

Matthieu PICCOLI  
Président

Fanny DURIG  
Vice-Présidente

Victoire LEROY  
Secrétaire

Thomas TANNOU  
Trésorier

**Membres du CA**

Cyprien ARLAUD  
Amélie BOINET  
Alexandre BOUSSUGE  
Pierre-Emmanuel CAILLEAUX  
Arnaud CAUPENNE  
Guillaume CHAPELET  
Guillaume DUCHER  
Guillaume DUVAL  
Antoine GARNIER-CRUSSARD  
Claire GODARD  
Florent GUERVILLE  
Nathalie JOMARD  
Thomas RENONCOURT  
Sophie SAMSO  
Romain VAN OVERLOOP

## Propositions pour la Mission sur les profils de soins des personnes âgées relevant d'un accompagnement et d'une prise en soin en établissement (EHPAD ou USLD)

Paris, le 02 Janvier 2021

L'épidémie de COVID-19 a mis en lumière un certain nombre de fragilités du système de santé mais aussi certains de ses facteurs de réussite. Les organisations de soins fournis à nos concitoyens les plus âgés ont déjà été pensées selon une logique de territoire de santé, avec une articulation en parcours de santé, au plus près des besoins et des attentes de la population, qui casse la prise en charge en silo.

Ces organisations ont été démontrées comme efficaces, dans des études internationales, ouvrant la possibilité pour les personnes de rester plus longtemps à leur domicile ([https://www.cochrane.org/CD006211/EPOC\\_comprehensive-geriatric-assessment-older-adults-admitted-hospital](https://www.cochrane.org/CD006211/EPOC_comprehensive-geriatric-assessment-older-adults-admitted-hospital)), ce qui correspond à un choix largement exprimé.

Toutefois, malgré ce socle théorique, de nombreuses réformes de l'organisation des soins et l'insuffisance d'investissements dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, en institution et au domicile, ont pu conduire à un manque d'attractivité de la filière de soins de l'avancée en âge. La pandémie qui nous frappe a également mis en exergue certains défauts.

Bien que la mission se concentre sur l'accompagnement et les soins en établissements, ces derniers ne peuvent être réfléchis sans une réflexion plus globale sur l'avancée en âge (relevant des aspects gériatriques comme gérontologiques) et sur la filière gériatrique en particulier, tant les établissements ne peuvent être cloisonnés, au contraire.

Afin d'apporter à cette mission une contribution reflétant fidèlement les positions des adhérents de l'Association des Jeunes Gériatres, le Conseil d'Administration les a sondés à ce sujet.

Nous appelons à un mode de réflexion complexe, qui n'oppose pas les générations entre elles, qui n'oppose pas ville et hôpital, qui n'oppose pas domicile et établissements, qui n'oppose pas prévention et soins, qui n'oppose pas autonomie et vulnérabilité, qui n'oppose pas établissements hospitaliers et structures privées lucratives et qui n'oppose pas financement de la dépendance et financement des soins.

## 1) Quelques éléments de constat

**L'institution : un lieu de vie, que l'on intègre du fait d'un besoin de soins qui ne peuvent être actuellement assurés ailleurs**

L'important niveau de dépendance des 725 000 résidents d'EHPAD n'est pas une conséquence de l'âge, mais résulte des 7 à 8 affections chroniques qui caractérisent le profil moyen de leurs soins, parmi lesquelles les troubles neurocognitifs majeurs occupent une place importante. Ces personnes nécessitent un accompagnement par des professionnels de santé pour les aider à compenser leurs limitations de participation, assurer leurs soins et garantir leur dignité.

**Un besoin de formation aux interventions non médicamenteuses :**

Bien qu'occupant une place centrale dans l'accompagnement des personnes vivant avec des Troubles Neurocognitifs (ce d'autant lorsqu'elles présentent des symptômes psycho-comportementaux), les interventions non médicamenteuses<sup>1</sup> manquent encore d'application concrète dans de nombreux établissements, en dehors de certains accueils de jour, PASA ou UHR, ou à l'extérieur de ces unités lorsqu'elles en sont pourvues.

**Une médicalisation insuffisante en EHPAD :**

Malgré les efforts considérables tant des médecins coordinateurs que des médecins généralistes, à l'heure actuelle, 30 % des EHPAD ne bénéficient pas d'un médecin coordonnateur et 30 % des résidents n'ont pas de médecin traitant. La tarification à l'acte, pour des visites ponctuelles, ne semble pas un modèle efficient. Le dogme théorique du libre choix du médecin traitant est de facto soumis à un principe de réalité : la plupart des établissements se dotent de postes de médecins salariés afin d'assurer le suivi médical des résidents, différent du temps de coordination, en particulier lorsque le médecin traitant ne peut se rendre sur place aussi souvent que requis. Une autre possibilité est d'envisager qu'une CPTS en lien avec la filière gériatrique puisse assumer ce rôle en garantissant l'accès aux soins. En ce cas, pour les professionnels en libéral, envisager une rémunération au temps passé pour les patients en ALD et/ou de plus de 70 ans avec un Plan Personnalisé de Soins, avec une majoration des rémunérations des soins effectués en EHPAD (paramédicaux, en particulier de rééducation et médicaux), pourrait permettre de réduire cette difficulté.

**L'enjeu de la continuité des soins en EHPAD :**

En parallèle de l'aspect médical, la période de continuité des soins (soirées et week-end) peut être problématique, tant sur le plan médical que paramédical. Le recours croissant à l'HAD, pour pallier ces manquements, en particulier sur ces horaires non ouvrables / nuit profonde, ne saurait être une réponse pour l'ensemble des résidents. Il a d'ailleurs été montré que la mutualisation de temps d'infirmière de nuit avait permis de diminuer les hospitalisations la nuit, de réaliser des soins techniques lourds et d'accompagner la fin de vie à l'EHPAD<sup>2</sup>. Une réflexion autour de la continuité des soins médicaux en EHPAD, avec des mutualisations territoriales sous forme d'astreintes, qui existent déjà dans certaines structures pourrait être intéressante à mener.

---

<sup>1</sup> On distingue ici les "animations", qui ne sont pas nécessairement encadrées par des professionnels de santé et sans réel but thérapeutique, des interventions non médicamenteuses, ayant un but thérapeutique et encadrées par des professionnels de santé. **Ces dernières ont un impact significatif sur l'indépendance fonctionnelle en retardant l'entrée en établissement et donc en favorisant la qualité de vie au domicile** (Amieva H, Robert PH, Grandoulier A-S, et al. Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *Int Psychogeriatr.* 2016;28(5):707-717. doi:10.1017/S1041610215001830)

<sup>2</sup> Mutualisation d'IDE de nuit en EHPAD, Retour d'expériences des territoires PAERPA, ANAP, 2019

### **Le soin prend du temps :**

La taylorisation du travail en institution omet plusieurs facteurs importants impactant sur l'impression de qualité des soins et de sauvegarde de la dignité. Il est nécessaire d'ajuster l'organisation du travail au rythme de vie des personnes, de prendre en compte la nécessité d'anticiper certains soins (traitements antalgiques en prévision de la réalisation de soins possiblement douloureux, par exemple), ou la possibilité que des personnes incontinentes aient besoin de soins d'hygiène plus fréquents ou d'un accompagnement régulier pour se rendre aux toilettes. Autant de sollicitations pour lesquelles une absence de réponse peut conduire, malgré le dévouement des professionnels, à des situations indignes.

### **Des métiers du grand âge pas assez valorisés :**

L'insuffisance d'attractivité des carrières dans le champ de l'avancée en âge a fait l'objet d'une mission spécifique, confiée à Mme El Khomri. Outre la garantie d'un plan de formation, ce travail comportait dans ses propositions phares un besoin majeur d'évolution de carrière (notamment de la profession d'Aide-Soignant vers celle d'Assistant de Soins en Gériologie et de la profession d'Infirmier vers celle d'Infirmier de Pratique Avancée en Gériatrie), une revalorisation des salaires et des plans d'investissement dans du matériel limitant les risques professionnels au travail, y compris les risques psycho-sociaux.

### **La Coupe Pathos : un outil inadapté :**

Etant une photographie d'un moment donné, cet outil ne tient pas compte des effets de la prévention, du temps pris pour maintenir les liens avec l'entourage, ne valorise pas l'amélioration fonctionnelle (un passage du GIR 1 à 2 se traduit par la perte de points et donc de moyens) et ne récompense pas les établissements ayant une politique de formation des équipes ou de prévention des risques psycho-sociaux.

### **Des patients nécessitant des soins plus lourds en USLD :**

Le Pathos Moyen Pondéré (PMP) des patients en USLD semble être 50 % plus important que celui des patients d'EHPAD (350 vs 230). Le taux de patients avec SMTI (Soins Médicaux-Techniques Importants) y est d'un peu plus de 40 %, avec un GIR pondéré moyen (GMP) proche de 860 et un âge moyen de 82 ans (sources internes).

### **Une place des aidants toujours difficile à établir :**

Malgré une offre de plus en plus fréquente d'accompagnement des aidants lors de l'entrée d'une personne en institution, l'arrivée dans un environnement radicalement différent du domicile est souvent un moment difficile au cours duquel il est parfois difficile de trouver une place, avec une limite ténue à trouver pour conserver à la fois l'expression de la volonté de la personne et l'intégration de son entourage dans le projet de soins.

### **La qualité des soins doit prévaloir sur la recherche de rentabilité financière :**

Bien que des mesures d'incitation à la création de places ou au renouvellement du mobilier dans des institutions par le biais d'instruments fiscaux puissent se comprendre, la financiarisation de l'hébergement pose à la fois une question éthique et de justice sociale : l'effort financier consenti pour l'hébergement par les familles et par la collectivité<sup>3</sup> (Aide Sociale à l'Hébergement, Allocation de Logement Sociale ou Allocation Personnalisée au Logement) devrait se traduire par une sanctuarisation d'un montant dédié à l'amélioration, d'un côté, des conditions de vie pour les résidents et de l'autre, de travail pour les professionnels au sein des établissements.

De plus, si la recherche de l'efficience doit garantir tant aux contribuables qu'aux familles que chaque euro investi sera un euro utile à la qualité de vie des personnes vivant en institution du fait de son besoin de soins, il faut considérer que la société du "Prendre Soins" peut représenter, y compris avec un haut niveau d'exigence sociale

---

<sup>3</sup> Il existe par ailleurs des financements collectifs pour ce qui est du "forfait soins" et du "forfait dépendance", via l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en Etablissement.

et environnementale, un cercle vertueux sur le plan économique, tant par la création d'emplois directs qu'indirects et le maintien de bassins de vie.

#### **L'alimentation est un soin :**

Compte-tenu de l'impact majeur de l'alimentation sur l'état de santé (dénutrition, déshydratation) et son impact psychologique et social, la qualité des repas, malgré les bonnes volontés s'exprimant en commission des usagers, ne devrait pas être guidée par un impératif de limitation des coûts. D'un autre côté, des sessions de discussion éthiques autour du refus de l'alimentation pourraient apaiser certaines situations.

## **2) Profils de soins différents entre EHPAD et USLD**

A l'heure actuelle, ce qui distingue l'EHPAD de l'USLD sont d'une part un profil de résidents en USLD plus lourd (GMP et PMP plus élevés, SMTI plus importants) et d'autre part la présence d'infirmière 24h/24, avec intervention médicale possible 24h/24 en USLD.

De plus, et cette différence est notable, le pilotage des USLD relève du secteur sanitaire (soit exclusivement, soit partiellement), tandis que le pilotage de l'EHPAD relève exclusivement du secteur médico-social. Néanmoins, un pilotage unique de l'établissement pour personnes âgées permettrait des clarifications et des fluidifications attendues sur le terrain. Nous rappelons ici une proposition du manifeste des gériatres, appelant à "Fusionner la tarification des sections « soins » et « dépendance », attribuer l'enveloppe correspondante à partir d'un outil de tarification révisé afin qu'il soit plus fidèle à la complexité des profils de soins des résidents, harmoniser cette tarification sur le territoire national et confier le pilotage de cette enveloppe à un acteur unique issu du secteur sanitaire (ARS)".

Ce qui permet, à l'heure actuelle, de faire le choix entre ces deux solutions d'institutions est donc, en dehors des indications spécifiques à une prise en charge en UHR, la présence d'une ou plusieurs comorbidités graves à risque de décompensation ou un projet palliatif terminal à moyen terme.

Toutefois, faute de places en nombre suffisant en USLD et du fait de tensions en personnels de rééducation dans ces unités, des patients aux profils de soins hospitalo-requérants peuvent être transférés en EHPAD. EHPAD ayant un taux d'encadrement insuffisant pour accueillir des patients de ce type.

## **3) Place de l'institution dans le parcours de santé des personnes âgées**

La décision d'intégrer un établissement est souvent le fait d'une rupture d'un équilibre, de plus ou moins grande durée et plus ou moins instable, au sein d'une avancée en âge effectuée jusque-là au domicile, avec le support d'aidants familiaux, professionnels, institutionnels, sanitaires et médico-sociaux à des degrés divers. Un objectif fondamental sera donc de **favoriser l'optimisation thérapeutique et l'approche gériatologique globale au sein d'une filière fluide.**

#### **Renforcer l'accueil hors hébergement :**

Outre les solutions permettant un répit à l'entourage (accueil de jour, plateforme de répit, etc.) des solutions d'hébergement transitoire (accueil de nuit, hébergement temporaire) peuvent être proposées. Pour en assurer un financement, une mesure d'impact médico-économique d'une prise en charge par l'Assurance Maladie de ce type d'hébergement (à la place d'une hospitalisation de répit) permettrait peut-être de limiter voire éviter, au sein d'un projet personnalisé de soins, une rupture critique de parcours de santé.

Afin d'en faciliter l'accès, il serait intéressant d'évaluer la possibilité de mettre en œuvre, pour toutes les personnes bénéficiaires de l'APA au domicile, un plan de financement d'urgence pour un hébergement temporaire, un accueil de nuit ou un accueil familial (via des modalités similaires en certains points à l'Aide Sociale à l'Hébergement).

De plus, l'accueil familial, auprès de structures agréées, est une solution trop exceptionnelle en nombre. Elle pourrait également s'envisager à titre temporaire, comme un séjour de répit.

### **Développer un modèle mixte foyer-logement, EHPAD et USLD support de l'expertise gériatrique du territoire :**

Au sein de l'établissement support de la filière gériatrique, on pourrait imaginer une maison de santé dédiée. Elle comprendrait un recours ambulatoire (Consultations/Hôpital de Jour à visée diagnostique ET de rééducation), un DAC (Maison des Aînés et des Aidants, avec l'équipe mobile extrahospitalière/le réseau gérontologique, la plateforme de répit, ...) et serait accolée à une USLD d'une trentaine de lits, avec une UHR de 15 lits, une maison de répit de 5 lits (cf. *infra*), une unité de vie de 80 lits d'EHPAD, avec un PASA et un accueil de jour et une résidence-services de 50 places. Ceci permettrait d'avoir un cahier des charges équilibré en termes de présence médicale (avec un temps sanctuarisé de soins et de coordination), paramédicale (en particulier d'ASG et d'IPAG), un plateau de rééducation et un centre de télé-expertise ouvert sur la ville (en particulier pour des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation complète ou en mutualisation avec d'autres besoins de « rééducation non gériatriques »).

Ces lieux pourraient également servir de centre de preuves, comme appelé par la filière de Silver Economie, notamment par rapport à des travaux de recherche sur les interventions non médicamenteuses, au sein d'une coordination avec les gérontopôles régionaux et pourraient conjointement réaliser un plan de formation (en interne comme en externe) avec comme thématiques phares : Bientraitance, nutrition, troubles neurocognitifs, symptômes psycho-comportementaux et soins palliatifs.

En intégrant ce type d'établissement support de la filière, cela permettrait d'assurer, suivant une logique territoriale graduée, l'accès aux possibilités, pour les résidents, de bénéficier des compétences portées par les Comité de lutte contre la douleur et la promotion des soins palliatifs (CLUD-SP), Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS), Comité local d'Ethique et de protection des personnes les plus vulnérables, Comité du Médicament, Commission des Equipements et Commission des Usagers.

Aussi, on retrouverait au sein d'une même structure, partageant l'information et les compétences, la possibilité d'une ouverture sur la ville et la possibilité d'un lien intergénérationnel, ce d'autant si on envisageait de les coupler à des habitations à loyer modéré pour les personnels qui y travaillent (cf *infra*), avec une crèche (voire école de proximité), de sorte de favoriser le lien intergénérationnel et favoriser les recrutements.

En reprenant une proposition du manifeste des gériatres en 22 mesures, sur la base du GIR Moyen Pondéré (GMP) National et du Pathos Moyen Pondéré (PMP) National, dans un EHPAD de 80 places, sans tenir compte des dotations spécifiques liées aux activités supplémentaires décrites ci-dessus ou à la permanence des soins, les besoins minimum devraient être les suivants : 0,6 ETP Médecin coordonnateur, 0,6 ETP Médecin de soins, 7 ETP Infirmiers (dont 1 IDEC et 1 IPAG), 26 ETP d'Aides-soignants (dont 20 % d'ASG), 1 ETP Psychologue, 1 ETP Ergothérapeute, 0,5 ETP Psychomotricien, 0,5 ETP Kinésithérapeute distinct d'un temps d'Enseignant en Activité Physiques Adaptées (EAPA), 18 ETP Agents des Services Hospitaliers (ASH), 4 ETP Administratifs (secrétariat, direction).

### **Favoriser le lien intergénérationnel :**

Soutenir la création d'habitats intergénérationnels, créer des pôles de santé à proximité d'écoles/collèges (hébergeant un plateau de rééducation pluriprofessionnel à la fois du grand-âge et de l'enfance) au sein de résidences dont les logements à loyer modéré ou encadré seraient attribués pour moitié à des familles ayant des enfants en âge d'être scolarisés ET pour moitié à des personnes âgées, avec un jardin partagé et un espace associatif permettrait d'assurer un nombre important d'échanges intergénérationnels

### **Renforcer la prévention :**

Il existe des connaissances solides sur l'impact de la prévention du vieillissement pathologique. Cela est d'autant plus important que 30 % des situations de Troubles Neurocognitifs Majeurs pourraient être évitables. Il en est de même du phénotype de fragilité.

Nous proposons donc de faire émerger une consultation gratuite de prévention du vieillissement pathologique et de la fragilité pour les usagers de plus de 60 ans par un professionnel de la gériatrie et de la gérontologie. Ce rôle pourrait être porté par un(e) infirmier(e) de pratique avancée en Gériatrie, en lien avec un centre ambulatoire de gérontologie et/ou avec le support du programme I-Cope. De plus, il serait pertinent de déterminer un référent médical gérontologique de proximité, permettant d'optimiser le recours en cas de fragilité (constatée par la personne, son entourage, son environnement médico-social ou son médecin traitant). Une autre piste prometteuse pourrait être de soutenir les programmes d'éducation thérapeutique (prévention des chutes, programmes de formation et d'aide aux aidants, programmes de prévention en faveur du maintien au domicile, programmes de prévention des pathologies cognitives ...) et de favoriser le développement d'Hôpitaux de Jour de Soins de Suite et Réadaptation (HDJ SSR).

### **Renforcer l'expertise gériatrique à l'hôpital :**

Malgré les recommandations de la HAS-CNPG de 2017<sup>4</sup> et la circulaire de mars 2007 sur la filière gériatrique<sup>5</sup>, la mise en application concrète de ces mesures se heurte à certaines difficultés.

Le remplacement d'effecteurs de terrain par une superposition de systèmes d'encadrement ou de contrôle peut avoir conduit, en ajoutant la différence de fonctionnement et de pilotage entre le monde sanitaire et le monde médico-social, à des rigidités dans les interfaces entre Ville, Hôpital et Etablissements. Ce qui multiplie les indicateurs pour démarrer un accompagnement et favorise, a contrario de ce qui est attendu, une prise en charge en silo.

De plus, du fait de la problématique du financement de l'hébergement (qu'il soit en EHPAD ou en USLD), avec les effets non souhaités de la pondération des séjours en fonction des profils, l'aval du SSR Gériatrique peut représenter une difficulté. Cette difficulté a d'ailleurs été comprise pendant la crise COVID-19, avec, dans certaines régions, la prise en charge financière par l'ARS de 2 mois d'hébergement à l'issue d'un séjour en SSR ou le renforcement du partenariat hôpital et EHPAD et la mise à disposition de lits d'hébergement d'urgence en cas d'hospitalisation d'un aidant.

### **Renforcer la prise en charge palliative et la fin de vie en institution :**

"44 % des personnes décédées en EHPAD ont séjourné au moins une fois à l'hôpital au cours des 6 derniers mois de leur vie. En moyenne, ces patients ont fait 2 séjours (24 jours) au cours de ces 6 mois et sont sortis de l'hôpital un mois et demi avant leur décès"<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, HAS-CPNG 2017

<sup>5</sup> Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

<sup>6</sup> Cousin F., Gonçalves T. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Deuxième édition - 2020 - Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2020, 104 pages.

Dans ces 3 situations, la fluidité des parcours doit être permise tant par une possibilité facile d'échanges et de réponses graduées entre l'EHPAD et l'Hôpital (téléphone, mails sécurisés simples d'utilisation, recours à la télé-expertise, à l'Equipe Mobile Extra-Hospitalière ou à l'Hospitalisation directe) et par la détermination d'un référent médical de proximité pour chaque personne accompagnée dans la filière.

Le besoin de soins supplémentaires dans ces contextes pourrait indiquer soit la création d'unités dédiées de quelques lits en USLD ou en EHPAD, soit la création de maisons de répit (équivalent des « Hospice » aux USA) où des soins palliatifs sont réalisés dans un cadre proche du domicile (pièces dédiées pour la famille, lien social, ...).

#### **Hébergement hors EHPAD :**

Foyer-Logement, Résidence-Service, Maison d'Accueil Rural, ... sont autant de structures au sein desquelles le profil d'indépendance fonctionnelle des résidents est théoriquement relativement préservé ou facilement compensé par le SSIAD/SAD qui leur est accolé. Néanmoins, des patients se retrouvent de plus en plus dépendants dans ces structures où le niveau de soins fourni est insuffisant en regard du besoin.

#### **Alternatives à l'EHPAD ?**

Sur le même principe d'export des compétences hors des murs de l'Hôpital via l'HAD, une USLD au domicile pourrait voir le jour. Cette dernière interviendrait en subsidiarité de l'existant, en reprenant par exemple les compétences déjà présentes dans les ESA (SSIAD), auxquelles des compétences médicales (via un réseau ou une équipe mobile externe), de rééducation et d'Auxiliaire de vie pourraient s'ajouter. Le support du réseau d'offices de proximité et l'usage des technologies de l'information ou de robotique pourraient également apporter une plus grande égalité territoriale.

L'habitat intergénérationnel (cf supra), encore trop peu usité et soutenu, se heurte toutefois au principe de réalité du besoin de soins.

## **4) Outils pertinents :**

#### **Evaluation :**

Elle passe par l'évaluation de la dépendance (par les outils AGGIR, ADL et IADL) et la recherche de comorbidités (éventuellement avec le CIRS-G) mais nécessite une formation spécifique des professionnels. Cette évaluation doit nécessairement comporter une évaluation des priorités de la personne en matière de soins et de qualité de vie.

#### **Soins et Suivi :**

Généraliser et valoriser la pratique des plans de vie individualisés et des projets personnalisés de santé (PPS) pour toute personne de 75 ans et plus. Ce dernier devra comporter une partie qualité de vie, comprenant une évaluation et un suivi de la douleur ainsi qu'une "anticipation en cas d'aggravation", tenant compte des souhaits exprimés par la personne (directives anticipées, qui pourraient être reformulées en « projet d'intégration de la qualité de vie dans le projet de soins », afin d'interroger régulièrement si les soins fournis permettent la réalisation de l'autonomie de personne dans son objectif de qualité de vie).

#### **Coopération :**

Il existe quelques initiatives d'annuaires de territoire clairs et facile d'accès pour les professionnels, qu'il faudrait développer voire intégrer au logiciel de dossier médical.

Ce dernier, informatisé, gèrerait les prescriptions et résultats d'examens ainsi que le calendrier de vaccination, pouvant être partagé entre collègues (avec une partie accessible et inscriptible pour le patient) et permettrait de prévoir des protocoles de délégation de tâches. Ces annuaires intègrent des contacts hospitaliers privilégiés afin d'éviter le recours aux urgences en cas de nécessité d'hospitalisation, ainsi que les partenaires éventuels de la filière (Equipes mobiles extrahospitalières, soins palliatifs, HAD, ...)

Développer un dossier médical intégratif partagé, prévoyant les protocoles de délégation de tâches.

## **5) Objectifs de qualité de vie au sein des établissements :**

Il s'agit principalement d'un objectif individuel, fixé par le patient, avec l'aide éventuelle de son entourage, en lien avec l'équipe de soins qui l'accompagne dans l'établissement et en amont de l'institution. La lutte contre la douleur, contre la iatrogénie, la promotion de la bientraitance, des bonnes pratiques gériatriques et de la prévention quaternaire doivent être fondamentales. Le projet d'établissement doit être co-écrit par l'équipe et les usagers, de sorte de (re)mettre de la vie dans les établissements !

### **Conclusion :**

Certaines propositions de ce texte font appel à des propositions que nous avons pu formuler dans le cadre de la Mission sur l'attractivité des métiers du grand âge (Mission confiée à Mme El Khomri), à celles que nous avons pu formuler dans le cadre du Ségur de la Santé ou dans le manifeste des gériatres rédigé lors des Universités du CNP de Gériatrie (<https://sfgg.org/media/2019/11/15-mesures-cnp.pdf>).

Ce texte traduit enfin la force de proposition des jeunes gériatres, qui vont accompagner et vivre les modifications profondes du système de santé à venir, dans un esprit collectif, au service des personnes avançant en âge (actuelles et en devenir), de la spécialité et de la discipline. En ce sens, notre structure appelle à une planification pour la mise en œuvre concrète de l'ensemble des propositions faites dans le rapport Libault<sup>7</sup>, en plus de ces propositions.

**Pour l'AJG, son Conseil d'Administration.**

---

<sup>7</sup> Libault D. Concertation Grand âge et autonomie, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019, 226 pages