

16 septembre 2024

Les impacts du vieillissement de la population sur le système de santé en Loire Atlantique

Etat des lieux et mise en perspective

Amelie.tugave@ars.sante.fr

07 64 03 96 65

17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233
44262 NANTES cedex 2

www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr



Agir pour la santé de tous

QUALITÉ · USAGERS · INNOVATION · PRÉVENTION

SOMMAIRE

Résumé	3
Etat des lieux	5
Evolution démographique en Loire Atlantique	5
L'amont des urgences	6
Le passage aux urgences	7
L'aval des urgences	8
Engorgement des lits de médecine et SMR : une inadéquation entre la demande et l'offre de solutions d'aval médico-sociales	19
Dispositifs déjà en place localement	25
Anticiper la perte d'autonomie et le maintien à domicile difficile	25
Eviter les passages aux urgences des personnes âgées	25
Fluidifier la filière gériatrique	25
Pistes d'améliorations à mettre en place	26
Eviter le passage aux urgences	26
Fluidifier la filière gériatrique	26
Agir sur l'écosystème	27
Conclusion	29

Résumé

Les tensions dans les 5 services d'urgences de Loire Atlantique sont de plus en plus importantes. Ces tensions aux urgences se manifestent par des durées de passage aux urgences qui s'allongent : la durée médiane de passage aux urgences en Loire Atlantique est la plus importante de la région.

Ces tensions sont liées principalement à des tensions d'aval **pour les patients gériatriques polypathologiques** : c'est-à-dire des difficultés à trouver des lits d'hospitalisation pour prendre en charge les patients.

Les causes de ces tensions hospitalières :

- Déficit structurel en lits d'hospitalisation (taux équipement en médecine et SMR plus faible qu'au niveau national)
- Fermeture de lits par manque de personnel (SMR et médecine)
- Evolution démographique : depuis plusieurs années, le taux d'équipement adapté à la population gériatrique diminue (l'offre est stable mais la population augmente).
- **Taux de rotation insuffisant sur les lits de médecine :**
 - constat d'une augmentation progressive de la **durée moyenne de séjour (DMS) hospitalier (augmentation de 18% en 4 ans)**.
 - **55 lits** de médecine sont occupés en continu par des patients de + de 75 ans, médicalement sortants, en attente d'une solution d'aval à domicile ou en EHPAD (20 022 journées d'hospitalisation par an et un montant d'environ 25 millions d'euros (entre 1200 et 1300 € la journée d'hospitalisation en médecine) pour le département de la Loire-Atlantique en 2023).
 - 202 lits de SMR sont occupés en continu par des patients de plus de 75 ans, médicalement sortants, en attente d'une solution d'aval (73 773 journées/272 657), soit un montant minimum de 23 millions d'€ (une journée de SMR coûte un minimum de 317€).

Deux facteurs se dégagent pour expliquer ce blocage au niveau des séjours hospitaliers :

- Un délai d'attente pour la **mise en place des aides à domicile** qui entraîne un très grand nombre de séjours courts.
- Un manque de places disponibles en EHPAD
- Un manque de places adaptées à la prise en charge des troubles du comportement important en EHPAD.

Il convient de souligner qu'au-delà des conséquences pour les patients, cette saturation des lits d'hospitalisation entraîne aussi :

- Des conséquences financières pour les établissements de santé (puisque l'activité est réduite)
- Des conséquences pour les soignants qui voient une perte de sens dans leur travail.

Cette saturation est croissante année après année car le nombre de personnes en perte d'autonomie et en besoins de prise en charge médico-sociale augmente (projections démographiques : +57% de personnes de plus de 75 ans ou + 66 645 personnes de plus de 75 ans entre 2018 et 2033).

S'agissant des EHPAD, l'enjeu n'est pas l'augmentation quantitative de l'offre **mais l'évolution qualitative**. Le département de Loire Atlantique bénéficie d'un taux d'équipement en EHPAD nettement supérieur à la moyenne nationale (+ 27% par rapport à la moyenne nationale).

Par ailleurs, le département 44 se caractérise par un des plus faibles taux d'équipement en logements intermédiaires type **résidence autonomie**. De ce fait, des personnes âgées non dépendantes n'ont pas d'autre option que l'EHPAD en cas de maintien à domicile devenant compliqué. Il y a donc un enjeu majeur à développer ce type d'offre pour réserver les EHPAD aux personnes âgées les plus dépendantes (pour illustration : 12% de la capacité d'accueil des EHPAD de la métropole nantaise est occupé par des personnes âgées non dépendantes (gir 5 et 6) (contre 7% en moyenne régionale).)

Solutions et actions menées par l'ARS

1. Anticiper la perte d'autonomie et le soutien à domicile

De nombreuses actions sont en cours de déploiement pour repérer de manière précoce les patients en situation de fragilité afin de les accompagner et éviter une rupture brutale entraînant une hospitalisation : Centres de Ressources Territorial (CRT), Equipes Mobiles Gériatriques à Domicile, dispositif DIVADOM, dispositif ICOPE (Integrated Care of Older People) qui sera bientôt généralisé, mobilisation des acteurs sur le plan antichute, contrats locaux de santé, des CPTS...

2. Eviter les passages aux urgences des personnes âgées

- Astreinte gériatrique téléphonique du CHU de Nantes
- Assurer la couverture de l'ensemble des EHPAD par le dispositif de mutualisation infirmier de nuit.
- Favoriser l'organisation de réponses en soins non programmés au niveau des CPTS permettant téléconsultation médicale assistée avec infirmier
- Organiser une Permanence d'Accès aux Soins Ambulatoire infirmier (PDSA IDE) afin de réaliser les prescriptions des médecins mobiles

3. Fluidifier la filière gériatrique

1. **Fluidifier et accélérer le retour à domicile des patients hospitalisés médicalement sortants** (illustration : expérimentation du CHU en partenariat avec l'ADAR, mobilisation de places de SSIAD pour la sortie d'hospitalisation, pédagogie auprès des familles pour l'organisation la sortie d'hospitalisation...)
2. **Augmenter les capacités de lits de médecine** : les établissements de santé ayant une autorisation de médecine peuvent augmenter leur capacité de médecine sans autorisation de l'ARS. L'ARS mobilise les acteurs en ce sens.
3. **Augmenter le nombre de place de SSIAD** : + 669 places de SSIAD prévues pour la Loire Atlantique d'ici 2030 (les extensions sont en cours de déploiement.)
4. **Augmenter significativement l'offre adaptée aux patients souffrants de troubles cognitifs avec troubles du comportement**^[1] avec d'une part la **création de nouvelles Unités Cognitivo-comportementales** (actuellement il y en a 1 seule en Loire Atlantique au CHUN). Les besoins identifiés seraient 5 UCC sur le département à moyen terme (Etude « Altense »). Actions en cours pour une ouverture anticipée d'une nouvelle UCC en 44), d'autre part **l'adaptation des EHPAD** à l'accueil des personnes avec troubles cognitifs ou troubles comportement.
5. **Augmenter la capacité d'hospitalisation en SMR** : en Loire Atlantique est prévue d'ici 2030, une augmentation de 11,5% du nombre de lit de SMR **(+215 lits)**.
6. Travailler avec le Conseil Départemental pour **accélérer la mise en place de l'aide sociale et faciliter l'accès à l'APA d'urgence** et **rappeler à l'ordre les établissements** qui refusent les patients n'ayant pas finalisé leur dossier d'aide sociale.
7. **Assurer une meilleure priorisation des entrées en EHPAD** afin de recentrer les EHPAD sur la prise en charge des personnes dépendantes (cad réduire le taux de résidents GIR 5 et 6 dans les EHPAD au profil des patients GIR 1 et 2) (cf. plan d'action EHPAD) par des mesures incitatives et un accompagnement.
8. Recours à l'HAD (Hospitalisation à domicile)
9. Développer l'offre **d'Hébergement Temporaire**, en particulier en urgence.
10. Mettre en place une cellule d'ordonnancement et renforcer la coordination et l'intégration des acteurs pour assurer la fluidification de la filière gériatrique : favoriser le partenariat cellule d'ordonnancement/DAC
11. De nombreux patients âgés en attente de place d'EHPAD présentent également des troubles psychiatriques : nécessité de développer l'appui en gérontopsychiatrie pour accompagner les équipes à la prise en charge de ces patients complexes. (Projet d'équipe mobile de gérontopsychiatrie porté par le CHU (sous l'égide du PTSM), l'équipe interviendrait en EHPAD et à domicile.)

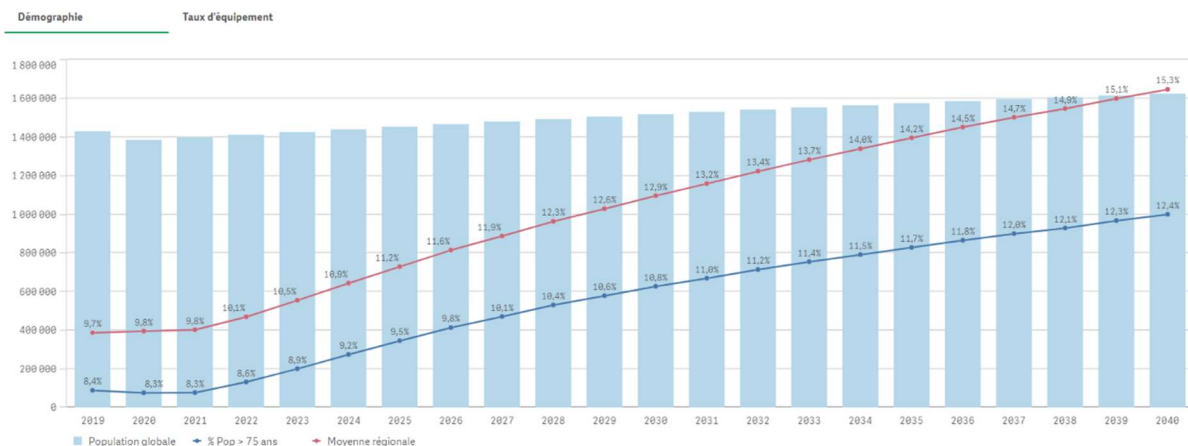
Etat des lieux

Evolution démographique en Loire Atlantique

Le département comptait 1 431 227 habitants dont 120 150 personnes de plus de 75 ans (8,4% de la population) en 2019. Cette proportion est en croissance constante :

Evolution et projection sur les 20 prochaines années
Source : Données INSEE 2022

... X



1

Evolution de la population de plus de 65 ans entre 2018 et 2033²

	65-74 ans			75-89 ans			>90 ans		
Territoire	Evolution totale 2018-2033			Evolution totale 2018-2033			Evolution totale 2018-2033		
	effectif	%	TCAM*	effectif	%	TCAM*	effectif	%	TCAM*
Nantes Métropole	+ 5 393	+ 9,7	+ 0,6	+ 19 400	+ 44,8	+ 2,5	+ 2 268	+ 31,5	+ 1,8
Sud-Ouest Loire-Atlantique Sud Estuaire, Pornic	+ 4 479	+ 35,9	+ 2,1	+ 7 863	+ 93,5	+ 4,5	+ 735	+ 59,2	+ 3,1
Sud-Ouest Loire-Atlantique Pays de Retz, GrandLieu	+ 2 056	+ 36,4	+ 2,1	+ 2 722	+ 69,7	+ 3,6	+ 72	+ 10,9	+ 0,7
Ouest Loire-Atlantique La Baule, Presqu'île de Guérande	+ 1 102	+ 9,3	+ 0,6	+ 5 611	+ 66,6	+ 3,5	+ 499	+ 38,4	+ 2,2
Ouest Loire-Atlantique CARENE	+ 1 613	+ 10,7	+ 0,7	+ 8 445	+ 77,0	+ 3,9	+ 1 044	+ 64,0	+ 3,4
Centre Loire-Atlantique Erdre-et-Gesvre, Estuaire et Sillon	+ 2 768	+ 33,2	+ 1,9	+ 4 474	+ 84,4	+ 4,2	+ 396	+ 51,0	+ 2,8
Sud-Est Loire-Atlantique Clisson, Sèvre et Maine, Sèvre et Loire	+ 2 816	+ 31,5	+ 1,8	+ 4 738	+ 77,3	+ 3,9	+ 402	+ 40,2	+ 2,3
Est Loire-Atlantique Pays d'Ancenis	+ 2 096	+ 33,9	+ 2,0	+ 2 485	+ 52,7	+ 2,9	+ 202	+ 27,0	+ 1,6
Nord Loire-Atlantique Châteaubriant, Derval, Nozay, Blain	+ 1 588	+ 21,0	+ 1,3	+ 2 423	+ 39,7	+ 2,3	+ 166	+ 18,3	+ 1,1
Nord-Ouest Loire-Atlantique Pontchâteau, St Gildas des Bois, Pays de Redon	+ 938	+ 15,6	+ 1,0	+ 2 499	+ 58,5	+ 3,1	+ 201	+ 27,7	+ 1,6
TOTAL 44	+ 24 849	+ 18,1	+ 1,1	+ 60 660	+ 59,8	+ 3,2	+ 5 985	+ 37,0	+ 2,1

*TCAM : Taux de croissance annuel moyen

Rien qu'entre 2022 et 2023, la part des personnes de plus de 65 ans dans le département a augmenté de 2,7%, ce qui représente en nombre absolu +7043 personnes à capacité d'hospitalisation constante³.

Territoire	Evolution 2022/2023 en effectifs					Evolution 2022/2023 en %				
	POP TOTALE 44	65-74	75-89	90+	>65+	POP TOTALE 44	65-74	75-89	90+	>65+
Nantes Métropole	7 216	1 564	-29	286	1 820	1,1%	2,8%	-0,1%	3,9%	1,7%
Sud-Ouest Loire-Atlantique Sud Estuaire, Pornic	2 216	604	437	30	1 071	2,3%	4,8%	5,0%	2,3%	4,7%
Sud-Ouest Loire-Atlantique Pays de Retz, GrandLieu	902	278	-21	22	280	1,4%	4,9%	-0,5%	3,3%	2,7%
Ouest Loire-Atlantique La Baule, Presqu'île de Guérande	494	792	311	17	1 121	0,7%	6,6%	3,6%	1,3%	5,1%

¹ Source INSEE 2022

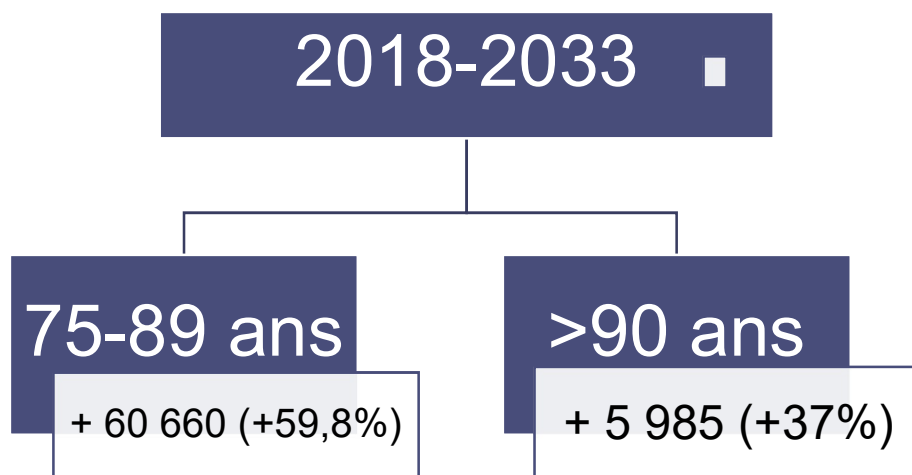
² Insee, projections Omphale 2022

³ Insee, projections Omphale 2022

Ouest Loire-Atlantique CARENE	1 462	698	590	210	1 498	1,1%	4,6%	5,3%	12,7%	5,3%
Centre et Nord Loire- Atlantique Erdre-et-Gesvre, Estuaire et Sillon, Blain	2 076	616	-26	38	628	1,7%	6,2%	-0,4%	3,9%	3,6%
Sud-Est Loire-Atlantique Clisson, Sèvre et Maine, Sèvre et Loire	870	240	-15	-12	213	0,8%	2,6%	-0,2%	-1,2%	1,3%
Est Loire-Atlantique Pays d'Ancenis	433	353	-54	-2	296	0,6%	5,7%	-1,1%	-0,3%	2,5%
Nord et Nord-Ouest Loire- Atlantique Redon, Châteaubriant-Derval, Nozay, Pontchâteau St-Gildas-des- Bois	252	259	-181	38	116	0,2%	2,1%	-1,9%	2,6%	0,5%
Total 44	15 921	5 402	1 014	627	7 043	1,1%	3,9%	1,0%	3,8%	2,7%

Evolution de la population de plus de 65 ans entre 2018 et 2033⁴ :

	75-89 ans		90 ans et +		TOTAL	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Total 44	+ 60 660	+ 59,8	+ 5 985	+ 37,0	+ 66 645	+ 57
Total 49	+ 31 354	+ 47,4	+ 3 644	+ 31,3	+ 34 998	+45
Total 53	+ 11 664	+ 40,7	+ 1 246	+ 24,6	+ 12 910	+38
Total 72	+ 21 102	+ 41,1	+ 2 317	+ 27,4	+ 23 419	+39
Total 85	+ 47 471	+ 72,7	+ 4 228	+ 42,9	+ 51 699	+69
Région	+ 172 251	+ 55,0	+ 17 420	+ 34,0	+ 66 645	+52



Entre 2018 et 2033 (15 ans), le département comptera **66 645** personnes de plus de 75 ans, soit une augmentation de **+57%** ! (52% pour la région PDL).

L'amont des urgences

En amont, plusieurs solutions existent pour permettre le maintien à domicile, toutes basées sur l'anticipation :

- 1) Mise en place d'aides et de soins à domicile précoce,
- 2) Hospitalisation à domicile si l'état de santé le justifie.
- 3) Equipe mobile Gériatrique (EMG)

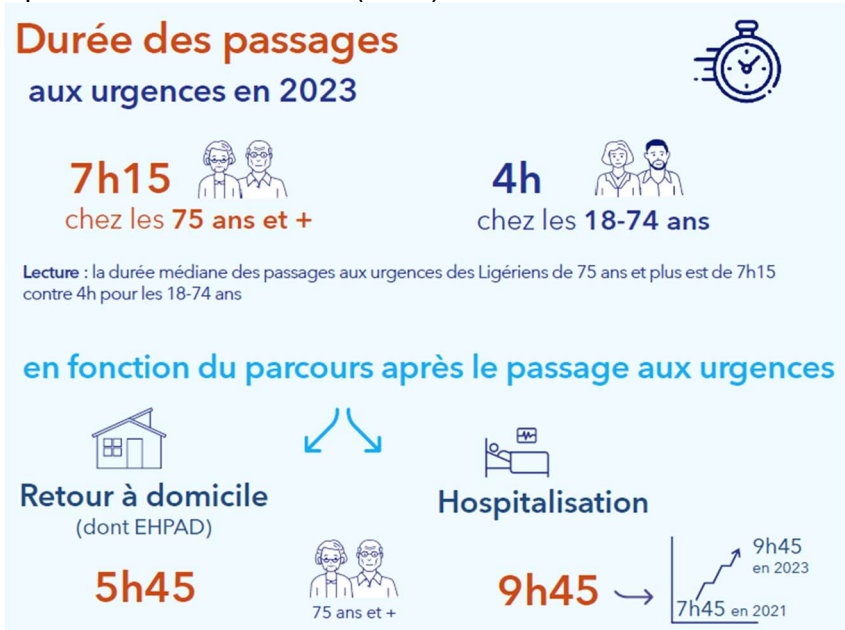
Même avec une bonne anticipation, un problème de santé intercurrent peut précipiter une situation fragile. Dans ce cas, si la personne ne peut pas se déplacer, le médecin mobile peut venir au chevet de la personne et l'examiner. Si des soins infirmiers sont nécessaires, en dehors de la métropole, la seule solution en horaires de Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA : 20h-8h en semaine et samedi 12h jusqu'à lundi 8h le weekend) est le transfert du patient aux urgences (Service d'accueil des Urgences : SAU). Sur la métropole, SOS infirmier peut intervenir à toute heure pour réaliser des soins infirmiers, des prélèvements à visés diagnostic ou des injections... Le tout permettant souvent d'éviter un passage à l'hôpital, réservant le passage aux urgences uniquement aux cas les plus

⁴ Insee, projections Omphale 2022

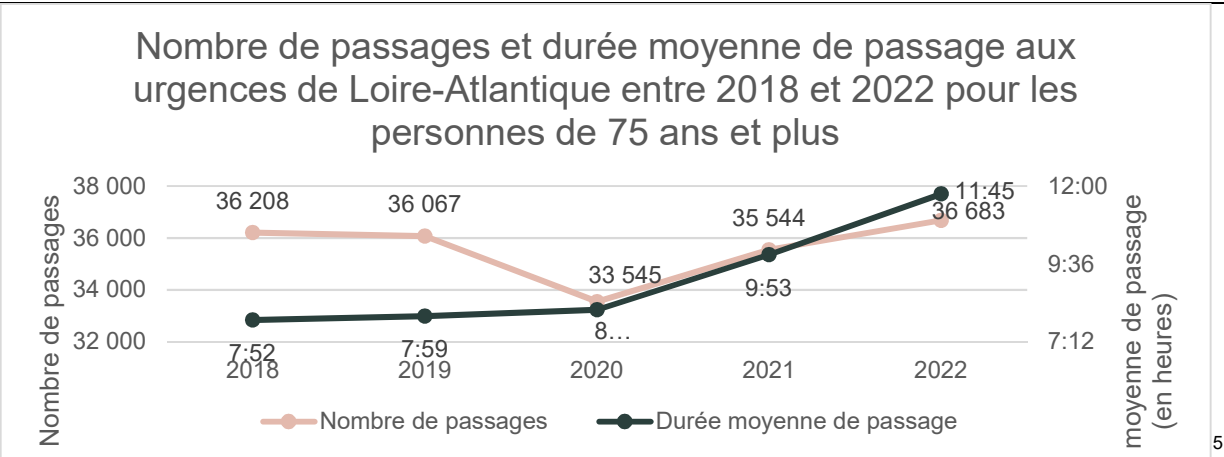
complexes. En dehors de la métropole, il n'existe pas d'organisation similaire de PDSA infirmier et en cas de nécessité de soins, le patient est nécessairement transféré aux urgences. A noter que de nombreux dispositifs sont en cours de déploiement pour repérer de manière précoce les patients en situation de fragilité afin de les accompagner et éviter une rupture brutale entraînant nécessairement une hospitalisation. Il s'agit des Centre de Ressources Territorial (CRT), des Equipes Mobiles Gériatriques à Domicile, du dispositif DIVADOM et du dispositif ICOPE (Integrated Care of Older People) qui sera bientôt généralisé.

Le passage aux urgences

Le nombre de passages aux urgences a augmenté de +1,3% en Loire-Atlantique entre 2018 et 2022 alors qu'il augmente de +6,4% en France. Sur la même période, la durée moyenne de passage augmente de 49,3% en Loire-Atlantique (de 7h52 à 11h45) alors qu'elle augmente « seulement » de +18% en France (de 6h41 à 7h53), écart d'un peu plus d'1h en 2018 entre la Loire-Atlantique et la France et de près de 4h en 2022. Le délai moyen d'attente est d'autant plus important que la personne sera hospitalisée (9h45 de durée de passage) plutôt que retournant à domicile (5h45).



On ne peut pas expliquer l'engorgement des urgences par une augmentation du flux d'amont (+1,3%) mais bien par un engorgement des solutions d'aval (+49% du délai moyen de passage).



Région	% du nb de passages aux urgences des 75 ans et plus entre 2018 et 2022	% d'augmentation de la durée moyenne de passage aux urgences des 75 ans et plus entre 2018 et 2022

⁵ ORU 2024

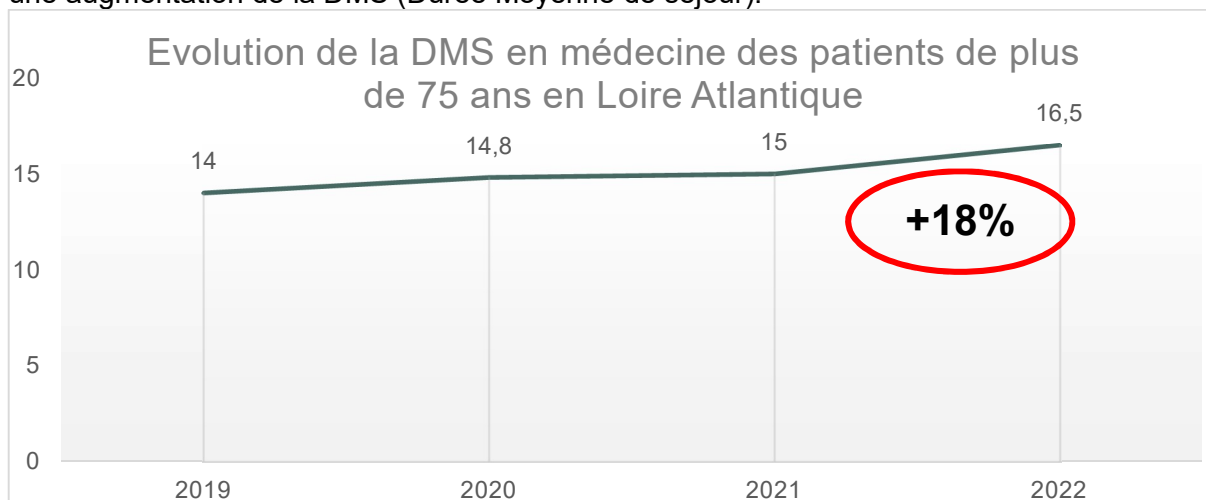
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	2,5%	28,1%
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	-0,2%	14,0%
Auvergne-Rhône-Alpes	7,6%	28,0%
Bourgogne-Franche-Comté	5,5%	24,2%
Bretagne	4,0%	21,4%
Centre	-3,4%	29,1%
Corse	11,8%	30,8%
Guadeloupe	5,6%	11,9%
Guyane	99,2%	39,7%
Île-de-France	12,8%	6,5%
Martinique	-	-
Mayotte	6,1%	-11,7%
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	9,2%	10,6%
Normandie	9,9%	2,3%
Occitanie	4,4%	13,8%
Pays de la Loire	0,1%	36,7%
Loire-Atlantique	1,3%	49,3%
Maine-et-Loire	6,1%	-0,2%
Mayenne	1,1%	-10,3%
Sarthe	-11,3%	61,8%
Vendée	3,6%	55,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	8,3%	21,4%
Réunion	16,2%	11,1%
Total général	6,4%	18,0%

Les patients gériatriques ainsi bloqués aux urgences ont un profil relativement similaire : patients polypathologiques, présentant des difficultés de maintien à domicile du fait d'un isolement social et/ou d'une perte d'autonomie et/ou de troubles cognitifs.

L'aval des urgences

Arrivé au service d'accueil des urgences, si le retour à domicile est compromis (troubles cognitifs, isolement social, besoin d'aides à domicile...) ou si l'état de santé le justifie, le patient doit être hospitalisé.

Les services d'accueil des urgences rencontrent actuellement de grandes difficultés pour faire hospitaliser les patients du fait d'un engorgement de la filière gériatrique que l'on peut mesurer par une augmentation de la DMS (Durée Moyenne de séjour).



On constate une augmentation croissante de la DMS⁶ en médecine des patients de plus de 75 ans⁷ :

	2019	2020	2021	2022	Evolution 2019-2022	
					Nbr de Jours	%
44 - Loire-Atlantique	14,0	14,8	15,0	16,5	2,5	18%
440000057 - CH SAINT NAZAIRE	14,2	15,9	15,7	16,6	2,4	17%
440000289 - CHU DE NANTES	13,0	14,0	15,1	16,0	3,0	24%
440000313 - CH CHATEAUBRIANT NOZAY POUANCE	11,7	11,2	11,5	13,0	1,3	11%
440000412 - CLINIQUE BRETECHE VIAUD	11,2	12,8	10,6	12,9	1,8	16%
440001113 - ICO - SITE GAUDUCHEAU	15,0	12,3	14,8	19,5	4,5	30%
440002020 - POLYCLINIQUE DE L'EUROPE	11,1	12,6	13,3	14,1	2,9	26%
440028538 - HIC DE LA PRESQU'ILE	15,2	17,2	18,1	21,9	6,7	44%
440029338 - CLINIQUE MUTUALISTE JULES VERNE	12,2	13,0	12,7	12,9	0,7	6%
440033819 - SANTE ATLANTIQUE	10,0	13,2	10,2	13,0	3,1	31%
440041531 - HIC DU PAYS DE RETZ	21,5	24,1	19,5	31,7	10,2	47%
440041580 - HOPITAL PRIVE DU CONFLUENT	19,2	17,3	16,8	19,0	-0,2	- 1,0%
440042141 - CENTRE HOSPITALIER SEVRE ET LOIRE	17,1	18,9	18,8	20,9	3,8	22%
440050433 - CLINIQUE MUTUALISTE DE L'ESTUAIRE	16,1	15,7	18,7	17,5	1,4	9%
440053643 - CH ERDRE ET LOIRE	16,1	17,6	17,2	19,3	3,2	20%
440055945 - MAISON DE NICODEME	0,0	0,0	0,0	36,5	36,5	-

Plusieurs facteurs explicatifs ont été identifiés.

- 1) Un taux d'équipement structurellement plus faible que la moyenne nationale en 44,
- 2) Un manque de ressources humaines,
- 3) Un taux faible de rotation des patients par engorgement des solutions d'aval.

4. Un taux d'équipement structurellement plus faible que la moyenne nationale en 44 sur les lits de médecine et SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation).

Le taux de recours aux SMR (ex SSR) est particulièrement bas en Loire Atlantique, indiquant une offre faible (le taux d'utilisation est à 0.79 du national en 2022 et en dégradation progressive années après années)⁸, le nombre de lit de SMR est de 22 lits/100 000 hab⁹ (pour une moyenne régionale de 19,5/100 000 hab.).

Concernant les lits de médecine, on constate une stabilité de l'offre depuis 2020 (ces données ne prennent pas en compte la fermeture de lits par manque RH) :

Etablissement	Hospitalisations complètes		
	2020	2021	2022
440000057 CH SAINT NAZAIRE	330	338	332

⁶ Nombre moyen de jours que les patients passent à l'hôpital

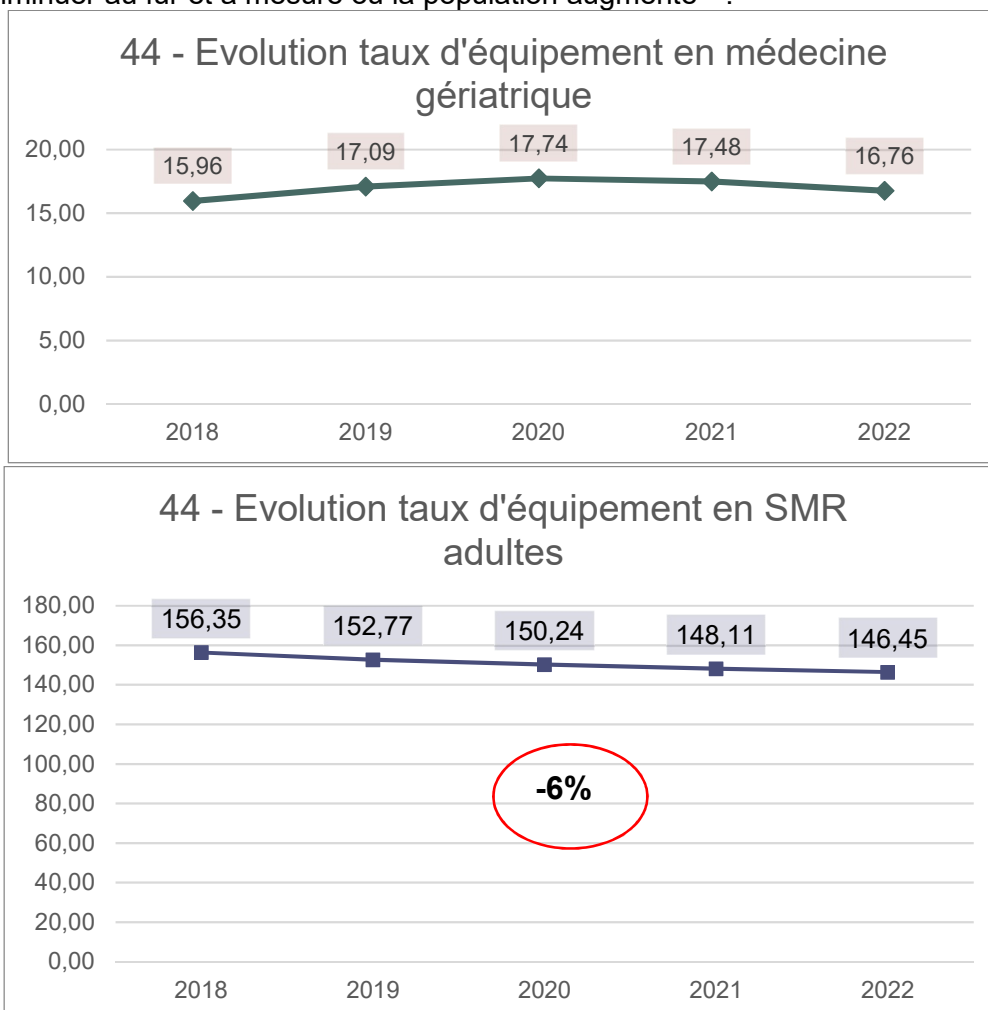
⁷ Source : PMSI

⁸ [Taux de recours SMR | Stats ATIH \(scansante.fr\)](https://scansante.fr/)

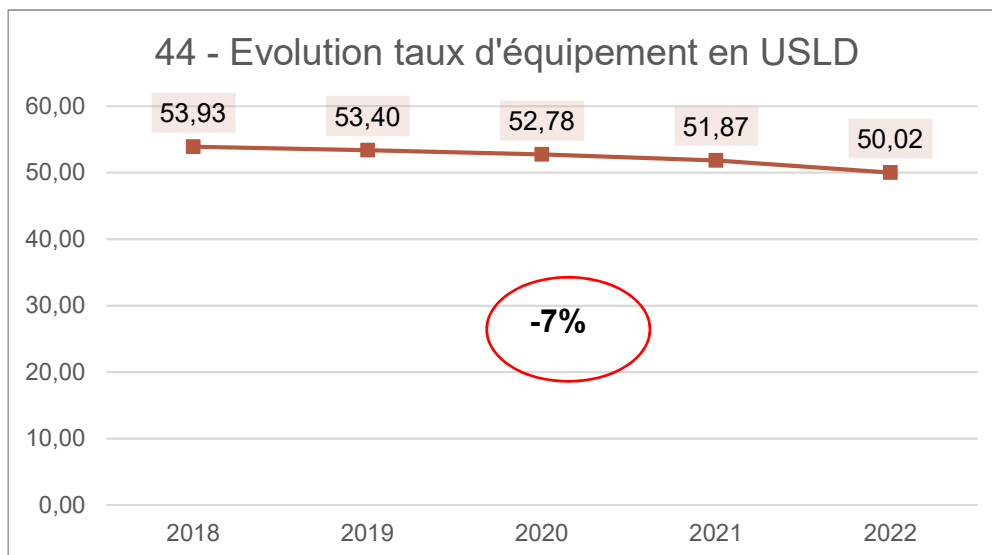
⁹ H:\DOSA\AES\THEMATIQUES\INDICATEURS\25 - SAE\2015_2020_Evolution_capacitaire.pptx

440000289 CHU DE NANTES	983	981	977
440000313 CH CHATEAUBRIANT NOZAY POUANCE	83	85	85
440000412 CLINIQUE BRETECHE VIAUD	66	66	61
440001113 ICO - SITE GAUDUCHEAU	41	43	43
440002020 POLYCLINIQUE DE L'EUROPE	38	42	52
440028538 HIC DE LA PRESQU'ILE	59	59	59
440029338 CLINIQUE MUTUALISTE JULES VERNE	64	64	64
440029379 CLINIQUE JULES VERNE	4	4	4
440033819 SANTE ATLANTIQUE	32	32	32
440041531 HIC DU PAYS DE RETZ	30	30	30
440041580 HOPITAL PRIVE DU CONFLUENT	206	241	229
440042141 CENTRE HOSPITALIER SEVRE ET LOIRE	30	30	30
440050433 CLINIQUE MUTUALISTE DE L'ESTUAIRE	52	52	54
440053643 CH ERDRE ET LOIRE	68	68	40
440055945 MAISON DE NICODEME			18
Total	2086	2135	2110

Si on regarde le taux d'équipement (calculé pour 10 000 personnes âgées de 75 ans ou plus), celui-ci ne fait que diminuer au fur et à mesure où la population augmente¹⁰ :



¹⁰ Source : SAE 2022, données Loire-Atlantique



5. Manque de ressources humaines entraînant la fermeture de lits d'hospitalisation :

Cette situation se rencontre aussi bien au niveau du secteur sanitaire que du secteur médico-social : 118 lits fermés en médecine sur les 1091 de l'agglomération nantaise (soit 11 % de fermeture) en décembre 2023.

6. Faible rotation des patients hospitalisés qui réduit mécaniquement le nombre de places effectives :

On constate une très forte saturation des lits de médecine et SMR par manque de rotation. L'analyse du PMSI montre que 27% des lits d'hospitalisation en SMR pour les patients de plus de 75 ans sont occupés par des patients en attente d'une solution d'aval (73 773 journées).

Nous avons étudié les séjours en médecine des personnes de plus de 75 ans en Loire Atlantique sur l'année 2023.¹¹

Méthode : On définit un « séjour long » comme un séjour dont la durée est supérieure à celle prévue par le Groupe Homogène de Séjours (GHS)¹². Les jours au-delà de la borne haute du GHS sont appelés jours au-dessus de la borne haute. Lorsque la durée du séjour du patient est supérieure à la borne haute (fixée par arrêté), un supplément journalier est pris en compte en sus du GHS pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de la borne haute. Par principe, on considère que ces journées au-delà de la borne haute sont des journées occupées par des patients qui auraient dû sortir et qui sont certainement encore dans un lit en attendant une solution d'aval.

De ces analyses, nous pouvons constater que 70,5% des personnes hospitalisées rentrent à domicile et seules 2% des personnes partent en EHPAD. Pour autant, lorsque l'on regarde les séjours longs, on constate que cela concerne pour 42% les personnes rentrant à domicile et 7.6% les personnes entrant en EHPAD. Lorsque l'on regarde le nombre de journées supplémentaires au-delà de la borne haute prévue, la part liée au retour à domicile n'est que de 30% alors que les personnes attendant une place en EHPAD est de 13.6%.

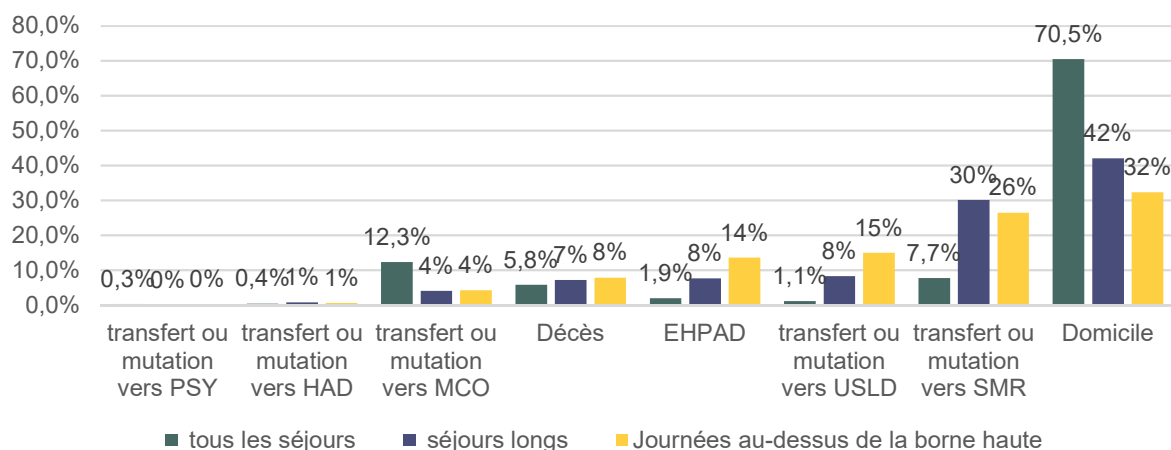
A noter que l'on a pu constater de l'enquête du CHU que le SMR est bloqué principalement par des patients en attente de place en EHPAD. Le deuxième motif de séjour long en médecine est l'attente d'un passage en SMR. Par extension, on peut en déduire que l'attente de place en EHPAD se répercute directement sur la rotation des places de médecine.

¹¹ Source : PMSI - MCO 2021, 2022, 2023 ; Séjours de médecine des patients de 75 ans et +, hors CMD 14, 15, 28 et 90 (Grossesses, nouveau-nés, séances et erreurs) ;

¹² Les prestations de séjour et de soins avec ou sans hébergement sont couvertes par des forfaits de séjour et de soins dénommés « groupes homogènes de séjours » (GHS). Ils sont pris en compte pour chaque séjour et établis à partir d'une classification de séjours pour lesquels des moyens techniques, matériels et humains comparables ont été mis oeuvre pour la prise en charge du patient.

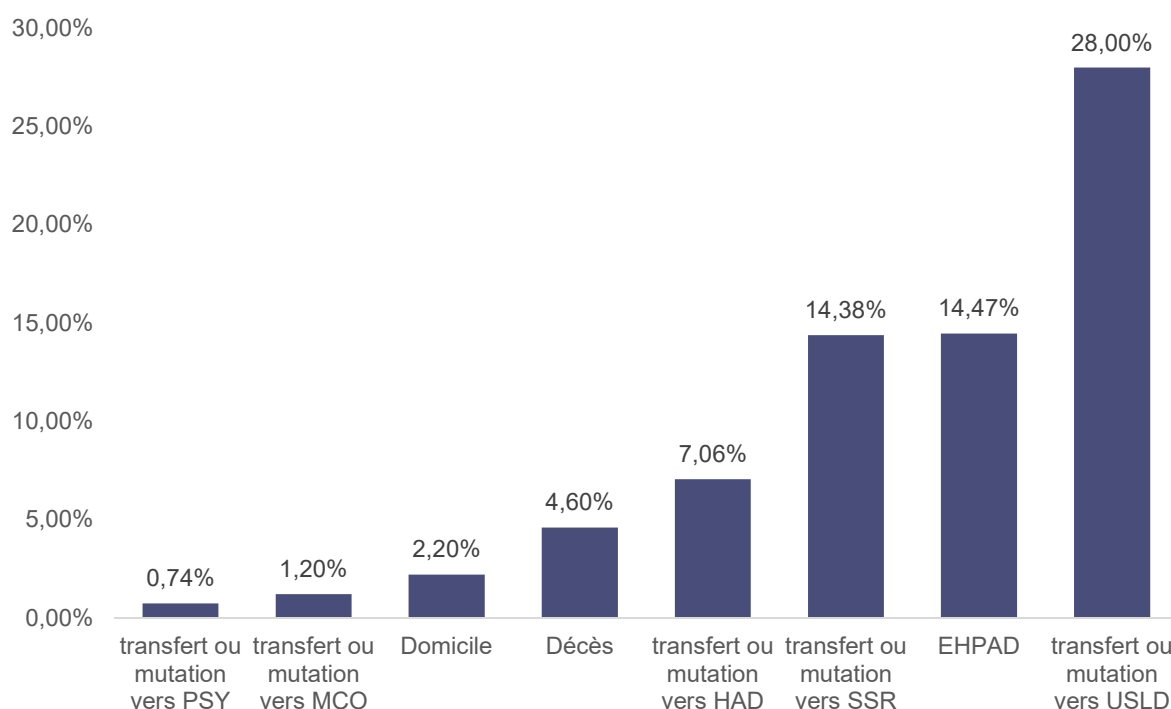
Le numéro du GHS correspond au pendant tarifaire du groupe homogène de malades (GHM). Ainsi, le GHS est facturé en remboursement des prestations d'hospitalisation mobilisées lors d'un séjour du patient. Il prend en compte l'âge, le sexe et la pathologie du patient.

Comparaison de la répartition du mode de sortie pour "tous les séjours", "les séjours long" et "le nombre de journées au dessus de la borne haute prévue par le GHS" en 2023 pour les plus de 75 ans hospitalisés en médecine



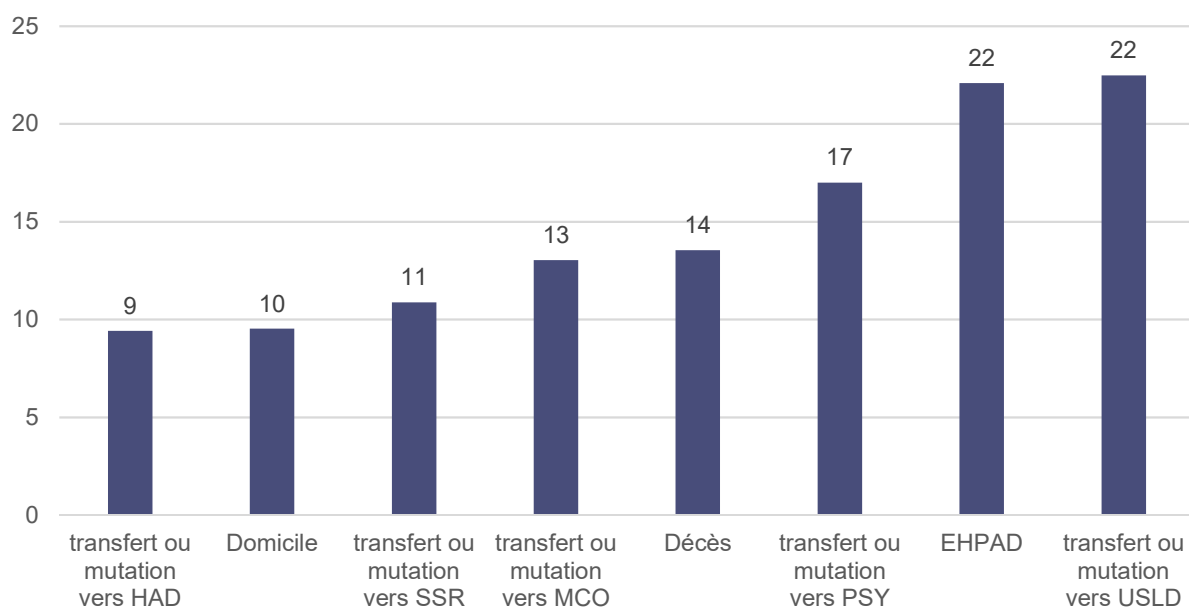
Par ailleurs, lorsque l'on regarde pour chaque motif de sortie, combien de personnes auront un séjour long, on constate que seuls 2.5% des séjours de personnes rentrant à domicile seront supérieurs à la durée prévue par le GHS alors que c'est plus d'1 sur 10 en EHPAD ou en SMR et près d'1 sur 3 pour le passage en USLD.

Proportion du nombre de séjours long en médecine chez les plus de 75 ans par mode de sortie en 2023

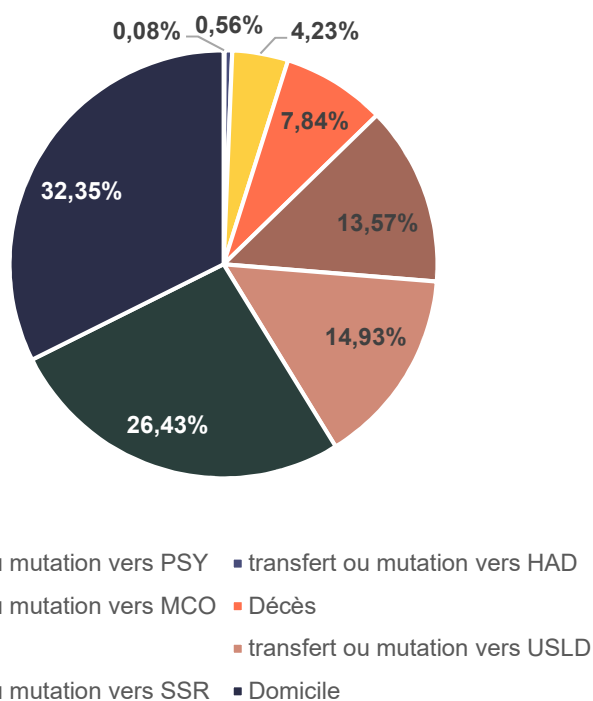


Enfin, lorsque l'on regarde le nombre de journées au-delà de la borne haute du GHS, on constate qu'en moyenne, les personnes rentrées à domicile sont restées 10 jours de plus alors que les personnes en attente d'EHPAD sont restées 22 jours de plus. Le délai de 10 jours pour un retour à domicile s'explique par le délai de mise en place des aides à domicile à partir de la demande (intégration dans les plannings du prestataire).

Nombre de jours supplémentaires à la borne haute en moyenne par mode de sortie

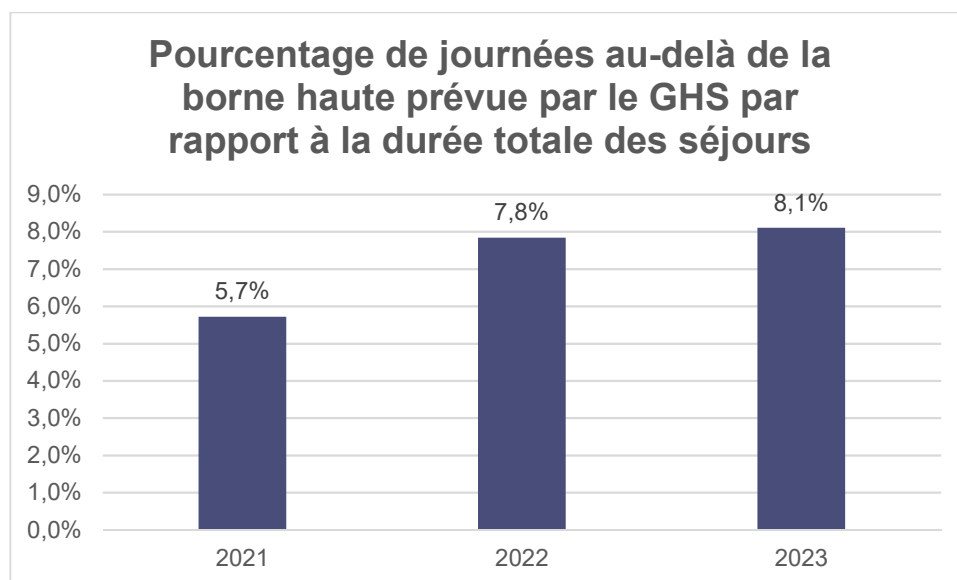


Répartition des journées supérieures à la borne haute par mode de sortie



En 2023, 8,1% des journées facturées en médecine pour des patients de plus de 65 ans étaient des journées au-delà de la borne haute du GHS. **On peut en déduire qu'environ 8% des lits de médecine sont occupés par des patients médicalement sortants** avec une augmentation progressive tous les ans.

Étiquettes de lignes	Durée totale des séjours en médecine en 2023 des patients de plus de 75 ans	Nb journées en 2023 au-delà de la borne haute	Pourcentage de journées au-delà de la borne haute du GHS par mode de sortie
Décès	22531	1570	6,97%
Domicile	131232	6477	4,94%
EHPAD	11140	2716	24,38%
transfert ou mutation vers HAD	2248	113	5,03%
transfert ou mutation vers MCO	15587	847	5,43%
transfert ou mutation vers PSY	255	17	6,67%
transfert ou mutation vers SMR	52961	5292	9,99%
transfert ou mutation vers USLD	11145	2990	26,83%
Total général	247099	20022	8,10%



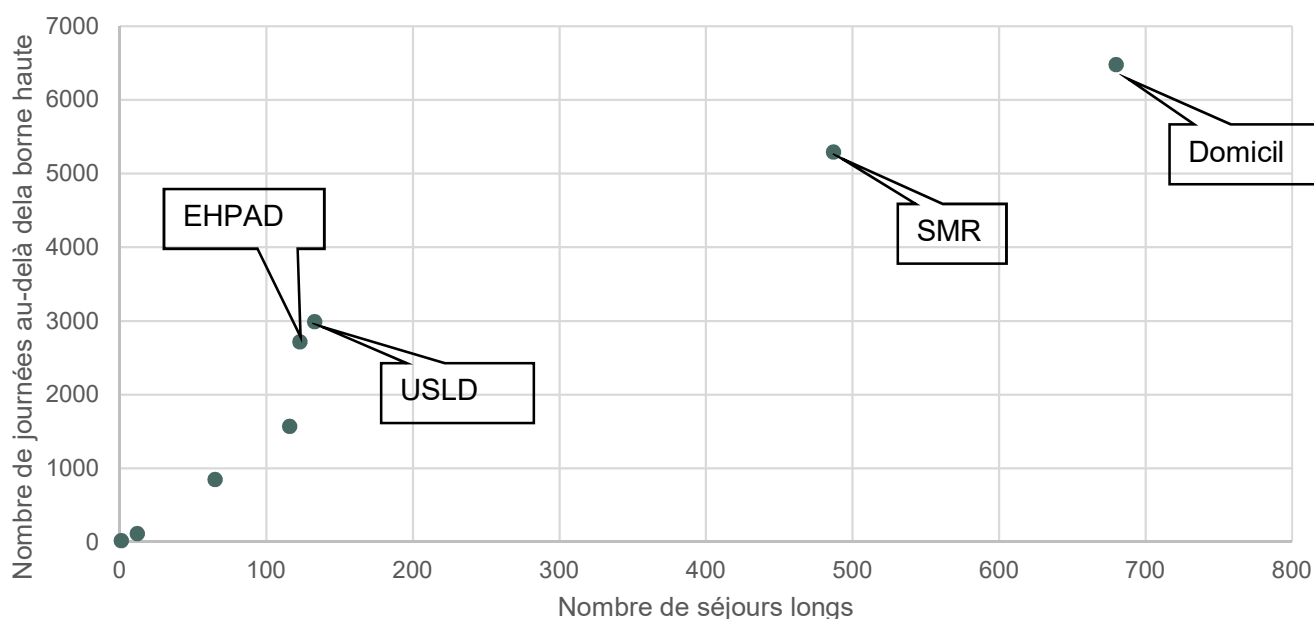
Enfin, si l'on estime qu'une journée d'hospitalisation coûte environ 1350€ en moyenne, le coût global

des journées supérieures à la borne haute est d'environ 27 millions d'€ sur la seule année 2023.

Mode de sortie	Nb séjours avec durée sup borne haute 2023	Répartition des séjours avec durée sup borne haute	Nb journées au-delà de la borne haute 2023	Coût généré par les journées supérieures à la borne haute (coût d'une journée en médecine 1350€ en moyenne)	répartition du Nb journées au-delà de la borne haute
transfert ou mutation vers PSY	1	0,06%	17	22 950,00 €	0,08%
transfert ou mutation vers HAD	12	0,74%	113	152 550,00 €	0,56%
transfert ou mutation vers MCO	65	4,02%	847	1 143 450,00 €	4,23%
Décès	116	7,17%	1570	2 119 500,00 €	7,84%
EHPAD	123	7,61%	2716	3 666 600,00 €	13,57%
transfert ou mutation vers USLD	133	8,23%	2990	4 036 500,00 €	14,93%
transfert ou mutation vers SMR	487	30,12%	5292	7 144 200,00 €	26,43%
Domicile	680	42,05%	6477	8 743 950,00 €	32,35%
Total général	1617	100,00%	20022	27 029 700,00 €	100,00%

Du fait du très grand volume de patients rentrant à domicile, la part de journées au-delà de la borne haute va être de 32.35% pour les personnes rentrant à domicile (pour 70.5% des modes de sorties) alors que les séjours des personnes entrant en EHPAD vont générer 13.57% des journées au-dessus de la borne haute pour seulement 2% des modes de sortie.

Nombre de séjours longs en fonction du nombre de journées supérieures au-delà de la borne haute prévue par le GHS



Les séjours en médecine des plus de 75 ans les plus bloquants sont ceux débouchant sur un passage en SMR, EHPAD et USLD mais du fait d'un plus grand volume, c'est le retour à domicile qui va générer le plus de journées et de séjours longs alors que seuls 2.5% des séjours débouchant sur un retour à domicile dépassent la borne haute du GHS.

Au global, environ **8% des lits de médecine sont occupés par des patients médicalement sortants** (délai d'hospitalisation supérieur à la durée prévue pour la pathologie selon le GHS) avec une augmentation progressive.

Analyse des hospitalisations complètes en SMR des patients de plus de 75 ans

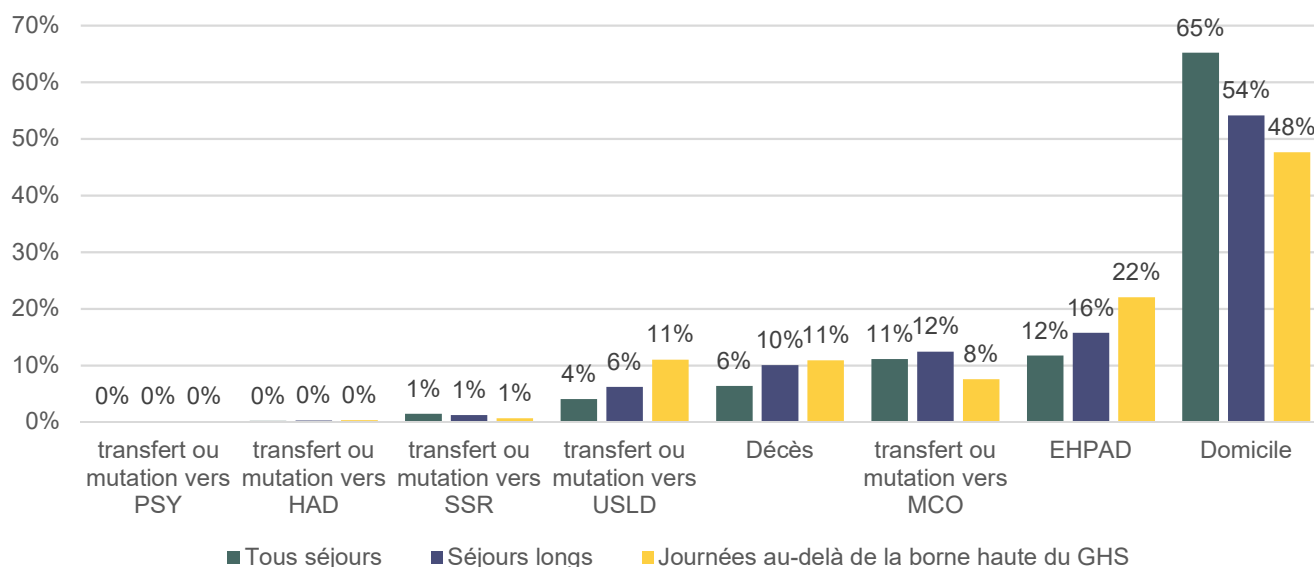
En utilisant la même méthode que pour la médecine aiguë, nous avons étudié le mode de sortie des patients de plus de 75 ans hospitalisés en SMR en 2023.

L'analyse montre que **40% des séjours en SMR vont dépasser la durée prévue par le GHS** (2 596/6 497) et que **27% des journées d'hospitalisation des patients de plus de 75 ans hospitalisés en SMR sont utilisées par des patients en attente de solution d'aval** (73 773 journées/272 657), soit un montant minimum de 23 386 041 € si on considère une journée de SMR à 317€ (correspondant à un SMR polyvalent qui est le montant le plus bas des SMR)). C'est l'équivalent de **202 lits occupés en permanence par des patients en attente de solution d'aval**.

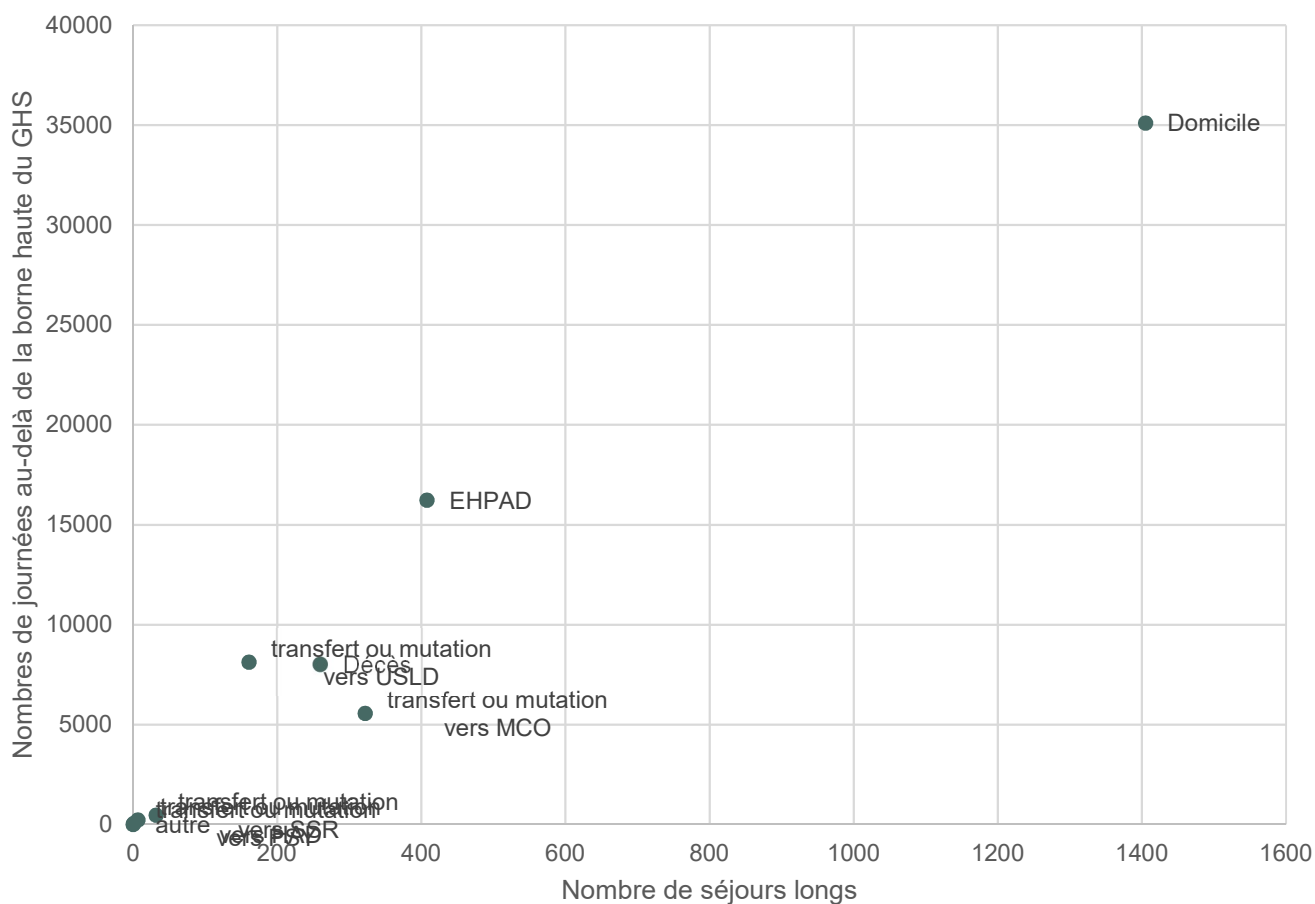
L'analyse montre un profil assez similaire à celui de l'hospitalisation en médecine avec 54% des séjours longs débouchant sur un retour à domicile et 16% sur un passage en EHPAD. Comme pour les hospitalisations en médecine, les retours à domicile représentent un très grand nombre de séjours « courts » (25 jours en moyenne au-delà de la borne haute du GHS) alors que le passage en EHPAD ou en USLD représentent moins de séjours mais plus longs (40 jours et 50 jours en moyenne au-delà de la borne haute du GHS).

A titre de comparaison, les séjours en SMR des moins de 75 ans ont un taux de saturation de 24.5% en 2023 (52 504/214 079 journées) et 33% des séjours vont dépasser la borne haute du GHS. De plus, le nombre de journées moyen au-dessus de la borne haute du GMT- Groupes médico-tarifaires (et non GHS en MCO) qui est de 28,4 est de 26,3 pour les moins de 75 ans.

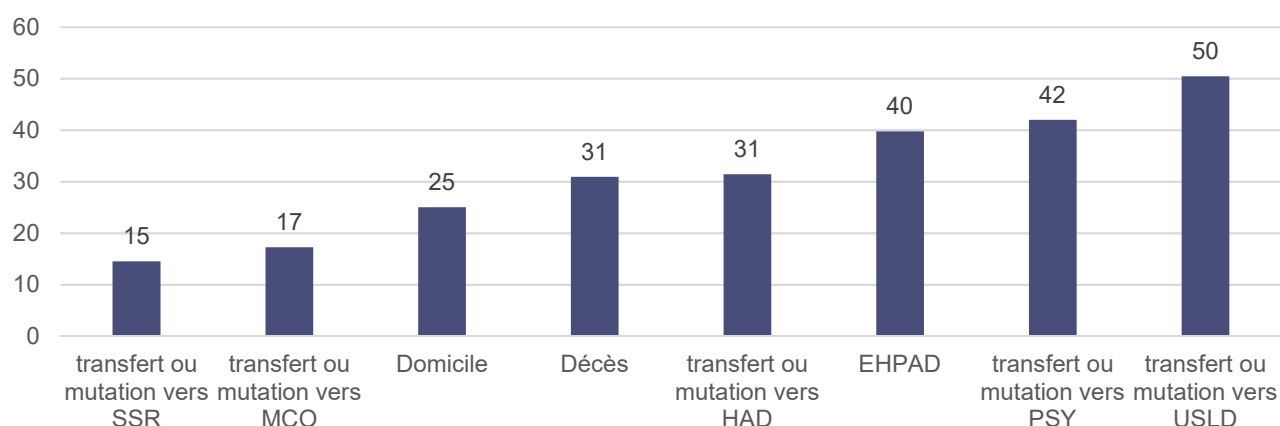
Comparaison de la répartition du mode de sortie pour "tous les séjours", "les séjours long" et "le nombre de journées au dessus de la borne haute prévue par le GHS" en 2023 pour les plus de 75 ans hospitalisés en SMR



Nombre de séjours longs en fonction du nombre de journées supérieures à la borne haute du GHS en SMR pour les patients de plus de 75 ans en 2023



Nombre de journées moyen au-dessus de la borne haute du GHS en SMR chez les patients de plus de 75 ans en fonction du mode de sortie



Étiquettes de lignes	journées au-delà de la borne haute 2023	Répartition des journées au-delà de la borne haute par mode de sortie	Prix des journées au-delà de la borne haute (tarif journalier à 317€)
transfert ou mutation vers PSY	42	0,06%	13 314 €
transfert ou mutation vers HAD	220	0,30%	69 740 €
transfert ou mutation vers SSR	465	0,63%	147 405 €
transfert ou mutation vers MCO	5560	7,54%	1 762 520 €
Décès	8031	10,89%	2 545 827 €
transfert ou mutation vers USLD	8123	11,01%	2 574 991 €
EHPAD	16226	21,99%	5 143 642 €
Domicile	35106	47,59%	11 128 602 €
Total général	73773	100,00%	23 386 041 €

Étiquettes de lignes	Tous séjours 2023	séjours avec durée sup borne haute 2023	Répartition des séjours longs par mode de sortie	taux de séjours longs par mode de sortie
transfert ou mutation vers PSY	3	1	0,04%	33%
transfert ou mutation vers HAD	11	7	0,27%	64%
transfert ou mutation vers SSR	92	32	1,23%	35%

transfert ou mutation vers USLD	263	161	6,20%	61%
Décès	412	260	10,02%	63%
transfert ou mutation vers MCO	721	322	12,40%	45%
EHPAD	761	408	15,72%	54%
Domicile	4234	1405	54,12%	33%
Total général	6497	2596	100,00%	40%

Engorgement des lits de médecine et SMR : une inadéquation entre la demande et l'offre de solutions d'aval médico-sociales

1. L'inadéquation de l'offre d'EHPAD à la demande

Plusieurs explications ont été identifiées :

- a. **Manque de places adaptées aux personnes souffrants de troubles cognitifs avec troubles du comportement / troubles psychiatriques** : le département est particulièrement peu doté en structures adaptées, entraînant un blocage des patients médicaments sortants dans les lits de SMR et réduisant par là-même le nombre de lits disponibles.

L'offre temporaire est très faible :

- i. **Une seule UCC ouverte à ce jour en 44 avec 12 lits (soit autant que la Mayenne)**
- ii. 2 UHR USLD pour un total de 28 lits
- iii. 3 UHR EHPAD pour un total de 42 lits

On constate un manque de places adaptées en EHPAD

Le département dispose de 1944 places Alzheimer dont 432 places de PASA sur 34 unités :

- Privé lucratif : 28 places de PASA
- Privé non lucratif : 272 places de PASA
- Public : 132 places de PASA

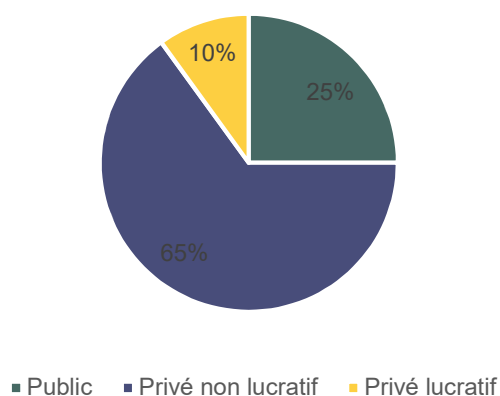
Cela permet de prendre en charge 0,3% des personnes âgées de 75 ans et plus dans le département en PASA. En sachant que les troubles cognitifs ont une prévalence estimée à 6% des plus de 65 ans¹³.

b. Une sélection du profil de patients moins lourds par les EHPAD.

Le département dispose de 15 233 places d'EHPAD : 10 % privé lucratif (1537 places), 65 % privé non lucratif (9925 places) et 25 % public (3771).

¹³ [42650_spf00000732.pdf](#)

Part de l'offre d'EHPAD en Loire Atlantique par statut

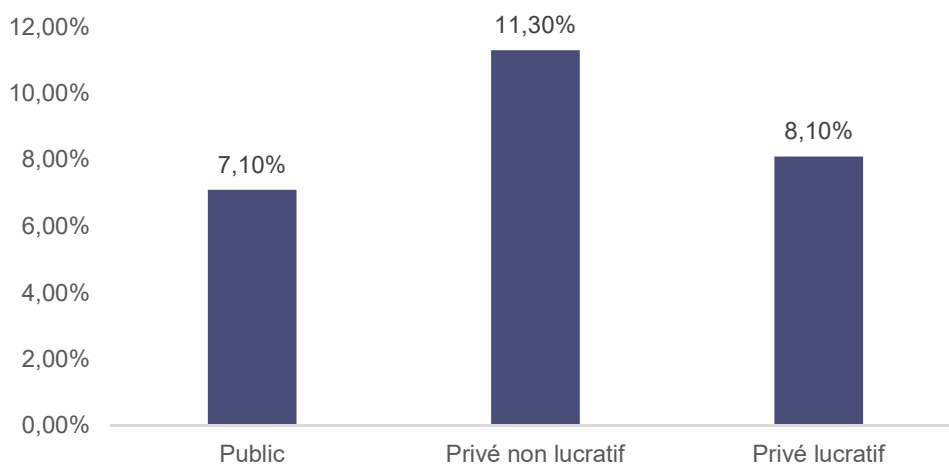


Le taux de résident GIR 5 et 6 est de 7,6% sur la région, mais à 9,8% sur la Loire Atlantique. La situation est encore plus préoccupante sur la métropole Nantaise avec un taux de GIR 5 et 6 à 12%, soit le double du seuil d'alerte.

Le taux varie en fonction du statut de l'établissement :

- Privé lucratif : 8,1% de GIR 5 et 6
- Privé non lucratif : 11,3% de GIR 5 et 6 (65% de l'offre)

Taux de GIR 5-6 selon le statut de l'EHPAD



T

Taux moyen de GIR 5-6 dans les EHPAD par territoire d'animation en Loire-Atlantique en 2023

Légende

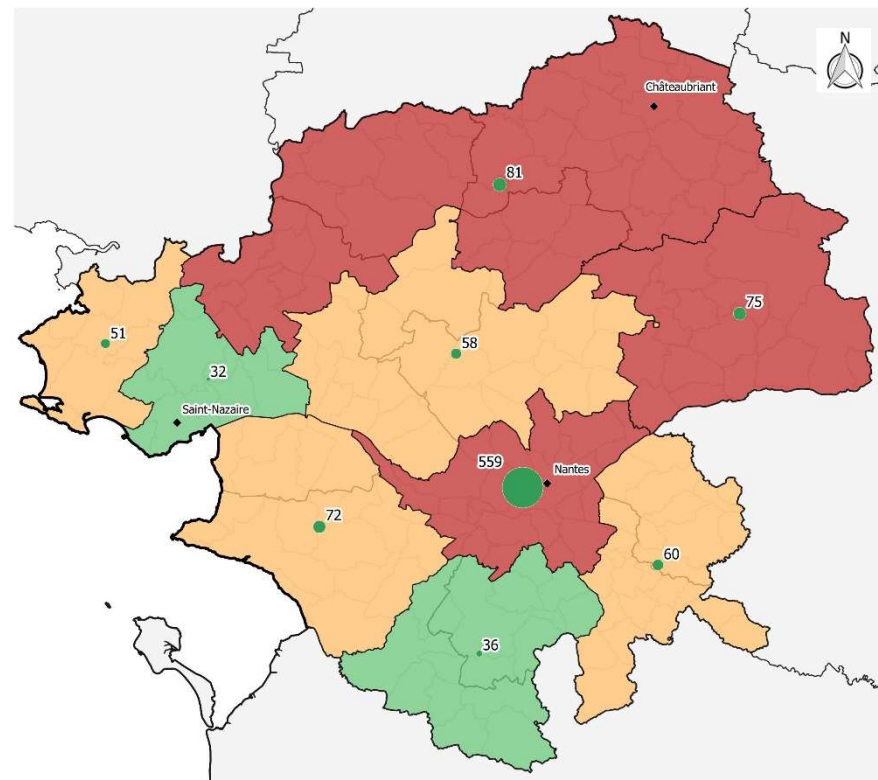
Taux de GIR 5-6 par territoire d'animation

- Inférieur à 6%
- Entre 6 et 10%
- Plus de 10%

● nbr de personnes GIR5-6

Moyenne départementale : 9,8%
Moyenne régionale : 8,4%

Seuil d'alerte 6,00% (source tdb ANAP 2022)



Source des données : IGN COG2023, QlikSense

Réalisation : DT44 - avril 2024

Par ailleurs, la **liste d'attente pour entrer en EHPAD** représente 64% de la capacité sur le département contre 69% sur la région avec une forte disparité entre le privé et le public :

- Privé lucratif : liste d'attente = 19% de la capacité
- Privé non lucratif : liste d'attente = 78% de la capacité
- Public : liste d'attente = 45% de la capacité

Ce taux élevé de résidents GIR 5-6 s'explique par plusieurs facteurs :

- 1) **Le manque de solution intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD type résidence autonomie.** En effet, le département de la Loire Atlantique est un des départements les moins équipés en résidence autonomie en France, ce qui ne donne pas d'autres alternatives aux patients en perte d'autonomie que d'entrée en EHPAD.

Taux d'équipement au 31.12.2021 en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus¹⁴

	PAYS DE LA LOIRE	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	France métropolitaine	France entière	écart à la moyenne nationale
Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	119,3	118,3	120,5	131,3	107,9	123,0	93,5	92,3	27%
Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (places en non EHPAD, logements de résidences-autonomie, places ESLD)	26,7	16,9	42,3	18,9	37,9	20,3	23,9	23,6	-29%
Taux d'équipement en places dans les centres de jour pour personnes âgées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	0,6	0,8	0,5	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6	34%
Taux d'équipement en places dans les services de soins infirmiers à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD)	17,7	17,4	17,2	19,7	19,7	16,3	19,2	19,1	-9%

- 2) De par la difficulté pour les établissements de garder le personnel, les résidents moins lourds sur le plan de l'autonomie peuvent permettre d'ajuster la charge de travail et préserver les équipes.

L'enjeu n'est pas l'augmentation quantitative de l'offre d'EHPAD mais sa transformation qualitative pour que l'offre réponde à la demande.

¹⁴ Sources : Drees, Finess ; Insee, estimation de population 2022 / (données extraites du Panorama de la Drees)

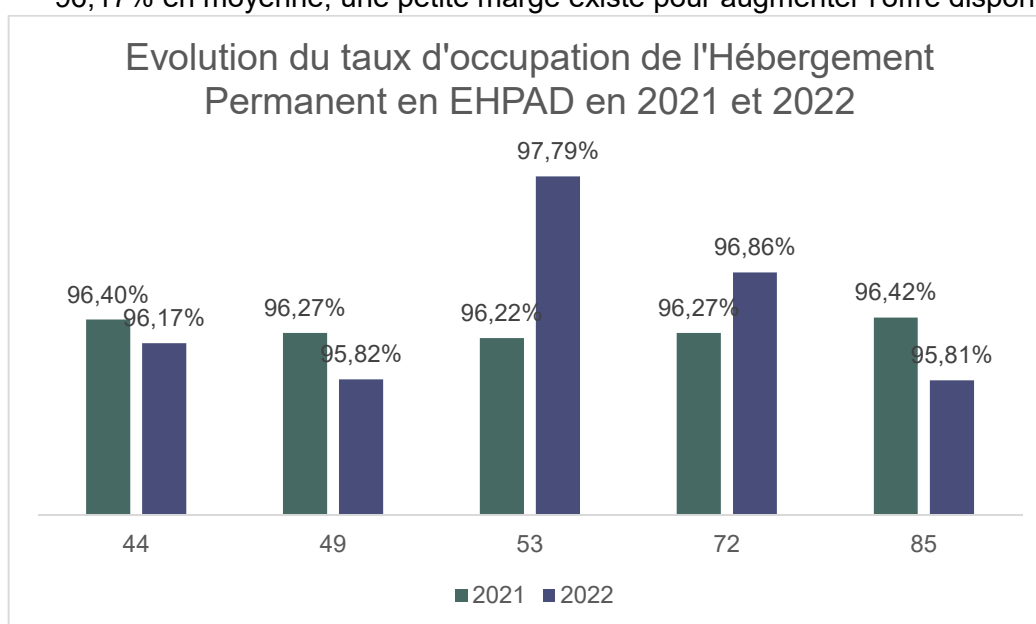
- c. **Absence de RH** pour mettre en place des aides à domicile et organiser la sortie et maintenir les places d'EHPAD ouvertes.
- d. **Difficultés d'accessibilité financière** dans un contexte où la situation financière des EHPAD du 44 est la meilleure des 5 départements de la région.
 - i. Attente de la mise en place de l'aide sociale : 3 mois de délais car certains EHPAD refusent de prendre des futurs résidents tant que le dossier n'est pas finalisé. De plus, le nombre de places fléchées sur « aide sociale » est limitée par établissement.
 - ii. Fin de l'APA rapide : les familles doivent avancer 3 mois d'APA avant d'envisager un retour à domicile.

A noter qu'une journée d'hospitalisation en SMR gériatrique coûte 298,12€. Si la personne reste 3 mois en SMR car elle ne peut pas avancer les 3 mois d'APA pour financer les aides à domicile, le coût en hospitalisation est de 9 092,66€/mois, soit 27 277,98€ pour 3 mois.

En avançant l'APA sur 3 mois, la collectivité pourrait économiser par personne en attente :

1. GIR 1 : 21411,18€
2. GIR 2 : 22533,66€
3. GIR 3 : 23848,71€
4. GIR 4 : 24989,37€

- e. **Attente de la mise en place d'une protection juridique** (tutelle ou curatelle) : 5 mois de délais. A noter qu'un travail entre le CHU et le tribunal a permis de réduire ces délais à 3 mois.
- f. **Refus des patients sans médecin traitant** : Une enquête réalisée auprès des EHPAD du département 44 a mis en évidence que 20% des établissements refusaient les résidents sans médecin traitant (ou ayant un médecin traitant qui ne peut se déplacer à l'EHPAD)
- g. **Refus des familles/patients d'un projet d'entrée en EHPAD pour des raisons financières** : cette situation n'a pas été quantifiée mais remonte régulièrement des centres hospitaliers qui n'ont aucun outil juridique pour obliger les familles et les patients médicalement sortant à accepter une solution d'hébergement en EHPAD.
- h. **Le taux de remplissage des EHPAD peut être amélioré.** Avec un taux d'occupation à 96,17% en moyenne, une petite marge existe pour augmenter l'offre disponible.



ERRD_2022_EHPAD	44		49		53		72		85		Global	
Tx Occup HP	96,17%	-0,23	95,82%	-0,45	97,79%	1,57	96,86%	0,59	95,81%	-1,01	96,23%	-0,21
Tx GIR 5-6	9,72%	-0,22	6,20%	0,26	5,15%	-0,15	6,04%	0,24	7,93%	-0,75	7,71%	-0,13
Tx Occup HT	57,22%	-2,01	62,55%	12,28	63,93%	1,63	63,21%	4,80	72,89%	2,93	63,17%	2,35
Tx Occup AJ	51,79%	1,36	57,54%	6,62	49,08%	2,70	72,81%	16,53	56,64%	6,28	57,67%	6,15

Taux d'occupation en fonction du statut de l'établissement :

Tx_HP	44	49	53	72	85	Moyenne Statut
Privé à but non lucratif	97,19%	96,42%	97,83%	98,16%	93,98%	96,76%
Privé lucratif	93,80%	94,36%	97,26%	94,40%	95,53%	94,63%
Public autonome	95,02%	95,59%	98,06%	97,78%	96,56%	96,87%
Public territorial	88,11%	94,50%	96,60%	96,76%	96,35%	95,45%
Moyenne Dép.	96,17%	95,82%	97,79%	96,86%	95,81%	96,23%

2. Le retard de mise en place des aides à domicile

Si globalement les séjours débouchant sur un retour à domicile ne posent pas de difficulté, dans 2,2% des cas, les patients rentrant à domicile après une hospitalisation en médecine vont avoir un séjour plus long que celui prévu par le GHS. Cela s'explique par le fait que les aides à domicile ne peuvent pas se mettre en place instantanément. De ce fait, le patient qui est médicalement sortant va rester environ 10 jours de plus à l'hôpital, le temps que les aides se mettent en place. De par le volume de patients concernés, cela va entraîner un nombre extrêmement important de jours d'hospitalisation supplémentaires. La difficulté de mise en place des aides s'explique par un manque de ressources humaines sur le terrain et une organisation en place insuffisamment flexible pour prendre en charge les patients au pied levé à la sortie d'hospitalisation.

PARCOURS FILIÈRE GÉRIATRIQUE SAU

Patients à besoins spécifiques avec maintien à domicile :
Isolement social
Troubles cognitifs
Besoins d'aides à domicile

AMONT
AVAL

SAU

Hospitalisation directe

HAD

Lits de médecine

Réduction du nombre de places effectives :

- Manque RH
- Faible rotation des patients

SMR

- Manque de SMR
- Faible rotation des patients hospitalisés
- Manque RH entraînant des fermetures de lits

EHPAD

RAD

- Absence de RH pour mettre en place des aides à domicile et organiser la sortie
- Difficultés d'accessibilité financières (APA)
- Attente de la mise en place d'une protection juridique (5 mois de délais)

- Manque de places adaptées en EHPAD aux troubles du comportement
- Une sélection du profil de patients moins lourds par les EHPAD (Le taux de résidents GIR 5 et 6 est de 9,8% sur la Loire-Atlantique vs 7,6% sur la région)
- Accessibilité financière
- Refus des familles
- Délais d'attente de la protection juridique
- Manque de RH

Dispositifs déjà en place localement

Anticiper la perte d'autonomie et le maintien à domicile difficile

Au global, on constate que la problématique principale est la perte d'autonomie non anticipée et non accompagnée qui va déboucher par manque d'option sur une hospitalisation en attendant une solution d'aval. De nombreux patients perdent progressivement leur autonomie en dehors de toute détection des dispositifs existants. Cette situation précaire, du fait d'un évènement médical intercurrent ou juste parce qu'elle devient trop fragile, va entraîner un maintien à domicile impossible auquel la seule solution que l'on peut apporter en urgence est l'hospitalisation. **L'enjeu majeur pour protéger toute la filière et le secteur hospitalier est la détection précoce des situations fragiles pour anticiper la perte d'autonomie et éviter un passage par l'hôpital.** Cet accompagnement précoce va permettre la mise en place d'aides à domicile, puis si besoin des séjours de répit, de l'accueil de jour, de l'hébergement temporaire, jusqu'à une entrée définitive.

A noter que de nombreux dispositifs sont en cours de déploiement pour repérer de manière précoce les patients en situation de fragilité afin de les accompagner et éviter une rupture brutale entraînant nécessairement une hospitalisation. Il s'agit des Centres de Ressources Territoriaux (CRT), des Equipes Mobiles Gériatriques à Domicile, du dispositif DIVADOM et du dispositif ICOPE (Integrated Care of Older People) qui sera bientôt généralisé.

Eviter les passages aux urgences des personnes âgées

- 1) **Astreinte gériatrique téléphonique du CHU de Nantes** : Le CHU propose un service de téléexpertise gériatrique qui permet de prendre en charge des situations qui ne nécessitent pas d'hospitalisation avec l'avis d'un gériatre au téléphone. En cas de besoin, l'appel permet d'organiser une hospitalisation directe sans passer par les urgences. La ligne est ouverte à tout le département en dehors des horaires de permanence des soins (PDSA).
- 2) **Mutualisation des infirmiers de nuit en EHPAD** : un appel à candidature est en cours pour organiser une mutualisation d'infirmiers la nuit entre plusieurs EHPAD. La présence infirmière permet bien souvent de limiter le transfert aux urgences. De nombreux EHPAD sont couverts par ce dispositif mais pas l'intégralité. L'objectif à terme est de couvrir l'ensemble des EHPAD de la région.
- 3) **Favoriser l'organisation de réponse aux soins non programmés au niveau des CPTS permettant** téléconsultation médicale assistée avec infirmier
- 4) **Permanence d'Accès aux Soins Ambulatoire infirmier (PDSA IDE)** : une expérimentation durant l'été 2023 de PDSA IDE ne s'est pas montrée concluante dans ses modalités actuelles. Le dispositif se positionnait en amont du passage du médecin (levée de doute) et a très peu été mobilisé par le SAMU-Centre 15 (les médecins de garde en ville ne pouvant l'activer directement). Un RETEX (retour d'expérience) doit être organisé pour tirer les enseignements du dispositif et le faire évoluer. Actuellement seule la métropole Nantaise est couverte par un dispositif 24h/24 de soins infirmier en urgence. Ce service est assuré par SOS infirmiers et permet de prendre en charge en urgence des patients qui faute d'effecteurs infirmier auraient été envoyés aux urgences.

Fluidifier la filière gériatrique

- 1) **Recours à la HAD (Hospitalisation à domicile)** : le recours à la HAD permet un retour à domicile plus précoce des patients nécessitant des soins techniques. Cela permet aussi la prise en charge des patients en fin de vie à domicile. Cependant, la mise en place d'une HAD nécessite la présence et l'implication d'aidants à domicile.
- 2) **Fluidifier et accélérer le retour à domicile des patients hospitalisés médicalement sortants** : Une expérimentation est en cours au sein du CHU de Nantes en partenariat avec l'ADAR (service d'aide à domicile) pour organiser un retour à domicile rapide en attendant la mise en place des aides définitives. Il s'agit d'un modèle relais avec une prise en charge temporaire et transfert vers une prise en charge par les structures de ville (intégration dans leur file active ou autre SAAD). Chaque matin la coordinatrice de l'ADAR fait le tour des services de médecine pour récupérer la liste des patients médicalement sortants, fait le lien avec le service social qui priorise ces patients afin d'organiser une sortie dans les 24-48h. Le CHU a

actuellement un contrat pour prendre en charge 30 patients par mois, l'expérimentation a débuté en janvier 2024 et les premiers résultats sont très prometteurs.

Une expérimentation de la région Grand Est a mis en place un coordonnateur du DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) au sein des urgences pour prendre en charge le plus précocement les usagers fréquents des urgences.

- 3) **Prado personnes âgées (CPAM)** : à anticiper très en amont pour mobiliser l'étayage nécessaire pour un retour à domicile, accompagnement sur 6 mois

Pistes d'améliorations à mettre en place

Eviter le passage aux urgences

- 1) **Organiser une PDSA IDE afin de réaliser les prescriptions des médecins mobiles.** Le fait que les médecins mobiles disposent d'effecteurs IDE pour réaliser leur prescriptions (diagnostic et traitement) permet de limiter le passage des patients âgés aux urgences. Cela permet aussi d'assurer la prise en charge de la fin de vie à domicile en absence d'HAD mise en place.
- 2) **Assurer la couverture de l'ensemble des EHPAD par le dispositif de mutualisation infirmier de nuit.** La possibilité pour les équipes soignantes de faire appel à une infirmière la nuit en EHPAD réduit la nécessité de transférer les patients aux urgences. Ce dispositif monte en charge progressivement.

Fluidifier la filière gériatrique

- 1) **Accélérer et fluidifier la sortie à domicile des patients** : la principale source de blocage des lits de médecine étant la mise en place des aides pour le retour à domicile, il faut travailler à des organisations telle que celle mise en place par le CHU de Nantes pour accélérer la rotation des patients et éviter des attentes de patients médicalement sortants dans les lits de médecine.
- 2) **Augmenter significativement l'offre adaptée aux patients souffrants de troubles cognitifs avec troubles du comportement**¹⁵.

De nombreux patients souffrants de troubles cognitifs avec troubles du comportement, sortants médicalement, sont bloqués dans des lits de médecine et de SMR faute de structure adaptées pour les accueillir. Le département est particulièrement peu doté en structures sécurisées. Le blocage de ces patients ne pouvant rentrer à domicile entraîne une faible rotation et une réduction fonctionnelle du nombre de lits disponibles, réduisant de ce fait la capacité d'hospitalisation globale. De plus, la saturation des services par les patients sortants détériore la qualité de vie et l'état de santé des patients, la qualité de vie au travail et entraîne une perte de sens dans la fonction de soignants. L'offre d'EHPAD étant quantitativement élevée en Loire Atlantique, les actions dans le futur doivent viser à la modifier sur le plan qualitatif.

A noter que dans le cadre de l'augmentation des places de SMR, il est prévu d'ouvrir 48 lits supplémentaires d'UCC d'ici 5 ans.

- 3) **Augmenter la capacité d'hospitalisation en SMR.** Une étude réalisée en 2019 et dont la restitution a eu lieu début 2021, a pour but de réorganiser le SMR à horizon 2030 en augmentant les capacités, suite au constat d'un taux de recours le plus faible de France en lien avec un manque d'offre et en spécialisant les SMR qui sont aujourd'hui au 2/3 en polyvalent (inverse de la répartition nationale) pour se rapprocher du niveau national. A l'échelle du 44, une augmentation de 11,5% du nombre de lit de SMR (+215 lits).

Suite aux différents échanges avec les acteurs par territoire, infra-territoire, en bilatérale, une organisation a été validée en octobre 2023.

Ces augmentations de capacité et ces transformations vont pouvoir se mettre en œuvre dès fin 2024 pour les nouvelles autorisations suite à l'ouverture des fenêtres en lien avec la réforme des autorisations.

Le SMR est également impacté par la réforme de financement, passage à 50% activité, dotation populationnelle, Activité d'expertise/ PTS, IFAQ. La région des Pays de Loire étant sous-dotée une remise à niveau est prévue par le national et nous permet d'avoir une marge de financement qui nous permet d'accompagner les établissements à la montée en charge de la nouvelle

¹⁵ H:\DT44\PRC\05-THEMATIQUES\MEDICO-SOCIAL\PERSONNES AGEES\TABLE TACTIQUE\NoteUtilisation_nuage2.docx

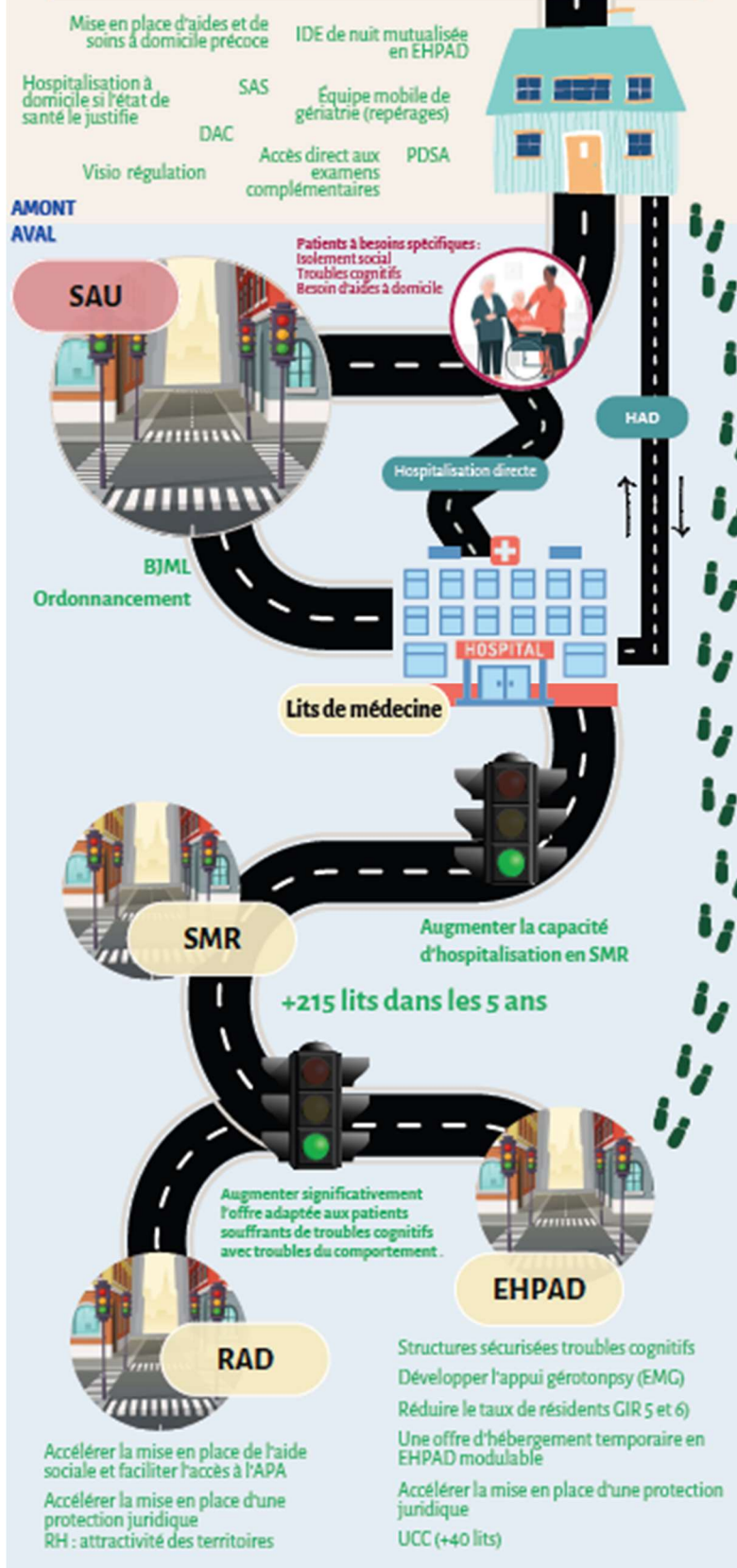
organisation à horizon 2030, selon un planning réalisé avec les acteurs, et les DT.

- 4) Travailler avec le Conseil Départemental pour **accélérer la mise en place de l'aide sociale** et faciliter l'accès à l'APA d'urgence et rappeler à l'ordre les établissements qui refusent les patients n'ayant pas finalisé leur dossier d'aide sociale.
- 5) **Réduire le taux de résidents GIR 5 et 6** dans les EHPAD au profil des patients GIR 1 et 2. (cf plan d'action EHPAD) par des mesures incitatives et un accompagnement. C'est d'autant plus possible que la situation des EHPAD du 44 est la meilleure de la région. **L'enjeu n'est pas l'augmentation du nombre d'EHPAD mais l'évolution qualitative de l'offre.** Par ailleurs, le département 44 se caractérise par un des plus faibles taux d'équipement en logements intermédiaires type **résidence autonomie**. De ce fait, des personnes GIR 5 ou 6 n'ont pas d'autre option que l'EHPAD en cas de maintien à domicile devenant compliqué. Il y a donc un enjeu majeur à développer ce type d'offre pour réserver les EHPAD aux personnes âgées les plus dépendantes.
- 6) De nombreux patients âgés en attente de place d'EHPAD présentent également des troubles psychiatriques : **nécessité de développer l'appui gérontopsy pour accompagner les équipes à la prise en charge de ces patients complexes.** Il existe un projet d'équipe mobile de gérontopsychiatrie porté par le CHU (sous l'égide du PTSM), l'équipe interviendrait en EHPAD et à domicile.
- 7) Fluidifier l'aval en période de tensions (estivales ou hivernales) : avec **une offre d'hébergement temporaire en EHPAD modulable.** (pour les EHPAD ayant la capacité d'accueil de 1 à 4 résidents en plus de leur capacité autorisée sur une période limitée)
- 8) Développer l'offre **d'Hébergement Temporaire**, en particulier en urgence pour toutes les situations de rupture rendant impossible le maintien à domicile sans indication médicale et explorer les raisons du manque de recours à ce dispositif pour lever les obstacles.
- 9) **Evaluer l'utilité, l'efficacité sur la durée moyenne de séjour et l'opportunité du déploiement d'unités tampons pour les patients en attente d'EHPAD.**
- 10) Intégrer le Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC) dans la fluidification de la filière gériatrique : favoriser le partenariat cellule d'ordonnancement/DAC
- 11) Explorer le **taux d'occupation des EHPAD** pour redéployer les places non utilisées (travaux en cours).

Agir sur l'écosystème

La crise des ressources humaines en santé entraîne des difficultés de fonctionnement des unités déjà financées. Il est indispensable qu'un travail de l'ensemble des collectivités territoriales en partenariat avec les acteurs de terrain soit mené pour travailler sur l'aménagement du territoire et l'attractivité des métiers. En effet, au-delà du simple lieu de travail, l'accès au logement, aux transports, aux gardes d'enfants... doit être travaillé de manière concertée entre tous les acteurs.

PARCOURS FILIÈRE GÉRIATRIQUE SAU



Conclusion

Le vieillissement de la population et l'augmentation massive en 15 ans du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans (+57%) et une pression de plus en plus croissante sur le système de santé. Actuellement, de nombreuses personnes, du fait d'un manque d'anticipation et d'accompagnement, se retrouvent brutalement dans l'incapacité de rester à leur domicile et la seule solution à ce jour est l'hospitalisation en urgence. Le système de santé n'est pas organisé ni calibré pour cette fonction alors même que le besoin va augmenter de manière extrêmement intense. Il est urgent d'agir pour renforcer l'accompagnement médico-social afin de préserver le système sanitaire afin qu'il puisse se concentrer sur sa fonction principale. Si nous n'avons pour l'instant étudié que l'impact sur le système hospitalier, la montée en charge des tâches en lien avec la prise en charge médico-sociale se retrouve aussi en ville.

Seule une action coordonnée de l'ensemble des acteurs de la société (institutions, politiques, collectivités territoriales, professionnels de santé, structures sanitaires et médico-sociales, acteurs du domicile, usagers...) nous permettra de relever le défi d'une crise qui ne fait que débuter.