



Soins coordonnés prodigués aux personnes (très) âgées et polymorbides dans les interfaces du contexte hospitalier

Analyse de la situation et besoins
Office fédéral de la santé publique OFSP 2015

1. Situation initiale

En janvier 2013, le Conseil fédéral a adopté la stratégie « Santé2020 ». Comprenant 36 mesures sur l'ensemble du système de santé, cette stratégie a pour objectif d'assurer la qualité de vie, de renforcer l'égalité des chances, d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la transparence. L'être humain et son bien-être sont placés au premier plan. Le système de santé doit être développé autour du patient et de ses besoins, tout en restant financièrement viable.

Une des mesures centrales de Santé2020 (objectif 1.1) consiste à encourager les soins coordonnés.

Les « soins coordonnés » sont définis comme l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de traitement. La prévention doit également être prise en compte lorsqu'elle s'avère utile. Le patient figure au premier plan : la coordination et l'intégration s'appliquent tout au long de son parcours.

Lors de la 2^e conférence nationale Santé2020, organisée le 26 janvier 2015, plus de 400 participants ont été consultés au sujet des problèmes concrets que posent les soins coordonnés. Il est apparu que des mesures s'imposent, entre autres, chez les personnes (très) âgées et polymorbides, surtout dans le contexte hospitalier. C'est pourquoi le conseiller fédéral Alain Berset a décidé que l'attention devrait être portée dans un premier temps sur ce groupe de patients.

1.1. Comment promouvoir les soins coordonnés pour les patients (très) âgés et polymorbides

L'objectif principal consiste à améliorer la coordination des soins prodigués aux patients (très) âgés et polymorbides dans les interfaces du contexte hospitalier. Cela concerne non seulement les passages internes à l'hôpital (p. ex., pour les différents examens médicaux, thérapies ou transferts d'un service à l'autre), mais aussi les passages d'un lieu d'encadrement à un autre (du domicile à l'hôpital et, de là, à une autre structure ou forme de prise en charge). Une recherche menée dans la littérature nationale et internationale a permis de rédiger une fiche d'informations, qui résume les problèmes et les défis pouvant toucher le groupe ciblé. Des experts ont validé cette analyse de la situation lors d'un atelier organisé le 4 septembre 2015. Par ailleurs, les besoins et les problématiques principales ont été identifiés. Lors d'un deuxième atelier le 13 novembre 2015, des solutions aux problématiques évoquées ont été dégagées et discutées avec les parties prenantes.

2. Analyse de la situation

Les personnes définies comme (très) âgées et polymorbides sont des personnes atteintes d'au moins deux maladies chroniques ou de fragilité extrême (*frailty*) et âgées en règle générale de 80 ans ou plus.¹

Les personnes (très) âgées et polymorbides présentent souvent de multiples symptômes et nécessitent des soins et un traitement à caractère global. De plus, les soins palliatifs doivent être intégrés suffisamment tôt au parcours de ce groupe de patients.

2.1. Lieu de vie et de décès

- *Lieu de vie* : en Suisse, les personnes (très) âgées vivent en majorité à leur domicile : c'est le cas d'environ 90 % des 80 à 84 ans.² La moitié des personnes âgées de 80 ans et plus vivent seules à leur domicile, et 44 % vivent avec une autre personne.³ En 2013, dans cette population, près de 3 personnes sur 10 ont bénéficié de prestations des services d'aide et de soins à domicile.⁴
- *Aide informelle* : parmi les personnes (très) âgées tributaires de soins, un grand nombre est pris en charge par la famille. En 2012, sur une période de 12 mois, 14 % de la population ont reçu de l'aide de parents, connaissances ou voisins pour des raisons de santé. Ce taux augmente fortement pour les deux dernières classes d'âge, atteignant 41 % chez les femmes de 85 ans et plus alors qu'il est de 24 % chez les hommes du même âge. Les bénéficiaires indiquent le plus souvent comme objet de cette aide le ménage, les achats, le soutien moral, les transports, les repas et les soins médicaux ou corporels. L'aide informelle vient dans 52 % des cas du partenaire, dans 31 % des enfants, dans 19 % des parents, dans 20 % des autres membres de la famille.⁵
- *Limitations dans les activités quotidiennes* : selon l'Enquête suisse sur la santé, en 2012, plus de la moitié des plus de 80 ans vivant en ménage privé étaient restreints ou fortement limités dans leurs activités habituelles depuis au moins six mois en raison d'un problème de santé. A partir de 80 ans, la proportion de personnes avec un problème de vue ou d'ouïe double, celle des personnes atteintes d'un problème de locomotion fait plus que tripler.⁶
- *Migrants* : le nombre de migrants âgés en Suisse augmente de plus en plus, et leur situation individuelle varie. Dans l'ensemble, leur situation matérielle est moins bonne que celle des Suisses du même âge, ils courent un plus grand risque de devenir pauvres et sont en moins bonne santé. Les migrants âgés ont des conceptions et des besoins différenciés lorsqu'ils deviennent dépendants.⁷
- *Prise en charge stationnaire* : les soins hospitaliers augmentent rapidement avec l'âge. 45 % des 95 ans et plus vivent dans un établissement médico-social.⁸ La durée moyenne de séjour en EMS – de l'entrée jusqu'au décès – varie entre deux ans et deux ans et demi (1,4 an en moyenne si l'admission est précédée d'une hospitalisation et 4,6 ans dans le cas contraire).⁹

¹ L'hétérogénéité des processus de vieillissement ne permet pas de définir clairement à partir de quand une personne est « âgée » ou « très âgée » ; le passage du premier au deuxième stade peut toutefois être déterminé par l'augmentation des risques de souffrir de problèmes de santé et par la dégradation de la situation sociale (p. ex., perte du partenaire). En règle générale, cette phase se situe entre la 80^e et la 85^e année. (cf. Höpflinger, F. (2014): Langlebigkeit und Hochaltrigkeit. Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen). L'Office fédéral de la statistique OFS considère les plus de 65 ans comme des « personnes âgées » et les plus de 85 ans comme des « personnes très âgées » (cf. Office fédéral de la statistique OFS (2011) : Personnes âgées dans les institutions. Entrée en établissement médico-social en 2008/09. Actualités OFS, 05.2011).

² Observatoire suisse de la santé Obsan (2011) : Vers une hausse de la demande de soins à domicile. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée : communiqué de presse du 19.5.2011.

³ Office fédéral de la statistique : Relevé structurel 2013.

⁴ Office fédéral de la statistique (2014) : Prise en charge médico-sociale en institution et à domicile en 2013. Soins à domicile et EMS : le secteur privé étend sa position : communiqué de presse du 18.11.2014.

⁵ Office fédéral de la statistique (2014) : Statistiques de la santé 2014, Neuchâtel, p. 82.

⁶ *Ibid.*, p. 62.

⁷ Commission fédérale pour les questions de migration CFM et Forum national « Age et migration » (2012) : « Alors nous sommes restés... ». Les migrantes et les migrants âgés en Suisse. Berne, p. 12.

⁸ Observatoire suisse de la santé Obsan (2011). Vers une hausse de la demande de soins à domicile. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée : communiqué de presse du 19.5.2011.

⁹ Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011) : La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée, p. 98 et suivantes.

- *Lieu de décès* : en Suisse, le risque de mortalité en établissement médico-social augmente avec l'âge. Les femmes y décèdent plus souvent que les hommes, surtout dans la tranche des plus de 80 ans. Les données suivantes correspondent à la période de 2006 à 2011 :¹⁰

Lieu du décès	Age	
	80 - 89 ans	> 90 ans
Hôpital	37 %	20 %
Etablissement médico-social	47 %	76 %
Domicile / autre lieu	16 %	4 %

- *Causes de décès* : en Suisse, plus des trois quarts des personnes décèdent des suites de maladies chroniques dégénératives (maladies cardiovasculaires, maladies des voies respiratoires, démence).¹¹ Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès chez les plus de 80 ans ; les cancers arrivent en seconde position.¹²

2.2. Problèmes de santé et maladies

- *État de santé instable / fragilité (frailty)* : la fragilité est une conséquence de la déficience fonctionnelle de nombreux organes due à l'âge. Elle entraîne une vulnérabilité accrue de l'organisme dans son ensemble. Les personnes très âgées et fragiles encourent un risque sensiblement plus élevé de tomber, de souffrir de handicaps ou d'être tributaires de soins. Les maladies « bénignes » (p. ex., infection des voies urinaires) ou certains événements (p. ex., canicule) peuvent aussi entraîner une aggravation de leur état général.¹³
- *Chutes et fractures dues à l'âge* : chez les personnes (très) âgées, le risque de chutes et de blessures n'est pas en premier lieu lié à l'âge, mais il constitue souvent un indice de polymorbidité. Une chute peut réduire l'espérance de vie du patient et l'expose à des hospitalisations plus fréquentes et plus longues. Les blessures qui s'ensuivent, la fracture du col du fémur, par exemple, conduisent à des troubles persistants et accroissent souvent la dépendance aux soins.¹⁴ Le dépistage de maladies concomitantes comme le délirium et la démence a des conséquences significatives sur l'évolution de ces maladies.¹⁵
- *Malnutrition* : les carences alimentaires sont fréquentes chez les patients (très) âgés. Plus les personnes sont âgées et dépendent d'une aide extérieure, plus elles sont touchées. Ces carences affaiblissent l'organisme et augmentent le taux de morbidité et de mortalité.¹⁶ Dans la pratique, les personnes concernées sont rarement diagnostiquées et soignées.¹⁷
- *Forme atypique de la maladie* : chez les patients gériatriques, les maladies somatiques se trahissent par des symptômes (p. ex., des douleurs chroniques) dont la cause n'est pas claire ou pas spécifique. Souvent, les infarctus ne s'annoncent que par des douleurs abdominales, et un ulcère au niveau de la cavité abdominale peut se manifester par une anémie.¹⁸ De la même façon, les troubles psychiques comme la dépression prennent souvent une forme atypique.
- *Maladies chroniques* : les maladies chroniques sont fréquentes chez les personnes très âgées (p. ex., maladies cardiovasculaires, maladies des voies respiratoires, démence). Plus de 30 %

¹⁰ Observatoire suisse de la santé Obsan. Evaluation des données relatives au lieu de décès entre 2006 et 2011 ; sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

¹¹ Les 25 % restant représentent des causes extérieures et d'autres diagnostics. Cf. Office fédéral de la statistique : Décès : nombre, évolution et causes, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/04/key/01.html>.

¹² Office fédéral de la statistique (2013) : Statistique des causes de décès. La mortalité en Suisse et les causes principales de décès, p. 1.

¹³ Zeeh, J. (2015): Gebrechlichkeit - was ist das eigentlich? MMW Fortschritte der Medizin 2015;157(11): 54–8.

¹⁴ Grob, D. (2008): Editorial. Stürze und Frakturen im Alter: Zwischen Steilpässen und Offside. Tandjung, R., Rosemann, T. (2011): Nachsorge Schenkelhalsfraktur.

¹⁵ Beck, S., Geser, C., Grob, D. (2012): Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital.

¹⁶ Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A., Ballmer, P.E. (2014): Mangelernährung im Alter.

¹⁷ Leuenberger M, Joray, M, Kurmann S., Stanga, Z. (2012): Wie beurteile ich den Ernährungszustand meines Patienten?

¹⁸ Grob, D. (2009): Akutgeriatrie aktuell: Grundlagen akutgeriatrischer Abteilungen und Kliniken in Schweizer Spitälern: Ein Arbeitspapier. Hewer, W. (2003): Versorgung des akut verwirrten alten Menschen - eine interdisziplinäre Aufgabe.

des plus de 75 ans développent des cardiopathies ischémiques. Le diabète et l'arthrose font également partie des maladies irréversibles relativement répandues dans ce groupe.¹⁹

- *Infections* : les personnes touchées par des maladies chroniques et les personnes (très) âgées présentent un risque plus élevé de contracter des infections, parmi lesquelles la grippe (influenza) ou les infections nosocomiales (infections contractées lors d'un séjour à l'hôpital ou en EMS). L'âge augmentant, les infections à pneumocoques, par exemple, s'accompagnent souvent de complications. Il peut être plus difficile de diagnostiquer de façon précoce les infections à pneumocoques parce qu'elles ne se manifestent souvent que par des symptômes non spécifiques chez les patients (très) âgés.²⁰
- *Etat confusionnel aigu (délirium)* : les personnes (très) âgées et polymorbides présentent un risque plus élevé de délirium, qui peut être dû à des infections graves, une malnutrition, une déshydratation, des médicaments ou l'immobilité.²¹ Souvent, le délirium n'est pas dépisté dans la pratique ou est diagnostiqué de façon erronée comme une démence ou une dépression.
- *Troubles cognitifs et démence* : les personnes (très) âgées sont souvent touchées par des troubles cognitifs, par exemple des suites d'un délirium ou en raison d'interactions médicamenteuses. Le risque de développer une démence augmente avec l'âge. Lorsqu'un patient souffre de troubles cognitifs, le libre choix du traitement et de l'accompagnement représente un véritable défi.²² Une étude menée à Lausanne a montré qu'à l'hôpital, les troubles cognitifs n'étaient reconnus que chez un tiers des plus de 75 ans.²³
- *Dépression* : chez les personnes âgées, les troubles dépressifs sont fréquents, lourds de conséquences et se caractérisent souvent par une évolution défavorable.²⁴ Au-delà des troubles spécifiques à la dépression, le pronostic de nombreuses maladies somatiques est influencé négativement, en particulier chez les personnes âgées et polymorbides. Les patients polymorbides souffrant d'une maladie dépressive sont hospitalisés beaucoup plus souvent que les patients polymorbides non dépressifs.²⁵ De plus, les personnes âgées hospitalisées et présentant des symptômes dépressifs sont plus susceptibles d'être transférées dans un EMS ou de décéder.²⁶ Par ailleurs, à un âge avancé, il est très difficile de distinguer une dépression d'un début de démence. Cette différenciation est particulièrement importante parce qu'une dépression à un âge avancé peut être bien soignée et que les symptômes dépressifs peuvent aussi indiquer un début de démence.²⁷ Le désir de mourir ou de se suicider peut découler d'un trouble dépressif, mais la dépression doit être diagnostiquée pour que ce désir soit reconnu en tant que tel.
- *Dépendance* : souvent, la consommation problématique d'alcool n'est pas détectée chez les personnes âgées. Les interactions négatives entre l'alcool et les médicaments constituent ici le problème majeur. Selon l'Enquête suisse sur la santé, 6 % des hommes et des femmes de 65 à 74 ans ont une consommation chronique à risque. Chez les personnes de 75 ans et plus, la proportion a tendance à baisser pour les deux sexes, mais l'écart n'est pas significatif statistiquement.²⁸

¹⁹ Monod-Zorzi, S. (2007) : Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées.

²⁰ Fätkenheuer, G., Kwetkat, A., Pletz, M.W., Schelling, J. et al. (2014): Prävention im Alter: Stellungnahme zur Pneumokokkenimpfung. Résultats d'un atelier d'experts organisé le 15.11.2013 à Cologne.

²¹ Pretto, M., Hasemann, W. (2006): Delirium – Ursachen, Symptome, Risikofaktoren, Erkennung und Behandlung.

²² Renteln-Kruse, W., Neumann, L., Klugmann, B. et al. (2015): Geriatric patients with cognitive impairment. James, B.D., Schneider, J.A. (2010): Increasing incidence of dementia in the oldest old: evidence and implications.

²³ Joray, S., Wietlisbach, V., Büla, Ch. (2004): Cognitive Impairment in Elderly Medical Inpatients. Detection and Associated Six-Month Outcomes.

²⁴ Gühne, U., Stein, J., Riedel-Heller, S. (2015): Depression im Alter - Herausforderung langlebiger Gesellschaften. Psychiatrische Praxis 2015. Riedel-Heller, S.G., Weyerer, S., König, H., Luppä, M. (2012): Depression im Alter: Herausforderung für eine Gesellschaft der Langlebigen.

²⁵ Bock, J., Luppä, M., Brettschneider, C. et al. (2014): Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients-from the MultiCare Cohort Study.

²⁶ Büla, Ch., Wietlisbach, V., Burnand, B., Yersin, B. (2001): Depressive Symptoms as a Predictor of 6-Month Outcomes and Services Utilization in Elderly Medical Inpatients.

²⁷ Rotomskis, A., Margeviciute, R., Germanavicius, A., (2015): Differential diagnosis of depression and Alzheimer's disease with the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). Potter, G.G., Steffens, D.C. (2007): Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults.

²⁸ Observatoire suisse de la santé (2015) : La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Neuchâtel, p. 116.

2.3. Défis aux interfaces : avant et pendant l'admission à l'hôpital

Lors de l'entrée à l'hôpital, le défi principal consiste à analyser de manière globale le tableau clinique, très complexe, des patients (très) âgés et polymorbides et à assurer le flux d'informations du médecin traitant, des services d'aide et de soins à domicile ou de l'établissement médico-social vers l'hôpital. Les hospitalisations en urgence sont fréquentes chez ce groupe de patients.

Manque de structures de soutien dans le secteur ambulatoire :

- *Surcharge des proches aidants* : l'affaiblissement du réseau social peut conduire à une hospitalisation ; la surcharge des proches peut se révéler à ce moment-là.
- *Manque de planification anticipée du projet thérapeutique (Advance Care Planning)* : lors de l'accompagnement ambulatoire, la planification n'est malheureusement souvent pas prévue et les complications, pas anticipées. Les situations où les patients nécessiteraient des soins palliatifs ne sont souvent pas reconnues. Une étude néerlandaise a montré que seule un peu moins de la moitié des médecins généralistes connaissent le lieu de décès privilégié par leurs patients.²⁹
- *Manque de disponibilité des professionnels* : dans le cadre des soins prodigués aux patients vivant à domicile, il est essentiel qu'un médecin ou un professionnel de l'aide et des soins à domicile puisse être contacté et soit disponible rapidement pour éviter une hospitalisation. Les services d'appel d'urgence manquent parfois d'expertise gériatrique et ne connaissent pas toujours le patient et sa situation. En outre, il peut arriver que, par manque de temps, ils ne puissent pas stabiliser la situation sur place, ce qui aurait pu permettre au patient de rester à la maison.

Transferts évitables de l'EMS à l'hôpital :

- *Bien-fondé de l'indication* : les résidents des établissements médico-sociaux sont généralement envoyés en urgence dans des hôpitaux de soins aigus et gériatriques. Les indications les plus fréquentes pour un transfert d'un EMS à un hôpital sont : les infections, les chutes et l'aggravation importante des symptômes d'une maladie cardio-vasculaire.³⁰ Une étude allemande a montré qu'environ 40 % des traitements ambulatoires aux services des urgences n'étaient « pas indiqués ». ³¹
- *Pénibilité du transport* : le transport de l'établissement médico-social à l'hôpital est très stressant pour beaucoup de patients. De plus, les coûts engendrés par les transports et l'hospitalisation ne sont pas négligeables.³² On sait que les transports constituent un facteur de risque pour le développement d'un délirium.
- *Manque de disponibilité des professionnels* : généralement, aucun médecin n'est disponible immédiatement dans les établissements médico-sociaux, car les résidents sont le plus souvent suivis par leurs médecins traitants, qui ne travaillent pas directement dans l'institution.³³ Comme dans le secteur ambulatoire, il peut arriver que, par manque de temps et de connaissance de la personne et de la situation, les services d'urgence ne puissent pas stabiliser la situation sur place.

Admission à l'hôpital :

- *Manque d'informations* : si les informations pertinentes ne sont pas disponibles lors de l'admission à l'hôpital (p. ex., évaluation gériatrique, liste des médicaments pris par le patient) ou ne sont pas transmises, le patient risque d'être admis dans un service inadapté et de ne pas y être soigné de manière optimale.³⁴

²⁹ Meeussen, K., Van den Block, L., Bossuyt, N. et al. (2009): GPs' awareness of patients' preference for place of death.

³⁰ Bally, K.W., Nickel, C. (2013): Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht?

³¹ Kada, O., Brunner, E., Likar, R. et al. (2011): Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen.

³² Kada, O., Brunner, E., Likar, R. et al. (2011): Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. Bally, K.W., Nickel, C. (2013): Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht?

³³ Rosemann, T. (2013): Spitaleinweisungen von Pflegeheimbewohnern: Evidenzbasierte Orientierung für Hausärzte könnte nicht nur Kosten sparen.

³⁴ Rummer, A. (2012): Vermeidung des Drehtüreffekts: Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussbehandlung und Rehabilitation.

- *Augmentation des hospitalisations d'urgence* : avec un taux de recours atteignant 480/1000 habitants en 2011, ce sont les individus âgés de 86 ans et plus qui sont le plus souvent admis dans un service d'urgence. Bien que le volume absolu d'admissions soit le plus faible dans la classe d'âge des 86 ans et plus, c'est dans cette dernière que sa progression a été la plus rapide entre 2007 et 2011 : + 32 %. Les patients âgés hospitalisés entrent plus souvent à l'hôpital par les urgences, leur séjour hospitalier est plus long, ce dernier se poursuit plus souvent par une entrée en EMS (court ou long séjour). Finalement, ils sont plus souvent réadmis à l'hôpital.³⁵ Le personnel médical de ces services est confronté à des défis grandissants concernant l'examen initial et l'accompagnement de ce groupe de patients aux tableaux cliniques complexes.³⁶
- *Difficultés concernant l'autodétermination* : lors des hospitalisations en urgence, il est plus difficile de prendre les décisions sur la base des souhaits et des besoins des personnes concernées. De plus, la capacité des patients à exprimer leur volonté peut être limitée par la maladie (p. ex., démence, délirium), surtout quand ils sont (très) âgés. Souvent, il n'existe pas de directives anticipées ou elles ne sont pas disponibles.³⁷

Médication

- *Excès de soins* : les ordonnances de médicaments établies pour les personnes (très) âgées et polymorbides sont souvent complexes. Une polypharmacie inadéquate et les modifications dues à l'âge dans la pharmacocinétique et la pharmacodynamique induisent un risque d'hospitalisation beaucoup plus élevé en comparaison avec les jeunes adultes.³⁸ Les patients vivant en ménage privé ne prennent pas toujours correctement leurs médicaments. Lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, où la prise des médicaments est contrôlée, ils peuvent être victimes d'intoxications.
- *Médication inadéquate* : l'utilisation d'un médicament non-indiqué, la double médication ou une mauvaise posologie peuvent augmenter les risques pour la santé (délirium, chutes) et le risque d'hospitalisation et d'admission aux urgences.³⁹
- *Traitement médicamenteux insuffisant* : les traitements insuffisants, c'est-à-dire le renoncement à la prise de médicaments malgré une indication donnée et l'absence de contre-indication, peuvent être dangereux pour la santé et conduire à une hospitalisation. La polypharmacie et l'insuffisance de traitement sont souvent concomitantes. Une étude néerlandaise a pu montrer que près de la moitié des patients prenant cinq médicaments ou plus ne sont pas suffisamment traités.⁴⁰

2.4. Défis aux interfaces : pendant un séjour à l'hôpital

Souvent, différents professionnels et spécialistes doivent contribuer au traitement des multiples pathologies des personnes très âgées et polymorbides. L'accompagnement et le traitement pendant le séjour à l'hôpital se basent sur la collaboration et l'échange d'informations entre les professionnels ainsi qu'avec le patient et ses proches.

Risques et besoins non reconnus

- *Risque d'une détérioration de l'état de santé* : en cas de prise en charge hospitalière inadéquate, les patients (très) âgés et polymorbides s'exposent à des risques de chutes, d'infections nosocomiales ou de développement d'un délirium. Pour les personnes souffrant de troubles cognitifs, un

³⁵ Vilpert S. (2013): Consultations dans un service d'urgence en Suisse. Obsan Bulletin 3/2013.

³⁶ Beck, S., Geser, C., Grob, D. (2012): Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital. Ellis, G., Marshall, T., Ritchie, C. (2014): Comprehensive geriatric assessment in the emergency department.

³⁷ Bally, K.W., Nickel, C. (2013): Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht? Interface (2014) : deuxième conférence nationale Santé2020 : résultats du « World Café » sur le thème des soins coordonnés. Sous mandat de l'Office fédéral de la santé publique.

³⁸ Lund, B.C., Schroeder, M.C., Middendorff, G. (2015): Effect of hospitalization on inappropriate prescribing in elderly Medicare beneficiaries.

³⁹ Farrell, B., Tsang, C., Raman-Wilms, L. et al. (2015): What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. Neuner-Jehle, S. (2013): Weniger ist mehr - wie Polypharmazie vermeiden? Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M. (1999): Medikamentenverordnung und mehrfache Stürze bei älteren, zu Hause lebenden, multimorbiden Menschen.

⁴⁰ Neuner-Jehle, S. (2013): Weniger ist mehr - wie Polypharmazie vermeiden? Kuijpers, Mascha A. J., van Marum, Rob J., Egberts, Antoine C. G. et al. (2008): Relationship between polypharmacy and underprescribing.

séjour à l'hôpital peut représenter un facteur de stress important (pénibilité du transport, environnement inhabituel, personnel de soins inconnu, mauvaise prise en compte des besoins spécifiques, etc.).⁴¹

- *Besoin de traitements complexes de rééducation gériatrique précoce non reconnu* : les patients (très) âgés et polymorbides hospitalisés n'ont pas accès à un traitement et à un accompagnement adéquats si les professionnels des services non gériatriques (médecine interne, par exemple) ne reconnaissent pas que des traitements complexes de rééducation gériatrique précoce s'imposent.

Collaboration interprofessionnelle

- *Vue d'ensemble limitée* : la concentration sur certaines maladies bien définies déploie des effets positifs sur leur diagnostic et leur traitement. Cependant, des effets négatifs sont à craindre pour les personnes (très) âgées et polymorbides. En raison de leurs pathologies multiples, le nombre de spécialités concernées est très important (p. ex., professionnels des services d'urgence, de la chirurgie d'urgence, de la cardiologie, de l'oncologie, de la néphrologie). Les équipes médicales risquent de ne pas avoir de vision d'ensemble de tous les problèmes superposés et de ne pas pouvoir orienter le plan de traitement individuel en fonction des problèmes principaux du patient. La prise en compte de l'évaluation gériatrique multidimensionnelle dans le plan de traitement spécialisé est demandée depuis longtemps.⁴²
- *Répartition des responsabilités* : la symptomatique complexe chez les patients (très) âgés et polymorbides requiert une bonne collaboration ainsi que la coordination du traitement et de l'accompagnement. Souvent, les responsabilités et les compétences des acteurs ne sont pas assez bien définies.⁴³

Information et consultation des personnes concernées

- *Difficultés concernant l'autodétermination* : le libre choix du traitement et de l'accompagnement à l'hôpital constitue un grand défi, particulièrement pour les patients qui ne peuvent pas s'exprimer en raison de leur état de santé (p. ex., délirium). On constate le même problème chez les patients présentant une démence.⁴⁴
- *Consultation insuffisante des proches* : souvent, les proches aidants accompagnent depuis longtemps les patients concernés. Pour les professionnels de l'accompagnement, les proches représentent une ressource et une source essentielle de connaissances. Chez les patients déments ou défaillants sur le plan cognitif, le fait de ne pas associer les proches aux soins représente un problème de taille, car ils constituent une source d'informations précieuses.⁴⁵ Souvent, les proches ne sont pourtant pas intégrés de façon adéquate, c'est-à-dire qu'on leur confie uniquement un rôle d'assistance sans prendre en considération leur charge émotionnelle, ou inversement.
- *Manque d'informations* : les proches aidants ont souvent l'impression de perdre le contrôle lorsqu'un membre de leur famille est hospitalisé, surtout s'ils ne sont pas assez informés ou consultés au cours du processus décisionnel. Cela peut susciter de la méfiance par rapport aux professionnels et compliquer la communication et la planification de la suite du traitement et de l'accompagnement.⁴⁶

⁴¹ Gozalo P. et al. (2011): End-of-Life Transitions among Nursing Home Residents with Cognitive Issues, p. 1213.

⁴² Beck, S., Geser, C., Grob, D. (2012): Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital.

⁴³ Keller, U., Meier, R., Lüthy, J. et al. (2006): Mangelernährung im Spital.

⁴⁴ Nufer, T.W., Spichiger, E. Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie.

⁴⁵ Jurgens, F.J., Clissett, P., Gladman, John R. F., Harwood, R.H. (2012): Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. Bragstad, L.K., Kirkevold, M., Foss, C. (2014): The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge.

⁴⁶ Nufer, T.W., Spichiger, E. Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie. Jurgens, F.J., Clissett, P., Gladman, John R. F., Harwood, R.H. (2012): Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care?

2.5. Défis aux interfaces : pendant et après la sortie de l'hôpital

Avant que les patients (très) âgés et polymorbides ne sortent de l'hôpital, il convient d'organiser le traitement et l'accompagnement après l'hospitalisation. La situation de vie et les différentes possibilités d'accompagnement doivent être prises en compte (habitat, proches aidants, etc.). Les priorités de traitement et d'accompagnement pour la dernière phase de la vie doivent être discutées et soigneusement planifiées en accord avec les personnes concernées. Le cas échéant, une nouvelle solution durable doit être trouvée et mise en œuvre pendant le séjour hospitalier. Il n'est pas toujours possible de trouver des solutions temporaires.⁴⁷ De plus, les personnes (très) âgées et polymorbides ont besoin de plus de temps pour recouvrer leurs capacités fonctionnelles.⁴⁸

Transmission d'informations aux professionnels de l'établissement suivant

- *Consultation insuffisante* : lorsque le patient est à l'hôpital, les échanges avec le médecin traitant ou les services d'aide et de soins à domicile sont très limités. Les colloques de réseau sont rares. Souvent, si le médecin traitant ne dispose pas d'un réseau personnel, il a de la peine à trouver le bon interlocuteur dans les grandes cliniques.⁴⁹
- *Remise des rapports en temps utile* : la remise en temps utile des rapports de sortie est primordiale en raison du manque d'échange entre les médecins traitants et l'hôpital pendant l'hospitalisation. Une étude sur les soins de santé dans le canton de Bâle-Ville a montré que la remise fonctionne bien en général, mais que les disparités en matière de ponctualité et de qualité sont considérables.⁵⁰

Information et consultation des personnes concernées

- *Consultation insuffisante des proches lors de la préparation de la sortie* : selon une étude norvégienne, les membres de la famille sont rarement consultés lors de la planification de la sortie. Comme ils jouent un rôle de soutien essentiel lors de la sortie et pour l'accompagnement à domicile, des ressources importantes sont perdues.⁵¹
- *Instructions insuffisantes concernant le suivi* : les proches aidants assument une grande responsabilité dans les soins et l'accompagnement du membre malade de la famille. Souvent, lorsque ce dernier quitte l'hôpital, son état de santé, les pronostics, les complications ainsi que les mesures d'accompagnement et d'aide ne sont pas suffisamment communiqués aux proches.⁵²
- *Offre complexe de services d'aide* : les offres des différents services d'aide (auxiliaires d'aide à la mobilité, systèmes d'appel d'urgence, cliniques de jour, aides bénévoles, etc.) permettant de décharger les proches au domicile sont variées et nécessitent des conseils aux proches et la coordination des services.⁵³
- *Partenaire très âgé agissant comme proche aidant* : lorsqu'on donne au partenaire des explications concernant les soins ambulatoires, il faut tenir compte de son âge et son état de santé.

Médication

- *Changements dans le traitement médicamenteux* : pour beaucoup de personnes âgées, il est essentiel de pouvoir prendre ses médicaments de façon autonome. Les changements dans le traitement médicamenteux à la sortie de l'hôpital et le remplacement de certains médicaments par des génériques portant d'autres noms et présentés différemment peuvent occasionner des difficultés pour les patients et leurs proches.⁵⁴

⁴⁷ Wächter, M., Kessler, O. (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt.

⁴⁸ Grob, D. (2007): Geriatrie in der Schweiz: Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit.

⁴⁹ Wächter, M., Kessler, O. (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt.

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Bragstad, L.K., Kirkevold, M., Foss, C. (2014): The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge.

⁵² Küttel, C., Schäfer-Keller, P., Brunner, C. et al. (2015): Der Alltag pflegender Angehöriger - Was sie während des Spitalaufenthalts ihres Familienmitglieds beschäftigt im Hinblick auf den Austritt und was sie diesbezüglich für sich benötigen.

⁵³ Wiesli, U. (2011): Hochbetagte Menschen zuhause - pflegen, begleiten und betreuen.

⁵⁴ Stauffer, Y., Spichiger, E., Mischke, C. (2015): Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach

- *Incertitude et non-adhésion thérapeutique* : les médecins et le personnel soignant de l'hôpital ainsi que le médecin traitant contribuent de façon déterminante à donner au patient (très) âgé un sentiment de sécurité ou, inversement, d'incertitude par rapport au traitement médicamenteux. En cas d'incertitude concernant le traitement prescrit par l'hôpital, ces patients attendent souvent que leur médecin traitant ait vérifié les médicaments pour les prendre, ce qui peut retarder la prise et entraîner des complications.⁵⁵
- *Absence d'informations par écrit* : lors de la sortie de l'hôpital, les informations consignées par écrit sur la gestion des médicaments (organisation, prise) font souvent défaut. Par ailleurs, il n'est pas rare que le médecin hospitalier et le médecin traitant ne communiquent pas du tout sur la médication.⁵⁶

Défis spécifiques à l'interface hôpital – soins ambulatoires

- *Manque de ressources* : les services d'aide et de soins à domicile manquent parfois de ressources, ce qui peut compliquer ou ralentir la sortie de l'hôpital et ainsi induire des coûts inutiles.⁵⁷
- *Manque d'information et d'expertise en gériatrie* : la formation de base, postgrade et continue du médecin traitant dans le domaine de la gériatrie ainsi que la communication et l'échange d'informations entre l'hôpital et le médecin traitant sont essentiels pour le suivi par le médecin de famille. Si ces aspects font défaut, le patient peut être ré-hospitalisé ou son réseau social peut se dégrader.⁵⁸
- *Difficulté de garantir un cadre social financièrement viable* : les services sociaux de l'hôpital peuvent planifier et mettre en œuvre des mesures mais leur travail s'arrête lorsque le patient sort de l'hôpital. Ils ne peuvent donc pas vérifier si ces mesures sont appliquées comme prévu.⁵⁹

Défis spécifiques à l'interface hôpital – établissement médico-social

- *Manque de temps et de ressources* : lorsque les patients ne peuvent pas retourner chez eux après un séjour à l'hôpital, il incombe aux professionnels du service social de l'hôpital d'organiser le transfert dans un établissement médico-social. Ces procédures peuvent prendre beaucoup de temps.⁶⁰
- *Prise en charge intensive* : lors d'un retour en établissement médico-social, un accompagnement intensif des personnes concernées s'impose, et la réadaptation à l'établissement prend beaucoup de temps. Souvent, des escarres se sont formées chez les patients parce qu'ils sont restés allongés de façon prolongée.⁶¹

Défis spécifiques à l'interface hôpital – réadaptation/clinique psychiatrique

- *Manque de temps* : la confirmation en temps utile de la prise en charge des frais par la caisse-maladie constitue un défi de taille lors du transfert en réadaptation.⁶²

Spitalaufenthalt - eine qualitative Studie. Harris, C.M., Sridharan, A., Landis, R. et al. (2013): What happens to the medication regimens of older adults during and after an acute hospitalization?

⁵⁵ Stauffer, Y., Spichiger, E., Mischke, C. (2015): Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt - eine qualitative Studie.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ Wächter, M., Kessler, O. (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt.

⁵⁸ Rummer, A. (2012): Vermeidung des Drehtüreffekts: Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussbehandlung und Rehabilitation.

⁵⁹ Wächter, M., Kessler, O. (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt.

⁶⁰ Rummer, A. (2012): Vermeidung des Drehtüreffekts: Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussbehandlung und Rehabilitation.

⁶¹ Kada, O., Brunner, E., Likar, R., Pinter, G., Leutgeb, I., Francisci, N. et al. Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen.

⁶² Wächter, M., Kessler, O. (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt.

- *Interface hôpital de soins aigus – psychiatrie aiguë* : l'équipe hospitalière se concentre sur le traitement somatique, tandis que les aspects psychiques sont au cœur de la prise en charge en psychiatrie aiguë. Il n'y a donc pas de perspective globale. L'hôpital devant organiser la sortie des patients le plus rapidement possible, ceux-ci font la navette entre l'hôpital de soins aigus et la psychiatrie aiguë (problématique des patients transférés puis renvoyés d'un lieu d'encadrement à un autre).

3 Besoins identifiés par les experts

Le 4 septembre 2015, l'analyse de la situation a été validée par des experts des domaines suivants : gériatrie, psychogériatrie, soins, éthique, travail social et protection des patients. Par ailleurs, les besoins et les principales problématiques ont été identifiés. Ils sont exposés ci-dessous.

3.1 Structures de soins et qualité de la prise en charge

- *Evaluation multidimensionnelle / respect du mode de vie* : l'évaluation globale et interprofessionnelle ainsi que la prise en compte générale de la situation personnelle (mode de vie), menées sur la base des ressources disponibles, devraient devenir un standard pour les patients (très) âgés et polymorbides, quel que soit le type d'encadrement. A cet égard, les aspects psychiatriques et psychosomatiques doivent être considérés au bon moment dans les lieux d'encadrement somatique. Il faut obligatoirement tenir compte de la volonté des patients consignée dans les directives anticipées.
- *Offre de traitements complexes de rééducation gériatrique précoce* : les patients âgés et polymorbides ont besoin d'une prise en charge hospitalière spécifique, adaptée à la complexité de leur situation, en plus du traitement médical habituel, fondé sur les différents diagnostics. Or de nombreux hôpitaux de soins aigus ne proposent pas de traitements complexes de rééducation gériatrique précoce. Si la facturation de ces prestations est en principe possible avec les DRG, elle dépendrait dans les faits de certains critères structurels, ce qui signifie que le service doit répondre à des critères préétablis. En outre, la facturation peut être différente en Suisse romande (sans les DRG). En conclusion : ces traitements sont accessibles ou non selon les régions.
- *Clarification de la prise en charge transitoire* : lorsqu'un patient gériatrique doit quitter l'hôpital mais qu'il ne peut pas retourner chez lui, trois voies sont possibles : a) une entrée définitive en EMS, b) une admission dans une clinique ou un service de réadaptation ou c) un transfert vers une unité de soins de transition. En Suisse, la prise en charge post-hospitalière (réadaptation et soins de transition) est très hétérogène. En outre, il est souvent difficile de faire valoir le droit des personnes âgées à la réadaptation auprès des assureurs-maladie. Il arrive que les assureurs mettent beaucoup de temps avant d'envoyer la garantie de prise en charge des soins transitoires ou de la réadaptation.
- *Planification globale de la sortie de l'hôpital* : avant le transfert d'un patient de l'hôpital à son domicile, il faudrait évaluer son environnement de vie, en consultant ses proches. L'existence ou la mise en place d'un bon réseau d'accompagnement est le seul moyen de garantir un encadrement satisfaisant à domicile et éviter ainsi des hospitalisations ultérieures. La planification de la sortie de l'hôpital est également nécessaire lors de certaines prises en charge aux services des urgences, par exemple pour les patients qui ont fait une chute sans fracture et qui peuvent rentrer à leur domicile. De même, les interventions ambulatoires (p. ex., chirurgie mini-invasive) peuvent profondément fragiliser le réseau d'encadrement ambulatoire (rôle des proches). Ces éléments devraient être anticipés lors de la planification de ce genre d'interventions.
- *Garantir l'accompagnement ambulatoire et la coordination* : en ambulatoire, les réseaux destinés aux patients fragiles vivant en ménage privé devraient être stabilisés, afin d'éviter une surcharge des proches. En outre, il est important d'éviter les hospitalisations ultérieures, par exemple en faisant intervenir des professionnels de la gériatrie lors de situations critiques. Il serait intéressant de tester des offres flexibles permettant de décharger les proches (structures d'accueil de jour ou de nuit, lits en maison de retraite pour des périodes de vacances, etc.), de même que les offres

de réadaptation à domicile. Un traitement et un accompagnement coordonnés nécessiteraient des places ambulatoires assurant la coordination entre les patients et les offres des structures de soins ambulatoires et stationnaires (p. ex., places de conseil ambulatoire pour la gestion de cas).

3.2 Echange d'informations

- *Promotion du système d'information électronique* : les informations concernant les traitements précédents et ultérieurs devraient être rapidement disponibles grâce au système d'information électronique.
- *Meilleure information des patients et de leurs proches* : lors de la sortie de l'hôpital, les patients et leurs proches devraient mieux être mis au courant et informés. Réciproquement, les proches sont des sources d'informations précieuses pendant l'admission et le séjour hospitalier.

3.3 Sensibilisation et ressources

- *Personnel formé en gériatrie* : les besoins en personnel formé dans le domaine de la gériatrie vont augmenter. Il convient d'envisager des solutions permettant de répondre à ces besoins, et notamment de trouver des moyens d'augmenter les capacités de formation et/ou de rendre la gériatrie plus attractive (tarifs, conditions de travail, possibilités d'évolution, etc.).
- *Sensibilisation à la gériatrie et savoir-faire* : une sensibilisation aux besoins et spécificités des patients (très) âgés et polymorbides est nécessaire dans les systèmes sanitaire et social. En effet, les personnes travaillant à l'hôpital ou dans le domaine ambulatoire devraient avoir une meilleure connaissance des offres et des processus gériatriques les plus importants. Cela est particulièrement vrai pour les services qui prennent en charge de nombreux patients (très) âgés et polymorbides, comme la médecine interne ou l'orthopédie. Il est également important que le personnel des urgences dispose de connaissances et de savoir-faire dans le domaine de la gériatrie, afin d'assurer une admission appropriée de ces patients. Des unités de soutien en gériatrie pourraient par exemple pérenniser et partager ces connaissances.
- *Traitements complexes de rééducation gériatrique précoce nécessaires* : afin de garantir aux patients l'accès à des traitements complexes de rééducation gériatrique précoce, ce besoin doit être reconnu par le personnel de l'hôpital travaillant dans les services non gériatriques. En outre, des appareils doivent être utilisés pour poser une indication.
- *Se former à la collaboration interprofessionnelle* : des formations de base, continue et postgrade doivent être proposées afin d'améliorer la collaboration au sein des groupes professionnels et entre ces derniers et de prendre en compte toute la chaîne de traitement (et pas uniquement un seul contexte). L'attention doit être portée avant tout sur les patients, dont les volontés doivent être respectées. Ce sont surtout les personnes sur le terrain qui devraient être formées en ce sens.
- *Application de l'art. 7 OPAS (financement de prestations de coordination)* : l'application de l'article se heurte dans la pratique à d'importants obstacles. De nombreuses fausses idées circulent à la fois chez les fournisseurs de prestations et chez les assureurs, par exemple que l'article ne concernerait uniquement les situations palliatives. La pratique montre toutefois que la facturation aux assurances-maladie ne pose pas de problème lorsque les prestations de coordination sont bien justifiées et documentées.

3.4 Financement

- *Fragmentation du financement dans le domaine de la santé* : selon les experts, les mécanismes financiers actuels ne permettent pas de faire évoluer le système de santé vers une plus grande coordination. La fragmentation du financement dans le domaine de la santé conduit inévitablement à des interruptions dans la chaîne de traitement. Les experts ont identifié différents problèmes dans ce domaine. L'OFSP s'intéressera plus concrètement à ces questions et cherchera activement à y répondre dans le cadre du troisième sous-projet, dont l'objectif consiste à clarifier les conditions cadres s'appliquant aux soins coordonnés.

3.5 Autodétermination et respect de la volonté du patient

- *Respect de la volonté du patient* : le respect de la volonté du patient a pris de l'importance depuis l'entrée en vigueur du nouveau droit de la protection de l'adulte, par exemple au sujet de la médication et de l'alimentation forcée en fin de vie ou au niveau de l'implication de personnes de confiance. Il faudrait examiner comment cette volonté pourrait être prise en compte et respectée dès le début de la prise en charge, puis tout au long de la chaîne de traitement. Cela a des implications pour l'offre de soins (excès ou insuffisance de soins). Le droit de la protection de l'adulte offre de très bons principes pour protéger les droits des personnes aux capacités cognitives restreintes.

Références :

- Bally, K.W., Nickel, C. (2013): Wann sollen Pflegeheimbewohner hospitalisiert werden und wann nicht? *Praxis* 2013;102(16):987–91.
- Beck, S., Geser, C., Grob, D. (2012): Multidimensionales geriatrisches Assessment als klinischer Zugang zum multimorbiden Patienten im Spital. *Praxis* 2012;101(25):1627–32.
- Bock, J., Luppä, M., Brettschneider, C., Riedel-Heller, S., Bickel, H., Fuchs, A. et al. (2014): Impact of depression on health care utilization and costs among multimorbid patients-from the MultiCare Cohort Study. *PloS one* 2014;9(3).
- Bragstad, L.K., Kirkevold, M., Foss, C. (2014): The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge. *BMC health services research* 2014;14:331.
- Büla, Ch., Wietlisbach, V., Burnand, B., Yersin, B. (2001): Depressive Symptoms as a Predictor of 6-Month Outcomes and Services Utilization in Elderly Medical Inpatients. *Arch Intern Med.* 2001; 161: 2609-2615.
- Commission fédérale pour les questions de migration CFM et Forum national « Age et migration » (2012) : « Alors nous sommes restés... ». Les migrants et les migrants âgés en Suisse. Berne, p. 12.
- Ellis, G., Marshall, T., Ritchie, C. (2014): Comprehensive geriatric assessment in the emergency department. *Clinical interventions in aging* 2014;9:2033–43.
- Farrell, B., Tsang, C., Raman-Wilms, L., Irving, H., Conklin, J., Pottie, K. (2015): What are priorities for de-prescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: a modified delphi process. *PloS one* 2015;10(4).
- Fätkenheuer, G., Kwetkat, A., Pletz, M.W., Schelling, J., Schulz, R., van der Linden, M. et al. (2014): Prävention im Alter: Stellungnahme zur Pneumokokkenimpfung. Résultats d'un atelier d'experts organisé le 15.11.2013 à Cologne. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47(4):302–9.
- Gozalo P., Teno J.M., Mitchell S.L., Skinner J., Bynum J., Tyler D., Mor V. (2011): End-of-Life Transitions among Nursing Home Residents with Cognitive Issues. *N Engl J Med* 365; 13: 1212–1221
- Grob, D. (2009): Akutgeriatrie aktuell: Grundlagen akutgeriatrischer Abteilungen und Kliniken in Schweizer Spitälern: Ein Arbeitspapier.
- Grob, D. (2008): Editorial. Stürze und Frakturen im Alter: Zwischen Steilpässen und Offside. *Geriatrie-Praxis* 2008;19(2):1.
- Grob, D. (2007): Geriatrie in der Schweiz: Grundlagen und Konzepte altersmedizinischer Arbeit. *Schweizerische Ärztezeitung* 2007;88(4):132–9.
- Gühne, U., Stein, J., Riedel-Heller, S. (2015): Depression im Alter - Herausforderung langlebiger Gesellschaften. *Psychiatrische Praxis*.
- Harris, C.M., Sridharan, A., Landis, R., Howell, E., Wright, S. (2013): What happens to the medication regimens of older adults during and after an acute hospitalization? *Journal of patient safety* 2013;9(3):150–3.
- Hewer, W. (2003): Versorgung des akut verwirrten alten Menschen - eine interdisziplinäre Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*; 100(30):2008–12.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., Zumbrunn, A. (2011) : La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée.
- Imoberdorf, R., Rühlin, M., Beerli, A., Ballmer, P.E. (2014): Mangelernährung im Alter. *Schweizerisches Medizin-Forum* 14(49):932–6.
- Interface (2014) : deuxième conférence nationale Santé2020 : résultats du « World Café » sur le thème des soins coordonnés. Sous mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- James, B.D., Schneider, J.A. (2010): Increasing incidence of dementia in the oldest old: evidence and implications. *Alzheimer's research & therapy* 2(3):9.
- Joray, S., Wietlisbach, V., Büla, Ch. (2004): Cognitive Impairment in Elderly Medical Inpatients. Detection and Associated Six-Month Outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry* 12:6, S. 639-647.
- Jurgens, F.J., Clissett, P., Gladman, John R. F., Harwood, R.H. (2012): Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study. *BMC geriatrics* 2012;12:57.
- Kada, O., Brunner, E., Likar, R., Pinter, G., Leutgeb, I., Francisci, N. et al. (2011): Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2011;105(10):714–22.
- Keller, U., Meier, R., Lüthy, J., Rosé, B., Sterchi, A.-B., Horat, G. (2006): Mangelernährung im Spital. *Schweizerische Ärztezeitung* 2006;87(19):826–31.
- Kuijpers, Mascha A. J., van Marum, Rob J., Egberts, Antoine C. G., Jansen, Paul A. F. (2008): Relationship between polypharmacy and underprescribing. *British journal of clinical pharmacology* 2008;65(1):130–3.
- Küttel, C., Schäfer-Keller, P., Brunner, C., Conca, A., Schütz, P., Frei, I.A. (2015): Der Alltag pflegender Angehöriger - Was sie während des Spitalaufenthalts ihres Familienmitglieds beschäftigt im Hinblick auf den Austritt und was sie diesbezüglich für sich benötigen: eine qualitative Studie. *Pflege* 2015;28(2):111–21.

- Leuenberger, M.S., Joray, M.L., Kurmann, S., Stanga, Z. (2012): Wie beurteile ich den Ernährungszustand meines Patienten? *Praxis* 2012;101(5):307–15.
- Lund, B.C., Schroeder, M.C., Middendorff, G., Brooks, J.M. (2015): Effect of hospitalization on inappropriate prescribing in elderly Medicare beneficiaries. *Journal of the American Geriatrics Society* 2015;63(4):699–707.
- Meeussen, K., Van den Block, L., Bossuyt, N., Bilsen, J., Echteld, M., van Casteren, V. et al. (2009): GPs' awareness of patients' preference for place of death. *The British journal of general practice, the journal of the Royal College of General Practitioners* 2009;59(566):665–70.
- Monod-Zorzi, S. (2007): Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature: Document de travail, 25. Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.
- Neuner-Jehle, S. (2013): Weniger ist mehr - wie Polypharmazie vermeiden? *Praxis* 2013;102(1):21–7.
- Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M. (1999): Medikamentenverordnung und mehrfache Stürze bei älteren, zu Hause lebenden, multimorbiden Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 32(5):307–11.
- Observatoire suisse de la santé Obsan. Evaluation des données relatives au lieu de décès entre 2006 et 2011 ; sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique.
- Observatoire suisse de la santé (2015) : La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Neuchâtel.
- Observatoire suisse de la santé Obsan (2011) : Vers une hausse de la demande de soins à domicile. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée : communiqué de presse du 19.5.2011.
- Office fédéral de la statistique (2014) : Prise en charge médico-sociale en institution et à domicile en 2013. Soins à domicile et EMS : le secteur privé étend sa position : communiqué de presse du 18.11.2014.
- Office fédéral de la statistique (2014) : Statistiques de la santé 2014. Neuchâtel.
- Office fédéral de la statistique (2013) : Statistique des causes de décès. La mortalité en Suisse et les causes principales de décès.
- Office fédéral de la statistique : Relevé structurel 2013.
- Nufer, T.W., Spichiger, E. (2011): Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie. *Pflege* 2011;24(4):229–37.
- Potter, G.G., Steffens, D.C. (2007): Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *The neurologist* 13(3):105–17.
- Pretto, M., Hasemann, W. (2006): Delirium--Ursachen, Symptome, Risikofaktoren, Erkennung und Behandlung. *Pflege Zeitschrift* 59(3):9–16.
- Renteln-Kruse, W., Neumann, L., Klugmann, B., Liebetrau, A., Golgert, S., Dapp, U. et al. (2015): Geriatric patients with cognitive impairment. *Deutsches Ärzteblatt international* 112(7):103–12.
- Riedel-Heller, S.G., Weyerer, S., König, H., Luppä, M. (2012): Depression im Alter: Herausforderung für eine Gesellschaft der Langlebigen. *Der Nervenarzt* 83(11):1373–8.
- Rosemann, T. (2013): Spitaleinweisungen von Pflegeheimbewohnern: Evidenzbasierte Orientierung für Hausärzte könnte nicht nur Kosten sparen. *Praxis*;102(16):959–60.
- Rotomskis, A., Margeviciute, R., Germanavicius, A., Kaubrys, G., Budrys, V., Bagdonas, A. (2015): Differential diagnosis of depression and Alzheimer's disease with the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). *BMC neurology* 2015;15:57.
- Rummer, A. (2012): Vermeidung des Drehtüreffekts: Der geriatrische Patient an den Schnittstellen zwischen hausärztlicher Versorgung, Krankenhaus, Anschlussbehandlung und Rehabilitation. *Deutsches Ärzteblatt*;109(15):746–9.
- Stauffer, Y., Spichiger, E., Mischke, C. (2015): Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt - eine qualitative Studie. *Pflege* 2015;28(1):7–18.
- Tandjung, R., Rosemann, T. (2011). Nachsorge Schenkelhalsfraktur. *Praxis* 2011;100(15):917–21.
- Vilpert S. (2013): Consultations dans un service d'urgence en Suisse. *Obsan Bulletin* 3/2013.
- Vilpert, S., Ruedin, H.J., Trueb, L., Monod-Zorzi, S., Yersin, B., Büla, C. (2013): Emergency department use by oldest-old patients from 2005 to 2010 in a Swiss university hospital. *BMC health services research* 2013;13:344.
- Wächter, M., Kessler, O. (2014): Gesundheitsversorgung umfassend und vernetzt - Von Schnittstellen zu Nahtstellen im Kanton Basel-Stadt: Öffentlicher Schlussbericht. Hochschule für Wirtschaft Luzern 2014:1–66.
- Wiesli, U. (2011): Hochbetagte Menschen zuhause - pflegen, begleiten und betreuen. In: Petzold, H., Horn, E., Müller, L., editors. *Hochaltrigkeit - Herausforderungen für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit*. Wiesbaden
- Zeeh, J. (2015): Gebrechlichkeit - was ist das eigentlich? *MMW Fortschritte der Medizin* 157(11):54–8