



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/31 du 7 février 2022 relative à la pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2204145J (Numéro interne : 2022/31)
Date de signature	07/02/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Pérennisation des appuis territoriaux gériatriques et de soins palliatifs.
Commande	Organisation sur les territoires des appuis gériatriques en établissement d'hébergement ou à domicile et des appuis de soins palliatifs territoriaux.
Action à réaliser	Identifier ces appuis et les pérenniser sur la base du cadre d'orientation en fonction des ressources territoriales et des organisations existantes.
Echéances	2022 (appui gériatrique) 2022-2024 (appui soins palliatifs)
Contacts utiles	Sous-direction régulation de l'offre de soins Bureau R4 Personnes chargées du dossier : Anne-Noëlle MACHU (personnes âgées) Tél. : 01 40 56 45 97 Mél. : anne-noelle.machu@sante.gouv.fr Marie-Laure SARAFINOF (soins palliatifs) Tél : 01 40 56 42 74 Mél : marie-laure.sarafinof@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	4 pages + 1 annexe (11 pages) Annexe – Cadre d'orientation de l'appui territorial gériatrique et de l'appui territorial de soins palliatifs
Résumé	La présente instruction vise à donner des éléments de cadrage aux agences régionales de santé et aux acteurs des territoires pour la mise en œuvre des appuis territoriaux experts de second recours dans le domaine de la gériatrie et dans le domaine des soins palliatifs. L'organisation de ces appuis sur la base du cadre d'orientation annexé tient compte des ressources territoriales et des organisations existantes.

Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Appui expert - Personnes âgées – Soins palliatifs – Expertise gériatrique – Expertise en soins palliatifs.
Classement thématique	Etablissements de santé – organisation
Textes de référence	Circulaire N° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques ; Circulaire N° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs ; Circulaire N° DGOS/R1/2021/87 du 21 avril 2021 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2021 des établissements de santé.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Validée par le CNP le jour mois année - Visa CNP 2022-24	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Au début de la crise sanitaire du Covid-19, des astreintes « personnes âgées » et des astreintes « soins palliatifs » territoriales ont été mises en place pour soutenir les professionnels de santé prenant en charge des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et au domicile. L'ensemble des EHPAD ont pu accéder à ces appuis en journée la semaine et le week-end et parfois la nuit.

Au regard de l'apport de ces appuis, leur pérennisation est inscrite dans le Ségur de la santé (mesure 28) et dans l'axe 3 du Plan national « développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 ».

Une première étape de pérennisation a été effectuée avec la première circulaire budgétaire des établissements de santé de 2021 qui a délégué 7 millions d'euros à cette fin en crédits d'aide à la contractualisation. Elle annonçait un cadre d'orientation à venir dans une seconde étape afin de les pérenniser et les articuler avec les autres dispositifs existants.

La présente instruction vous transmet ce cadre d'orientation permettant d'identifier dès 2022 ces appuis. Elle propose également des indicateurs de suivi et de résultats.

1. Cadre général

Il est demandé d'identifier de manière pérenne des appuis sanitaires gériatriques et en soins palliatifs assurant une expertise médicale de second recours et non-programmée, accessible aux professionnels de santé sur un territoire pertinent.

A cet effet, un cadre d'orientation vous est transmis en annexe de la présente instruction. Il précise le socle de missions et de fonctionnement des appuis en distinguant les situations de crise sanitaire ou de risques collectifs (épidémie exceptionnelle ou saisonnière, bactérie multi résistante, épisode caniculaire...).

Ce cadre d'orientation est souple et adaptable aux besoins des professionnels et aux ressources de chaque territoire.

Les appuis territoriaux ont vocation à s'intégrer dans l'organisation et la coordination territoriale de leurs filières respectives. Ils fournissent des réponses graduées et personnalisées, et orientent les patients en mobilisant les ressources nécessaires pour une prise en charge coordonnée.

Ils sont accessibles par un numéro de téléphone dédié et une messagerie sécurisée et disposent des outils de télé-expertise. Lorsqu'un établissement de santé porte les deux appuis, une mutualisation des fonctions supports est recommandée.

Les appuis territoriaux sont organisés par un coordonnateur identifié. Dans une démarche « d'aller-vers », ils rencontrent et sensibilisent les professionnels et établissements du territoire, articulent les différentes ressources et promeuvent l'élaboration de protocoles organisationnels et professionnels.

Des crédits d'aide à la contractualisation (AC) viendront soutenir l'identification des appuis gériatriques en première circulaire budgétaire 2022 des établissements de santé. Pour les appuis de soins palliatifs, un premier renfort de la dotation du fonds d'intervention régional (FIR) 2022 prend en compte l'engagement de la construction du dispositif dans le cadre du Plan national des soins palliatifs.

A) L'appui territorial gériatrique

L'appui territorial gériatrique est à destination des professionnels de santé d'un territoire prenant en charge des personnes âgées en EHPAD et autres ESMS (médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) ou à domicile (médecin généraliste, spécialiste, service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), équipe de soins primaires).

Il offre une expertise non-programmée en journée et en semaine, sous la forme de conseils, de participation à une décision collégiale, une capacité d'orientation, voire d'hospitalisation au sein la filière. Il ne se déplace pas mais peut mobiliser l'ensemble des ressources opérationnelles internes de la filière (services hospitaliers, équipes mobiles de gériatrie (EMG), filière d'admissions directes non programmées en gériatrie, hospitalisation à domicile (HAD) etc.). Cette démarche a pour objectif de tendre vers une réponse « globale » et de soutien à la culture gériatrique sur les territoires.

Il a également vocation à mobiliser d'autres appuis sanitaires pour répondre aux besoins des EHPAD (HAD, soins palliatifs, psychiatrie de la personne âgée, infectiologie, hygiène et éthique, etc). S'agissant des personnes âgées à domicile, il agit en subsidiarité des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) et constitue un appui expert pour ces derniers qui peuvent le solliciter.

Les appuis sont également des interlocuteurs des SAMU-Centre 15 qui peuvent les saisir et qu'ils peuvent outiller avec leur expertise et des protocoles de décisions partagés.

La possibilité de la mise en place d'un appui de week-end est laissée au choix de l'Agence régionale de santé (ARS) en fonction des projets territoriaux.

En situation de crise sanitaire, l'appui gériatrique participe également à la discussion collégiale dans les situations complexes, à la mise en place des procédures et des protocoles nécessaires, en lien avec l'ARS. Les horaires sont étendus avec une astreinte téléphonique joignable la nuit, le week-end et les jours fériés.

Il dispose d'un établissement porteur identifié.

L'appui peut être organisé au sein de chaque filière sur son territoire ou être mutualisé en interfilières. Ces ressources peuvent être issues également des DAC et des HAD qui y contribuent.

B) L'appui territorial de soins palliatifs

L'appui territorial de soins palliatifs est accessible à l'ensemble des professionnels de santé (médecin traitant, infirmier, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) prenant en charge des personnes relevant d'une démarche palliative, quel que soit leur âge (à l'exception des enfants pour qui la prise en charge par les équipes ressources régionale de soins palliatifs pédiatriques est à privilégier) ou leur lieu de résidence (domicile, EHPAD, ESMS).

C'est un dispositif de second recours, complémentaire aux organisations existantes dans chaque territoire. Il peut mobiliser les ressources opérationnelles (équipes mobiles de soins palliatifs, HAD, unité de soins palliatifs, DAC) afin d'appuyer les professionnels de santé et d'assurer la juste prise en charge palliative.

En journée, l'appui palliatif est assuré par la filière palliative, notamment les équipes hospitalières et territoriales de soins palliatifs. En soirée et le week-end, l'appui peut apporter également son expertise pour des situations urgentes et non-programmées.

L'appui territorial apporte une expertise, conseille et oriente les professionnels de santé. Il participe à la décision thérapeutique et à la procédure collégiale dans les situations critiques d'accompagnement.

Il apporte également une aide aux SAMU-Centre 15 et l'oriente vers des protocoles de décisions partagés.

En situation de crise sanitaire, l'appui soins palliatifs participe à la discussion collégiale dans les situations complexes, à la mise en place des procédures et protocoles nécessaires, en lien avec l'ARS du territoire.

2. Indicateurs de suivi

Les appuis territoriaux organisent les modalités nécessaires pour tracer leur activité. Le coordonnateur de l'appui réalise un bilan annuel transmis à l'ARS à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs proposés dans le cadre d'orientation.

L'objectif attendu est un accès aux appuis par l'ensemble des établissements et des professionnels de santé du territoire.

Fin 2022, vous aurez identifié les appuis gériatriques et en soins palliatifs en région ainsi que leur articulation avec les autres acteurs du territoire (EMG extra-hospitalières, organisation des admissions directes, DAC, HAD, filière soins palliatif et le SAMU-Centre 15).

Il vous sera demandé de transmettre un bilan de ces appuis pour le 31 décembre 2022.

Je vous saurai gré de nous tenir informés de toutes difficultés dans la mise en œuvre de la présente instruction. Les équipes de la DGOS se tiennent à votre disposition pour tout complément d'information.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,



Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins



Katia JULIENNE

Annexe - Cadre d'orientation de l'appui territorial gériatrique et de l'appui territorial de soins palliatifs

Contexte

Le contexte épidémique lié à la crise sanitaire du Covid-19 a nécessité la mobilisation de tous les professionnels de santé pour la prise en charge des personnes âgées.

Dès fin mars 2020, la stratégie ministérielle, en retenant l'expérience de certaines agences régionales de santé (ARS), a demandé l'organisation, dans toutes les régions, sous la coordination des ARS, **d'un appui des acteurs du secteur sanitaire aux personnes âgées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans les autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et aux personnes âgées à domicile.**

Cet appui de second recours a impliqué les établissements de santé, les filières de soins gériatriques, les soins palliatifs, les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), l'infectiologie et notamment les Centres de prévention des infections liées aux soins (CPIAs), les équipes mobiles d'hygiène, les espaces de réflexions éthiques régionaux et interrégionaux (ERRERI) et les cellules éthiques ainsi que les acteurs de la psychiatrie. Les hôpitaux de proximité ont également été fortement impliqués.

Ce soutien comportait notamment **l'organisation, sur les territoires, en journée, le week-end et parfois la nuit, d'astreintes « personnes âgées » et d'astreintes en soins palliatifs.** Un objectif de couverture de 100% des EHPAD était attendu et fut atteint à hauteur de 98%.

Les **astreintes « personnes âgées » territoriales**, tenues par des médecins gériatres, avec les équipes mobiles de gériatrie (EMG), dès le début de la crise, ont conseillé les soignants des établissements où étaient accueillies les personnes âgées fragiles, et ont facilité leur prise en charge dans les établissements et leur hospitalisation en établissements de santé en lien avec le SAMU-Centre 15. Visant en premier lieu les EHPAD et les autres établissements hébergeant des personnes âgées, elles ont été étendues dans certaines régions aux personnes âgées résidant à domicile, mais aussi aux personnes handicapées vieillissantes sous réserve de détenir des compétences spécifiques requises.

Des **astreintes « soins palliatifs » territoriales** ont également été mises en place pour garantir la prise en charge palliative des personnes âgées, à domicile et en structures d'accueil (EHPAD, ESMS). Elles ont apporté leur expertise et conseillé les professionnels de santé. Selon les situations rencontrées, elles ont pu participer à la procédure collégiale. Elles ont été le plus souvent constituées par des professionnels exerçant en équipes hospitalières (équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), unités de soins palliatifs (USP), équipes d'HAD) ou en équipes territoriales.

Ces deux appuis, disposant d'une hotline, ont mobilisé les ressources en gériatrie et en soins palliatifs ainsi que les ressources sanitaires sur les territoires au bénéfice notamment des personnes âgées.

Constats partagés

Au regard des retours d'expérience, ces astreintes « personnes âgées » et « soins palliatifs » ont permis pendant la crise sanitaire de :

- Proposer des réponses graduées et personnalisées qui ont amélioré la continuité des prises en charge en offrant un accompagnement de qualité, accessible et rapide ;
- Uniformiser l'accès aux soins et les prises en charge dans les structures d'accueil ;
- Intervenir en amont de la décompensation aiguë en évitant, en lien avec les équipes d'HAD, des transferts aux urgences ou des hospitalisations ;
- Développer les liens entre les établissements médico-sociaux et de santé et entre les acteurs du domicile et de l'hôpital.

La mise en place de ces appuis « personnes âgées » et « soins palliatifs » joignables pour des réponses expertes rapides a été accueillie positivement par les professionnels du secteur médico-social et des soins de ville. Il est admis qu'ils contribuent à compléter les dispositifs existants proposés aux professionnels de ville pour les appuyer dans leurs pratiques et l'organisation des parcours de santé.

Objectifs

Le « Ségur de la santé » (mesure n°28) et le Plan national « développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 » (axe 3) ont prévu de pérenniser ces astreintes d'appui sanitaire expert.

Principes communs

Le présent cadre d'orientation a pour objet de définir cette pérennisation et de l'articuler avec les dispositifs existants sur les territoires comme les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) et demain les EHPAD portant une mission de centre de ressources territorial. Il définit un cadre souple pour s'adapter aux différentes configurations en région.

Il entend **répondre aux enjeux de lisibilité, tant sur le plan du périmètre d'intervention** des appuis, que de la **clarté sur leur rôle**, ou encore de la **prise en compte de l'environnement et du contexte** dans lequel ils peuvent s'intégrer et intervenir. Il répond également à l'impératif **d'assurer leur visibilité** pour mieux les faire connaître et contribuer à ce que les professionnels s'en saisissent et se les approprient.

Les appuis participent de la démarche « d'aller vers ».

Il s'agit de dispositifs **de second recours d'accès non programmé**, complémentaires aux organisations existantes (EMG, EMSP, HAD, ...). **Ils s'intègrent dans les filières existantes et ne se substituent pas aux professionnels assurant la prise en charge des patients.** Ils n'ont donc pas vocation à se substituer ni aux médecins coordonnateurs, infirmiers coordinateurs (IDEC) et infirmier de nuit, ni aux médecins traitants, ni aux filières de prise en charge des urgences (SAMU-Centre 15). Ils ont un rôle, non pas de prescripteur, mais d'apport d'expertise, de mobilisation des ressources et d'orientation des patients.

Leur pérennisation doit s'inscrire dans des missions et des conditions de fonctionnement définies dans le présent cadre d'orientation, et en distinguant ce qui devra être adapté selon que la situation relève **d'un contexte sanitaire habituel ou de situations de crises sanitaires ou de situations exceptionnelles** (épidémie exceptionnelle ou saisonnière, bactérie multirésistante, toxi-infection alimentaire collective, épisode caniculaire, etc.).

Une pérennisation déclinée de manière spécifique

L'objectif est de construire un cadre de pérennisation adapté aux spécificités et aux besoins en matière de soins palliatifs et aux organisations de l'appui déployé par la gériatrie.

Cette pérennisation s'effectue en effet :

- Sous la forme **de l'organisation d'un appui territorial gériatrique en journée**, fondé notamment sur une hotline, dans le cadre de l'organisation de ressources gériatriques expertes à destination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées ;
- Via les dispositifs de prise en charge déjà existants sur les territoires (EMSP, unités hospitalières de soins palliatifs, équipes territoriales, HAD ...). L'organisation **d'un appui téléphonique territorial de soins palliatifs** vient étoffer cette offre sous la forme d'un accès complémentaire à l'expertise en soins palliatifs la journée. Il peut, quand cela est possible et requis par les besoins du territoire, être mis en place les week-ends voire en soirée /nuit.

Ces dispositifs gériatriques et de soins palliatifs devront coopérer afin de garantir la prise en charge des personnes âgées. Leurs modalités d'organisation et d'accès devront être lisibles pour les professionnels de santé et les ESMS qui accueillent des personnes âgées des territoires. Dès lors qu'un même établissement de santé porte un appui territorial gériatrique de soins palliatifs, ils peuvent mutualiser des fonctions supports. Ils peuvent ainsi s'organiser sous la forme de « plateformes » mobilisant plusieurs compétences (gériatrie, hygiène, soins palliatifs, infectiologue, etc.).

Appui gériatrique aux personnes âgées

Un appui territorial gériatrique en journée est organisé en région, dans le cadre de l'organisation de ressources gériatriques expertes à destination des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

1. Public cible

L'appui gériatrique territorial est accessible aux professionnels de santé (médecin traitant, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur) **intervenant auprès des résidents des EHPAD ou des autres ESMS** d'un territoire accueillant les personnes âgées.

Il est également accessible aux professionnels de santé (médecins généralistes ou spécialistes, HAD, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) **prenant en charge une personne âgée à domicile**. Il doit se faire en articulation avec les ressources disponibles sur le territoire (couverture du territoire par un dispositif d'astreinte d'infirmier de nuit dans les EHPAD), et les coordinations existantes (communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), DAC).

L'appui est enfin **accessible en journée aux professionnels des SAMU-Centre 15**.

L'appel à l'appui gériatrique se fera en lien avec le médecin traitant du patient et les professionnels intervenant à son domicile.

Il peut enfin répondre aux professionnels de santé pour des personnes handicapées vieillissantes en ESMS, sous réserve de détenir des compétences spécifiques.

2. Missions

L'appui gériatrique territorial doit permettre de répondre aux besoins des professionnels de santé (médecins coordonnateurs, infirmiers coordinateurs, médecins traitants, professionnels libéraux, HAD, et médecin du SAMU-Centre 15 etc.) **d'accéder à l'expertise gériatrique**.

a. Missions socles

- 1. Conseiller, soutenir et orienter les professionnels dans des situations nécessitant des avis urgents non-programmés**, par l'apport d'une expertise gériatrique, une aide à des prises en charges spécifiques.
- 2. Aider à l'orientation et guider sur la conduite à tenir dans une temporalité à très court terme** : conseiller sur l'indication d'hospitalisation, proposer des alternatives à l'hospitalisation et orienter vers les HAD ou les établissements du territoire en recourant, lorsque c'est possible, à une admission directe non programmée en service de gériatrie ou si possible à d'autres services hospitaliers sans passer par le service des urgences.

Ces deux missions participent au développement de la culture gériatrique au sein des ESMS et auprès des professionnels libéraux avec les équipes mobiles et les médecins coordonnateurs d'EHPAD.

3. **Mobiliser, pour ces situations, les ressources sanitaires territoriales nécessaires** : expertises sanitaires spécialisées des établissements de santé, équipes d'HAD (notamment dans le cadre de la procédure d'intervention rapide suite à une évaluation anticipée), DAC, EMG, EMSP, de psychiatrie de la personne âgée ou de psychogériatrie, d'hygiène, le CPIAs, pour la prise en charge des personnes en établissement social, médico-social. Lorsqu'il sollicite ces ressources pour les personnes âgées à domicile, son action s'effectue en subsidiarité du DAC.
4. **Appuyer le SAMU-Centre 15 ou le service d'accès aux soins (SAS) lorsqu'il existe, par une expertise gériatrique** (accès à un avis d'expert) et par une contribution à **des réponses à apporter** dans une gradation pour un juste soin en urgence ou semi-urgence, par l'apport d'outils (échelles, numéros utiles, accès direct à une hotline gériatrique afin de faciliter la prise de décision de la régulation médicale et les admissions directes quand elles sont nécessaires et possibles,...) sur la base de protocoles de décisions d'orientation partagés.
5. **Appuyer les DAC** afin de contribuer à la continuité des soins (sortie d'hospitalisation, préparation du retour en EHPAD ou à domicile), en tenant compte des situations et des besoins individuels, et en mobilisant les ressources territoriales sanitaires pertinentes.

b. En cas de situation de risques collectifs ou de crise sanitaire :

Ces situations peuvent nécessiter une expertise médicale en vue d'accompagner la prise de décision du médecin de la personne soignée.

- **Participer à la procédure collégiale** pour la prise en charge de situations cliniques complexes ;
- **Proposer des conseils personnalisés** pour la mise en place des procédures et protocoles nécessaires aux soins des patients, en établissement ou au domicile ;
- **Faire le lien avec l'Agence régionale de santé (ARS) du territoire** pour des remontées d'informations sur la situation épidémique et sur la mobilisation des ressources du territoire afin d'en favoriser l'organisation.

3. Fonctionnement

La définition territoriale est laissée au choix de l'ARS en fonction de l'organisation existante, des ressources et des besoins identifiés. L'appui doit néanmoins être un dispositif de proximité, intégré à la filière gériatrique, afin d'être visible et lisible par les demandeurs.

L'appui gériatrique territorial sera disponible en journée et en semaine, de 9 heures à 20 heures par exemple (horaires indicatifs à affiner en fonction du besoin territorial identifié).

Il est possible, en fonction des projets territoriaux, d'organiser une astreinte de l'appui gériatrique le week-end et les jours fériés.

En cas d'appui de week-end et jours fériés, ils pourront être mutualisés entre les différentes équipes afin d'organiser un dispositif régional.

L'appui gériatrique est joignable **par téléphone ou par mail (messagerie sécurisée)**, avec un numéro (hotline) et une adresse dédiée territorialement et identifiée par les acteurs afin d'apporter rapidement des réponses, recommandations et conduites à tenir, personnalisées, graduées et conformes aux bonnes pratiques professionnelles.

Il dispose :

- des moyens de télémédecine (notamment de télé-expertise) afin de répondre aux besoins des professionnels de santé et d'apporter une expertise gériatrique ;
- de moyens de réponse en propre ou d'une possibilité de mobiliser les EMG afin d'assurer un déplacement sur le lieu de vie en proximité ou de faire appel aux organisations d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service de gériatrie ;
- de la liste des correspondants et des équipes mobilisables sur le territoire (équipes mobiles, HAD, DAC, etc.).

Il peut avoir accès et mobilise les **outils numériques régionaux existants**.

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) est utilisé en tant que de besoin lors de la sollicitation de l'appui gériatrique.

Articulation avec la filière des urgences, SAMU-Centre-15

Les appuis gériatriques sont des dispositifs de second recours, ils ne se substituent pas au SAMU-Centre 15 ou au SAS lorsqu'il existe, qui doivent rester le premier interlocuteur pour toute situation d'urgence ressentie (aggravation brutale de l'état de santé, urgence vitale, etc.).

Le médecin régulateur pourra adapter la réponse après évaluation avec un accès ou une bascule sur la ligne de l'appui gériatrique du territoire en journée. Des protocoles de redirection des appels et des interconnexions devront donc être mis en place à cette fin.

En période de situations à risques collectifs ou crise sanitaire :

Les horaires de fonctionnement de l'appui gériatrique pourront **être étendus en période de crise sanitaire ou à risque collectif**. Il sera alors joignable le week-end et les jours fériés voire la nuit avec une astreinte téléphonique.

4. Organisation - Composition

Organisation :

Le fonctionnement de l'appui gériatrique fait l'objet d'une réflexion **et d'une organisation territoriale**, sous la coordination du porteur de la filière gériatrique du territoire. L'appui a vocation à être porté par un dispositif existant ou en construction de la filière gériatrique. Il ne constitue pas un dispositif supplémentaire qui se superpose à d'autres disposant d'une hotline pour les EHPAD. Il peut être porté par une EMG intervenant auprès des lieux de vie des personnes âgées dont le rôle est alors élargi et peut intégrer des ressources autres que celle de son établissement de santé (par convention).

Sous l'égide des ARS, il organise son mode de fonctionnement et la **couverture d'une zone territoriale déterminée**.

Les établissements de santé publics et privés de la filière gériatrique (médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et Soins de suite et de réadaptation (SSR) contribuent à la mise en place et au fonctionnement de l'appui gériatrique (numéro d'appel). Le groupement hospitalier de territoire (GHT) peut faciliter son organisation et son fonctionnement. Les gériatres des DAC ou des HAD peuvent y contribuer.

Il s'assure de sa lisibilité vis-à-vis des autres acteurs sanitaires intervenant auprès des personnes âgées (HAD, équipes mobiles, etc.) et des DAC. Il s'articule avec les EHPAD, centres de ressources territoriaux.

Composition :

Socle : temps médical de gériatre des établissements de santé du territoire (publics, établissements privés, hôpitaux de proximité, SSR gériatriques, etc.) pour contribuer à l'appui en journée.

Il est également possible de mobiliser les gériatres des DAC ou de l'HAD. Compte tenu de la pluralité de l'appui, il est conseillé que le temps de gériatre soit complété par un temps d'infirmier pour un premier décroché ou la reprise après l'échange avec le gériatre.

Selon les territoires, il peut fonctionner en mode plateforme élargie dans le cadre des réponses diversifiées des filières gériatriques sanitaires/hospitalières aux EHPAD et personnes âgées à domicile (organisation visant aux admissions directes des personnes âgées).

En période de situation à risques collectifs ou crise sanitaire :

L'appui gériatrique pourra faire appel à des gériatres retraités ainsi que la réserve sanitaire.

Il pourra également mobiliser d'autres temps médicaux pour répondre à la situation de crise rencontrée, par exemple des médecins infectiologues, ainsi que des compétences paramédicales afin de répondre aux besoins des professionnels de santé du territoire.

Il peut être mobilisé par l'ARS pour des bilans des appuis apportés aux EHPAD et/ou aux personnes âgées à domicile. L'ARS lui transmet les informations nécessaires pour réaliser ses missions en situation de crise.

Coordination de l'appui territorial gériatrique

L'appui territorial gériatrique est organisé par un coordonnateur dont le profil peut être médical ou paramédical ou autre, afin d'apporter les compétences professionnelles et organisationnelles requises en amont et en aval.

La coordination de cet appui est assurée au niveau du territoire de chaque filière gériatrique. Elle est portée par chaque filière et peut être mutualisée entre filières le cas échéant.

Ses missions peuvent être par exemple de :

- **Planifier et préparer l'appui** en assurant la disponibilité et le fonctionnement des outils ;
- **Conseiller les médecins participants** en leur fournissant les outils et les informations nécessaires à leur juste déroulement et à leur suivi ;
- **Rencontrer et sensibiliser les professionnels de santé et les établissements du territoire et le SAMU-Centre 15** pour les informer des missions des appuis, recenser et préciser régulièrement leurs besoins, afin de garantir l'adéquation des services apportés par l'appui gériatrique, structurer les liens et renforcer les coopérations ;
- **Elaborer et mettre à disposition les protocoles professionnels et organisationnels ainsi que les outils d'aide à la pratique**, notamment auprès du SAMU-Centre 15. Ces protocoles permettent d'harmoniser les pratiques, protocoles et outils et peuvent être mobilisés en période de crise sanitaire ou de situations à risque collectif ;
- **Lors des périodes de crise sanitaire, réorganiser l'appui gériatrique**, organiser des astreintes de week-end et jours fériés, voire de nuit, en assurant la disponibilité des outils pour le médecin d'astreinte ;
- **Entretenir les liens avec l'ARS compétente sur le territoire, renseigner les bilans d'activité et coordonner la transmission de ces données** selon la périodicité requise par la période rencontrée (situation classique ou crise sanitaire).

5. Activité

Chaque **appui territorial gériatrique** organise les modalités nécessaires pour tracer son activité. Il réalise un bilan annuel transmis à l'ARS.

Le coordonnateur renseigne les bilans d'activité demandés par l'ARS, au rythme nécessité selon la période concernée (situation classique ou de crise sanitaire).

Quantitatifs :

- Nombre de dispositifs d'appui gériatrique existant sur le territoire régional ;
- Couverture des EHPAD et/ou des personnes âgées à domicile ;
- Nombre d'équivalents temps plein (ETP) mobilisés ;
- Volume d'appels ;
- Nombre EHPAD/ESMS conventionnés, participants à cet appui autre que les membres de la filière gériatrique territoriale (DAC, HAD, EHPAD centres de ressources territoriaux).

Qualitatifs :

- Etendue de la permanence ;
- Motifs des sollicitations et orientations données... ;
- Partenariat avec le SAMU-Centre 15 ;
- Partenariat formalisé avec les DAC.

L'ensemble de ces éléments permettra le financement annuel par l'ARS à l'établissement de santé porteur.

Indicateurs de résultats

% des EHPAD avec un numéro accessible pour une expertise gériatrique en non programmé (cible 100%) ;

% des appuis gériatriques avec des fiches des ressources sanitaires territoriales à mobiliser (cible 100%) ;

% des filières gériatriques avec un appui gériatrique aux EHPAD ;

% des appuis gériatriques disposant de ressources gériatriques tournées vers les EHPAD ou domicile EMG intervenant vers les lieux de vie des personnes âgées, parcours d'admissions non programmées directes...).

Appui de soins palliatifs

En journée, outre l'appui en soins palliatifs déjà organisé par les acteurs existants (dans certains territoires), il est prévu la possibilité d'organiser **un appui téléphonique** afin d'étoffer cette offre sous la forme d'un accès à **une expertise territoriale en soins palliatifs**.

L'appui, peut, quand cela est possible et requis par les besoins du territoire, être mis en place les week-ends voire en soirée /nuit.

Le présent cadre d'orientation vise à préciser ces appuis (diurnes et nocturnes).

1. Public « usager » cible et situations entrant dans le champ de l'appui

L'appui territorial de soins palliatifs doit permettre de répondre aux besoins des professionnels de santé (médecins traitants, médecins coordonnateurs, IDE coordinateurs, IDE de nuit, professionnels libéraux, etc.) **d'accéder à l'expertise palliative.**

Il peut être sollicité **pour des patients relevant d'une démarche palliative, quel que soit le lieu dans lequel sont réalisés les soins et l'accompagnement de la fin de vie** (établissement social, médico-social, domicile, établissements de santé sans équipe de soins palliatifs). Pour les enfants, une prise en charge par les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) est à privilégier.

L'appui est un **dispositif de second recours, complémentaire des dispositifs mis à disposition par les organisations préexistantes.** Il n'a pas vocation à se substituer aux effecteurs (médecins coordonnateurs, médecins traitants, praticiens d'HAD le cas échéant, filières de prise en charge des urgences). Les professionnels effectuant l'appui ont un rôle, non pas de prescripteurs, mais d'apport d'expertise. Ils facilitent la mobilisation des acteurs sanitaires et l'orientation des personnes concernées.

2. Missions

Missions socles en situation sanitaire classique

En journée, les réponses aux situations ordinaires sont, en principe, assurées par la filière palliative et notamment les équipes hospitalières et territoriales de soins palliatifs¹. Sur les territoires le nécessitant, l'appui répond aux situations non repérées et/ou urgentes pour l'ensemble du territoire défini.

L'appui a pour mission de :

- **Conseiller, soutenir et orienter les professionnels de santé des EHPAD ou ESMS ou les professionnels de santé exerçant en ville ou les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dans des situations nécessitant des soins non-programmés et pour conforter les professionnels** dans l'établissement de prescriptions anticipées, et aider à des prises en charges spécifiques ;
- **Aider à la décision thérapeutique, participer à la procédure collégiale** en cas de situation critique d'accompagnement, en soins palliatifs ;
- **Appuyer les DAC pour les parcours complexes** afin de contribuer à la continuité des soins (sortie d'hospitalisation, préparation du retour en EHPAD ou à domicile), en tenant compte des situations et des besoins individuels et en mobilisant les ressources territoriales pertinentes ;
- **Aider à l'orientation et guider sur la conduite à tenir** : conseiller sur l'indication d'hospitalisation, proposer des alternatives à l'hospitalisation et orienter vers les HAD ou les établissements du territoire en recourant lorsque possible à une admission directe en soins palliatifs sans passer par les urgences ;
- **Appuyer le SAMU-Centre 15, ou le SAS le cas échéant, et la permanence de soins ambulatoires (PDSA) pour une expertise en soins palliatifs** (hors situations de patients relevant de la pédiatrie palliative pour lesquelles il convient d'orienter vers les ERRSPP ou les équipes d'HAD) **et les réponses à apporter pour un juste soin en urgence**, sur la base de protocoles de décisions d'orientation partagés.

¹ Plan national 2021-2024 « développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie »

La soirée, la nuit et le week-end, lorsqu'il existe, l'appui soins palliatifs apporte son expertise et peut intervenir pour **des situations urgentes**. Pour garantir la transmission d'information et faciliter les interventions en cas d'urgence, il est préférable que les patients soient déjà connus d'une structure palliative du territoire.

Missions en situation de risques collectifs ou de crise sanitaire

Ces situations peuvent nécessiter une expertise médicale en soins palliatifs en vue d'accompagner la prise de décision du médecin de la personne soignée.

- **Contribuer à la gestion des situations cliniques complexes** et, selon les cas, **participer à la procédure collégiale si nécessaire** ;
- **Proposer des conseils personnalisés**, pour la mise en place des procédures et protocoles nécessaires aux soins des patients, en établissement ou au domicile ;
- **Faire le lien avec l'ARS**, pour des remontées d'informations sur la situation épidémique et sur la mobilisation des ressources du territoire afin d'en favoriser l'organisation.

3. Fonctionnement de l'appui soins palliatifs

Moyens mis à disposition

Les moyens humains d'assurer la coordination et l'effectif de l'appui sont définis territorialement en fonction de la couverture prévue par celui-ci.

L'appui soins palliatifs est joignable par téléphone. L'organisation territoriale précise les jours et heures de couverture de l'appui et doit être communiquées à l'ensemble des acteurs.

Il dispose d'un **numéro et d'une adresse mail qui lui sont spécifiques**, afin d'être joint facilement et rapidement et de pouvoir apporter rapidement les réponses nécessaires, d'éclairer sur les recommandations et les conduites à tenir, d'apporter des réponses personnalisées, graduées et conformes aux bonnes pratiques professionnelles.

Il recourt à la **télé-médecine (télé-expertise, téléconsultation)** et dispose des moyens afférents.

La messagerie est sécurisée.

Il peut avoir accès et mobilise les **outils numériques régionaux existants**.

Couverture territoriale

La définition territoriale est laissée à l'appréciation des ARS selon l'expression des besoins locaux et des ressources déjà existantes. Il doit néanmoins être un dispositif de proximité, intégré à la filière de soins palliatifs, afin d'être visible et lisible par les demandeurs. L'appui peut également être mutualisé avec d'autres territoires la nuit ou le week-end.

Articulation avec la filière des urgences, les SAMU-Centre 15 et le SAS

L'appui soins palliatifs est de second recours. Il ne se substitue pas au **SAMU -Centre 15 qui restent les premiers interlocuteurs en cas d'urgence** (aggravation brutale de l'état de santé, urgence vitale, hospitalisation nécessaire, etc.).

Le médecin régulateur du SAMU-Centre 15, et du SAS lorsqu'il existe, pourra adapter la réponse après avoir échangé avec l'appui du territoire. L'existence de directives anticipées pourra également orienter les professionnels de santé vers l'appui en soins palliatifs afin de fournir une expertise et de participer à la collégialité des décisions. En outre, la filière de médecine générale du service d'accès aux soins, relative aux soins non programmés, pourra le cas échéant dialoguer avec l'astreinte de soins palliatifs en cas de besoin d'organisation d'une admission par exemple.

Articulation avec l'HAD

Le rôle de l'appui soins palliatifs s'exerce ici de façon subsidiaire au dispositif en place ou de façon complémentaire par l'apport de conseils et d'expertise auprès de l'HAD.

Outils mis à disposition

La fiche de liaison, le dossier de liaison d'urgence (DLU), la fiche Urgence-PALLIA et les dossiers informatisés communicants constituent les outils indispensables pour la mobilisation de l'appui soins palliatifs.

4. Organisation – Composition et profils des professionnels effectuant l'appui

L'ensemble des structures de soins palliatives du territoire (équipes des EMSP, USP, HAD, DAC) participent à l'appui téléphonique.

Il est prévu un temps de coordination, à dimensionner en fonction du besoin du territoire, afin de :

- **Planifier et préparer l'appui** en assurant la disponibilité et le fonctionnement des outils ;
- **Conseiller les médecins participants** en leur fournissant les outils et les informations nécessaires à leur juste déroulement, et à leur suivi ;
- **Rencontrer et sensibiliser les professionnels de santé et les établissements du territoire et le SAMU-Centre 15** pour les informer des missions des appuis, recenser et préciser régulièrement leurs besoins, afin de garantir l'adéquation des services apportés par l'appui gériatrique, structurer les liens et renforcer les coopérations ;
- **Élaborer et mettre à disposition les protocoles professionnels et organisationnels ainsi que les outils d'aide à la pratique**, notamment auprès du SAMU-Centre 15. Ces protocoles permettent d'harmoniser les pratiques, protocoles et outils et peuvent être mobilisés en période de crise sanitaire ou de situations à risque collectif ;
- **Lors des périodes de crise sanitaire, réorganiser l'appui soins palliatifs** et convenir de leur planification, d'organiser des astreintes de week-end et jours fériés, voire nuit, en assurant la disponibilité des outils pour le médecin d'astreinte ;
- **Entretenir les liens avec l'ARS compétente sur le territoire, renseigner les bilans d'activité et coordonner la transmission de ces données** selon la périodicité requise par la période rencontrée (situation classique ou crise sanitaire).

En période de situation à risques collectifs ou crise sanitaire, les appuis soins palliatifs pourront également faire appel à des médecins de soins palliatifs retraités.

5. Indicateurs de suivi et de résultat

Chaque appui de soins palliatifs organise les modalités nécessaires pour tracer son activité et réalise un bilan annuel, transmis à l'ARS.

Le coordonnateur renseigne les bilans d'activité demandés par l'ARS, au rythme nécessité selon la période concernée (situation classique ou de crise sanitaire).

Quantitatifs :

- Volume d'appels ;
- Nombre d'établissements ou d'équipes territoriales participant à l'appui ;
- Nombre d'ETP mobilisés.

Qualitatifs :

- Étendue de la permanence (jours, horaires) ;
- Profil des professionnels effectuant l'appui ;
- Profil des appelants ;
- Motifs des sollicitations ;
- Orientations données.

L'ensemble de ces éléments permettra le financement annuel par l'ARS à l'établissement porteur.

Indicateurs de résultats

Nombre d'appuis de soins palliatifs mis en place en région, dont la nuit et les week-ends.

Couverture territoriale de l'appui soins palliatifs en % de la région couverte, dont la nuit et les week-ends.

Nombre d'équipes d'HAD partenaires de l'appui de soins palliatifs et % sur le nombre total d'équipes d'HAD.