES ET VIEILLISSEMENT.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Présentation de la filière.....</b>	<b>2</b>
1. Périmètre d'étude.....	2
2. Description de l'offre de soins gériatrique et médico-sociale du GHT.....	2
3. Analyse des besoins et de l'activité.....	3
4. Référence au Projet Régional de Santé 2012-2017.....	14
<b>B. Enjeux et Objectifs.....</b>	<b>17</b>
1. Synthèse des travaux menés.....	17
2. Thèmes prioritaires retenus.....	20
3. Enjeux, Objectifs et Actions.....	23
4. Plan d'actions 2017 / 2018.....	26
<b>C. Documents complémentaires.....</b>	<b>28</b>
1. Description de la filière.....	28
2. Présentation des actions proposées au titre du projet de soins.....	30
3. Equipe Mobile territoriale d'OncoGériatrie (EMOG).....	33
4. Les membres du groupe de travail de la filière.....	37

## A. PRESENTATION DE LA FILIERE

### 1. Périmètre d'étude

Le périmètre d'étude concerne l'ensemble des épisodes de soins ou de prises en charge de la personne âgée.

De nombreux échanges ont été organisés avec les groupes de travail des filières « Psychiatrie et santé mentale », « Cancers et soins de support », « Urgences et soins critiques dont AVC » et « Soins de suite et de réadaptation ».

Les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du territoire d'attractivité du GHT ont été invités à participer aux travaux. Ceux-ci ont porté sur l'ensemble de la filière gériatologique : filière gériatrique sanitaire, offre médico-sociale et soins de premier recours.

Une attention particulière a été portée aux dispositifs facilitant le maintien à domicile, la coordination des parcours et la prévention de la dépendance.

Le groupe de travail a approfondi ses travaux sur la prise en charge des troubles du comportement associés aux maladies neuro dégénératives, l'onco-gériatrie, l'accompagnement de la fin de vie et la recherche clinique.

### 2. Description de l'offre de soins gériatrique et médico-sociale du GHT

#### a) Méthodologie

En vue de réaliser la description de la filière, le groupe s'est fondé sur le modèle utilisé par le Gérontopôle pour la description de la filière gériatrique en Midi-Pyrénées réalisée en 2013.

Ainsi, dans le tableau, sont renseignées les offres de soins ou prise en charge suivantes :

- hospitalisation conventionnelle :
  - o lits de médecine polyvalente,
  - o lits de médecine polyvalente à orientation gériatrique,
  - o lits en unité ou service de court séjour gériatrique,
- hôpital de jour polyvalent et de gériatrie,
- consultation mémoire identifiée,
- équipe mobile de gériatrie,
- oncogériatrie,
- soins de suite et de réadaptation,
- unité cognitivo-comportementale,
- HAD,
- unité de soins de longue durée,
- établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, hospitalier,
- service de soins infirmiers à domicile, hospitalier.

#### b) Analyse

L'analyse montre que le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest dispose :

- d'une filière complète de prise en charge de la personne âgée, elle-même complétée par une offre diversifiée de géronto-psychiatrie,

- d'une organisation de cette filière au sein de chaque « zone » infra territoriale : le grand Toulouse et Muret, le bassin du Tarn Ouest et le bassin de Saint-Gaudens.

Les consultations avancées de gériatrie sont peu développées vers l'hôpital de Graulhet et les hôpitaux de Luchon en raison des tensions relatives à la démographie professionnelle.

Des tentatives d'organisation de ces consultations ont été réalisées et les établissements se sont équipés en télémédecine. Mais l'absence d'un modèle économique de cette modalité d'exercice de la médecine reste un frein certain à son développement.

L'accès aux dispositifs d'évaluation de la fragilité doit être favorisé.

Les équipes mobiles de gériatrie :

- CH de Muret : équipe extra hospitalière, elle intervient dans les structures médico-sociales, en établissement sanitaire, à domicile du patient.
- CH de Lavour : équipe extra hospitalière avec des interventions au sein des structures médico-sociales et au domicile.
- CH Comminges Pyrénées : équipe inter hospitalière (Hôpitaux de Luchon)

La filière dispose en outre d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé portée par le CH de G.Marchant, dont l'activité est extra-hospitalière.

Les préconisations stratégiques relatives aux soins de suite et de réadaptation (SSR) sont développées dans la feuille de route de la filière SSR à l'exception de celles relatives aux unités cognitivo-comportementales, développées dans cette feuille de route.

Cette description de la filière gériatrique a été complétée par le nombre de postes de PH gériatres pourvus par établissement, en équivalent temps plein.

La démographie médicale de cette filière est tendue sur l'ensemble des établissements et plus particulièrement sur les hôpitaux de Luchon, le centre hospitalier Comminges Pyrénées, le centre hospitalier de Lavour et le centre hospitalier de Graulhet.

La description de la filière est disponible dans le paragraphe « Documents complémentaires ».

### 3. Analyse des besoins et de l'activité

#### a) La population âgée de 75 ans et plus

Les données analysées ci-dessous sont issues des documents suivants :

- « Bilan parcours vieillissement V 14 avril 2017 » ARS Occitanie ;
- « Tableau bord sur la santé, Région Occitanie, 2016 » ORS MIP et CREAI-ORS LR, ARS Occitanie,
- « Document de travail N°17, Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français » juin 2016, Irdes

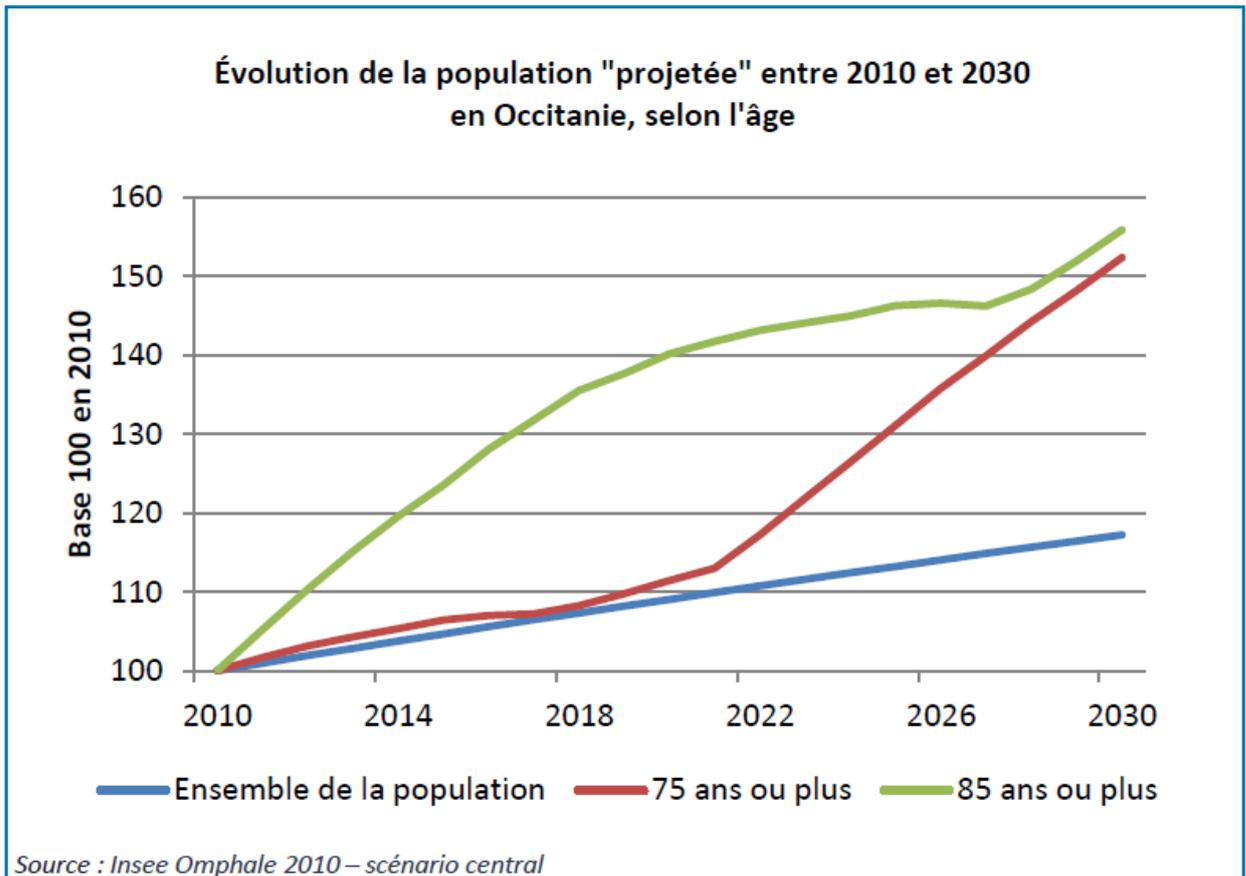
#### (1) Caractéristiques et données de santé sur cette population

##### (a) La démographie et son évolution projetée

En Occitanie, la population âgée de 75 ans et plus représente 10,5% de la population en 2012<sup>1</sup>. Les projections mettent en évidence une évolution importante du nombre de personnes âgées de plus de 75

<sup>1</sup> Source : ARS OC-PRS – Bilan parcours vieillissement, V14 avril 2017

ans à compter de 2020. Plus de 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus supplémentaires sont attendues chaque année, à partir de 2022, dans la grande région.



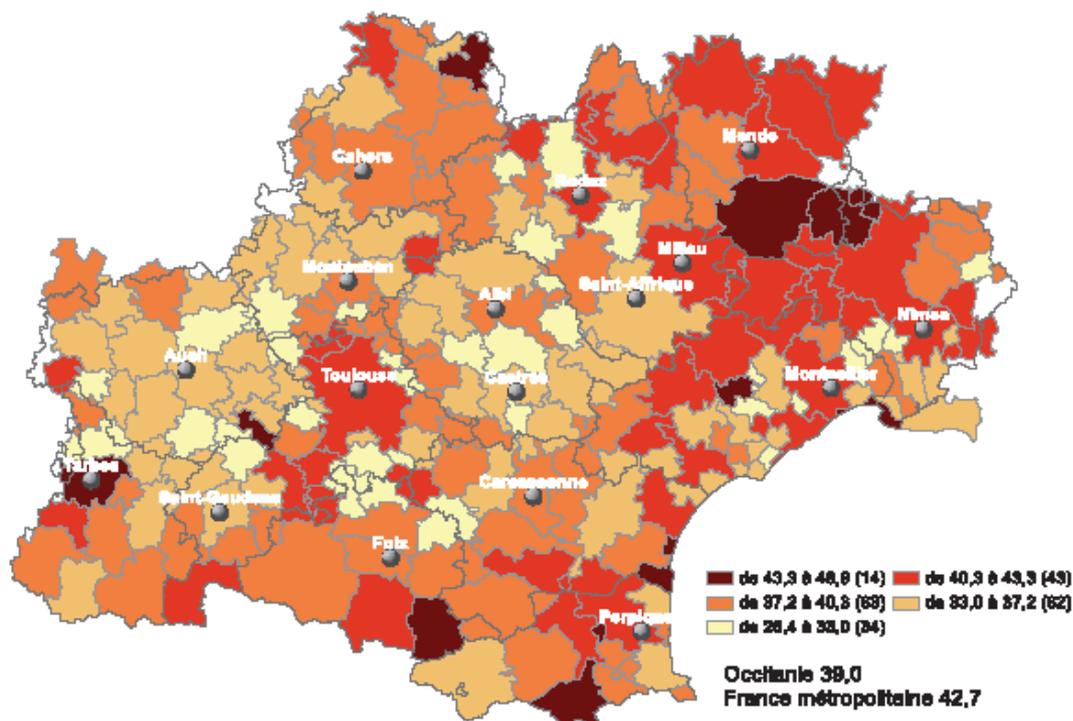
En 2040, cette population représentera 16% de la population de la Région. Le taux d'évolution du nombre des personnes âgées de 75 ans et plus, entre 2012 et 2040 est estimé à 99,9% pour la Haute-Garonne et 66,6% pour le Tarn (84,5% pour la Région et 78,8% en France métropolitaine), soit près de 200 000 personnes en Haute-Garonne.

Le taux de pauvreté des ménages où la personne de référence est âgée de 75 ans et plus est de 10,3% en Haute-Garonne et de 12,3% dans le Tarn. Il est de 13,9% sur la Région et de 10,2% en France métropolitaine.

En Occitanie, 38,9% des personnes âgées de 75 ans ou plus à domicile vivent seules, cette part est moins élevée qu'en métropole (42,7).

Cette part est plus importante dans les pôles urbains, mais on observe de fortes variations selon les bassins de vie de la région.

Carte : part des personnes âgées vivant seules en Occitanie :



(b) *Etat de santé de la population âgée de 75 ans et plus*

En 2011-2013, et à structure d'âge comparable, la mortalité des personnes âgées de 75 ans ou plus est significativement plus faible dans la région qu'en France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes. Les taux standardisés de mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus sont significativement plus élevés dans le Tarn et significativement plus faibles en Haute-Garonne comparés aux taux France métropolitaine, pour les hommes et pour les femmes.

Les deux principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires (31%) et les tumeurs (21%). Viennent ensuite les maladies du système nerveux (8.6%) et celles de l'appareil respiratoire (8.1%).

En 2011-2013, 264 personnes âgées de 75 ans ou plus, sont décédées en moyenne chaque année par suicide.

Sur la totalité des personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie, les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée sont en moyenne âgés de 62 ans. La prévalence des bénéficiaires dans la population assurée augmente très fortement avec l'âge pour atteindre 75 % chez les personnes de plus de 90 ans<sup>2</sup>.

En Occitanie, près de 50 000 personnes âgées de 75 ans ou plus sont admises en Affection Longue Durée (ALD) chaque année, soit un taux de 85,7 pour 1 000 personnes âgées. Les principales causes sont l'insuffisance cardiaque (20,3%) et les tumeurs (18,7%); puis la maladie d'Alzheimer (14,1%) et le diabète (10,4%), ainsi que la maladie coronaire (8,7%).

En 2013, près de 38 600 habitants de la région sont en ALD pour maladie d'Alzheimer.

<sup>2</sup> Source : répertoire national inter régime de l'Assurance Maladie – Points repère Assurance Maladie de juin 2016 \_ Numéro 46

L'incidence des ALD pour la maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15) est plus élevée en Occitanie qu'en France métropolitaine.

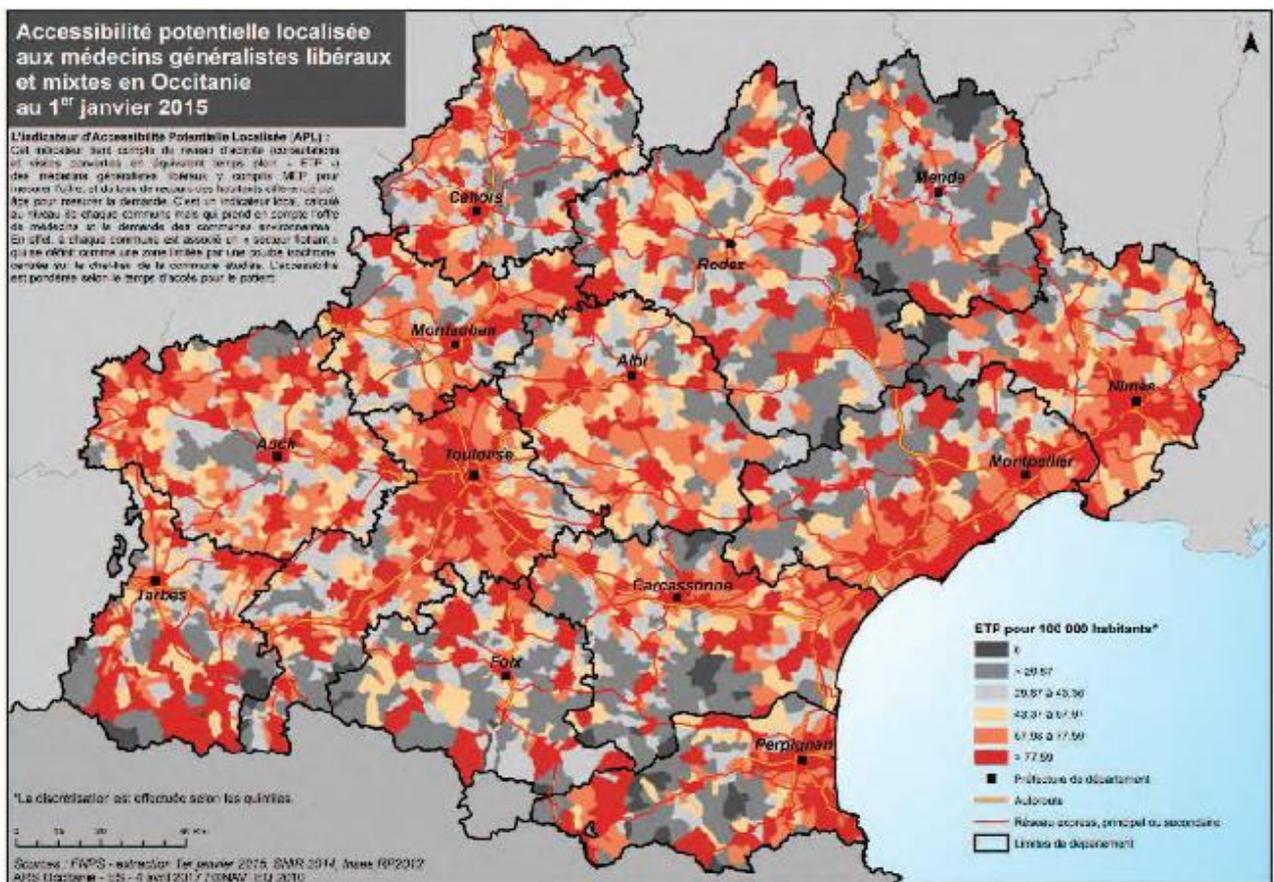
Le nombre annuel moyen des admissions en ALD 15, entre 2011 et 2013, est de 675 personnes dans le Tarn et de 1 311 personnes en Haute-Garonne avec un taux standardisé<sup>3</sup> respectivement de 114,9 et de 107. Ce taux est de 104,1 en France métropolitaine.

Sur la région, 90% des nouvelles admissions en ALD 15 concernent des personnes de plus de 74 ans.

(c) *L'accès au système de santé et aux aides dédiées*

L'analyse de l'accessibilité potentielle localisée (APL)<sup>4</sup> démontre que l'accès à un médecin généraliste est plus difficile dans les zones rurales comme illustré par la carte ci-après.

L'APL à un EHPAD est plus problématique en zones urbaines, au regard du taux d'équipements installés.

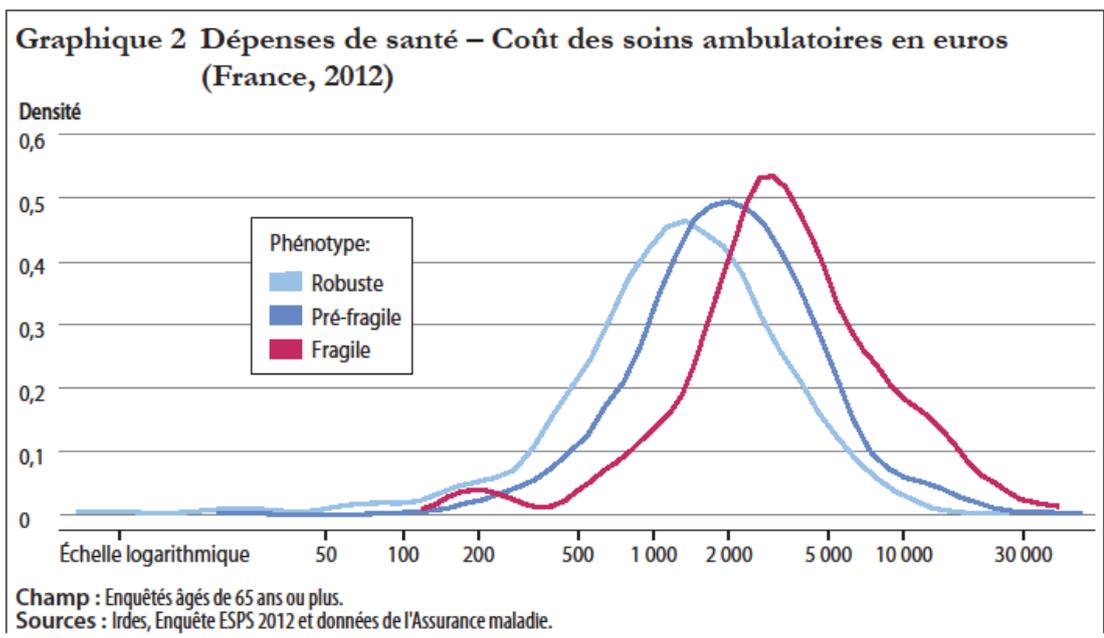
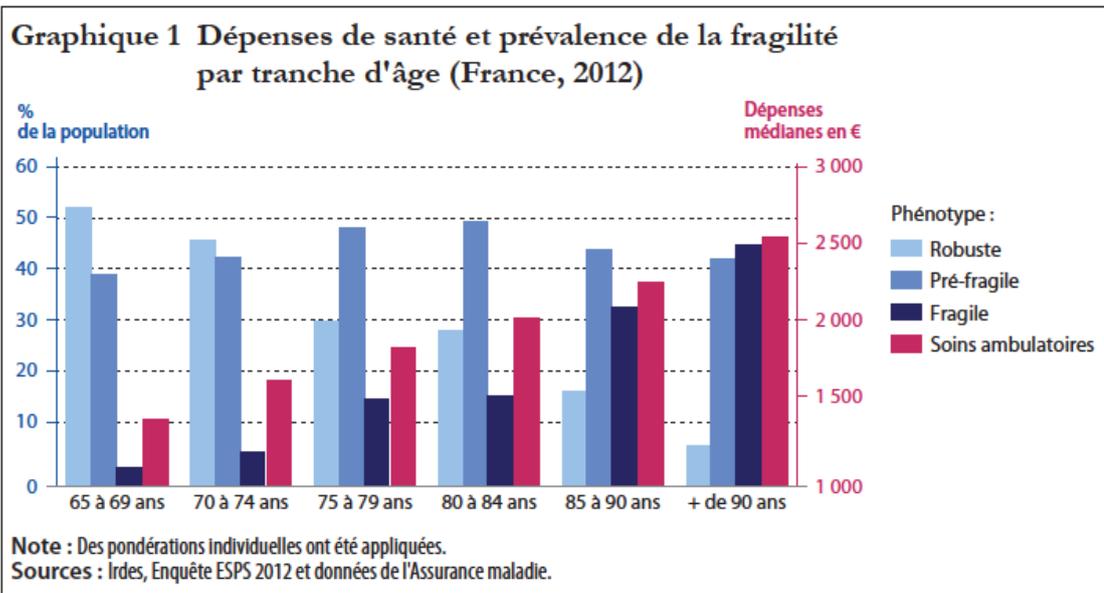


La dépense moyenne de soins ambulatoires atteint 2 546€ pour les 75 ans ou plus.

Une étude réalisée par l'Irdes<sup>5</sup> montre que les dépenses en soins ambulatoires sont proportionnellement plus élevées chez les personnes âgées dont les scores de fragilité sont les plus élevés comme illustré dans les deux graphiques ci-après.

<sup>3</sup> Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 hab.

<sup>4</sup> Accessibilité potentielle localisée : mesure de l'accessibilité spatiale à un EHPAD en tenant compte du temps d'accès, du nombre de places autorisées et de la population âgée de 75 ans et plus.



Le nombre moyen de journées d'hospitalisation en médecine pour les personnes âgées de 75 ans et plus, est de 3,3 sur la région, de 3,17 en Haute-Garonne et de 3,32 dans le Tarn.

L'analyse du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) rapporté aux places d'hébergement démontre des disparités importantes entre les départements de 30,1% dans le Gers à 10,9% en Haute-Garonne ou dans le Tarn.

La part des bénéficiaires de l'allocation personnes âgées dépendantes (APA) au sein de la population de 75 ans et plus varie de 16,8 pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus dans l'Aude à 29,7 dans l'Aveyron et

<sup>5</sup> Source : Irdes – Document de travail N°17, Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français, juin 2016

se situe au-dessus du taux de la métropole (21) dans les trois quarts des départements de la région dont la Haute-Garonne (22,7) et le Tarn (21,6).

## (2) Les évolutions du cadre réglementaire

### (a) *La Loi d'Adaptation au vieillissement du 28 décembre 2015*

Elle s'articule autour de cinq grandes orientations :

- un soutien diversifié au maintien à domicile ;
- des solutions rénovées d'habitat collectif pour les personnes âgées ;
- des nouveaux droits pour les usagers ;
- une réaffirmation de l'intégration pour les services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ;
- une architecture institutionnelle réformée avec la création de nouvelles instances départementales : la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, les maisons départementales de l'autonomie.

### (b) *Le Plan National Maladies Neurodégénératives, 2014-2019*

Il fait suite aux premiers plans nationaux Alzheimer et s'étend à l'ensemble des maladies neurodégénératives. Il se décline en quatre orientations :

- améliorer le diagnostic, la qualité et la sécurité de prise en charge des malades ;
- garantir un accès à une prise en charge en tout point du territoire ;
- assurer la qualité de vie des malades et de leurs aidants ;
- développer et coordonner la recherche.

### (c) *Les outils de contractualisation étendus au champ médico-social*

L'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et l'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ont rendu obligatoire la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour tous les établissements et services médico-sociaux du champ « personnes âgées ».

Les CPOM contribuent à la transformation de l'offre, l'évolution de la gestion des établissements et services médico-sociaux et l'amélioration du parcours et de l'accompagnement des personnes sur les territoires.

## b) Les séjours hospitaliers pour les personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire du GHT

### (1) Méthodologie

L'analyse a été réalisée sur la base d'un recueil d'activité issu du PMSI MCO - ATIH, sur l'année 2015 (sorties entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015) :

Extraction des séjours, en nombre et par grande catégorie de soins, réalisés par les établissements ou groupes d'établissements implantés en Haute-Garonne et sur le Tarn Ouest pour des patients âgés de 75 ans ou plus.

Les grandes catégories de soins sont classées et identifiées par une lettre clé.

- C : séjours de chirurgie

- K : séjours d'actes peu invasifs
- X : séjours de médecine
- S : séances

Les établissements retenus dans la méthodologie sont les établissements situés en Haute-Garonne et sur le bassin de santé du Tarn Ouest.

Dans les tableaux ci-après, ils sont classés selon leur appartenance ou non au GHT et selon leur statut :

- GHT : Etablissements parties au groupement ;
- ESPIC : ICR et Hôpital Joseph Ducuing ;
- Privé à but lucratif.

## (2) Analyse des données

### (a) Données d'activité des séjours et séances en volume

Près de 140 000 séjours et séances réalisés par les établissements sanitaires implantés en Haute-Garonne et sur le Tarn Ouest, concernent des personnes âgées de 75 ans et plus, dont 54 709 séances, soit 38,04% du volume total.

Tableau : Répartition des séjours et séances (patients de 75 ans et plus) en volume par Cas et catégorie d'établissement

	Nbre de séjours	CAS			
		C	K	S	X
GHT	52 219	6 661	3 474	13 355	28 729
CHR TOULOUSE	44 006	5476	3077	12392	23061
CH LAVAUUR	1537	26	62	32	1417
H GRAULHET	264	0	0	0	264
CH SAINT-GAUDENS	5 993	1159	335	931	3568
CH DE MURET	419	0	0	0	419
ESPIC	12 484	525	242	10 495	1 222
ICR	11 411	198	193	10393	627
H JOSEPH DUCUING	1 073	327	49	102	595
Privé à but lucratif	79 120	21 511	10 014	30 859	16 736
<b>Total</b>	<b>143 823</b>	<b>28 697</b>	<b>13 730</b>	<b>54 709</b>	<b>46 687</b>

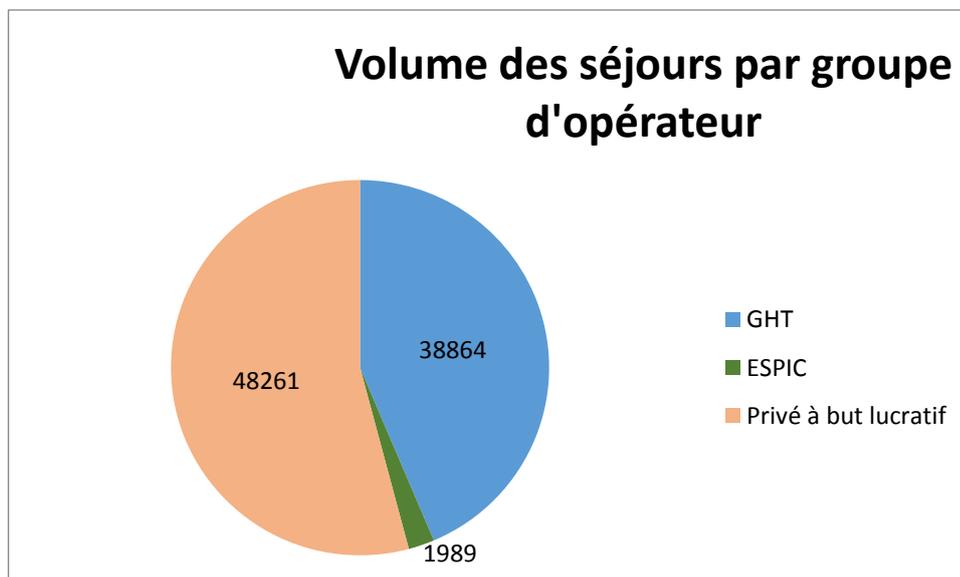
Tableau : Volume des séjours et séances (patients de 75 ans et plus) des établissements privés à but lucratif

Privé à but lucratif	Nbre de séjours	C	K	S	K
CL NÉPHROLOGIQUE St EXUPERY	24 724	176	42	24025	481
SA CLINIQUE PASTEUR	12 920	3115	3488	2541	3776
NCL DE L'UNION	9 390	4024	1550	913	2903
CL DES CEDRES	7 292	2437	1348	687	2820
CL SAINT JEAN LANGUEDOC	6 230	3077	968	623	1562
CL D'OCCITANIE	5 406	2008	702	1036	1660
POLYCL DU PARC	2 655	1090	657	25	883
CL AMBROISE PARE	2 439	1346	302	5	786
CL MEDIPOLE GARONNE	2 359	2201	74	21	63
CL SARRUS-TEINTURIERS	1 405	562	605	4	234
CL SAINT-NICOLAS	1 190	1163	15	0	12
CENTRE NÉPHROLOGIQUE D'OCCITANIE	979	0	0	979	0
CL MONIE	871	0	144	0	727
CL DE LAGARDELLE	603	0	0	0	603
CL SAINT-CYPRIEN RIVE GAUCHE	473	312	119	0	42
CL DES PYRENEES	184	0	0	0	184

(b) Données d'activité des séjours hospitaliers hors séances

Le volume des séjours hors séances pour des personnes de 75 ans et plus est de 89 114 en 2015.

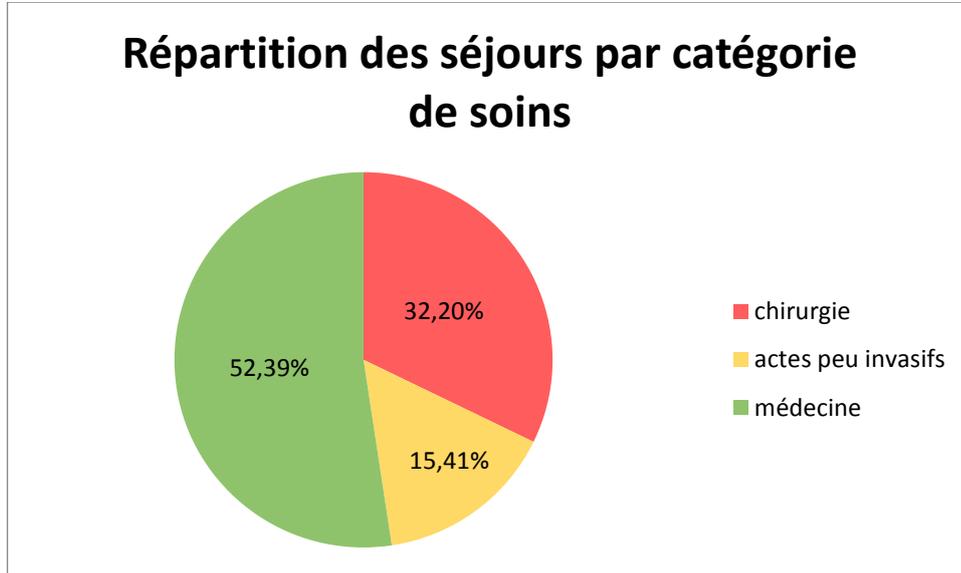
	Nbre de séjours	CAS		
		C	K	X
GHT	38 864	6 661	3 474	28 729
CHR TOULOUSE	31 614	5476	3077	23061
CH LAVOUR	1 505	26	62	1417
H GRAULHET	264	0	0	264
CH SAINT-GAUDENS	5 062	1159	335	3568
CH DE MURET	419	0	0	419
ESPIC	1 989	525	242	1 222
ICR	1 018	198	193	627
H JOSEPH DUCUING	971	327	49	595
Privé à but lucratif	48 261	21 511	10 014	16 736
Total	89 114	28 697	13 730	46 687



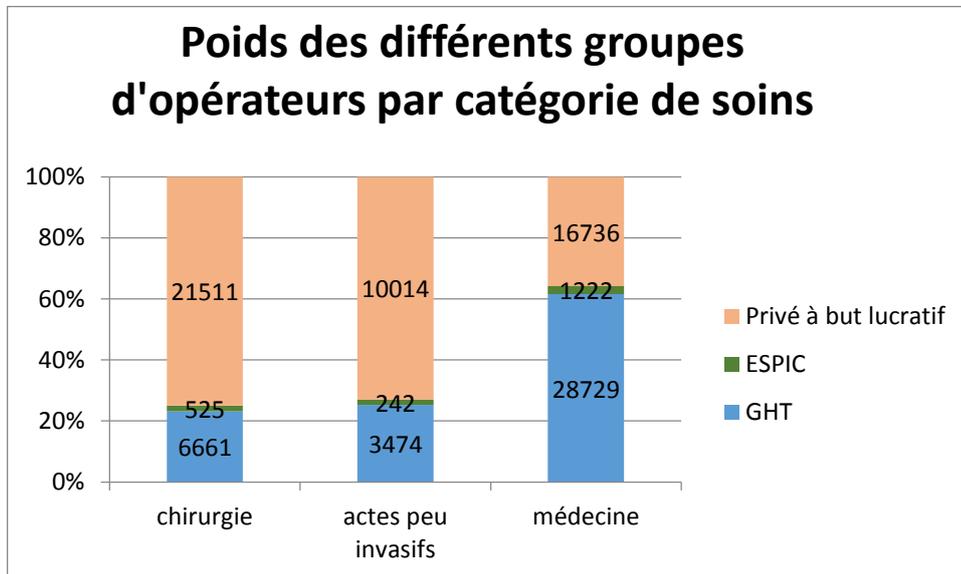
Le secteur privé à but lucratif accueille 54,15% du volume total des séjours.

Les opérateurs privés dont l'activité est la plus importante sont la Clinique Pasteur avec 10 379 séjours, la Nouvelle Clinique de l'Union (8477 séjours), la Clinique des Cèdres (6 605 séjours), la Clinique Saint Jean de Languedoc (5 607 séjours) et la Clinique Occitanie (4 370 séjours).

Sur les 89 114 séjours, 32,2% sont des séjours de chirurgie, et 52,39% des séjours de médecine.



La part du volume des séjours de chaque catégorie de soins est très variable selon la catégorie de l'établissement.

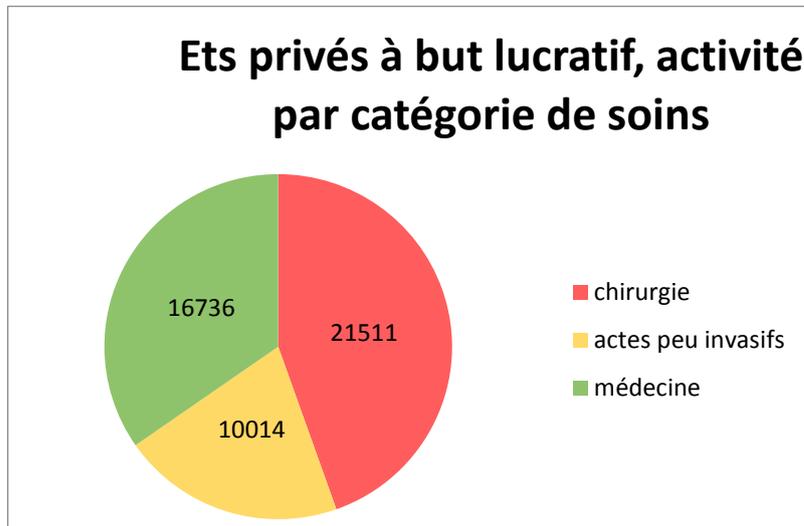


Le GHT réalise 61,53 % du volume total des séjours de médecine, 25,3% des séjours classés en séjours d'actes peu invasifs et 23,21% du volume total des séjours de chirurgie.

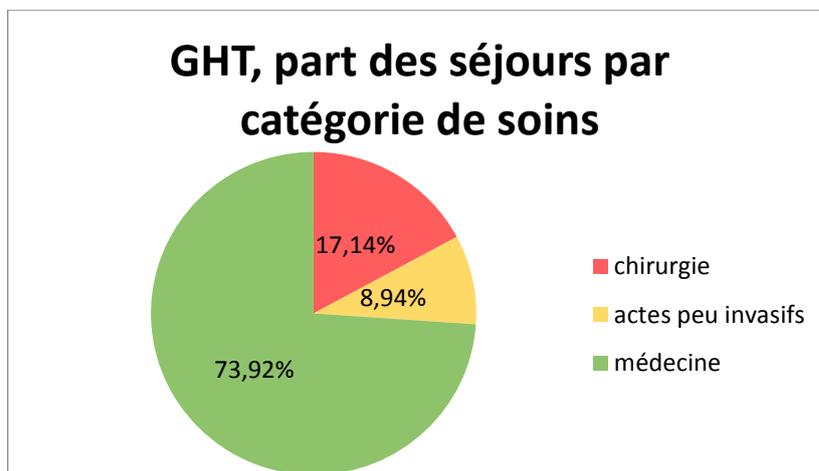
Les établissements privés d'intérêt collectif réalisent 2,6% du volume total des séjours de médecine.

Les établissements privés à but lucratif réalisent 35,84% du volume total des séjours de médecine, 73% des séjours classés en séjours d'actes peu invasifs et 75% du volume total des séjours de chirurgie.

Les établissements privés à but lucratif ont une activité plus importante en chirurgie qui représente 44,6% de leurs séjours. Les actes peu invasifs représentent 20,75% du volume total de leurs séjours alors que les séjours de médecine représentent 34,7% de la totalité de leurs séjours.



Pour les établissements parties du GHT, la répartition de l'activité par catégorie de soins est très différente : plus de 73% des séjours des personnes de 75 ans et plus sont des séjours de médecine.



(c) Parts de marché et taux de fuite

Les parts de marché sont calculées sur le périmètre du département de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

Tableau : Parts de marché

GHT	35,9%
CHR TOULOUSE	30,3%
CH SAINT-GAUDENS	4,1%
H GRAULHET	0,2%
CH LAVAUUR	1,1%
CH DE MURET	0,3%
ESPIC	8,6%
Privé à but lucratif	54,4%

5,1% des séjours hospitaliers et séances pour des personnes âgées de 75 ans et plus sont réalisés en dehors du département de la Haute-Garonne et du bassin du Tarn Ouest.

Ils représentent 5 870 séjours.

#### 4. Référence au Projet Régional de Santé 2012-2017

##### a) Diagnostic régional 2011

« La population midi-pyrénéenne est plutôt âgée. L'indice de vieillissement, nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans est de 84,1 (2006) alors qu'il est de 67 pour la France métropolitaine. Les départements ruraux sont affectés par un fort vieillissement alors que la Haute-Garonne est dans la moyenne nationale. »

L'espérance de vie à la naissance en 2007

	Homme	Femme
Haute-Garonne	77.4	84.6
Tarn	78.8	84.6
Midi-Pyrénées	78.7	85
France Métropolitaine	77.5	84.3

Les points d'attention du diagnostic régional de 2011 :

##### 1. Parcours de la personne âgée :

- peu d'articulation et de coordination entre le domicile, le sanitaire et le médico-social.
- le parcours de vie et de santé des personnes âgées est peu visible et connu des professionnels et du public et tout particulièrement celui des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer.
- une fragmentation du parcours de santé de la personne âgée induisant une fragmentation de son parcours de vie.
- trois personnes âgées sur quatre vivent à domicile.

## 2. Les soins de longue durée

- explorer l'adéquation des admissions USLD et lourdeur des pathologies (Soins Médicaux Techniques Importants) ;
- positionner les USLD dans la filière ;
- disposer d'une offre USLD dans chaque territoire de santé ;
- adapter les USLD aux populations présentant une démence.

## 3. L'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées

- une offre en SSIAD bien développée sur la région.
- une part des services qui progresse de manière inégale sur les territoires.
- des profils de répartition des personnes entre domicile et établissement différents entre départements.
- un reste à charge important, des places vacantes mais des difficultés pour placer une personne âgée très dépendante ou présentant des troubles du comportement.
- des EHPAD qui devront s'adapter à la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement.
- une efficacité des dispositifs à optimiser.

### b) SROS

#### Volet médecine – Orientation 3 : Améliorer la prise en charge des personnes âgées :

- développer les structures et services dans chaque bassin de santé : organisation territoriale et par bassin des unités de court séjour gériatrique, hôpitaux de jour gériatrique, les lits de court séjour à orientation gériatrique, les soins de suite et de réadaptation polyvalents et spécialisés « personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance », les équipes mobiles de gériatrie
- adapter les dispositifs à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- assurer une meilleure qualité de prise en charge : promotion et préservation de l'autonomie, repérage de la fragilité et orientation, diminution des hospitalisations inadaptées, prévenir les dépendances induites par les soins.
- structurer la filière avec des outils partagés : ROR gériatrique, Equipe territoriale « Vieillesse et Prévention de la Dépendance »

### c) SROMS – Personnes âgées

#### (1) Développer les dispositifs d'orientation et de soutien aux aidants

#### Orientation 1 : Développer le dispositif « Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer »(MAIA)

- Poursuivre le déploiement des dispositifs MAIA dans les territoires de santé
- Assurer, via les dispositifs MAIA, une continuité des prises en charge entre structures sanitaires et médico-sociales dans le territoire

#### Orientation 2 : Développer les formations d'aide aux aidants

(2) Poursuivre la diversification de l'offre en développant les services et les alternatives à l'hébergement permanent

Orientation 1 : Conforter l'offre en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

- Favoriser l'accès aux SSIAD pour toutes les personnes âgées de 75 ans et plus
- Améliorer la capacité des SSIAD à prendre en charge les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

Orientation 2 : Développer et diversifier les structures de répit

- Structurer et développer les accueils de jour
- Développer les plateformes d'accompagnement et de répit
- Structurer et développer les hébergements temporaires

d) Programme régional de télémédecine

Le développement de la télémédecine pour optimiser la prise en charge des personnes âgées hébergées en EHPAD et de la filière gériatrique, est la première priorité du programme régional de télémédecine 2012 – 2017.

Les téléconsultations et télé-expertises doivent permettre de lutter contre la fragmentation du parcours de santé, favoriser la coordination des soins, limiter l'isolement des professionnels intervenant en EHPAD en apportant une expertise gériatrique aux médecins traitants ou coordinateur et, réduire les déplacements des personnes âgées.

## B. ENJEUX ET OBJECTIFS

### 1. Synthèse des travaux menés

#### a) Synthèse des séances de travail

Au cours des travaux d'élaboration du projet médical partagé sur cette filière, et sur la base des données analysées, les éléments suivants ont été évoqués.

#### (1) Une augmentation de la population et de ses besoins

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur, déjà très présent dans le PRS antérieur.

Les évolutions démographiques et les indicateurs de santé plus récents font apparaître :

- une augmentation forte de la population avec un nombre important des personnes de 75 ans et plus,
- un vieillissement de la population très marqué sur certaines zones du territoire avec une part très importante des personnes âgées, le plus souvent isolées sur ces territoires,
- une augmentation des maladies chroniques et des cancers, notamment pour cette population,
- une raréfaction des ressources médicales, hospitalières et libérales.

#### (2) Des atouts propres au territoire : Une filière structurée et les travaux menés par le Gérontopôle

Le territoire dispose d'une filière complète et structurée et peut poursuivre la capitalisation et la promotion des travaux menés par le Gérontopôle depuis plusieurs années.

#### (3) Des difficultés en termes de fluidité et de coordination des parcours

La saturation de la filière et la complexité d'une part des prises en charge et d'autre part de la coordination des parcours de soins de cette population font apparaître des points d'attention spécifiques.

##### (a) L'accès au recours spécialisés

Les membres du groupe de travail expriment des difficultés en termes d'accessibilité au recours de spécialités pour les patients et les résidents d'EHPAD.

Les difficultés d'accessibilité se caractérisent par des délais longs pour le recours aux avis spécialisés, voire une absence de recours pour certains résidents en EHPAD dont l'état de santé ne facilite pas le déplacement vers le spécialiste.

Ces difficultés engendrent notamment des recours importants aux services d'urgence en cas de décompensation des patients / résidents.

##### (b) Accompagnement de la fin de vie

Le taux d'équipement en soins palliatifs est très faible sur la Tarn Ouest et sur le Comminges. Il sera à réajuster sur l'agglomération toulousaine au regard de l'évolution démographique.

Les sorties de patients en situation de fin de vie vers les Ehpads sont difficiles le soir et le week-end en raison de l'absence d'IDE au sein des structures la nuit et le WE. En conséquence, le patient reste le plus souvent hospitalisé en MCO sans pour autant le nécessiter sur le plan médical.

Le groupe de travail évoque aussi la situation des personnes âgées en fin de vie habitant à leur domicile et pour lesquelles l'obtention d'une place au sein d'un EHPAD semble laborieuse.

D'une façon générale, certaines prises en charge sont difficiles en EHPAD en raison de complications potentielles nécessitant la présence d'infirmiers, en particulier la nuit puisque les structures médico-sociales n'ont pas le plus souvent de permanence IDE.

Il pourrait être imaginé la mise en place d'une astreinte IDE partagée par plusieurs EHPAD. Ce dispositif sera mis en place à titre expérimental sur le Comminges à compter du mois de mai 2017, avec un financement de l'ARS.

*(c) Troubles du comportement – maladie d'Alzheimer et maladies apparentées :*

Aujourd'hui la filière comportementale est essentiellement représentée par l'unité cognitivo-comportementale (12 lits SSR) du CHU et le court séjour Alzheimer du CHU (18 lits court séjour). Il existe également une UCC au sein du domaine de la Cadène (10 lits SSR).

Cette filière est saturée avec les délais d'admission longs pour répondre aux situations de crise.

Par exemple pour l'UCC du CHU, les délais moyens d'admission sont de 12 jours en 2015 et 2016.

Les patients présentant des troubles du comportement sont de fait souvent admis aux Urgences malgré des entrées directes au sein des unités spécialisées.

Dans les autres établissements du GHT ce sont souvent les équipes mobiles de Gériatrie ou la psychogériatrie lorsqu'elle existe, qui seront sollicitées pour la gestion de ces situations.

L'absence d'accès à un avis spécialisé sur le plan comportemental peut se traduire par une augmentation du recours aux psychotropes, souvent inadaptés et source de iatrogénie, ce qui va à l'encontre des directives actuelles sur la diminution de l'utilisation des antipsychotiques et des psychotropes sédatifs du fait de leur mauvais profil de risque.

*(d) Onco gériatrie*

Les augmentations parallèles et inéluctables de l'espérance de vie et de l'incidence des cancers impliquent la nécessité de développer une politique de soins spécialisés pour les patients âgés atteints de cancer. En 2020, 60% des cancers seront diagnostiqués après 70 ans. Il existe un retard de prise en charge du cancer chez les personnes âgées qui bénéficient de moins d'explorations et de traitements souvent inadaptés, avec pour conséquence un diagnostic réalisé à un stade plus tardif et un moins bon pronostic.

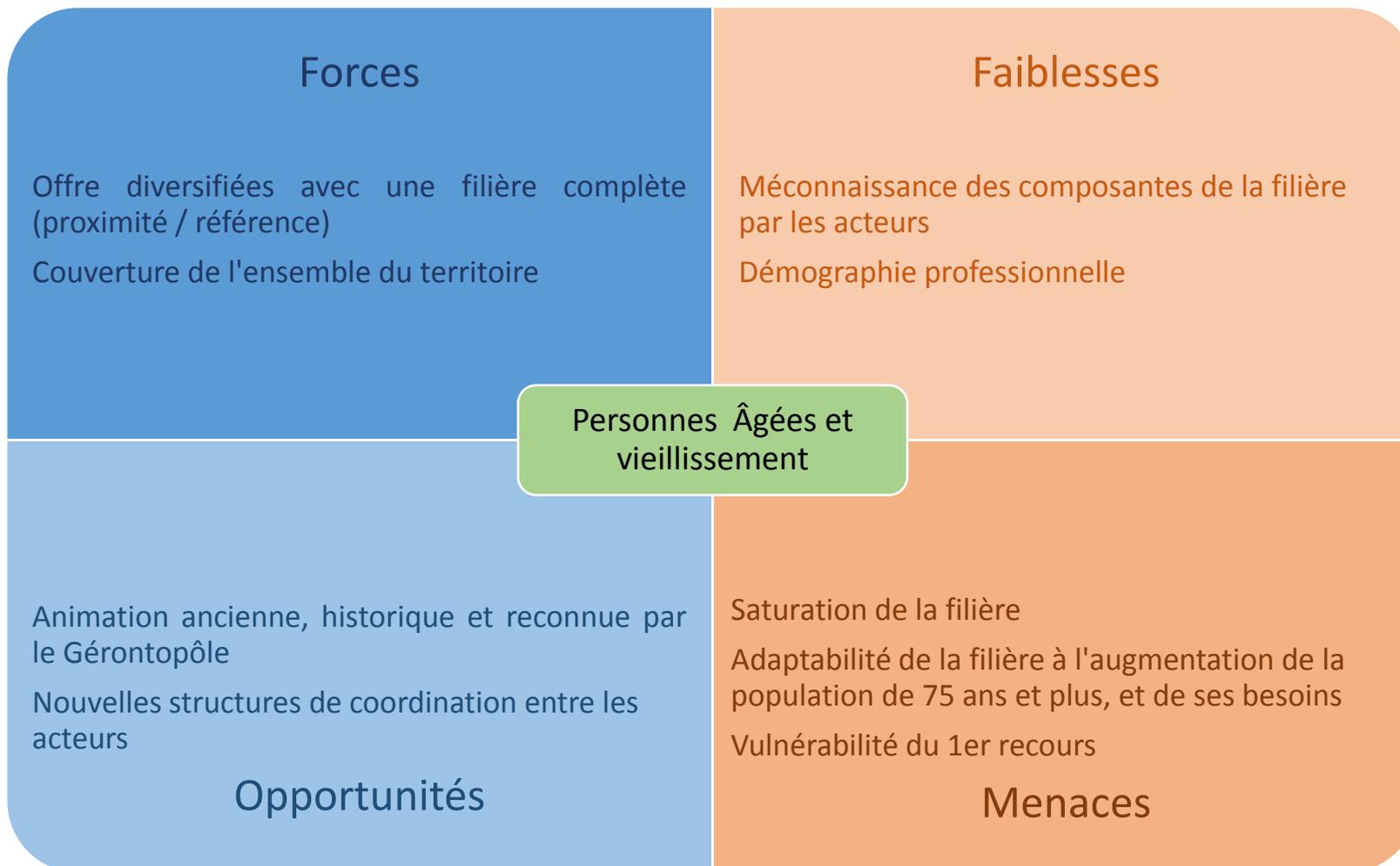
Les personnes âgées sont par ailleurs trop souvent exclues du champ d'investigation de la recherche clinique. Seulement 1 à 2% des patients de plus de 75 ans sont inclus dans un essai clinique en cancérologie. Ce constat est d'autant plus vrai lorsque l'on s'intéresse aux essais de phase précoce.

De surcroît, le cancer (et/ou son traitement), outre le risque de mortalité, est un facteur indépendant de perte d'autonomie fonctionnelle et d'entrée dans la dépendance chez le sujet âgé.

Fort de ces différents constats, et afin d'apporter une réponse à cette volonté institutionnelle, le CHU et l'Institut Claudius Régaud (ICR) se sont impliqués, depuis 2006, dans la structuration et le développement d'une activité d'oncogériatrie.

Une unité pilote régionale de coordination en Oncogériatrie (UPCOG) (en partenariat avec le Réseau ONCOMIP) a ainsi été labellisée par l'INCa entre 2006 et 2010. Au terme de cette phase pilote, la pérennisation de cette activité a été soutenue par l'INCa afin de permettre la poursuite des différentes actions initiées (Création d'une Unité de Coordination Régionale-UCOG ; appel d'offre INCa 2011).

b) Matrice d'analyse stratégique



## 2. Thèmes prioritaires retenus

### a) Thèmes transversaux

#### (1) Développement des travaux menés par le Gérontopôle

Les objectifs et travaux menés dans le cadre du Gérontopôle seront déployés par les établissements parties dans le cadre du PMP du GHT :

- maintien de l'autonomie et prévention de la dépendance :
  - repérage, évaluation et prise en charge de la fragilité dans les centres hospitaliers,
  - prévention de la dépendance iatrogène à l'hôpital,
  - aide aux aidants ;
- harmonisation des pratiques et formations par la mise en place d'un socle commun de formations ;
- participation aux travaux de recherche menés par le Gérontopôle.

#### (2) L'accompagnement de la fin de vie du sujet âgé

- Développer l'accès aux soins palliatifs pour les personnes âgées :
  - développement de prises en charge par les HAD pour les résidents en EHPAD ou les personnes âgées à domicile,
  - développement des recours en soins palliatifs par téléexpertise : équipes médico-soignantes des Ehpads, unités spécialisées où serait hospitalisé le patient,
  - ouverture d'hôpitaux de jour en soins palliatifs, accolés aux USP ou sous l'expertise de l'EMSP du site de proximité.
- Développer la recherche en soins palliatifs.

#### (3) La prise en charge aiguë du sujet âgé

- Améliorer l'accès au recours spécialisé pour le sujet âgé, où qu'il soit : à son domicile personnel, en EHPAD, hospitalisé en USLD, en SSR, en Court séjour de médecine gériatrique ou à orientation gériatrique...
- Améliorer l'orientation du sujet âgé en court séjour gériatrique :
  - actions à mener auprès des spécialistes (indications d'une hospitalisation en court séjour gériatrique),
  - actions à mener auprès des services d'urgence (rappel des indications à l'orientation en court séjour gériatrique, formations des personnels des SU...),
  - accompagnement par l'équipe mobile de gériatrie au sein des services de spécialités pour améliorer la coordination de la prise en charge (nécessite de cibler les services les plus concernés, voir indicateurs retenus pour travailler sur cette filière) et développement des pratiques avancées (IDE) pour l'évaluation de la dépendance et de la fragilité au sein des unités de spécialités,

#### (4) Coopérations et fluidité des parcours entre sanitaire/médico-social

En vue d'améliorer la fluidité entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux, les axes de travail suivants seront développés :

- développement de la téléexpertise et des téléconsultations dans les Ehpads et les USLD, filières SSR polyvalents à orientation gériatrique et SSR spécialisés PAP,

- personnes âgées et prises en charge en urgence (non programmé), à travailler avec les services d'urgence et les unités de consultations et d'hospitalisations : développer les admissions directes, les plages de consultations dédiées aux consultations non programmées, en lien avec les commissions des activités non programmées ;
- développer les prises en charge en HAD (soins palliatifs, MCO et SSR) au domicile et en EHPAD.

## b) Parcours ou épisodes de soins spécifiques

### (1) Oncogériatrie

Toutes les actions menées dans le cadre de l'Unité de Coordination Onco-Gériatrique (UCOG) doivent maintenant s'inscrire dans le cadre du Projet Médical Partagé (PMP) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute-Garonne et Tarn-Ouest.

Le rôle de cette équipe mobile est ainsi :

- de permettre l'accès à l'évaluation gériatrique et au dépistage des comorbidités pour tous les patients, quel que soit le lieu initial de prise en charge,
- d'aider à définir (en collaboration avec les oncologues, hématologues ou spécialistes d'organes) un projet thérapeutique individualisé, tenant compte des facteurs liés au cancer et au contexte gériatrique,
- d'aider à la gestion des complications gériatriques (syndrome confusionnel, chutes....) survenant au décours du traitement,
- de faciliter l'accès à la filière gériatrique lorsque le statut du patient le nécessite (service de soins de suite et de réadaptation pour personnes poly-pathologiques et/ou dépendantes).

Cette équipe permet aussi la diffusion d'une culture gériatrique au sein de l'IUCT en menant des actions de formation pour les principaux acteurs de la prise en charge du patient et notamment le personnel paramédical. Cette action s'inscrit dans le cadre de la politique institutionnelle de lutte contre la dépendance iatrogène.

Les missions et le fonctionnement de cette équipe mobile sont les suivants :

- missions extra-hospitalières :
  - intervention sur sollicitation des services,
  - passages systématiques dans certains services cibles,
- modes de recours : appel téléphonique, mail,
- délai d'intervention : 48 à 72 heures,
- compte rendu adressé à l'oncologue et au médecin traitant.

Actuellement, cette équipe mobile intervient dans les établissements suivants : Hôpital Joseph-Ducuing, Clinique Pasteur, Clinique Sarrus Teinturiers, clinique du Parc, clinique Saint Jean du Languedoc.

Cette activité extrahospitalière doit maintenant s'étendre dans le cadre du GHT, en collaboration avec les ressources gériatriques et oncologiques locales. L'objectif à terme est de créer une équipe mobile territoriale en oncogériatrie du GHT. Cette équipe pourrait notamment s'appuyer sur l'intervention d'IDE de pratiques avancées en oncogériatrie.

Une description de l'organisation de l'oncogériatrie est disponible dans le paragraphe « Documents complémentaires ».

## (2) Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Les objectifs retenus par le groupe de travail sont les suivants :

- développer la téléconsultation en amont ou en post hospitalisation,
- renforcer les liens entre les UCC et les UHR,
- développer les hôpitaux de jour SSR à orientation « troubles du comportement », accolés aux UCC, et y proposer de l'éducation thérapeutique pour les aidants,
- développer l'accompagnement des Ehpad dans ces prises en charge par la création d'une équipe mobile dédiée aux troubles du comportement,
- développer des actions de formation relatives à l'utilisation des psychotropes, d'abord au sein des établissements du GHT puis à décliner au niveau des EHPAD. Un lien sera établi avec le groupe de travail « Pharmacie » sur le sujet des protocoles de prescription des psychotropes.

## (3) Personnes handicapées vieillissantes

Deux actions prioritaires ont été retenues :

- identifier les structures spécifiques existantes sur le territoire du GHT,
- identifier les objectifs prioritaires et spécifiques de cette sous-filière.

### c) Recherche

- Orientations retenues :
  - prévention de la dépendance
  - troubles de la mémoire, maladies d'Alzheimer
  - oncogériatrie
- Poursuivre les protocoles de recherche engagés : développer la recherche en proximité par la création d'une « équipe mobile de recherche clinique » qui pourrait assurer en proximité, les visites d'inclusion et de suivi.

### 3. Enjeux, Objectifs et Actions

<b>ENJEU : Développer les coopérations pour améliorer la fluidité de la filière et sécuriser les prises en charge</b>	
<b>Objectif : Faciliter le recours auprès des services de spécialité des CH et du CHU</b>	
Actions proposées	<p>Faciliter le recours auprès des services de spécialité pour les patients à domicile, en EHPAD, en USLD, en SSR, en court séjour de médecine gériatrique ou à orientation gériatrique. Nécessite de définir et d'organiser les modalités d'accès.</p> <p>Exemples de modalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En présentiel : définir un accès « rapide », commencer par le recours au service de spécialité le plus souvent sollicité, identifier un référent dans l'unité spécialisée soit du CH le plus proche, soit du CHU</li> <li>- La télé expertise (cardiologie, pneumologie, oncologie...). Préalable : définir les modalités d'orientation des demandes : quel requérant, quelles indications ?</li> <li>- Structurer et favoriser les recours aux avis psychiatriques (géronto-psychiatrie du CHU) sur l'ensemble du territoire du GHT (CF filière Psychiatrie et santé mentale)</li> </ul>
<b>Objectif : Harmoniser les formations, les protocoles et les pratiques professionnelles</b>	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<p>Le CHU a structuré un ensemble de protocoles et établi un socle solide de formation, qui seront déployés dans les établissements parties.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir un socle commun de formation pour les praticiens et les soignants des services de court séjour gériatrique ou à orientation gériatrique pour l'ensemble des établissements parties mais aussi pour des « référents gériatrie » au sein des unités à cibler, formés spécifiquement à la prise en charge en gériatrie, aux pratiques en soins adaptées...</li> <li>- Développer les pratiques avancées IDE pour les bilans de la fragilité et de la dépendance, l'orientation des patients dans la filière...</li> <li>- Harmonisation des protocoles (usage des psychotropes notamment)</li> </ul>
<b>Objectif : Développer les alternatives à l'hospitalisation</b>	
Actions proposées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les orientations vers une prise en charge en HAD en EHPAD et au domicile personnel du patient, en lien avec les structures HAD partenaires du territoire, doivent être favorisées,</li> <li>- Les quatre établissements MCO du GHT doivent consolider leurs objectifs pour les hôpitaux de jour gériatriques et les projets de développement des hôpitaux de jour en lien avec les troubles du comportement, l'oncogériatrie, les soins palliatifs</li> </ul>

<b>ENJEU : Parcours de la personne âgée</b>	
<b>Objectif : Améliorer l'orientation du sujet âgé hospitalisé et la coordination gériatrique au sein du GHT</b>	
Actions proposées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaffirmer les indications d'une hospitalisation en court séjour gériatrique et en SSR spécialisé PAP auprès des praticiens spécialistes, urgentistes et unités de soins critiques et médecins généralistes. A cet effet, il conviendra de réaliser un document d'information et des informations en CME et en CSIRMT des établissements parties.</li> <li>- Renforcer la coopération entre les équipes de gériatrie et les services de spécialité pour améliorer la coordination de la prise en charge (nécessité de cibler les services MCO les plus concernés) avec les équipes mobiles de gériatrie, la présence de personnels référents en gériatrie au sein des unités de court séjour polyvalentes et de spécialités.</li> <li>- Accompagner les prises en charges gériatriques du sujet âgé en unité psychiatrique</li> </ul>
<b>Objectif : Structurer une organisation territoriale des parcours spécifiques et en améliorer la lisibilité, évaluer les organisations territoriales</b>	
Optimisation des moyens sur les axes retenus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etendre les missions des équipes mobiles extra-hospitalières et la structuration des parcours : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Oncologie : Développer les actions de l'équipe mobile d'oncogériatrie et notamment son activité extra-hospitalière, sur l'ensemble du territoire du GHT : CH de LAVAU/GRAULHET, au CH de SAINT-GAUDENS/LUCHON et au CH de MURET.</li> <li>o Filière maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : travail sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation en UCC avec une équipe mobile, la télémédecine, des hôpitaux de jour..., en cohérence avec la mise en place en 2017 d'une équipe mobile trouble du comportement en EHPAD. L'objectif de cette équipe est d'éviter des hospitalisations, de les préparer si elles sont nécessaires, de diminuer le délai d'admission au sein des unités spécialisées de la filière comportementale et d'optimiser le fonctionnement de la filière.</li> </ul> </li> <li>- Personnes handicapées vieillissantes : recensement des structures dédiées et identification d'objectifs spécifiques. Cette action doit être priorisée au niveau régional, avec des moyens complémentaires dédiés dans le cadre du prochain PRS.</li> <li>- Coordination au niveau territorial des projets en matière d'éducation thérapeutique et aides aux aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.</li> </ul>
<b>Objectif : Améliorer l'accessibilité aux soins non programmés du sujet âgé dans tous les hôpitaux du GHT</b>	
Actions proposées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'organisation de la prise en charge aux urgences du sujet âgé et de la gestion du post-urgence (CF filière urgences)</li> <li>- Le développement de l'accès aux consultations non programmées dans tous les hôpitaux du GHT</li> </ul>

**ENJEU : Promouvoir l'innovation organisationnelle et des pratiques**

**Objectif : Développer les pratiques avancées**

<p>Actions proposées au titre du projet de soins</p>	<p>Développement des pratiques avancées IDE et AS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir l'action menée par le Gérontopôle relative aux bilans de la fragilité réalisés par les IDE du premiers recours, formées par les équipes de référence du CHU.</li> <li>- Oncogériatrie : IDE « autonomes », spécialisées dans la prise en charge de la personne âgée atteinte d'un cancer. Exerçant en lien avec le médecin traitant, l'oncologue référent et les professionnels de ville, elles restent sous la responsabilité du médecin gériatre. Le déploiement d'IDE de pratiques avancées doit ainsi permettre de faciliter l'accès à l'évaluation gériatrique pour tout patient âgé atteint d'un cancer quel que soit le lieu de prise en charge initial dans le GHT.</li> <li>- Maladies d'Alzheimer et maladies apparentées : les IDE de l'équipe mobile réaliseront une évaluation gériatrique globale explorant les différents domaines fonctionnel,</li> <li>- cognitif, nutritionnel, psychologique et social des résidents et proposeront des actions ciblées à mettre en place sur le lieu de vie, prépareront les hospitalisations si nécessaire..., en lien avec le médecin traitant et le neuro-gériatre ou le psycho-gériatre de l'UCC de référence.</li> <li>- Accompagnement des unités d'hospitalisation :             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pratiques avancées IDE : réalisation des bilans de la dépendance et aide à l'orientation d'aval du sujet âgé dépendant hospitalisé en soins critiques par les IDE formées en pratiques avancées en gériatrie.</li> <li>o Référents IDE gériatrie et sujet âgé dans les unités de spécialités.</li> </ul> </li> </ul>
--	---

**Objectif : Intégrer l'usage de la téléexpertise et de la téléconsultation comme un outil de prévention secondaire**

<p>Description de l'objectif</p>	<p>Développement de la télémédecine « en routine » (prévention secondaire), téléconsultations, télé expertises et « téléformations » :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des médecins traitants ou équipes des Ehpad, des USLD et des SSR (spécialisés et polyvalents),</li> <li>- vers et avec les équipes spécialisées en gériatrie des CH de proximité et du CHU, dans le respect de la gradation des soins.</li> </ul> <p>(usage de la télémédecine en routine et en prévention des décompensations)</p>
----------------------------------	---

**Objectif : Recherche**

<p>Axes prioritaires</p>	<p>Mettre en place une équipe territoriale de recherche clinique pour développer les inclusions dans les projets relatifs aux axes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévention</li> <li>- Troubles de la mémoire, maladies d'Alzheimer</li> <li>- Oncogériatrie</li> </ul>
--------------------------	---

#### 4. Plan d'actions 2017 / 2018

Quatre objectifs seront mis en œuvre dès 2017 / 2018

#### Structurer une organisation territoriale en Oncogériatrie, étendre l'UCOG dans tous les établissements parties du GHT

Pilotes	L.Balardy, Chef adjoint du pôle gériatrie CHU Toulouse
Calendrier prévisionnel	Lancement 2 <sup>nd</sup> semestre 2017 Echéance Juin 2018
Indicateurs de suivi	Réalisé / non réalisé et date de réalisation Nombre de recours sollicités par les établissements parties, file active de patients suivis, nombre d'interventions par établissement parties

#### Développer les pratiques avancées, accompagnement des unités d'hospitalisation et de l'UCOG

Pilotes	Mme Chassaigne, Cadre supérieure de santé CHU de Toulouse
Calendrier prévisionnel	Préparation de l'action au 2 <sup>nd</sup> semestre 2017 Lancement en 2018 Poursuite tout au long du PMP avec évaluation et réajustement annuels
Indicateurs de suivi	Nombre d'unités d'hospitalisation avec 2 référents formés aux pratiques avancées en gériatrie Nombre de personnels formés aux pratiques avancées en gériatrie par établissement parties

#### Mettre en place une équipe territoriale de recherche clinique

Pilotes	Pr F.Nourhashémi et Mme S.Guyonnet
Calendrier prévisionnel	Préparation de l'action au 2 <sup>nd</sup> semestres 2017 Mise en œuvre en 2018
Indicateurs de suivi	Réalisé / non réalisé

## Développement de la télémédecine en routine

Pilotes	Pr. M. Sotto
Calendrier prévisionnel	Tout au long du PMP Calendrier à adapter aux avancées des solutions techniques régionales.
Indicateurs de suivi	Nombre d'actes de télémédecine Nombre de requérants par qualité (médecin généraliste ou établissement)



## C. DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

### 1. Description de la filière

Le tableau de description est présenté ci-après

		CH Muret	CH Lavour	CH Graulhet	CH Marchant Psychiatrie	CH Saint Gaudens	CH Luchon	CHU
Lits Médecine Polyvalente		0	33 1 détenu	0	psychiatrie	88	0	1211
Lits de médecine à orientation gériatrique		15	0**	18	psychiatrie	0	0	0
Court Séjour Gériatrique		0	0	0	0	25 (+ 5 sept 2017)		107
Hôpital de jour polyvalent à orientation gériatrique			2 polyv.		Psych du sujet âgé	12 places mais 1 jour gériatrie		18
Consultations Mémoire identifiées		1	1	1*		1		1
Equipe Mobile de Gériatrie		1	1		1	1		1
Oncogériatrie		OUI				OUI		OUI
Soins de Suite et de Réadaptation	Polyvalents	35	20 5 places	20		20	10 et 6	12 5 places
	Personne Agée		20				20	70
	Locomoteur		20				45 + 7places	35
	Systèmes nerveux						20	29 10 places
Unité Cognitivo-Comportementale (places)								12
HAD					15 psychiatrie	20		10
Unité de Soins de Longue Durée		53	60		47***	60		60 Dont 10 UHR
Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes Hospitalier		80 + 12 accueil de jour	81 dont 14 PASA	146 + 12 places 7 accueil Temp dont 1 sécurisé 1 unité Alz		120, 1 unité sécurisée 3 heb temp	50 + 82 dont 12 PASA 4 Héb Temp et 2 unités sécurisées	0
SSIAD		50 dont 46 dédiées aux PA						
Poste PH gériatre pourvus en ETP		3,8 PH et 1,8 PHC	2,5	0.5****	1,3 2 en eff.	6 ETP	1.6	36.9

\* consultation avancée réalisée par le CH de Lavour à raison de deux demi-journées. \*\* projet de 8 lits à orientation gériatrique en 2018. \*\*\* Projet 80 lits dont 44 USLD, 14 UHR, 22 géronto-psychiatrie ; \*\*\*\* depuis 2017, mis à disposition par le CH d'Albi

## 2. Présentation des actions proposées au titre du projet de soins

Rédacteur : Mme MC CHASSAIGNE, Cade supérieur de santé du CHU de Toulouse

Thèmes prioritaires identifiés pour la filière :

- Harmonisation des pratiques, protocoles et formations paramédicales,
- Innovation organisationnelle, coordination du parcours, coopération entre les acteurs

### a) Compétences gériatriques en soins

- Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
- Concevoir et conduire un projet de soins infirmier
- Accompagner une personne dans la réalisation des soins
- Mettre en œuvre des actions à visée éducative, préventive, diagnostique et thérapeutique,
- Evaluer les actions conduites et réajuster
- Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
- Collaborer au sein de l'équipe interdisciplinaire
- Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
- Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle
- Informer et former des professionnels et des personnes en formation

### b) Valorisation des compétences en gériatrie

- Reconnaissance des compétences des ISG et AS en gériatrie (expertise gériatrique dans la prise en soins des personnes âgées)
- Identification de référents soignants au sein des unités de soins
  - o Formation prévention dépendance évitable
  - o Connaissance approfondie de la filière gériatrique
- Développement d'axes de travail sur la qualité de vie au travail
  - o Parcours de professionnalisation en gériatrie
  - o Attractivité/ fidélisation

### c) Harmonisation des protocoles et formations

#### (1) Harmonisation des protocoles

Les protocoles prioritaires à harmoniser concernent :

La prévention et traitement des escarres, la prévention des chutes, les contentions, les troubles du comportement, le risque de fausses routes, la constipation, le risque de dénutrition, la prise en charge de la douleur.

#### (2) Harmonisation des formations

- Formation raisonnement clinique infirmier

- Assistant de soins en gérontologie , évaluation gérontologique standardisée, bientraitance, prise en charge des troubles du comportement, gestion de l'agressivité et de la violence dans les situations de travail, prévention et traitement des escarres, alimentation et hydratation personne âgée, troubles de la déglutition, prise en charge de la douleur, soins palliatifs, prévention des troubles musculo squelettiques, projet de vie et projet de soins, prévention dépendance évitable.
- Développer formations / ateliers de simulation

Liste des formations diplômantes :

- Master pratiques avancées en gérontologie
- Master coordination de parcours de soins
- DU Oncogériatrie
- DU pratiques cliniques gérontologiques
- DU soins palliatifs
- DU plaies et cicatrises
- DU formation pluridisciplinaire à la prise en charge maladie Alzheimer et syndromes apparentés

### (3) Coordination de parcours et coopération entre acteurs

Approche processus/parcours patient :

- Organiser le séjour du patient dès l'admission
- Diffuser l'information / protocoles de coopérations entre professionnels
- Collaborer avec les professionnels de santé de premier recours
- Accroître la collaboration avec les travailleurs sociaux

Coordination des programmes d'éducation thérapeutique au sein du GHT

- ETP/ Patient-Aidant adressée au couple aidant/aidé souffrant de maladie d'Alzheimer.
- ETP/ Maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne âgée fragile

Mise en œuvre IDE pratiques avancées (IPA)

### (4) Infirmier de pratiques avancées

Missions:

- Organiser et manager les soins en coordonnant et en collaborant avec différents acteurs
- Concevoir et mettre en œuvre un projet de soins correspondant au parcours du patient

Rôle et compétences :

- Compétences cliniques (évaluation situation complexe) : Expertise/raisonnement clinique
- Rôle de conseil et consultation
- Aptitude leadership et animation d'équipe et de groupe
- Rôle enseignement et de formation
- Savoir-faire en matière de recherche

Activités en pratique avancées

- Activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage
- Actes d'évaluation et de conclusion clinique
- Actes techniques et actes de surveillance clinique et paraclinique
- Prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire
- Prescriptions d'examen complémentaires

- Renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales

#### Déclinaisons opérationnelles

- Contribuer à la promotion de l'autonomie et à la prévention de la dépendance des personnes âgées de plus de 65 ans
- Réaliser dans des contextes différents (clinique et recherche) une évaluation gériatrique standardisée
- Analyser et rendre compte des résultats de cette évaluation au médecin gériatre et/ou médecin traitant
- Participer au recueil de données dans le cadre d'études ou d'enquêtes
- Initier et/ou accompagner la mise en œuvre d'un plan personnalisé de prévention après sa validation par le médecin traitant dans un contexte de pluri-professionnalité et une approche parcours de santé
- Intervenir dans le cadre d'une équipe pluri-professionnelle de manière autonome et en collaboration.

#### Activités spécifiques

- Evaluer les facteurs de fragilité d'une population ciblée en utilisant la démarche et les outils validés
- Réaliser une synthèse de l'analyse des résultats de l'évaluation
- Proposer un plan personnalisé de soins
- Communiquer de façon orale et écrite la synthèse au médecin chargé de proposer le plan personnalisé de prévention
- Proposer des interventions de prévention de premier niveau mobilisant le jugement clinique infirmier
- Orienter la personne et /ou le professionnel vers les dispositifs de prévention
- Réaliser des entretiens d'évaluation et entretiens d'enquêtes
- Préparer et programmer la consultation d'évaluation
- Gérer l'information dans le respect du secret professionnel
- Développer le travail en réseau
- Participer aux réunions de mise en place des études ou enquêtes
- Préparer, gérer et archiver les dossiers et autres documents de travail
- Saisir et transmettre des données
- Participer à l'élaboration du rapport d'activité

### 3. Equipe Mobile territoriale d'OncoGéiatrie (EMOG)

Rédacteur : L.BALARDY, Chef adjoint du pôle de gériatrie CHU de Toulouse

#### a) Eléments de contexte



« Répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées » - Objectifs 2

Le projet oncogériatrique s'inscrit dans le cadre d'une politique nationale d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer (plan cancer 2003-2007 (mesure 38) ; plan cancer 2009-2013 (Axe Soins, Mesure 23), (Axe Recherche, Mesure 4).

Les augmentations parallèles et inéluctables de l'espérance de vie et de l'incidence des cancers impliquent ainsi la nécessité de développer une politique de soins spécialisés pour les patients âgés atteints de cancer. En 2020, 60% des cancers seront diagnostiqués après 70 ans. Il existe un retard de prise en charge du cancer chez les personnes âgées qui bénéficient de moins d'explorations et de traitements souvent inadaptés, avec pour conséquence un diagnostic réalisé à un stade plus tardif et un moins bon pronostic.

Les personnes âgées sont par ailleurs trop souvent exclues du champ d'investigation de la recherche clinique. Seulement 1 à 2% des patients de plus de 75 ans sont inclus dans un essai clinique en cancérologie. Ce constat est d'autant plus vrai que l'on s'intéresse aux essais de phase précoce.

Enfin, rappelons que le cancer (et/ou son traitement), outre le risque de mortalité, est également un facteur indépendant de perte d'autonomie fonctionnelle et d'entrée dans la dépendance chez le sujet âgé.

Fort de ces différents constats, et afin d'apporter une réponse à cette volonté institutionnelle, le CHU et l'Institut Claudius Régaud (ICR) se sont impliqués, depuis 2006, dans la structuration et le développement d'une activité d'oncogériatrie.

Une unité pilote régionale de coordination en Oncogériatrie (UPCOG) (en partenariat avec le Réseau ONCOMIP) a ainsi été labellisée par l'INCa entre 2006 et 2010. Au terme de cette phase pilote, la pérennisation de cette activité a été soutenue par l'INCa afin de permettre la poursuite des différentes actions initiées (Création d'une Unité de Coordination Régionale-UCOG ; appel d'offre INCa 2011).

Depuis sa création de nombreuses actions ont été menées dans la région permettant la mise en place d'une véritable filière de soins (cf. projet UTOG, annexe 1et diaporama). Toutes les actions menées dans le cadre de l'UCOG doivent maintenant s'inscrire dans le cadre du Projet Médical Partagé (PMP) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute-Garonne et Tarn-Ouest.

#### b) Rôle stratégique de l'Equipe Mobile d'Oncogériatrie (EMOG)

Le rôle de cette équipe mobile est ainsi :

- De **permettre l'accès à l'évaluation gériatrique** et au dépistage des comorbidités **pour tous les patients**, quel que soit le lieu initial de prise en charge,

- **D'aider à définir** (en collaboration avec les oncologues, hématologues ou spécialistes d'organes) **un projet thérapeutique individualisé**, tenant compte des facteurs liés au cancer et au contexte gériatrique,
- **D'aider à la gestion des complications gériatriques** (syndrome confusionnel, chutes....) survenant au décours du traitement,
- **De faciliter l'accès à la filière gériatrique** lorsque le statut du patient le nécessite (service de soins de suite et de réadaptation pour personnes poly-pathologiques et/ou dépendantes).

Cette équipe permet aussi la **diffusion d'une culture gériatrique** au sein de l'IUC-T en menant des actions de formations pour les principaux acteurs de la prise en charge du patient et notamment le personnel paramédical. Cette action s'inscrit notamment dans le cadre de la politique institutionnelle de lutte contre la dépendance iatrogène.

Elle a créé des liens avec l'ensemble des services de l'IUC-T :

Services	Médecin référent	Modalités intervention
<b>IUCT Rangueil-Larrey</b>		
Oncologie digestive	Pr Guimbaud	passages systématiques et sur appel
Chirurgie digestive	Pr Muscari	sur appel
Urologie	Pr Soulié	sur appel
Dermatologie	Pr Meyer	sur appel
ORL	Pr Vergez	sur appel
Thoracique	Pr Mazières	sur appel
<b>IUCT Purpan</b>		
Chirurgie digestive	Pr Carrère	passages systématiques et sur appel
Chirurgie maxillofaciale	Dr Lopez	sur appel
Médecine interne	Pr Alric, Pr sailler	sur appel
Gastro-entérologie	Pr Peron	sur appel
Gynécologie		sur appel
<b>IUCT Oncopole</b>		
Médecine interne	Pr Beyne Rauzy	passages systématiques et sur appel
Hématologie	Pr Recher	passages systématiques et sur appel
Oncologie	Dr Mourey	sur appel
ORL	Pr Vergez	sur appel

**Elle développe également une activité extra-hospitalière** : Hôpital Joseph-Ducuing, Clinique Pasteur, Clinique Sarrus Teinturiers, clinique du Parc, clinique saint Jean du Languedoc.

**Constitution de l'équipe**: Cette équipe est constituée d'un médecin gériatre formé à l'oncogériatrie (DESC oncologie, DIU oncogériatrie) et d'infirmier(e)s formé(e)s à l'oncogériatrie (DU).

- 1,8 ETP IDE
- 1,2 ETP médecin
- 0,5 ETP secrétariat

#### Organisation :

- 2 modes de recours :
  - Intervention sur sollicitation des services,
  - Passages systématiques dans certains services cibles
- Appel téléphonique, mail
- Délai d'intervention : 48 à 72 heures
- Compte rendu adressé à l'oncologue et au médecin traitant

#### Bilan d'activité de l'année 2016:

**737 patients** ont été évalués dont 589 1ères évaluations et 148 réévaluations. L'âge moyen est de 81,12 ans. La durée moyenne d'une évaluation est de 69 minutes. La moyenne des G8 est de 8,95 sur 17.

#### Principaux lieux d'évaluation :

- 168 patients ont été évalués à l'IUC Langlade,
- 201 patients sur Ranguel,
- 216 patients sur Purpan,
- 47 patients sur l'Hôpital Larrey,
- 15 sur l'Hôpital Garonne,
- 11 sur l'Hôpital Casselardit,
- 51 au sein de la cité de la santé (Lagrange)

#### Concernant l'activité extra-hospitalière:

- 16 ont été vus à l'Hôpital Joseph Ducuing,
- 1 au sein de la clinique Saint Jean du Languedoc,
- 11 patients sur la clinique de l'Occitanie (début d'activité fin octobre 2016)

### c) Perspectives d'évolution de l'EMOG

#### 3.1- Définir un nouveau périmètre d'activité:

##### 3.1.1- Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire :

Cette activité doit maintenant s'inscrire dans le cadre du Projet Médical Partagé (PMP) du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute-Garonne et Tarn-Ouest (dès la fin 2016 être en capacité de positionner des actions concrètes au CH de LAVAUUR/GRAULHET, au CH de SAINT-GAUDENS/LUCHON et au CH de MURET).

La promotion de ces actions dans le GHT repose notamment sur **l'intervention d'infirmières de pratiques avancées en oncogériatrie**. Il s'agit d'IDEs « autonomes », spécialisées dans la prise en charge de la personne âgée atteinte d'un cancer. Elles maîtrisent les différentes échelles et outils de l'évaluation Gérontologique Standardisée (E.G.S.) et ont été également formées au concept de fragilité. Elles réalisent une évaluation gériatrique globale explorant les différents domaines suivant : fonctionnel, cognitif, nutritionnel, psychologique et social de la personne. Leurs actions permettent de repérer les sujets âgés fragiles, d'identifier les causes de cette fragilité et de proposer des actions ciblées afin d'aider à la décision thérapeutique oncologique et de mettre en place des soins de support gériatriques améliorant la tolérance

du traitement et le maintien de l'autonomie. **Ces infirmières travaillent en lien avec le médecin traitant, l'oncologue référent et les professionnels de ville. Elles restent sous la responsabilité du médecin gériatre.**

Le déploiement d'IDEs de pratiques avancées doit ainsi permettre de faciliter l'accès à l'évaluation gériatrique pour tout patient âgé atteint d'un cancer quel que soit le lieu de prise en charge initial dans le GHT.

Une première réunion de travail avec les principaux acteurs du GHT a récemment eu lieu afin de déterminer des axes de collaboration et faciliter l'interface avec l'UCOG.

Des réunions dans chacun des territoires du GHT vont être également organisées pour faciliter cette collaboration et favoriser l'action des IDE de pratiques avancées. Une première réunion est ainsi prévue le **15 juin 2017 à Saint Gaudens**.

Enfin, ces actions doivent également s'étendre aux structures privées participant à la cancérologie régionale et associées au GHT. L'intervention d'IDE de pratiques avancées au sein de la clinique des Cèdres est actée et devrait débuter dans le **courant du mois juin 2017**. Des actions similaires doivent avoir lieu avec la clinique Pasteur et la clinique Saint-Jean entre autres.

### 3.2- Définir de nouvelles missions:

En plus des missions préalablement définies, cette équipe mobile doit permettre de :

#### 3.2.1- Renforcer le rôle de coordination du parcours patient :

Suivi téléphonique par IDE des patients pris en charge (après accord du médecin traitant et de l'oncologue référent). Les infirmiers assurent les missions d'accompagnement, d'orientation et de suivi comme décrits dans le plan cancer 2003-2007. L'objectif est d'améliorer le suivi et d'éviter les hospitalisations inappropriées, de favoriser la réactivité des acteurs.

#### 3.2.2- Favoriser l'interface soins-recherche :

L'objectif est de faciliter et de rendre accessible les essais cliniques et thérapeutiques aux sujets âgés dans le GHT et la région.

- Collaboration avec l'équipe mobile de recherche clinique (oncomip). Une lettre d'intention pour un projet de recherche PREPS a été déposée.
- Information des IDEs de l'EMOG sur les principaux essais dédiés aux sujets âgés par le bureau d'étude clinique (BEC) de l'Institut Claudius Régaud,
- Certaines infirmières de l'équipe mobile seront à terme formées à la recherche clinique

#### 3.2.3- Indicateurs

- Nombre total d'interventions de l'EMOG,
- Nombre d'interventions par les IDE de pratiques avancées,
- Nombre de formations gériatriques pour les internes et équipes IDE des services,
- File active de patients suivis,
- Nombre de patients inclus dans les essais thérapeutiques,
- Données Fichiers ANAP

#### 4. Les membres du groupe de travail de la filière

Etablissement	NOM	Qualité	Réunion du 01 02 2017	Réunion du 07 03 2017	Réunion du 31 03 2017	Réunion du 20 04 2017
CH Comminges Pyrénées Hôpitaux de Luchon	MONTASTIER Philippe	Gériatre, chef de pôle	Présent	Présent	Présent	Présent
<u>CH de Muret - Pilote</u>	GOINEAU Carole LAURENT Cynthia	PH Gériatre	Présente	Présente	Présente	Présente
<u>CHU - Pilote</u>	NOURHASHEMI Fati	Chef du pôle gériatrie	Présente	Présente	Présente	Présente
CHU	BALARDY Laurent	Chef adjoint du pôle gériatrie	Présent	Présent	Présent	Absent
CHU	VOISIN Thierry	Chef adjoint du pôle gériatrie	Présent	Présent	Présent	Présent
CH de Lavarade et de Graulhet	BLATGE Colette	Médecin chef de pôle Personnes Agées	Présente	Présente	Excusée	Présente
CH Gérard Marchant	BOURREL Anne Sophie	Responsable de l'USLD	Présente	Présente	Présente	Présente
Représentant CSIRMT GHT	CHASSAIGNE Marie Christine	CSS CHU de Toulouse	Présente	Excusée	Présente	Présente
Représentant CSIRMT GHT	TROCHET Françoise	CS USLD CH MURET	Présente	Présente	Présente	présente