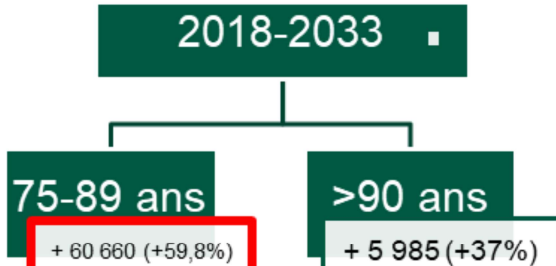
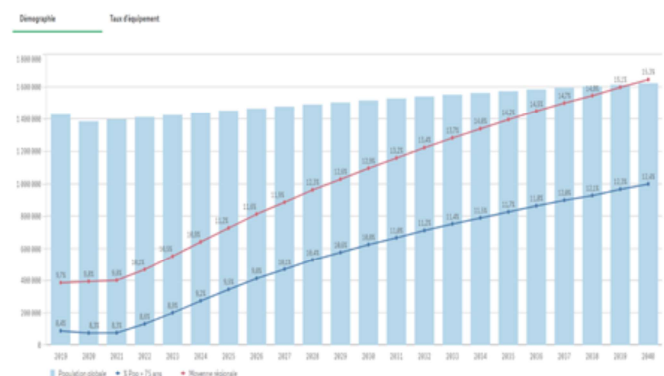


Les impacts du vieillissement de la population sur le système de santé en Loire-Atlantique : état des lieux et mise en perspective

La population des plus de 75 ans va augmenter de 57% en 15 ans

Entre 2022 et 2023 :
+ 2,5% de PA > 65 ans
Soit **+7043 personnes**

Evolution et projection sur les 20 prochaines années
Source : Simoes 2022 2023



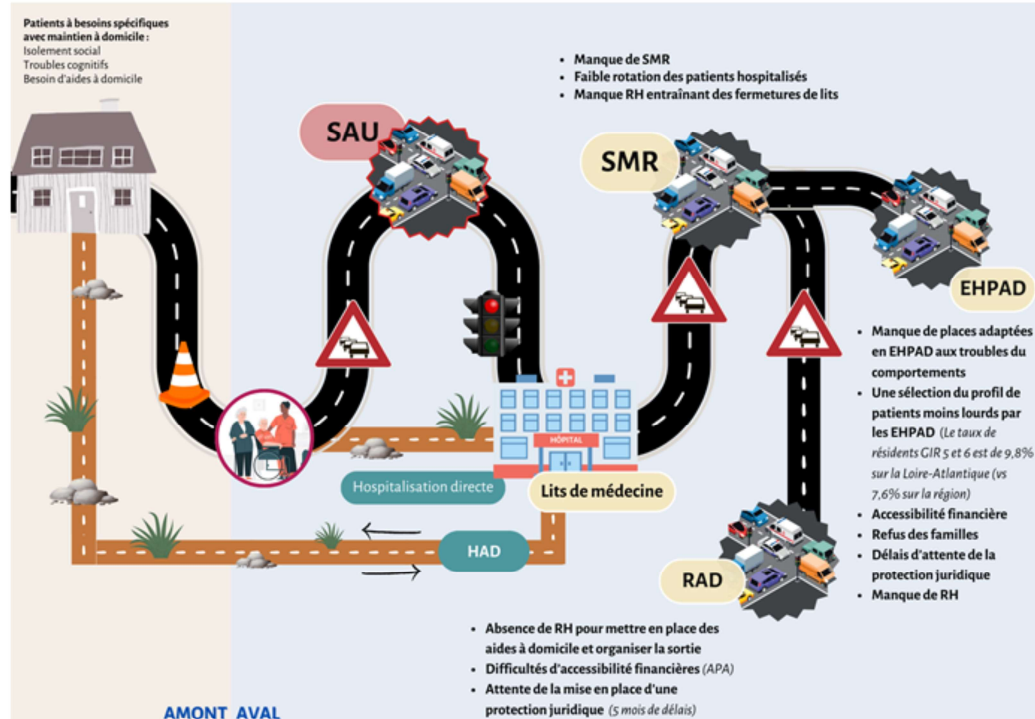
En 2033 :
+66 645 personnes de plus de 75 ans, soit une augmentation de +57% !

© ARS Pays de la Loire

*+52% en PDL

Entre 2018 et 2033 (15 ans), le département comptera 72 630 personnes de plus de 75 ans en plus, soit une augmentation de +57% !.

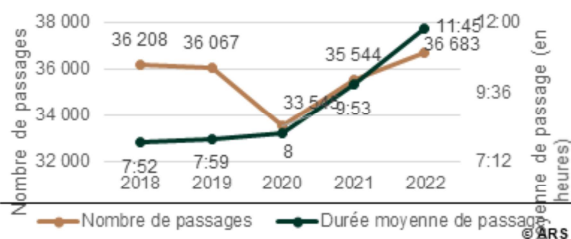
L'engorgement de la filière gériatrique a des conséquences à tous les niveaux



La saturation des urgences est un problème d'aval (flux d'entrée stable)

+1,3% de passages aux urgences
chez les plus de 75 ans
+49% de délai d'attente

Nombre de passages et durée
moyenne de passage aux urgences de
Loire-Atlantique entre 2018 et 2022
pour les personnes de 75 ans et plus



Durée des passages aux urgences en 2023



7h15
chez les 75 ans et +

4h
chez les 18-74 ans

Lecture : la durée médiane des passages aux urgences des Ligériens de 75 ans et plus est de 7h15 contre 4h pour les 18-74 ans

en fonction du parcours après le passage aux urgences

Retour à domicile
(dont EHPAD)

5h45

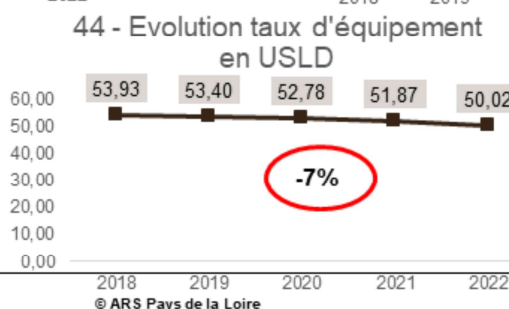
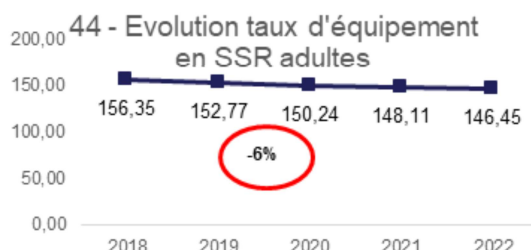
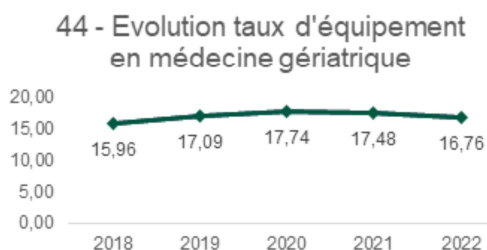
Hospitalisation

9h45

9h45
en 2023
7h45 en 2021

On constate un engorgement de plus en plus important des urgences, qui commence à se répercuter sur les transports sanitaires. On ne peut pas l'expliquer par une augmentation du flux d'amont (+1,3%) mais bien par un engorgement des solutions d'aval (+49% du délai moyen de passage).

Le taux d'équipement sanitaire diminue progressivement



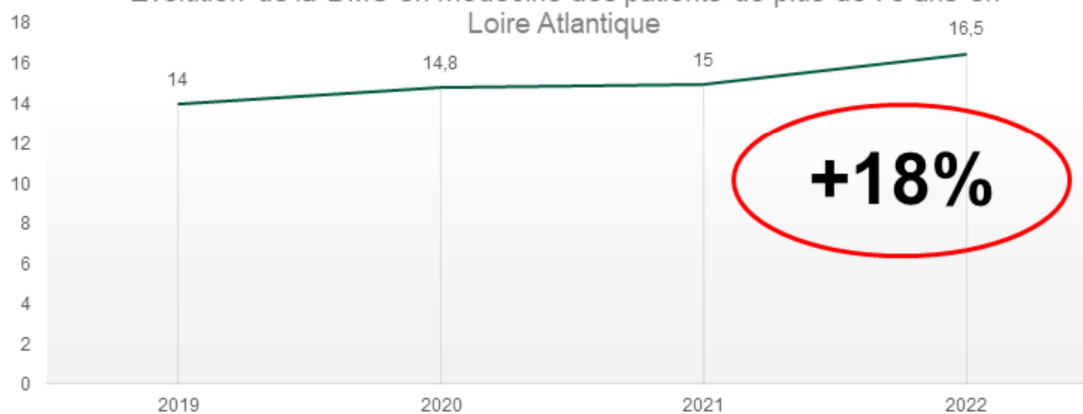
*calculé pour 10 000
personnes âgées de 75
ans ou plus

© ARS Pays de la Loire

Depuis plusieurs années, le taux d'équipement adapté à la population gériatrique diminue (l'offre est stable mais la population augmente). On constate une augmentation progressive de la durée moyenne de séjour (DMS) de 18% en 4 ans.

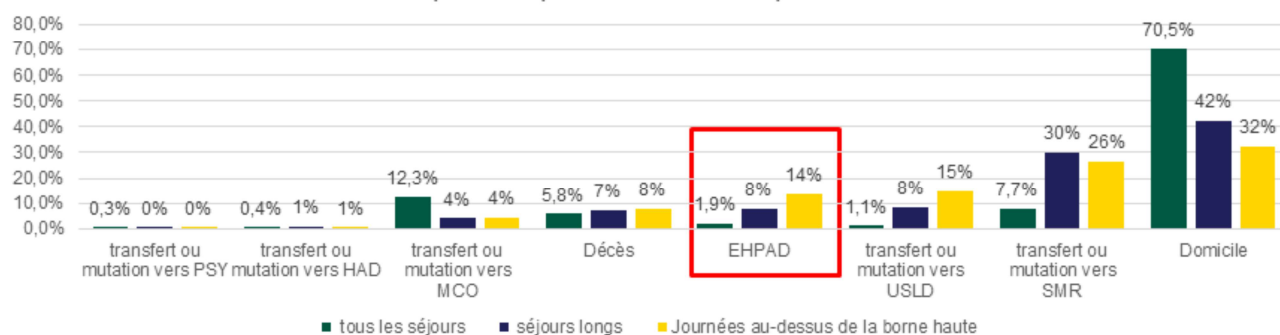
La Durée Moyenne de Séjour en médecine pour les patients de plus de 75 ans a augmenté de 18%

Evolution de la DMS en médecine des patients de plus de 75 ans en Loire Atlantique



Les séjours avec sortie vers l'EHPAD représentent 2% des sorties mais 7,6% des « séjours longs »

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



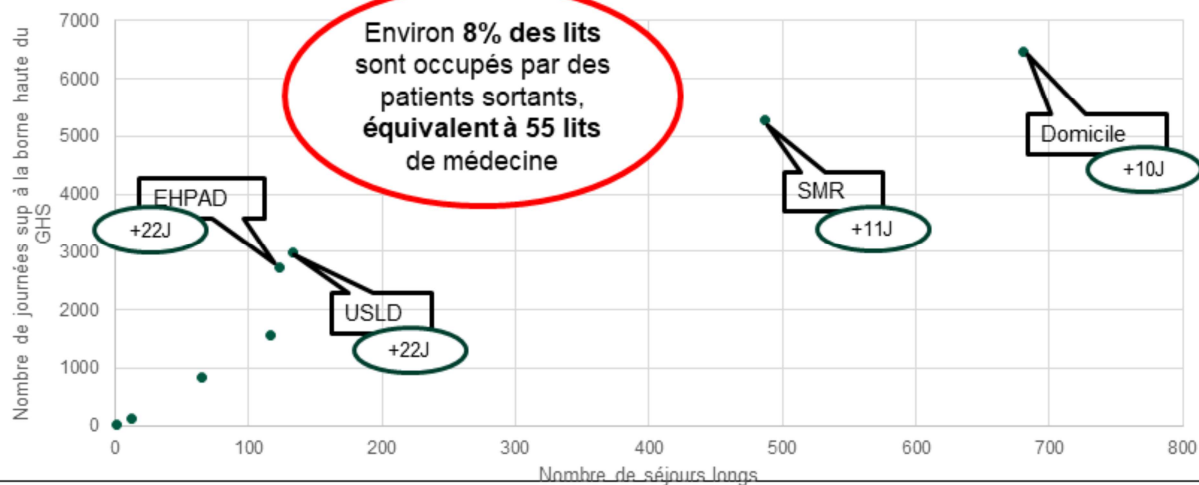
© ARS Pays de la Loire

Méthode : On définit un « séjour long » comme un séjour dont la durée est supérieure à celle prévue par le Groupe Homogène de Séjours (GHS). 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.

Si le nombre de lits de médecine est théoriquement augmentable sans autorisation (T2A), cette augmentation est limitée par le nombre de personnel disponible et la disponibilité du bâti. Par ailleurs, lorsque l'on étudie les séjours « long » (supérieurs à la durée prévue pour la pathologie par le Groupe Homogène de Séjour GHS), on constate que **8% des journées de médecines sont occupées par des personnes médicalement sortantes**. Ces 8% représente 20 022 journées d'hospitalisation 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.

Lorsque l'on étudie le motif d'attente, on constate que **42% sont en attente d'un retour à domicile (70,5% des sorties de médecine) 30% d'un passage en SMR (7,7% des sorties de médecine) 8% un USLD (1% des sorties de médecine) 7,6% attendent une place en EHPAD (2% des sorties de médecine)**. Si seuls 2% des séjours avec attente d'un retour à domicile sont supérieurs à la durée prévue par le GHS, **ils représentent la part la plus importante des journées supplémentaires** (journées au-delà de la borne haute prévue) et **impactent fortement le volume global**.

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



© ARS Pays de la Loire

Le manque de capacité de SMR est multifactoriel

- ✓ **Manque de lits structurel** en Loire Atlantique
- ✓ Fermeture de lit par **manque de personnel**
- ✓ **Manque de rotation des patients** qui ne trouvent pas de solution d'aval

Environ **27% des lits de SMR** sont occupés par des patients sortants (73 773 journées)
Soit l'équivalent de **202 lits**

© ARS Pays de la Loire

Les motifs de blocage à l'entrée en SMR (ex SSR) sont multiples :

Manque de lits structurel en Loire Atlantique

Fermeture de lit par **manque de personnel**

Manque de rotation des patients qui ne trouvent pas de solution d'aval : environ 30 à 40% des lits de SMR sont occupés par des patients médicalement sortant en attente d'une place en EHPAD (selon une étude flash du CHU de Nantes).

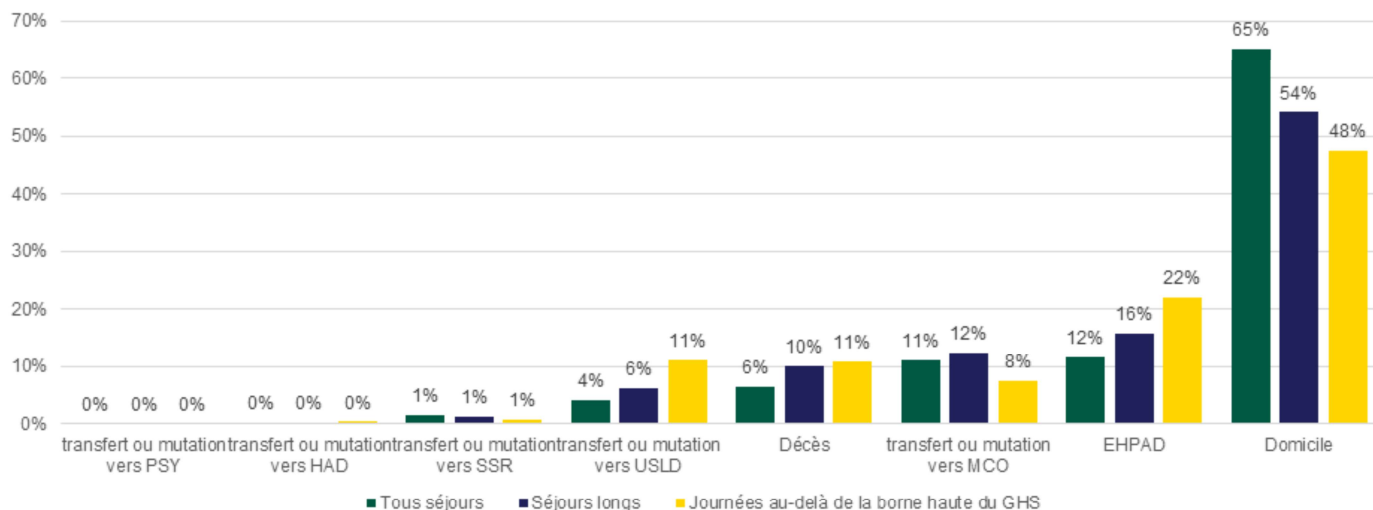
Il ressort aussi après analyse du PMSI que **27% des lits de SMR sont occupés par des patients médicalement sortants** (73 773 journées/272 657), soit un montant minimum de 23 386 041 € si on considère une journée de SMR à 317€ (correspondant à un SMR polyvalent qui est le montant le plus bas des SMR)). C'est l'équivalent de 202 lits occupés en permanence par des patients en attente de solution d'aval.

Deux facteurs se dégagent pour expliquer ce blocage :

Un délais d'attente pour la **mise en place des aides à domicile** qui entraîne un très grand nombre de séjours courts.

Un **manque de places adaptées pour le passage en EHPAD**, principalement pour les patients ayant des troubles du comportement importants.

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

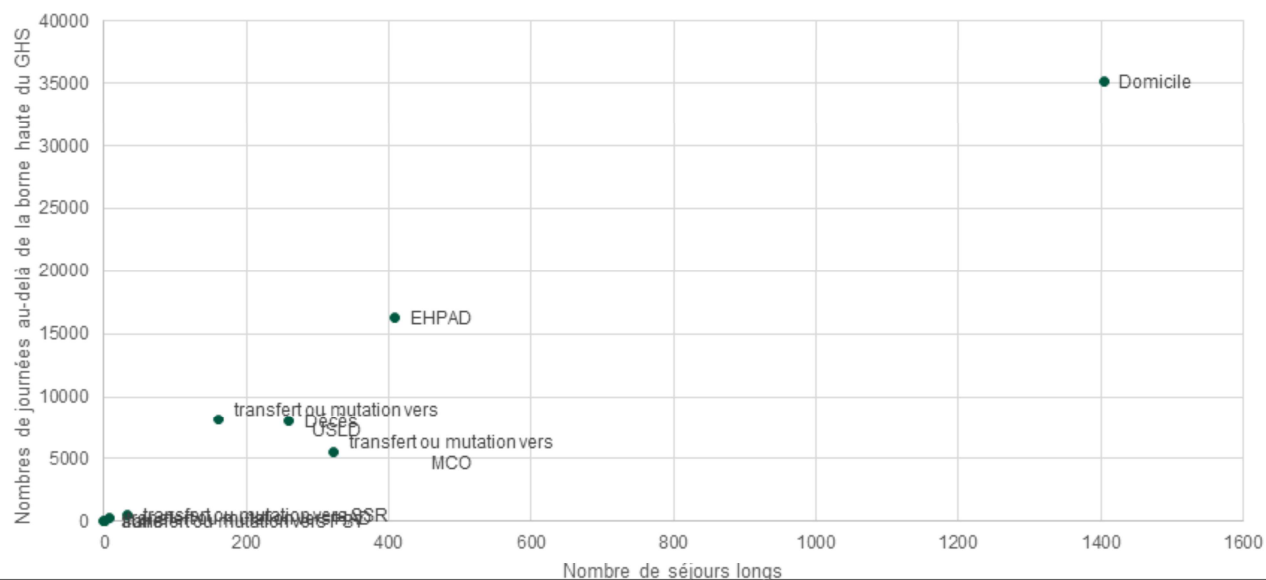


24/10/2024

© ARS Pays de la Loire

10

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



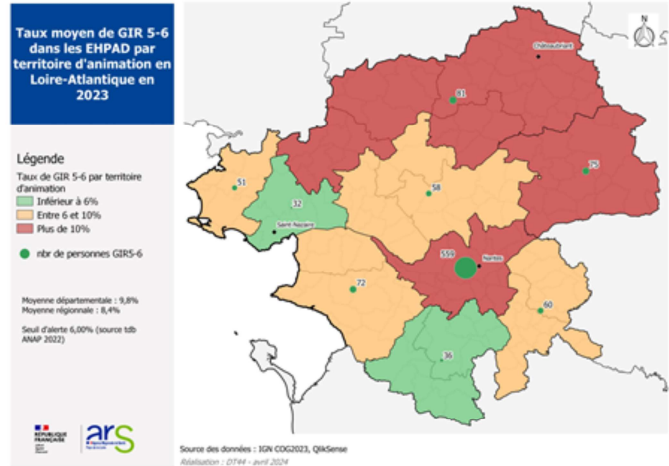
24/10/2024

© ARS Pays de la Loire

11

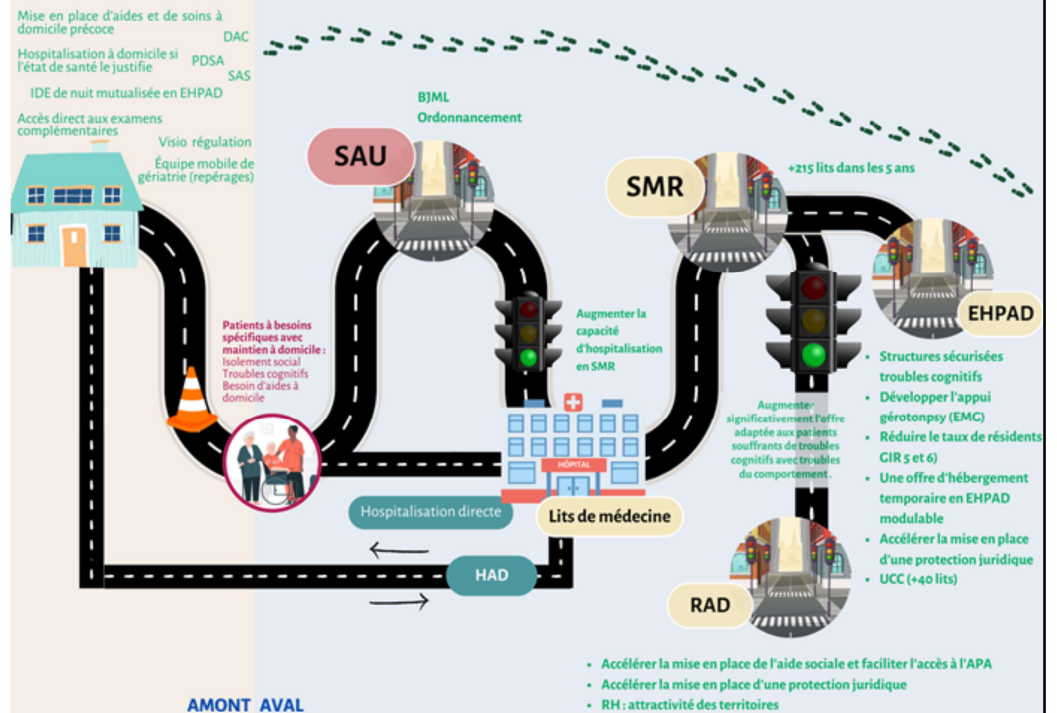
Les freins à l'entrée en EHPAD sont multiples

- Manque de places adaptées aux patients souffrants de troubles cognitifs avec troubles du comportement,
- Difficultés de prise en charge des patients/résidents GIR 1 et 2
 - Taux de résidents GIR 5 et 6 trop élevé => manque de logement intermédiaire type résidence autonomie
- Manque de ressources humaines
- Difficultés d'accessibilité financière : délai d'attente de la mise en place de l'aide sociale
- Attente de la mise en place de la protection juridique
- Refus des familles sans recours pour les établissements
- Absence de médecin traitant



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.

Les solutions pour désengorger la filière sont multiples et concernent la société dans son ensemble



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 événement 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.

Les mesures engagées par l'ARS :

1. Éviter les passages aux urgences des personnes âgées :

- **Astreinte gériatrique téléphonique du CHU de Nantes** : Les établissements de santé (CHU de Nantes, CH de Saint Nazaire ont mis en place des astreintes gériatriques). Le CHU, par exemple, 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).
- **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, l'objectif est de couvrir l'ensemble des EHPAD du département.
- **Favoriser l'organisation de réponse aux soins non programmés au niveau des CPTS permettant téléconsultation médicale assistée avec infirmier**
- **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.

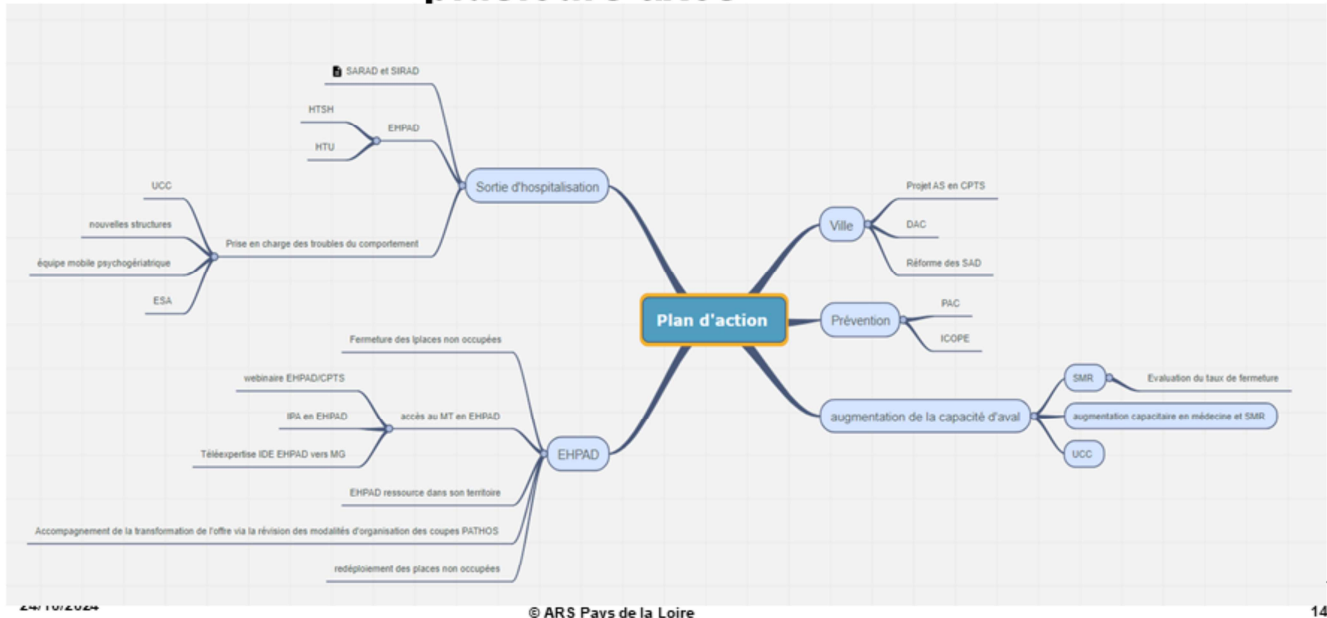
2. Fluidifier la filière gériatrique

Pistes d'améliorations à mettre en place

Fluidifier la filière gériatrique

- **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 permettant d'accélérer les retours à domicile des patients médicalement sortants.
 - Services d'aide au retour à domicile et Service de Soins Infirmier d'aide au retour à domicile (SARAD et SIRAD)** : 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.
 - 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'aides à domicile.
 - Fluidifier et accélérer le retour à domicile des patients hospitalisés médicalement sortants : Prado personnes âgées (CPAM)** : à anticiper très en amont pour mobiliser l'équipement nécessaire pour un retour à domicile, accompagnement sur 6 mois.
- **Augmenter significativement l'offre adaptée aux patients souffrants de troubles cognitifs avec troubles du comportement**. 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 unités d'accueil adaptées et sécurisées. 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.
- **Augmenter la capacité d'hospitalisation en SMR**. Une étude réalisée en 2019 a mis en évidence un déficit structurel d'offre en SMR et un enjeu de spécialisation (taux de recours le plus faible de France en lien avec le manque d'offre). **Les actions sont en cours pour réorganiser l'offre en SMR à horizon 2030 en augmentant et adaptant le capacitaire.** A l'échelle du 44, une augmentation de 11,5% du nombre de lit de SMR (+215 lits) est prévue. 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 la Loire étant sous-dotée une remise à niveau est prévue par le national et permet à l'ARS d'avoir une marge de financement pour accompagner la montée en charge de la nouvelle organisation à horizon 2030.
- **Evaluer le taux d'ouverture réel des lits de SMR** et redéployer les lits fermés qui ne pourront pas être réouverts.
- **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.
- **Expérimenter un renfort d'assistant sociale en ville pour mettre en place précocement une prise en charge médico-sociale en ville** et en amont de l'hospitalisation.
- **Réduire le taux de résidents GIR 5 et 6** dans les EHPAD au profil des patients GIR 1 et 2 par des mesures incitatives et un accompagnement. **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.
- **De nombreux patients âgés en attente de place d'EHPAD présentent également des troubles psychiatriques : nécessité de développer l'appui gériatrique pour accompagner les équipes à la prise en charge de ces patients complexes.** Il existe un projet d'équipe mobile de gériopsychiatrie porté par le CHU (sous l'égide du PTSM), l'équipe interviendrait en EHPAD et à domicile.
- **Fluidifier l'aval en période de tensions (estivales ou hivernales) : avec une offre d'hébergement temporaire en EHPAD modulable.**
- **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.
- **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.**
- **Intégrer le Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC) dans la fluidification de la filière gériatrique** : favoriser le partenariat cellule d'ordonnancement/DAC
- **Explorer le taux d'occupation des EHPAD** pour redéployer les places non utilisées (travaux en cours).

L'ARS a défini un plan d'action sur plusieurs axes



© ARS Pays de la Loire

14

Les mesures engagées par l'ARS :

1. Éviter les passages aux urgences des personnes âgées :

- **Astreinte gériatrique téléphonique du CHU de Nantes** : Les établissements de santé (CHU de Nantes, CH de Saint Nazaire ont mis en place des astreintes gériatriques). Le CHU, par exemple, 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).
- **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, l'objectif est de couvrir l'ensemble des EHPAD du département.
- **Favoriser l'organisation de réponse aux soins non programmés au niveau des CPTS** permettant téléconsultation médicale assistée avec infirmier
- **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. Fluidifier la filière gériatrique

Pistes d'améliorations à mettre en place

Fluidifier la filière gériatrique

- **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 permettant d'accélérer les retours à domicile des patients médicalement sortants.
 - Ouverture de places de SSIAD** : programmation de 2157 places d'ici 2030 dans la région, 615 PA et 56 PH pour le 44. En 44, 86 autorisées au 1er/12/2023 et 110 en 2024 au 1er/07 dont 16 PH.
 - Services d'aide au retour à domicile et Service de Soins Infirmier d'aide au retour à domicile (SARAD et SIRAD)** : 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.
 - 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.
 - Fluidifier et accélérer le retour à domicile des patients hospitalisés médicalement sortants** : **Prado personnes âgées (CPAM)** : à anticiper très en amont pour mobiliser l'étayage nécessaire pour un retour à domicile, accompagnement sur 6 mois
- **Augmenter significativement l'offre adaptée aux patients souffrants de troubles cognitifs avec troubles du comportement**. 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 unités d'accueil adaptées et sécurisées. 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.
- **Augmenter la capacité d'hospitalisation en SMR**. Une étude réalisée en 2019 a mis en évidence un déficit structurel d'offre en SMR et un enjeu de spécialisation (taux de recours le plus faible de France en lien avec le manque d'offre). **Les actions sont en cours pour réorganiser l'offre en SMR à horizon 2030 en augmentant et adaptant le capacitaire**. A l'échelle du 44, une augmentation de 11,5% du nombre de lit de SMR (+215 lits) est prévue. 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 la Loire étant sous-dotée une remise à niveau est prévue par le national et permet à l'ARS d'avoir une marge de financement pour accompagner la montée en charge de la nouvelle organisation à horizon 2030.
- **Evaluer le taux d'ouverture réel des lits de SMR** et redéployer les lits fermés qui ne pourront pas être réouverts.
- 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.
- Expérimenter un renfort d'assistant sociale en ville pour mettre en place précocement une **prise en charge médico-sociale en ville** et en amont de l'hospitalisation.
- **Réduire le taux de résidents GIR 5 et 6** dans les EHPAD au profil des patients GIR 1 et 2 par des mesures incitatives et un accompagnement. **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.
- De nombreux patients âgés en attente de place d'EHPAD présentent également des troubles psychiatriques : **nécessité de développer l'appui gériopsychiatrique pour accompagner les équipes à la prise en charge de ces patients complexes**. Il existe un projet d'équipe mobile de gériopsychiatrie porté par le CHU (sous l'égide du PTSM), l'équipe interviendrait en EHPAD et à domicile.
- Fluidifier l'aval en période de tensions (estivales ou hivernales) : avec une **offre d'hébergement temporaire en EHPAD modulable**.
- 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.
- **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**.
- Intégrer le Dispositif d'Aide à la Coordination (DAC) dans la fluidification de la filière gériatrique : favoriser le partenariat cellule d'ordonnement/DAC
- Explorer le **taux d'occupation des EHPAD** pour redéployer les places non utilisées (travaux en cours).

A retenir

- **L'accroissement de la population âgée va être massif** dans les années à venir (+57% / +66 645 personnes de plus de 75 ans),
- **Le manque d'anticipation (repérage et prise en charge) de la perte d'autonomie se reporte sur le secteur sanitaire qui n'est pas calibré pour assumer ce rôle,**
- Il faut agir à tous les niveaux :
 - Prévention : Améliorer le repérage et la prise en charge précoce de la perte d'autonomie
 - Curatif : Fluidifier la filière



Merci pour votre attention

Contact :
Amélie TUGAYE
Conseillère médicale DT44 ARS
amelie.tugaye@ars.sante.fr





Retrouvez plus d'information sur
www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr

et sur nos réseaux sociaux

