



**UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ALSACE  
COMMISSION DE GERONTOLOGIE**

***GUIDE DE BONNES PRATIQUES***

***PATIENT AGE :***

***ADMISSION  
DANS UNE STRUCTURE SANITAIRE  
ET RETOUR  
DANS SON MILIEU DE VIE HABITUEL  
(A DOMICILE OU EN EHPAD)***

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (notamment dans l'article 84), en cohérence avec les dispositions de la circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique, énonce :

- *« Le patient gériatrique est très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel ; celle-ci est source de décompensation, tant au plan physique que psychique.*
- *« Il convient donc, chaque fois que possible, de privilégier une prise en charge de proximité.*
- *« Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient gériatrique.*
- *« Il joue donc un rôle essentiel et peut être aidé dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique, réalisée par une consultation ou un pôle spécialisé.*



- *« Il s'appuiera également (...) lorsqu'il existe, sur un réseau de soins gériatrique, dont les missions sont de :*
  - *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires,*
  - *assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins,*
  - *participer à des actions de santé publique,*
  - *procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de ses services et prestations.*
- *« Le dépistage, le traitement et le suivi préventif des affections liées à l'âge souvent aggravées, chroniques et multiples pouvant aller jusqu'à la dépendance, nécessitent en effet une prise en charge médico-sociale progressive, coordonnée et adaptée à chaque personne âgée considérée dans son environnement.*
- *« L'orientation du patient vers une réponse de soins de proximité adéquate, mise en œuvre dans le cadre d'un partenariat et d'une complémentarité des intervenants en ville comme à l'hôpital, échangeant leurs informations et organisant liens et relais entre les différents temps de la prise en charge, est une priorité ».*

♦ **LES OBJECTIFS DE CE GUIDE :**

- **Créer les conditions d'une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées, en amont et en aval de la prise en charge par une structure sanitaire.**
- **Permettre d'éviter, dans certains cas, une hospitalisation indue.**
- **Optimiser les conditions d'admission et le retour à domicile ou en EHPAD des personnes âgées.**



## **1. HOSPITALISATION NON URGENTE D'UNE PERSONNE AGÉE POSANT DES PROBLÈMES GÉRIATRIQUES :**

- Il est de bonne pratique qu'un médecin intervenant au chevet d'un malade âgé, hors cas d'urgence, n'adresse pas la personne à un service d'accueil des urgences, mais prenne contact par téléphone avec le médecin susceptible d'en assurer la prise en charge pour :
  - évaluer l'opportunité de l'hospitalisation dans le service adéquat,
  - déterminer la date d'admission, si nécessaire, et le projet de soins hospitaliers (objectifs, niveau de soins requis, volonté du patient et/ou de sa famille...),
  - prévoir les modalités de sortie de la structure sanitaire.

En programmant ainsi l'admission, la personne âgée est mieux préparée ; elle se sait attendue et accueillie.

## **2. HOSPITALISATION EN URGENCE D'UNE PERSONNE AGÉE POSANT DES PROBLÈMES GÉRIATRIQUES :**

- Il est de bonne pratique qu'un médecin intervenant au chevet d'un malade âgé s'engage à prendre contact par téléphone avec le médecin senior du service de proximité accueillant des personnes en urgence pour :
  - évaluer l'opportunité du passage de la personne âgée par le service des urgences,
  - préparer, dans l'affirmative, son passage au service des urgences,
  - déterminer le projet de soins hospitalier (objectifs, niveau de soins requis, volonté du patient et/ou de sa famille ...),
  - envisager l'orientation de la personne âgée vers le service hospitalier le plus adapté à son état.
- Il est également de bonne pratique que le médecin communique à l'établissement toutes les informations disponibles nécessaires à une prise en charge optimale du malade accueilli.



### **3. RETOUR D'HOSPITALISATION :**

- Il est de bonne pratique que le médecin du service :
  - informe, en cours d'hospitalisation, le médecin traitant ou le médecin coordonnateur des soins de l'évolution de l'état de santé du malade,
  - prépare avec le médecin-traitant ou le médecin coordonnateur sa sortie en tenant compte des possibilités de retour à domicile, notamment en fin de semaine (infirmière, service de soins à domicile pour personnes âgées, auxiliaire de vie sociale), ou en EHPAD.
- Il est de bonne pratique, pour permettre et faciliter le retour à domicile ou en EHPAD du sujet âgé, que la structure sanitaire établisse et transmette tous les documents permettant la continuité de la prise en charge (fiche de liaison soignante, ordonnances ...).

-----

Pour les résidents en EHPAD, afin de mieux organiser cette coopération, il est souhaitable que l'EHPAD ait conclu une convention avec la structure sanitaire de proximité à compétence gériatrique.

Cette convention doit comprendre :

- l'organisation de la réponse téléphonique,
- l'engagement de l'EHPAD à reprendre, à la sortie du service d'hospitalisation, ses résidents hospitalisés - sauf exception médicalement justifiée (inadéquation entre le niveau de soins requis et les ressources de l'établissement) -, et ce, après accord entre le médecin du service hospitalier et le médecin coordonnateur.

**« *Téléphoner avant, pendant et après* » : une nécessité thérapeutique.**