

L'évaluation de la prise en charge des patients âgés

Selon le référentiel

Avril 2025

En France, la prise en charge des personnes âgées est un enjeu majeur, reflétant le vieillissement de la population. Au 1 janvier 2025, 7,3 millions de personnes résidant en France avaient 75 ans ou plus, représentant 11 % de la population totale. En court séjour, les personnes de 75 ans et plus constituaient 18,3 % des patients, générant 22 % de l'activité hospitalière avec 4 millions de séjours. Ces données soulignent l'importance d'adapter le système de santé aux besoins spécifiques des aînés¹.

1. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)..

En déclinaison des fiches « Évaluation des droits du patient », « Évaluation du parcours intrahospitalier », cette fiche présente certaines des particularités concernant la prise en charge des patients âgés auxquelles les évaluateurs doivent s'attacher lors de leurs évaluations. Certains éléments doivent nourrir les débats sur le territoire, la gestion des risques...

Définitions

Les personnes âgées

La définition d'une personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif. Ainsi, la fragilité – plus que l'âge de l'état civil – aide à mieux cerner les personnes qui relèvent de la gériatrie, même si la limite communément admise est 75 ans. Ainsi, l'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les dires des personnes âgées elles-mêmes.

Les personnes âgées constituent une population :

- spécifique en raison de la fréquence de polypathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de la prévalence augmentée de fragilité physique, psychique ou socio-économique et du risque de perte d'autonomie et de dépendance ;
- hétérogène, plus souvent hospitalisée, pour une durée plus longue et en passant plus fréquemment par le service des urgences.

Dans le référentiel de certification, un patient est considéré comme âgé s'il a plus de 75 ans.

La dépendance iatrogène

Elle regroupe les principales causes de décompensation fonctionnelles et/ou psychiques lors de l'hospitalisation pouvant, parfois, aller jusqu'au décès :

- **le syndrome d'immobilisation** : à l'origine d'une décompensation multisystémique, en particulier une perte rapide de la masse musculaire, une perte d'autonomie et une augmentation du taux de réhospitalisations. Malgré cela, le patient est parfois alité alors que la restriction d'activité n'est pas toujours justifiée médicalement et parfois trop systématique. Les facteurs déclenchants sont : environnement et organisation des soins et des aides inadaptés, restrictions d'activité ou alitement injustifiés, contention physique ou chimique, sonde vésicale et cathéter non justifiés, absence d'aide adaptée à la marche et/ou aux transferts, douleur non traitée, etc. ;
- **la confusion aiguë** : elle augmente le risque de déclin fonctionnel, de chutes, la durée d'hospitalisation et l'entrée en institution. Les facteurs de risque prédisposants sont : démence ou troubles cognitifs, immobilisation aggravée par la contention, atteinte sensorielle (auditive, visuelle), comorbidités multiples, dénutrition, polymédication, antécédent de confusion, troubles de l'humeur (dépression) ;
- **la dénutrition** : elle est liée à un apport alimentaire insuffisant et/ou à un accroissement des besoins liés à la maladie. La dénutrition des personnes âgées est associée à une augmentation de la mortalité, à des complications (confusion, infection, perte de masse musculaire, retard de cicatrisation, escarre, etc.), à des entrées en institution et à une diminution de l'autonomie et de la qualité de vie ;
- **les chutes** : elles sont source de blessures, de traumatismes, de syndrome post-chute avec la peur de retomber, de perte d'autonomie et d'une augmentation de la durée de séjour à l'hôpital ;
- **l'incontinence urinaire et/ou fécale** : l'incontinence urinaire est fréquente et augmente avec l'hospitalisation. Elle est un facteur de risque de déclin fonctionnel, de chutes, d'infections urinaires, d'altération de la qualité de vie. Lors de l'hospitalisation, elle est favorisée par certaines médications, des conseils diététiques ou prises en soin inadaptés, en particulier le port de protection urinaire, voire de sondage vésical de novo non justifié. L'incontinence fécale (perte incontrôlée de selles solides/liquides ou de gaz intestinaux), bien que pouvant toucher tous les âges, augmente avec l'âge du fait d'une diminution de l'efficacité du contrôle des sphincters. Elle résulte aussi des difficultés du transit ou de traumatismes du sphincter anal. Elle est aussi invalidante et dégradante que l'incontinence urinaire ;
- **les effets indésirables des médicaments** : 30 à 60 % des effets indésirables des médicaments sont prévisibles et évitables. La iatrogénie médicamenteuse est cause d'hospitalisations en urgence des plus de 75 ans. La polymédication est un facteur de risque de iatrogénie. Les personnes âgées sont davantage exposées à la survenue d'effets indésirables lors de l'utilisation de médicaments à risque (par exemple, ceux favorisant le risque de chutes), notamment ceux à marge thérapeutique étroite, ou d'interactions médicamenteuses en cas de polymédication ;
- **le risque suicidaire** : la dépression est l'une des principales causes de suicide. Or, les dépressions sont souvent sous-diagnostiquées et sous-traitées chez les personnes âgées, notamment en raison de présentations atypiques. Des outils validés comme la GDS (*Geriatric Depression Scale*) existent pour dépister la dépression chez la personne âgée. La dépression n'est pas un « signe normal de vieillesse », mais un trouble qui nécessite un traitement. Au cours de la semaine précédant un suicide, les personnes âgées consultent souvent leur médecin de famille. Une précédente tentative de suicide est considérée comme le principal facteur de risque de tentatives de suicide ultérieures. Il est avéré que plus les individus vieillissent, plus le risque qu'une nouvelle tentative de suicide se solde par une issue fatale est élevé.

En quoi la certification répond-elle aux enjeux du thème ?

- Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé (1.1-01)
- Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante (1.1-06)
- Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée (1.1-09)
- Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour (1.2-01)
- Le patient a pu désigner une personne de confiance (1.3-02)
- Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie (1.3-07)
- En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social (1.3-08)
- Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins (2.1-03)
- Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour des populations ciblées (2.1-04)
- Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients (2.1-06)
- La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée (2.4-03)
- L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées (3.3-05)

Les points clés de l'évaluation

En condition de visite de certification, l'évaluateur est un expert visiteur. Lors d'une évaluation interne, l'établissement peut désigner comme évaluateur toute personne qu'il estimera compétente. Le questionnement s'adaptera aux troubles cognitifs, potentiellement sévères (USLD, unité d'hébergement renforcée, unité cognitivo-comportementale), du patient âgé.

Pour éviter les transferts des personnes âgées, **vous vous assurez** que les services de spécialité des établissements de recours (cardio, pneumo, psychiatrie, médecine interne, gastro, neuro...) :

- proposent des solutions de télémedecine aux correspondants du territoire qui sont susceptibles de demander un avis ;
- participent avec les services de gériatrie et celui des urgences à la prise en charge des patients âgés non programmés.

Par ailleurs, **vous vous assurez** que l'établissement susceptible de recourir au transfert d'une personne âgée de plus de 75 ans aux urgences générales :

- identifie l'établissement de recours à contacter ;
- dispose d'une liaison en télémedecine pour une consultation et/ou un avis.

Enfin, **vous vous assurez** que l'établissement suit des indicateurs spécifiques aux prises en charge non programmées des patients âgés. Par exemple : nombre total de passages aux urgences des patients âgés de plus de 75 ans suivis d'une hospitalisation/non suivis d'une hospitalisation, nombre d'admissions directes non programmées/nombre d'admissions précédées par un passage par une structure des urgences.

Si la situation clinique est complexe et nécessite de réaliser des examens urgents, le passage aux urgences peut être pertinent. Dans ce cas, **vous vous assurez** qu'une équipe mobile gériatrique, interne ou externe, vient en appui des prises en soin, ou que l'équipe des urgences peut faire appel à une expertise médicale ou paramédicale (par exemple, infirmière de pratique avancée), gériatrique...

1. Définir une organisation territoriale pour éviter le transfert des patients âgés

Se coordonner avec l'établissement de recours et les équipes de spécialités

Quels que soient l'âge ou les troubles sensoriels et cognitifs, **vous vous assurez** que l'équipe :

- évalue le niveau de compréhension du patient âgé et s'adapte à son degré de compréhension et de discernement (en s'appuyant sur des outils de communication internes) ;
- informe le patient âgé :
 - de son état de santé,
 - de ses traitements,
 - du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation,
 - de son droit à désigner une personne de confiance et une personne à prévenir ;
- vérifie s'il existe des directives anticipées ; à défaut de les trouver, si l'entourage en aurait connaissance ;
- informe, pour les patients âgés sous protection juridique, le tuteur ou le curateur de l'hospitalisation et de l'état de santé du patient âgé.

Le projet de soins a pour objectif de prendre en charge la pathologie et de prévenir toutes décompensations fonctionnelles et/ou psychiques. Pour son élaboration et son suivi, **vous vous assurez** que l'équipe réalise, dès l'admission, une évaluation du patient, basée sur des données médicales et sociales pertinentes :

- recueil des besoins et préférences du patient âgé ;
- évaluation du degré de coopération (motivation, ressources, observance...) pour obtenir l'adhésion au projet de soins ;
- évaluation de l'autonomie et des aptitudes du patient âgé, notamment pour ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène, marche...) ;
- évaluation des facteurs de risque de dépendance iatrogène.

Cette évaluation initiale est aussi l'occasion pour le médecin de s'assurer de la pertinence du traitement habituel du patient pour ne pas poursuivre des prescriptions inappropriées.

Enfin, l'évaluation initiale est revue au regard de l'évolution de l'état de santé du patient âgé.

Les proches et/ou aidants sont une ressource pour le patient et les équipes soignantes.

Dès l'admission et tout au long de la prise en soins, sauf opposition du patient, la participation des proches et/ou aidants à l'élaboration du projet de soins est recherchée. Ainsi, dès l'admission, **vous vous assurez** que l'équipe :

- s'assure que le patient âgé a donné son accord pour que les soignants délivrent des informations à son entourage ;
- trace l'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance (co-signature du formulaire) ;
- échange avec l'entourage sur les habitudes et besoins de la personne âgée pour adapter le projet de soins ;
- facilite, dans les situations difficiles (admission en urgence, fin de vie...), la présence des proches et/ou aidants auprès du patient. Cette présence est aussi un moyen efficace de lutte contre la maltraitance, notamment pour éviter l'infantilisation des personnes âgées lors des soins prodigués.

2. Impliquer le patient âgé dans son projet de soins

○ Informer de manière adaptée le patient âgé

○ Construire et suivre le projet de soins :

- évaluation de l'autonomie et des aptitudes
- évaluation du risque de dépendance iatrogène
- recueil des besoins et préférences

3. Impliquer l'entourage avec l'accord du patient

○ Obtenir l'accord du patient pour impliquer son entourage dans le projet de soins

○ Prévoir la juste place de l'entourage

Durant l'hospitalisation, y compris aux urgences, même dans les moments de tension liés à des situations de forte activité, **vous vous assurez** que les équipes mettent en place :

- les mesures adaptées au niveau d'autonomie (aide à la toilette, aide au repas, accompagnement aux toilettes, etc.) ;
- les mesures de prévention et de traitement de la dépendance iatrogène. Par exemple :
 - mettre la personne âgée au fauteuil,
 - lui proposer de marcher,
 - la laisser aller aux toilettes seule,
 - éviter les médicaments potentiellement sédatifs,
 - être vigilant sur les apports alimentaires, hydriques et surveiller le poids,
 - utiliser, de manière inappropriée, des contentions physiques, type barrières de lit, par « souci de sécurité »,
 - utiliser, de manière inappropriée, des protections ou sondes urinaires.

L'unité de soins de longue durée est un lieu de soins et un lieu de vie du patient. Pour maintenir ses liens sociaux et l'autonomie, des activités sont intégrées dans son projet de vie. Ainsi, **vous vous assurez** qu'un programme d'activités, correspondant à ses préférences et à ses besoins, est remis au patient, y compris pour les patients alités.

4. Maintenir l'autonomie et prévenir la dépendance iatrogène

En USLD, prévoir des activités pour maintenir le lien social

À la sortie, **vous vous assurez** que la continuité des soins va être assurée. Ainsi, **vous vous assurez** que l'équipe :

- prend en compte les conditions de vie habituelles exprimées par le patient et/ou ses proches pour organiser la sortie (retour à domicile, mise en place d'aides à domicile, transfert vers une structure adaptée...) ;
- informe le patient et/ou ses proches des aides techniques, structures, personnes (assistance sociale), représentants des usagers, associations, qui peuvent l'accompagner et des modalités pour les contacter ;
- a programmé, au minimum, les premiers rendez-vous ;
- complète et remet au patient ou à ses proches le « volet médicamenteux » de la lettre de liaison à la sortie, avec l'ensemble des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation ainsi que ceux à prendre après sa sortie. Il permet d'expliquer le devenir du traitement pris avant l'hospitalisation et, in fine, le traitement prescrit à la sortie d'hospitalisation ;
- remet au patient ou à un aidant le traitement prescrit pour qu'il puisse se rendre à la pharmacie ;
- communique au médecin de ville la lettre de liaison, ainsi que tous les éléments utiles à la coordination des soins (examens complémentaires à réaliser en ville, rendez-vous médicaux, volet médicamenteux, etc.).

Concernant l'expression de la satisfaction et de l'expérience, les patients peuvent se faire aider par leurs proches pour répondre. S'agissant d'e-Satis, un proche ou un parent peut même donner son propre mail pour recevoir l'enquête. Il doit répondre du point de vue du patient.

Dans des situations difficiles, notamment en cas de décès prévisible ou de mise en place de soins palliatifs, des locaux adaptés permettent que les échanges avec les proches et/ou aidants se réalisent dans le respect de l'intimité et de la confidentialité.

5. Organiser la sortie dont la phase du décès

Organiser la prise en charge du décès

L'évaluation de la prise en charge des patients âgés

Aide au questionnement

Les questions suivantes ne sont ni opposables, ni exhaustives. Elles sont données à titre d'exemple dans le cadre des entretiens d'évaluation. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

Exemples de questions susceptibles d'être posées pendant les évaluations

Avec les professionnels

- Quelle part de personnes âgées de plus de 75 ans accueillez-vous dans le service ?
- Pouvez-vous me montrer le projet de soins d'un patient âgé ? Comment les objectifs de ce projet de soins ont-ils été fixés ? Quelles sont les conclusions de l'évaluation gériatrique réalisée à l'admission ? Comment avez-vous pris en compte ses besoins et ses préférences pour établir son projet de soins ? (1.3-01)
- Ce patient est-il autonome pour ses besoins élémentaires (hydratation, nutrition, toilettes, hygiène) ? Comment l'avez-vous évalué ? Avez-vous évalué le risque de dépendance iatrogène ? Pour ce patient, quels sont les facteurs de risque (syndrome d'immobilisation, confusion aiguë, dénutrition, chutes, incontinence, effets indésirables des médicaments, risque suicidaire) ? (1.3-07)
- Pour ce patient, diriez-vous qu'il est coopératif à la mise en œuvre de son projet de soins (motivation, ressources, observance, etc.) ? Avez-vous obtenu son consentement ? (1.3-01)
- Comment évaluez-vous l'atteinte, ou non, des objectifs du projet de soins ? Comment le faites-vous évoluer ? (2.1-03)
- Comment impliquez-vous, si le patient en est d'accord, la famille dans l'élaboration et le suivi du projet de soins ? Avez-vous recueilli auprès de la famille des éléments utiles à la construction du projet de soins, par exemple, sur les habitudes du patient, ses besoins, etc. ? (1.3-11)
- Ce patient a-t-il désigné une personne de confiance et une personne à prévenir ? Si le patient âgé a des troubles cognitifs et n'a plus la capacité d'exprimer sa volonté, qui consultez-vous en priorité ? (1.2-01 et 1.3-02)
- Dans les situations difficiles, par exemple pour les décès prévisibles, comment informez-vous la famille ? Avez-vous un espace adapté dans lequel vous pouvez accueillir les familles ? Des modalités d'accueil spécifiques sont-elles prévues ? Par exemple, en facilitant leur présence en dehors des heures habituelles de visite ? (1.3-11)
- En USLD, pourriez-vous me montrer le programme des activités ? Comment est-il construit ? Est-il remis aux patients ? (1.3-08)
- Pour éviter un transfert aux urgences, comment êtes-vous organisés avec les acteurs du territoire : filière gériatrique directe, intervention d'équipe de recours, réseaux de télémédecine avec ses partenaires de ville, médecins traitants, EHPAD, HAD, autres établissements de santé ? (3.3-05)
- Comment préparez-vous la sortie des patients ? Comment recueillez-vous ses conditions de vie habituelles pour envisager le retour à domicile ou une autre orientation (SMR, EHPAD, résidence pour seniors, etc.) ? Comment l'informez-vous sur les aides techniques, structures (associations, etc.), personnes (assistance sociale, représentants des usagers, etc.) qui peuvent l'accompagner et sur les modalités pour les contacter ? (1.2-04, 1.3-07 et 2.1-14)
- Établissez-vous un bilan thérapeutique, c'est-à-dire un comparatif explicite du traitement habituel (avant son séjour) et du traitement à la sortie (après son séjour) ? Ce bilan thérapeutique est-il intégré dans la lettre de liaison remise aux patients et envoyée aux médecins traitants ? Pourriez-vous me le montrer ? (1.2-04)
- Comment prenez-vous en charge le décès du patient ? Avez-vous un endroit qui vous permet d'échanger avec les proches/aidants ? Pouvez-vous me le montrer ? (1.1-09)
- Quelle est la durée moyenne de séjour des personnes âgées de plus de 75 ans ? Ce résultat vous paraît-il élevé par rapport à des références du GHT, régionales, nationales, etc. ? Comment l'expliquez-vous ? Quelles actions mettez-vous en œuvre pour diminuer la durée moyenne de séjour lorsque ce n'est médicalement pas pertinent (ex. : coordination avec les partenaires de ville, sanitaires et médico-sociaux du territoire, sécuriser la sortie d'hospitalisation, etc.) ? (2.4-06)

Aux professionnels des urgences

- Pour les patients dont l'état clinique nécessite des examens urgents et qui y sont donc maintenus, pouvez-vous avoir recours à une équipe mobile de gériatrie, ou à une expertise médicale ou paramédicale (par exemple, infirmière de pratique avancée) gériatrique ? Est-ce une équipe interne ou externe à l'établissement ? Comment la contactez-vous ? (2.3-03)
- Pour éviter le passage aux urgences des personnes âgées dont l'état ne le nécessite pas, comment sont-elles accueillies, triées et orientées ? Avez-vous formalisé des circuits courts d'admission directe pour les patients âgés dont la situation clinique ne nécessite pas de rester aux urgences pour des examens rapides ? (3.3-05)

Au patient âgé et/ou à ses proches

- Savez-vous pourquoi vous êtes hospitalisé ? Quels sont vos traitements ? (1.2-02)
- Au moment de votre admission, le médecin vous a-t-il expliqué les raisons de votre hospitalisation, ce qu'il espérait comme amélioration de votre état de santé et comment il allait procéder pour y arriver ? À cette occasion, avez-vous pu exprimer ce que vous souhaitiez ? Diriez-vous que vos préférences ont été prises en compte ? (1.3-01)
- Étiez-vous autonome lorsque vous êtes arrivé à l'hôpital ? Par exemple, pour boire, les repas, l'hygiène, aller aux toilettes ? Aujourd'hui, est-ce que vous vous sentez plus ou moins autonome que lorsque vous êtes arrivé ? Pour ce pour quoi vous n'êtes pas autonome, êtes-vous aidé ? Par exemple, pour vous laver, aller aux toilettes, etc. ? (1.3-07)
- Les professionnels vous ont-ils informé que le motif de votre hospitalisation présentait un risque de dépendance (en fonction : syndrome d'immobilisation, confusion aiguë, dénutrition, chutes, incontinence, effets indésirables des médicaments, risque suicidaire) ? En fonction, qu'est-ce que vous et les professionnels faites pour réduire ces risques (marche, pesée régulière, compléments alimentaires protéinés, etc.) ? Est-ce que des barrières de lit sont installées sur votre lit alors que vous n'avez jamais chuté ? Est-ce qu'on vous met des protections urinaires alors que vous n'êtes pas incontinent ? (1.3-07)
- De votre point de vue, et durant toute la durée de votre hospitalisation, avez-vous eu parfois le sentiment que votre intimité et votre dignité n'étaient pas respectées ? Par exemple, des actes de soins inadaptés à votre rythme de vie : prises de sang très tôt le matin, lors des horaires de repas, visites, horaires de lever, de toilette, de repas imposés avec une durée du jeûne nocturne > 12 heures, etc. ? Des actes réalisés la porte de chambre ouverte ou sans paravent, utilisation du tutoiement, sentiment d'infantilisation, soignants ayant une conversation entre eux durant les soins, etc. ? (1.1-01)
- Avez-vous de la famille ? Est-ce que l'équipe vous demande avant de communiquer des informations sur votre état de santé à votre entourage ? (1.3-11)
- Avez-vous désigné une personne de confiance ? Une personne à prévenir ? Connaissez-vous la différence entre ces deux notions ? (1.2-01 et 1.3-02)
- Avez-vous rédigé des directives anticipées ? Si non, vous a-t-on informé de cette possibilité ?
- Pour les patients âgés admis par les urgences, avez-vous attendu sur un brancard ? Pendant combien de temps ? Pendant ce temps, avez-vous eu à boire et à manger lorsque vous le demandiez ? Avez-vous pu aller/être accompagné aux toilettes ? Vous a-t-on fait une toilette ? (1.1-06)
- Pour les patients âgés hospitalisés en USLD, connaissez-vous le programme des activités ? Vous a-t-il été remis ? (1.3-08)
- Vous allez sortir très bientôt, vous a-t-on expliqué les différences entre votre traitement habituel avant votre hospitalisation et celui que vous prendrez désormais ? Vous a-t-on expliqué les raisons de ces changements ? (1.2-04)
- Chez vous, avez-vous accès à internet ? Avez-vous une adresse électronique ? Si oui, lorsque vous êtes arrivé, vous a-t-on demandé votre adresse électronique ? Si non, vous a-t-on demandé l'adresse électronique d'un de vos proches ? Vous a-t-on dit que vous recevrez bientôt un questionnaire de satisfaction pour vous exprimer sur les conditions de votre séjour, et que vous pourrez le remplir avec l'un de vos proches ? (1.4-01)

Pour aller plus loin

Références HAS

- [Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement Mise en œuvre en milieu sanitaire, médico-social et social, personnes majeures, 2024.](#)
- [Plan personnalisé de coordination en santé, 2019.](#)
- [L'outil de repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation, 2018.](#)
- [Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées, 2017.](#)
- [Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, 2015.](#)
- [Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée, 2014.](#)
- [L'éducation thérapeutique du patient, 2014. Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA, 2014.](#)
- [Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? 2013.](#)
- [Contention physique de la personne âgée, 2005.](#)

Références légales et réglementaires

- Art. R. 6123-32-8 du CSP.
- Instruction n° DGOS/R4/2023/43 du 19 avril 2023 relative à la poursuite de la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables et à la réalisation d'un état des lieux au titre de l'année 2022.

Autres références

- L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital, novembre 2024.
- ICOPE, soins intégrés pour les personnes âgées – OMS, 2019.
- Pacte de refonte des urgences, septembre 2019, mesure 5 : Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences.
- Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier – DREES, mars 2017.
- Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue – DREES, mars 2017.
- Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – ARS/Assurance maladie/ ministère des Affaires sociales et de la Santé, mai 2016.
- Approche territoriale : filières de soins – Enquête sur la prise en charge des personnes âgées – ANAP, 2015.
- Autodiagnostic filières gériatriques hospitalières de territoire – ANAP, 2013.
- Construire un parcours de santé pour les personnes âgées – ANAP, 2013.

