

UN PROGRAMME POUR LA GERIATRIE

5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures
pour atténuer l'impact du choc démographique
gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux
dans les 15 ans à venir

Rapport rédigé par
Claude JEANDEL
Pierre PFITZENMEYER
Philippe VIGOUROUX

Rapport commandé par
Xavier BERTRAND,
ministre de la santé et des solidarités
et par
Philippe BAS,
ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées,
aux personnes handicapées et à la famille

avril 2006

Un programme pour la gériatrie

5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir

Une « vague démographique » gériatrique s'annonce (*document 1*), concernant une population aux besoins sanitaires très spécifiques (*document 2*).

Le patient gériatrique n'est pas seulement un patient âgé (*document 3*) et il justifie une approche particulière en filière de soins (*document 4*).

Cette vague démographique, concernant une population aux besoins en soins très particuliers, nous contraint à réorganiser nos hôpitaux dès maintenant : il en va de l'intérêt du patient gériatrique comme de l'intérêt financier de l'hôpital, heureusement convergents. L'organisation que nous proposons répond à cette double exigence : améliorer l'accès du patient gériatrique à un soin approprié à ses particularités et optimiser la gestion des séjours hospitaliers.

Mais, dans ces propos introductifs, nous tenons à ne pas masquer le contexte actuel de la prise en charge de la personne âgée :

- ni en ce qui concerne l'efficacité de l'action de l'Etat sur le terrain des régions et des départements
- ni en ce qui concerne la réalité de la prise en charge sur le terrain hospitalier.

En ce qui concerne l'efficacité de l'action de l'Etat sur le terrain des régions et des départements, deux freins entravent la mise en œuvre d'une politique gériatrique et gérontologique efficace. Ces freins ont été largement décrits par ailleurs et nous ne les évoquons que brièvement :

- la multiplicité des décideurs sur le terrain des régions et départements
Nous proposons que, lorsque les ARH deviendront des ARS, elles voient leur champ élargi, au-delà du couple ville-hôpital, au médico-social. En attendant, nous suggérons l'expérimentation, dans une ou plusieurs régions, d'une unité de décision ARH pour l'Etat : le dialogue entre l'Etat et les conseils généraux en serait simplifié.
- la séparation du sanitaire et du médico-social est délétère.
Cette dichotomie aboutit souvent à une absence de communication et à un déficit de coordination des actions sur le terrain avec, en corollaire, une perte d'efficacité. Cette situation est parfois source de tensions alors que les décideurs et les acteurs oeuvrent, quelle que soit leur appartenance, dans le même but : améliorer la

reconnaissance sociale et l'offre sanitaire et médico-sociale destinée aux personnes âgées les plus vulnérables.

En ce qui concerne la réalité de la prise en charge sur le terrain hospitalier :

Derrière les discours compréhensifs et généreux, la réalité est que, aujourd'hui, le patient gériatrique ne bénéficie pas toujours d'un accueil parfait à l'hôpital. En effet, l'hôpital est avant tout constitué de services cliniques de spécialité, non gériatriques, où la complexité de la prise en charge de sujets polypathologiques et très dépendants est un frein à une acceptation optimale. La personne âgée handicapée nécessite un fort investissement en temps de la part d'équipes confrontées à une rotation accrue des patients et donc à une accélération du travail, alors que ces tâches supplémentaires bien réelles ne sont actuellement pas valorisées et ne permettent donc pas de renforcer les équipes. En outre, trop souvent, ce patient gériatrique est perçu comme « embolisant » le service faute de place d'aval au moment où, T2A oblige, la fluidité s'impose comme un impératif essentiel de gestion des pôles.

Ceci peut se traduire par des hospitalisations non pertinentes ou dans des services inadéquats, avec pour conséquence des sorties trop précoces : on peut alors parfois observer une perte de chance pour la personne âgée, associée souvent à une réhospitalisation à court terme délétère pour le patient et coûteuse pour la société.

Face à cette double difficulté que l'évolution démographique va accroître, nous devons agir à deux niveaux :

- la tarification : une tarification appropriée à la prise en charge des patients gériatriques nécessite une réflexion approfondie prenant en compte la polypathologie et le degré de dépendance élevé les caractérisant. Cette réflexion est en cours au sein d'un groupe de travail animé par la DHOS.
- l'organisation des structures afin qu'elles s'adaptent au mieux à la double exigence :
 - d'une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques du patient gériatrique
 - d'une grande fluidité des séjours par un travail en filière.

C'est sur ces dernières questions –*prise en charge des besoins spécifiques et fluidité du parcours du patient gériatrique*- que nos recommandations s'inscrivent : elles se structurent autour de 5 objectifs et se traduisent en 45 mesures.

Elles prennent en compte les réglementations diverses (*document 5*) existantes et qui, déjà, fixent les contours d'un programme gériatrique.

Notre propos est de structurer ce programme gériatrique en formulant des recommandations et en proposant des mesures aux responsables du système sanitaire et social.

Les 5 objectifs suivants seront déclinés en 20 recommandations :

OBJECTIF n° 1 : créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

OBJECTIF n° 2 : faire contractualiser en tant que « partenaires de la filière gériatrique labellisée » les établissements et structures associés à la filière gériatrique

OBJECTIF n° 3 : prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques

OBJECTIF n° 4 : développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient

OBJECTIF n° 5 : disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gériatrique

OBJECTIF n° 1 : créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

L'amélioration de l'accès du patient gériatrique à un soin approprié à ses besoins implique une organisation en filière gériatrique.

Une **filière gériatrique** doit s'entendre comme le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. Elle doit comporter un pôle d'évaluation gériatrique incluant un hôpital de jour, un court séjour gériatrique, une équipe mobile de gériatrie, une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique et une unité de soins de longue durée (USLD).

Elle passe par la définition de deux **niveaux d'organisation complémentaires**.

Un établissement de santé centre référent gériatrique, coordonnateur de la filière.

Au niveau de l'établissement de santé, pour assurer la fluidité du parcours entre les différentes unités médicales ou services, il apparaît nécessaire que les consultations y compris les **consultations mémoire** (cf la circulaire du 30 mars 2005 citée page 40), l'hôpital de jour, le court séjour gériatrique, l'équipe mobile, et lorsqu'ils sont présents sur le site, le SSR et le cas échéant l'USLD, soient parfaitement coordonnés.

Il est fortement souhaitable que ces différentes unités médicales ou services soient regroupés et coordonnés par un gériatre. A défaut un règlement intérieur doit en assurer le meilleur fonctionnement.

Ce niveau sera désigné sous le nom de « centre référent gériatrique ». Il fait l'objet de la recommandation n° 1.

Des établissements et structures de santé partenaires de la filière gériatrique.

Chaque établissement de santé ne disposant pas forcément à lui seul de l'intégralité de l'offre de soin gériatrique, il est nécessaire d'organiser des contrats pour assurer la fluidité du parcours des patients gériatriques.

Il reviendra aux ARH de définir l'implantation de ces filières gériatriques en fonction des caractéristiques de chaque région et territoire de santé en tenant compte de l'offre gériatrique existante.

Il reviendra également aux ARH de labelliser ces filières gériatriques dès lors que

1- l'ensemble des éléments constitutifs de la filière sont réunis.

2- chaque élément constitutif de cette filière est en conformité avec un cahier des charges à élaborer par la DHOS, en collaboration avec les différents partenaires concernés.

La **labellisation** aurait vocation à s'inscrire dans les contrats d'objectifs et de moyens passés entre les ARH et les établissements de santé.

La mise en place d'une telle labellisation pourrait s'accompagner dans le cadre de la T2A de la définition d'un financement spécifique des séjours qui relèveraient des filières labellisées.

A cette organisation hospitalière doit s'agréger **l'ensemble des acteurs et structures assurant ou participant à la prise en charge des patients âgés**, au premier rang desquels les médecins de ville, les SSIAD, les EHPAD et les structures sociales, mais aussi les autres établissements de santé, notamment spécialisés en psychiatrie.

Il est proposé que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les services d'HAD et les SSIAD ainsi que les établissements de santé spécialisés ou non soient reconnus partenaires de la filière gériatrique labellisée dès lors qu'ils ont établi un contrat avec le centre référent.

L'ensemble constitué de ces niveaux d'organisation préfigure un réseau gérontologique dont le fonctionnement pourra justifier un financement sur la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) s'il répond au cahier des charges conditionnant l'obtention du **label** de réseau et de ce financement.

Ce réseau gérontologique pourrait être organisé en un **groupement de coopération sanitaire (GCS)** rassemblant, autour de l'établissement de santé de référence, des structures publiques et privées, des personnes morales et des personnes physiques (médecins libéraux) partageant l'objectif d'une prise en charge optimale des patients âgés.

Recommandation n° 1 : affirmer le rôle des établissements de santé dotés d'un service d'urgences en tant que plates-formes gériatriques de référence

OBJECTIFS

L'hôpital siège d'un service d'urgence doit répondre aux critères d'un centre référent gériatrique, celui-ci animant le réseau gériatrique développé sur son territoire, en harmonie avec les dispositifs médico-sociaux et l'ensemble des professionnels de santé.

Le centre référent gériatrique doit proposer l'ensemble des services actuellement reconnus pour permettre la prise en charge adaptée du sujet gériatrique qu'il soit à domicile, en EHPAD ou hospitalisé.

MISE EN ŒUVRE

Le centre référent gériatrique doit couvrir les besoins hospitaliers des patients gériatriques de son territoire :

- en offrant au minimum les structures de soins suivantes :
 - des lits de court séjour gériatrique. Ils font l'objet de la recommandation n° 2
 - un pôle d'évaluation gériatrique. Il fait l'objet de la recommandation n° 4
 - une équipe mobile de gériatrie. Elle fait l'objet de la recommandation n° 5
- en offrant éventuellement également les structures suivantes :

- des lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique. Ils font l'objet de la recommandation n° 6
- des lits de soins de longue durée : Ils font l'objet de la recommandation n° 7
- en organisant l'accueil aux urgences pour les hospitalisations non programmées : recommandation n° 3.

MESURE 1

Faire mettre en œuvre par les ARH une démarche de labellisation de la filière gériatrique des établissements de santé dotés d'un service d'urgences au sein de chaque territoire de proximité.

La labellisation de la filière gériatrique est conditionnée par la mise en conformité de chacun de ses éléments constitutifs (court séjour gériatrique, pôle d'évaluation, équipe mobile de gériatrie, SSR gériatrique, USLD) à partir d'un cahier des charges spécifique à chacun d'eux.

Recommandation n° 2 : créer des **courts séjours gériatriques** au sein des établissements de santé de référence et mettre en conformité les courts séjours gériatriques existants

OBJECTIFS :

- Favoriser l'accès direct dans un service de court séjour gériatrique des patients gériatriques nécessitant une hospitalisation non programmée en médecine aiguë, qu'ils proviennent de leur domicile, d'un autre service hospitalier ou établissement de santé ou d'un EHPAD.
- Eviter ainsi le passage systématique des patients gériatriques par le service d'urgences dès lors que l'indication d'une telle hospitalisation est validée.
- Faciliter l'accès à des lits de court séjour gériatriques pour les patients admis au service d'urgences et justifiant d'une telle orientation, après ou non hospitalisation en unité de très courte durée.
- Assurer l'accès à des lits de court séjour en gériatrie pour les patients gériatriques justifiant une hospitalisation non programmée.

MISE EN OEUVRE :

Création de novo, ou par transformation, de lits de court séjour gériatrique.

Les besoins :

Ils sont estimés entre 1 et 3 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus dans le territoire de santé siège du centre hospitalier ou du CHU.

Situation :

Au sein du ou des établissements de santé du territoire de santé répondant au cahier des charges définissant les critères de labellisation du court séjour gériatrique.

A proximité immédiate d'un plateau technique comportant radiologie standard, échographie doppler veineux et artériel, échocardiographie, analyses biologiques.

Au sein d'un établissement disposant du plateau technique d'imagerie (tomodensitométrie corps entier, tomodensitométrie cérébrale).

Critères de qualification en court séjour gériatrique :

Ils sont définis dans le cahier des charges définissant les critères de labellisation du court séjour gériatrique.

La qualification requiert la présence en tant que responsable de l'unité médicale d'un médecin gériatre (reçu au concours de PH en gériatrie et ayant si possible obtenu la qualification ordinale de spécialiste en gériatrie).

Elle requiert également la présence de l'ensemble des catégories professionnelles nécessaires à la dispensation d'un soin gériatrique adapté à la population accueillie : en particulier, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale.

Dotation requise en personnel :

Personnel médical :

Le temps médical requis pour 10 lits est équivalent à 1 temps plein exercé par 1 PH qualifié en gériatrie.

A défaut, ce temps médical peut être assuré par 1 assistant ou 1 assistant chef de clinique en formation inscrit en DESC de gériatrie (dans ce dernier cas, le temps médical correspond à l'équivalent d'un mi-temps hospitalier).

Personnel non médical :

IDE : 1 équivalent temps plein pour 10 lits

Aide soignant : 1 équivalent temps plein pour 10 lits.

Obstacles prévisibles :

Réticences voire opposition à transformer des lits d'autres disciplines (médecine ou chirurgie).

Choix de prioriser dans un premier temps la création ou le développement d'une équipe mobile (qui ne doit pas être envisagée si elle n'est pas adossée à un court séjour gériatrique).

Propositions de la mission pour lever les obstacles :

- Inciter les établissements à la création des lits de court séjour gériatrique par la mise en œuvre par les ARH d'une démarche de labellisation de la filière gériatrique au sein de chaque territoire de santé.
- Inscription de cette priorité, si nécessaire, dans le volet personnes âgées du SROS de troisième génération à l'occasion de son actualisation et incitation des ARH vis-à-vis des établissements (mention de cette priorité dans les annexes opposables).
- Sensibilisation du corps médical à la problématique gériatrique : mise en place effective de la commission personnes âgées auprès des CME (cf circulaire 18 mars 2002) en en confiant la présidence à un médecin gériatre de l'établissement, invité permanent à la CME s'il n'en est pas déjà membre.

Programme budgétaire :

Il doit permettre de créer l'offre en court séjour gériatrique nécessaire pour :

- Atteindre l'objectif minimal de 1 lit pour 1000 habitants de 75 ans et plus, soit 4700 lits. Situation actuelle à partir de deux enquêtes : le nombre de lits actuel est estimé à environ 3000.
- Atteindre l'objectif de la mesure 21 du plan urgence : doter chaque établissement siège d'un service d'accueil et des urgences (SAU) d'un court séjour gériatrique. Situation actuelle : 117 courts séjour gériatriques pour 207 établissements avec SAU, soit un déficit de 90 services de court séjour gériatrique pour les seuls établissements avec SAU.

Estimation du nombre de lits à créer de novo (basée sur les enquêtes et les éléments ci-dessus mentionnés) : 1000 lits.

Enveloppe budgétaire estimative (incluant le personnel médical et non médical) : **70 M €**

Ce programme doit également permettre la mise en conformité des courts séjours existants avec leur cahier des charges. Enveloppe budgétaire estimative : **50 M €**

MESURE 2

Mettre le **court séjour gériatrique** en conformité avec son cahier des charges, au sein de chaque territoire de proximité des établissements de santé dotés d'un service d'urgences.

MESURE 3

Inscrire cette priorité si nécessaire dans le volet personnes âgées du SROS de troisième génération au moment de son actualisation (mention de cette priorité dans les annexes opposables).

MESURE 4

Procéder à la mise en place effective de la commission Personnes âgées auprès des CME en en confiant la présidence à un médecin gériatre de l'établissement invité permanent à la CME s'il n'en est pas membre.

MESURE 5

Allouer l'enveloppe budgétaire devant permettre de créer l'offre en court séjour gériatrique nécessaire pour :

- atteindre l'objectif minimal de 1 lit pour 1000 habitants de 75 ans et plus, soit 4700 lits, 1 lits actuels étant estimé à environ 3000.
- atteindre l'objectif de la mesure 21 du plan urgence : doter chaque établissement siège d'un service d'accueil et des urgences (SAU) d'un court séjour gériatrique. Situation actuelle : 117 courts séjour gériatriques pour 207 établissements avec SAU, soit un déficit de 90 services de court séjour gériatriques pour les seuls établissements avec SAU.
- Estimation du nombre de lits à créer de novo : 1000 lits.

Enveloppe budgétaire estimative (incluant le personnel médical et non médical) : **70 M €**

MESURE 6

Allouer l'enveloppe budgétaire nécessaire à la mise en conformité des courts séjours existants avec leur cahier des charges. Enveloppe budgétaire estimative : **50 M €**

Recommandation n° 3 : organiser dans les établissements de santé dotés de la plate-forme gériatrique de référence l'accueil aux urgences pour les hospitalisations non programmées

OBJECTIF

Optimiser l'accueil et l'orientation des patients âgés de 75 ans et plus qui n'ont pu bénéficier d'un accueil direct en court séjour gériatrique.

Ceci afin d'éviter les hospitalisations :

- soit évitables parce que l'hospitalisation n'est pas indiquée
- soit inadéquates lorsque le patient est dirigé vers un service non approprié

MISE EN ŒUVRE

MESURE 7

Mettre en œuvre une équipe mobile de gériatrie au sein des services d'urgences. Se reporter à la recommandation 5.

MESURE 8

Impliquer à part entière l'équipe mobile de gériatrie au sein des unités d'hospitalisation de très courte durée (HTCD) afin qu'elle procède à un bilan gériatrique et qu'elle intervienne dans l'orientation du patient.

MESURE 9

Poursuivre l'expérimentation, en œuvre dans plusieurs établissements, d'unités de médecine gériatrique de courte durée (moins de 72 heures) spécifiquement dévolues aux patients gériatriques. Ces unités, positionnées non loin des urgences et du plateau technique, peuvent être particulièrement adaptées aux établissements dont le court séjour gériatrique ne bénéficie pas encore d'un accès immédiat au plateau technique : se reporter à la recommandation n° 3. Ces unités doivent faire l'objet d'une évaluation.

Recommandation n° 4 : créer au sein de chaque plate-forme gériatrique de référence un **pôle d'évaluation gériatrique** regroupant des consultations et un hôpital de jour gériatriques et mettre en conformité les pôles d'évaluation existants

OBJECTIFS

- Dispenser une évaluation gérontologique standardisée afin de repérer le plus précocement possible les risques médicaux, les déficiences et affections les plus fréquentes après 70 ans.
- Mettre en œuvre un des appuis nécessaire à la consultation de prévention dispensée par le médecin traitant, cette dernière devant être prochainement proposée aux personnes âgées de 70 ans et plus.
- Assurer, en lien direct et complémentairement au médecin traitant, à la demande du CLIC ou encore en relais des consultations avancées des hôpitaux locaux, une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale. Cette évaluation devrait permettre le diagnostic précoce, l'adaptation thérapeutique et le suivi des pathologies dont l'incidence augmente avec l'avance en âge : il s'agit tout particulièrement les affections neuro-dégénératives (dont la maladie d'Alzheimer), des affections de l'appareil locomoteur (dont l'ostéoporose et ses conséquences fracturaires), des maladies cardio-vasculaires et des déficiences sensorielles.
- Assurer auprès des malades atteints de maladie d'Alzheimer ou de syndrome apparenté, en relais des consultations mémoire, une évaluation gérontologique, permettant la mise en œuvre et le suivi du plan de soins et du plan d'aide et la prise en charge des comorbidités.
- Dispenser, en concertation avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, un bilan gérontologique médico-psycho-social annuel aux résidents des EHPAD.
- Eviter le recours à l'hospitalisation à temps complet quand la réponse peut être apportée par une hospitalisation de jour.
- Réduire la durée de certaines hospitalisations à temps complet en proposant un suivi en hospitalisation de jour ou en dispensant une rééducation et/ou une réadaptation fonctionnelle adaptées.
- Constituer une interface dynamique entre d'un part la filière gériatrique hospitalière et d'autre part les professionnels du soutien à domicile et les EHPAD.

MISE EN OEUVRE

Mettre en œuvre un pôle d'évaluation, de suivi et de prise en charge ambulatoire au sein de chaque territoire de santé comportant une consultation gériatrique et un hôpital de jour gériatrique.

Les besoins :

Ils sont estimés à 0,5 place d'hôpital de jour pour 1000 habitants de 75 ans et plus dans le territoire de santé siège du centre hospitalier ou du CHU.

Situation :

Au sein du ou des établissements de santé du territoire de santé répondant au cahier des charges définissant les critères de labellisation de l'hôpital de jour gériatrique.

A proximité (immédiate ou moins de 500 m) d'un plateau technique comportant radiologie standard, échographie doppler veineux et artériel, échocardiographie, analyses biologiques complété éventuellement par les explorations fonctionnelles respiratoires, la fibroscopie bronchique, les explorations urodynamiques...

Au sein d'un établissement disposant du plateau technique d'imagerie (tomodensitométrie corps entier, tomodensitométrie cérébrale).

Critères de qualification de l'hôpital de jour gériatrique :

Ils sont définis dans le cahier des charges définissant les critères de labellisation de l'hôpital de jour gériatrique.

La qualification requiert la présence en tant que responsable de l'unité médicale d'un médecin gériatre (reçu au concours de PH en gériatrie et ayant si possible obtenu la qualification ordinaire de spécialiste en gériatrie) et l'accès à des compétences médicales spécialisées justifiées par la prévalence de certaines affections (en particulier, cardiologue et neurologue).

Elle requiert également la présence de l'ensemble des catégories professionnelles nécessaires à la dispensation d'un soin gériatrique adapté à la population accueillie (en particulier psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale).

Dotation requise en personnel :

Personnel médical :

Le temps médical requis pour 10 places est équivalent à 2 temps plein exercés par des PH qualifiés en gériatrie.

A défaut ce temps médical peut être assuré par 1 assistant ou 1 assistant chef de clinique en formation inscrit en DESC de gériatrie (dans ce dernier cas, le temps médical correspond à l'équivalent d'un mi-temps hospitalier).

Personnel soignant :

IDE : 3 équivalents temps plein pour 10 places

Aide soignant : 1 équivalent temps plein pour 10 places

Autre personnel non médical :

- kinésithérapeute : 1 équivalent temps plein pour 10 places
- ergothérapeute : 1 équivalent temps plein pour 10 places
- podologue : 0,5 équivalent temps plein pour 10 places
- psychologue clinicien : 0,5 équivalent temps plein pour 10 places
- diététicienne : 0,5 équivalent temps plein pour 10 places
- assistante sociale : 0,5 équivalent temps plein pour 10 places
- secrétaire : 1 équivalent temps plein pour 10 places

Propositions de la mission :

- Inciter les établissements à la création de places d'hôpitaux de jour gériatrique par la mise en œuvre par les ARH d'une démarche de labellisation de la filière gériatrique au sein de chaque territoire de santé.
- Inscription de cette priorité, si nécessaire, dans le volet personnes âgées du SROS de troisième génération à l'occasion de son actualisation et incitation des ARH vis-à-vis des établissements (mention de cette priorité dans les annexes opposables).
- Sensibilisation du corps médical à la problématique gériatrique : mise en place effective de la commission personnes âgées auprès des CME (cf circulaire 18 mars 2002) en en confiant la présidence à un médecin gériatre de l'établissement, invité permanent à la CME s'il n'en est déjà membre.

Programme budgétaire :

Il doit permettre de créer l'offre en hospitalisation de jour gériatrique nécessaire pour atteindre l'objectif minimal de 0,5 place pour 1000 habitants de 75 ans et plus, soit 2350 places. Le nombre de places actuel est estimé à partir de deux enquêtes à environ 1400.

Estimation du nombre de places à créer de novo (basée sur les enquêtes et les éléments ci-dessus mentionnés) : 950 places, soit (incluant PM = 2 PH/10 places, PNM et autres financements) : **55 M €**

Ce programme doit également permettre la mise en conformité des hôpitaux de jour gériatriques existants avec leur cahier des charges. Enveloppe budgétaire estimative : **15 M €**

MESURE 10

Mettre en conformité l'«**hôpital de jour gériatrique**» avec son cahier des charges, au sein des établissements de santé de référence, sièges d'un service d'urgences.

MESURE 11

Inscrire cette priorité si nécessaire dans le volet personnes âgées du SROS de troisième génération au moment de son actualisation (mention de cette priorité dans les annexes opposables).

MESURE 12

Allouer l'enveloppe budgétaire devant permettre de créer l'offre en hospitalisation de jour gériatrique nécessaire pour atteindre l'objectif minimal de 0,5 place pour 1000 habitants de 75 ans et plus, soit 2350 places. Le nombre actuel de places est estimé à environ 1400.

Estimation du nombre de places à créer de novo : 950 places correspondant à un financement de **55 M €**

MESURE 13

Allouer l'enveloppe budgétaire nécessaire à la mise en conformité des hôpitaux de jour gériatriques existants avec leur cahier des charges.

Enveloppe budgétaire estimative : **15 M €**

Recommandation n° 5 : créer au sein de chaque plate-forme gériatrique de référence une équipe mobile de gériatrie
--

OBJECTIFS

- Assurer un appui gériatrique au sein des services d'accueil et des urgences (se reporter à la recommandation n° 3).
- En dispensant une évaluation gérontologique standardisée et un avis gériatrique (à visée diagnostique et/ou thérapeutique), améliorer les conditions de sortie des patients âgés hospitalisés dans les services de médecine ou de chirurgie afin de leur assurer un retour sécurisé dans leur milieu de vie.
- Réduire l'incidence des réhospitalisations précoces (dans le mois suivant la sortie).
- Constituer une interface entre d'une part la filière gériatrique hospitalière et d'autre part les EHPAD et le domicile.

MISE EN OEUVRE

Création et développement des équipes mobiles de gériatrie (UMG).

Les besoins :

Ils sont estimés à une UMG au sein du ou des établissements du territoire de santé siège du court séjour gériatrique.

Situation :

Au sein de ou des établissements de santé du territoire de santé siège d'un court séjour gériatrique.

Critères de qualification en équipe mobile de gériatrie :

Ils sont définis dans le cahier des charges définissant les critères de labellisation de l'équipe mobile de gériatrie.

La qualification requiert la présence en tant que responsable de l'unité médicale d'un médecin gériatre (reçu au concours de PH en gériatrie et ayant si possible obtenu la qualification ordinale de spécialiste en gériatrie).

Elle requiert également la présence de l'ensemble des catégories professionnelles nécessaires à la réalisation de l'évaluation gériatrique (en particulier, IDE, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, assistante sociale).

Dotation requise en personnel :

Personnel médical :

Le temps médical requis est équivalent à 1 temps plein pour 750 lits de MCO exercé par 1 PH qualifié en gériatrie.

A défaut ce temps médical peut être assuré par 1 assistant ou 1 assistant chef de clinique en formation inscrit en DESC de gériatrie (dans ce dernier cas, le temps médical correspond à l'équivalent d'un mi-temps hospitalier).

Personnel soignant :

IDE : 1 équivalent temps plein pour 750 lits de MCO.

Autre personnel non médical :

Psychologue : 1 équivalent temps plein pour 1500 lits de MCO.

Ergothérapeute : 1 équivalent temps plein pour 1500 lits de MCO.

Assistante sociale : 1 équivalent temps plein pour 1500 lits de MCO.

Secrétaire : 1 équivalent temps plein pour 1500 lits de MCO.

Propositions de la mission :

- Inciter les établissements à la création d'une équipe mobile de gériatrie par la mise en œuvre par les ARH d'une démarche de labellisation de la filière gériatrique au sein de chaque territoire de santé.
- Inscription de cette priorité dans le volet personnes âgées du SROS de troisième génération au moment de son actualisation et incitation des ARH vis-à-vis des établissements (mention de cette priorité dans les annexes opposables).
- Doter les UMG des centres référents des moyens nécessaires afin d'étendre leur mission au sein des établissements et structures membres et partenaires de la filière (établissements de santé, EHPAD, HAD...).
- Sensibilisation du corps médical à la problématique gériatrique : mise en place effective de la commission personnes âgées auprès des CME (cf circulaire du 18 mars 2002) en en confiant la présidence à un médecin gériatre de l'établissement invité à la CME s'il n'en est déjà membre.

Programme budgétaire :

Il doit permettre de créer le nombre d'équipes mobiles de gériatrie nécessaire pour atteindre l'objectif minimal d'une UMG par établissement siège d'un court séjour gériatrique (mesure 22 du plan urgence), soit au minimum au sein des 207 établissements sièges d'un SAU devant être à l'issue de ce programme dotés d'un court séjour gériatrique et au maximum au sein des 308 établissements (SAU et non SAU) déjà dotés ou devant être dotés d'un court séjour gériatrique. Le nombre d'UMG actuel est estimé à partir de 2 enquêtes à environ 121.

Estimation du nombre d'UMG à créer de novo (basée sur les enquêtes et les éléments susmentionnés) :

Fourchette basse : 86 UMG, correspondant à un financement (PM, Personnel non médical et autres financements) de **20,5 M €**.

Fourchette haute : 187 UMG, correspondant à un financement (PM, Personnel non médical et autres financements) de **44,5 M €**.

MESURE 14

Mettre l'**équipe mobile de gériatrie** en conformité avec son cahier des charges au sein des établissements de santé dotés d'un service d'urgences.

MESURE 15

Inscrire cette priorité si nécessaire dans le volet personnes âgées du SROS de troisième génération au moment de son actualisation (mention de cette priorité dans les annexes opposables).

MESURE 16

Doter les UMG des centres référents des moyens nécessaires afin d'étendre leur mission au sein des établissements et structures membres et partenaires de la filière (établissements de santé, EHPAD, HAD...).

MESURE 17

Allouer l'enveloppe budgétaire devant permettre de créer le nombre d'équipes mobiles de gériatrie nécessaire pour atteindre l'objectif minimal d'une UMG par établissement siège d'un court séjour gériatrique (mesure 22 du plan urgence), soit au minimum au sein des 207 établissements sièges d'un SAU devant être à l'issue de ce programme dotés d'un court séjour gériatrique et au maximum au sein des 308 établissements (SAU et non SAU) déjà

dotés ou devant être dotés d'un court séjour gériatrique. Le nombre d'UMG actuel est estimé à environ 121.

Estimation du nombre d'UMG à créer de novo

- Fourchette basse : 86 UMG, correspondant à un financement de **20,5 M €**.

- Fourchette haute : 187 UMG, correspondant à un financement de **44,5 M €**.

Recommandation n° 6 : renforcer l'offre en soins de suite et de réadaptation gériatriques au sein des établissements de santé de la filière gériatrique

OBJECTIFS

- Assurer une rééducation et/ou une réhabilitation fonctionnelle adaptée au patient âgé dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale dans la finalité d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle afin de garantir au patient gériatrique le retour dans son milieu de vie, qu'il s'agisse du domicile ou d'un EHPAD.

- Réduire la durée d'hospitalisation des patients âgés admis en service de médecine ou de chirurgie.

- Permettre l'accès direct en SSR pour des patients en phase de stress, ne relevant pas d'une évaluation gérontologique complexe mais d'une prise en charge ponctuelle renforcée.

MISE EN OEUVRE

Création de novo, ou par transformation, de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) appropriés aux besoins du patient gériatrique.

Les besoins :

Ils sont estimés entre 3 et 8 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus dans le territoire de santé siège du centre hospitalier ou du CHU.

Situation :

Au sein du ou des établissements de santé du territoire de santé répondant au cahier des charges définissant les critères de labellisation du soin de suite et de réadaptation gériatrique. Afin d'optimiser le fonctionnement de la filière gériatrique, il convient de distinguer deux situations géographiques aux unités médicales ou services de SSR gériatriques :

- des unités proches du court séjour gériatrique plus particulièrement dévolues aux patients gériatriques de la filière gériatrique. Ces unités sont dans la mesure du possible intégrées au sein d'un service ou d'un pôle de gériatrie et accueillent préférentiellement des patients du centre hospitalier ou du CHU au sein duquel est situé le court séjour gériatrique.
- des unités de SSR non nécessairement proches du court séjour gériatrique, pouvant siéger au sein d'autre établissement de santé et accueillant les patients âgés du territoire de santé.

Critères de qualification en soin de suite et réadaptation gériatrique :

Ils sont définis dans le cahier des charges définissant les critères de labellisation du soin de suite et réadaptation gériatrique.

La qualification requiert la présence en tant que responsable de l'unité médicale d'un médecin gériatre (reçu au concours de PH en gériatrie et ayant si possible obtenu la qualification ordinale de spécialiste en gériatrie).

Elle requiert également la présence de l'ensemble des catégories professionnelles nécessaires à la dispensation d'un soin gériatrique adapté à la population accueillie (en particulier, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale).

Elle requiert enfin l'accès immédiat à un plateau de rééducation et/ou réadaptation fonctionnelle tel que défini dans le cahier des charges.

Dotation requise en personnel :

Personnel médical :

Le temps médical requis pour 20 lits est équivalent à 1 temps plein exercé par 1 PH qualifié en gériatrie.

A défaut ce temps médical peut être assuré par 1 assistant ou 1 assistant chef de clinique en formation inscrit en DESC de gériatrie (dans ce dernier cas, le temps médical correspond à l'équivalent d'un mi-temps hospitalier).

Le temps médical requis pour 20 lits est de 1 équivalent temps plein pouvant être assuré par :

Personnel soignant :

IDE : 1 équivalent temps plein pour 15 lits.

Aide-soignant : 1 équivalent temps plein pour 10 lits.

Personnel de rééducation :

Kinésithérapeute : 1 équivalent temps plein pour 20 lits

Ergothérapeute : 1 équivalent temps plein pour 40 lits

Orthophoniste : 1 équivalent temps plein pour 40 lits

Psychologue clinicien avec compétences en neuropsychologie : 1 équivalent temps plein pour 40 lits

Diététicienne : 0,5 équivalent temps plein pour 40 lits.

Assistante sociale : 1 équivalent temps plein pour 40 lits.

Obstacles prévisibles au sein de l'établissement :

Ils devraient être minimisés par la mise en œuvre de la tarification à l'activité en MCO, justifiant un accès facilité en SSR.

Propositions de la mission pour lever les obstacles :

- Inciter les établissements à la création des lits de soins de suite et réadaptation gériatriques par la mise en œuvre par les ARH d'une démarche de labellisation de la filière gériatrique au sein de chaque territoire de santé.
- Reconnaissance effective des SSR appropriés aux besoins des patients âgés par l'affectation de la dénomination « **SSR gériatriques** » aux lits de SSR intégrés à une filière gériatrique labellisée.
- Inscription de cette priorité dans le SROS personnes âgées de troisième génération et incitation des ARH vis-à-vis des établissements (mention de cette priorité dans les annexes opposables).
- Sensibilisation du corps médical à la problématique gériatrique : mise en place effective de la commission personnes âgées auprès des CME en en confiant la présidence à un médecin gériatre de l'établissement, invité permanent à la CME s'il n'en est déjà membre.

Programme budgétaire :

- Il doit permettre de créer l'offre en soins de suite et réadaptation gériatriques nécessaire pour atteindre l'objectif minimal de 3 lits pour 1000 habitants de 75 ans et

plus, soit 14100 lits. Situation actuelle à partir de deux enquêtes : le nombre de lits actuel est estimé à environ 8000.

Estimation du nombre de lits à créer de novo :

- Fourchette basse (mise en adéquation avec la création de novo des 1000 lits de court séjour gériatrique de la mesure 5) : 3000 lits.

Enveloppe budgétaire estimative (incluant PM = 1 PH/20 lits, PNM et autres financements) : **165 M €**

- Fourchette haute (atteinte de l'objectif susmentionné) : 6000 lits.

Enveloppe budgétaire estimative : **330 M €**

MESURE 18

Reconnaître la spécificité des soins de suite et de réadaptation gériatriques et mettre en conformité avec leur cahier des charges, les unités de « **soins de suite et réadaptation gériatriques** » au sein des établissements de santé de la filière gériatrique.

MESURE 19

Inscrire cette priorité dans le SROS personnes âgées de troisième génération et incitation des ARH vis-à-vis des établissements (mention de cette priorité dans les annexes opposables).

MESURE 20

Allouer l'enveloppe budgétaire devant permettre de créer l'offre en soins de suite et réadaptation gériatriques nécessaire pour :

Estimation du nombre de lits à créer de novo :

- Fourchette basse (mise en adéquation avec la création de novo des 1000 lits de court séjour gériatrique de la mesure 5) : 3000 lits.

Enveloppe budgétaire estimative (incluant PM = 1 PH/20 lits, PNM et autres financements) : **165 M €**

- Fourchette haute (atteinte de l'objectif sus-mentionné) : 6000 lits.

Enveloppe budgétaire estimative : **330 M €**

MESURE 21

Allouer l'enveloppe budgétaire nécessaire à la mise en conformité des unités de soins de suite et réadaptation gériatriques existantes avec leur cahier des charges.

Enveloppe budgétaire estimative : **20 M €.**

Recommandation n° 7 : mettre en conformité les unités de soins de longue durée dans les établissements partenaires de la filière gériatrique ; elles apportent une réponse sanitaire indispensable

Il est maintenant reconnu que de nombreux patients âgés nécessitent leur maintien ou leur intégration dans des structures hospitalières permettant au long cours d'offrir, indépendamment des soins consécutifs à leur dépendance lourde, une prise en charge médicale continue.

OBJECTIFS

Accueillir et soigner les personnes âgées de 60 ans et plus ayant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner un handicap psychique et/ou physique durable. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge en EHPAD car leur état nécessite une permanence

médicale et une présence infirmière continue, et peuvent requérir l'accès à un plateau technique.

MISE EN OEUVRE

Les USLD faisant en 2006 l'objet d'une redéfinition, nous ne formulerons dans ce rapport que

des mesures générales :

- Généraliser le recours à l'outil PATHOS pour évaluer la charge en soins.
- Adapter les moyens en personnel médical et non médical à la charge en soin évaluée par PATHOS.
- Planifier à moyen terme un forfait soin s'appuyant sur une tarification à l'activité prenant en compte les indicateurs PATHOS et AGGIR.
- Créer au sein des USLD des unités de soins spécifiques permettant la prise en charge des patients atteints d'affections démentielles avec troubles psycho-comportementaux.
- Assurer des soins palliatifs et d'accompagnement de qualité grâce à des moyens spécifiques et à une professionnalisation du personnel soignant.

OBJECTIF n° 2 : faire contractualiser en tant que « partenaires de la filière gériatrique labellisée » les établissements et structures associés à la filière gériatrique

Afin de disposer d'un nombre suffisant de lits de SSR et d'USLD au sein de la filière gériatrique, il est nécessaire que les établissements de santé, autres que l'établissement de référence, disposant de lits de SSR et d'USLD soient considérés comme « partenaires de la filière gériatrique labellisée » s'ils répondent aux cahiers des charges relatifs aux recommandations 6 et 7.

Recommandation n° 8 : reconvertir des petits hôpitaux en leur conservant les moyens pour développer notamment des services de soins ou de rééducation, des unités de soins de longue durée ou des unités de psychiatrie

OBJECTIF

Faciliter les reconversions des petits hôpitaux en répondant aux craintes des élus et des populations.

MISE EN OEUVRE

Bien loin de la caricature souvent faite de leurs positions, les élus locaux sont prêts à la transformation des petits hôpitaux lorsque ceux-ci n'apportent plus les garanties de sécurité et de qualité qu'exige aujourd'hui chaque citoyen.

Le souci de l'aménagement du territoire et de l'économie locale demeure toutefois, et l'éventualité de la fermeture des petits hôpitaux ne peut satisfaire les élus, si elle doit conduire à la perte d'emplois locaux.

Or, les petits hôpitaux peuvent devenir à la fois :

- Des centres de consultations avancées : pour se faire opérer dans un grand hôpital et se faire suivre plus près de chez soi.
- Des lieux de consultations somatiques et psychiatriques.
- Des centres de prévention et d'éducation sanitaire.

et, dans le domaine gériatrique :

- Des centres de soins de suite et de réadaptation
- Des centres de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Une telle reconversion doit être engagée comme une véritable promotion : mieux vaut un plateau de consultations et d'éducation à la santé doublé d'un centre de prise en charge des personnes rendues dépendantes par le handicap ou l'âge, plutôt qu'un service de chirurgie sous-encadré et peu actif, source d'inquiétude pour les élus et d'inégalité entre citoyens : car il y a ceux qui savent et vont se faire opérer dans un grand centre et ceux qui ne savent pas et se font opérer localement.

Les reconversions menées selon ce schéma font toutes apparaître que, non seulement il n'y a pas de perte d'effectifs, mais au contraire une augmentation du nombre de salariés sur le site reconverti. Et ceci avec la satisfaction de rendre un service enfin incontesté à la population.

Fermer un lit de chirurgie, c'est pouvoir ouvrir 8 lits pour personnes âgées (source étude FHF janvier 2006).

Le 18 janvier 2006, le ministre de la santé et des solidarités a affirmé devant le conseil national de la chirurgie sa volonté d'accompagner les restructurations menées selon un tel schéma, garantissant les emplois et à même de rassurer les élus. Les directeurs d'ARH s'affirment prêts à relayer cette volonté dans les SROS de troisième génération.

Recommandation n° 9 : développer la complémentarité entre les établissements de la filière et les services de psychiatrie

OBJECTIF

Que l'on parle psycho-gériatrie ou géro-psycho-geriatrie, les animateurs de la filière hospitalière (dans le territoire de santé) doivent travailler avec les praticiens des hôpitaux spécialisés en psychiatrie (dans le secteur) pour une prise en charge coordonnée du patient âgé psychiatrique

MISE EN ŒUVRE

- définir ensemble l'offre psychiatrique pour la personne âgée :
 - o en privilégiant l'offre de proximité
 - o et en organisant des soins de recours dans des unités spécialisées de géro-psycho-geriatrie que l'on trouvera aussi bien dans des établissements psychiatriques que non psychiatriques. Afin de promouvoir cette discipline, il semble indispensable de créer dans chaque CHU une unité de psychogériatrie assurant formation et recherche, cette unité pilote permettant par ailleurs de sensibiliser l'ensemble des secteurs de psychiatrie et de gériatrie à la problématique de la géro-psycho-geriatrie
- développer des initiatives communes :
 - o dans le cadre de l'offre de proximité :
 - par le suivi au domicile des personnes âgées et le soutien à leurs aidants par des équipes conjointes : infirmiers de secteur psychiatrique et infirmiers de service gériatrique
 - par le suivi dans les EHPAD
 - suivi des personnes âgées hébergées dont on peut ainsi prévenir des décompensations et donc des hospitalisations
 - accompagnement des personnels : les intervenants spécialisés en psychiatrie ou en gériatrie apportent information, formation et contribuent à l'acceptation dans les établissements des personnes âgées au comportement difficile.
 - nous proposons l'expérimentation d'équipes conjointes psychiatrie/gériatrie, dans le cadre du contrat de partenariat passé entre l'établissement somatique labellisé et l'établissement psychiatrique associé au label. Ce partenariat sera mis en œuvre dans le secteur et ceci dans des régions tests pour le suivi au domicile et dans les EHPAD. Il faudra en faire l'évaluation avant d'en suggérer éventuellement la généralisation.
 - o dans le cadre de l'offre de recours : partenariats pour
 - de l'évaluation et de la recherche
 - la prise en charge des patients Alzheimer et apparentés dans des unités spécialisées à l'architecture adaptée

MESURE 22

Créer des unités pilotes de psychogériatrie dans chaque CHU.

MESURE 23

Faire contractualiser à partir d'un cahier des charges les partenariats entre établissements.

MESURE 24

Mettre le pôle d'évaluation gériatrique au service des secteurs de psychiatrie.

MESURE 25

Mettre l'unité mobile au service des secteurs de psychiatrie.

MESURE 26

Doter le centre référent d'un gérontopsychiatre au service de l'ensemble des établissements de la filière.

MESURE 27

Généraliser l'intervention psychiatrique au sein des EHPAD.

MESURE 28

Expérimenter l'intervention dans le secteur (domicile et EHPAD) d'équipes conjointes de psychiatrie et de gériatrie.

Recommandation n° 10 : reconnaître comme partenaires du centre labellisé les services d'hospitalisation à domicile

Il s'agit d'une structure à vocation strictement sanitaire qui permet d'offrir à domicile des soins complexes, coordonnés et formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial.

OBJECTIFS

Cette structure doit permettre :

- d'éviter ou de réduire la durée d'une hospitalisation
- d'organiser un retour à domicile anticipé à l'issue d'une hospitalisation.

MISE EN OEUVRE

- Doter les HAD des compétences gériatriques nécessaires à la prise en soin des patients âgés en impliquant un médecin gériatre au sein de l'équipe pluridisciplinaire.
- Adapter le nombre de places de SSIAD afin d'éviter l'encombrement de l'HAD pour les patients qui n'en relèvent plus.
- Permettre à l'HAD d'intervenir au sein des EHPAD afin d'éviter certaines hospitalisations.
- Doter l'HAD d'une tarification à l'activité prenant en compte tous les aspects de la prise en charge.

Recommandation n° 11 : reconnaître les EHPAD comme partenaires du centre labellisé**OBJECTIFS**

Fluidifier la filière gérontologique en favorisant les entrées des patients de l'hôpital vers les EHPAD, mais en permettant également la prise en charge adaptée des patients en EHPAD par le secteur sanitaire gériatrique lors des états de crise et de décompensation.

MISE EN OEUVRE

Etablir des conventions entre les EHPAD et le centre référent gériatrique de manière à pouvoir coordonner les secteurs médico-sociaux et sanitaires en offrant les services suivants :

- En cas de crise du patient en EHPAD, faciliter le recours à l'Unité d'évaluation gérontologique, à l'hôpital de Jour ou aux secteurs de court séjour ou SSRG en fonction des besoins du patient
- Offrir aux EHPAD des programmes de formation adaptés à leur besoins spécifiques
- Fournir aux EHPAD, en fonction des besoins, grâce à l'équipe de liaison, l'expertise de professionnels spécifiques regroupés sur le centre référent gériatrique (psychologue, diététicienne, ergothérapeute etc...)
- Permettre aux patients fragiles en EHPAD de bénéficier régulièrement d'une évaluation gérontologique en hôpital de jour gériatrique afin de prévenir l'aggravation de l'état de santé et les situations de crise qui en résultent.

Ces conventions fonctionneront également dans le sens du service rendu par l'EHPAD vers le centre référent gériatrique :

- En simplifiant et en homogénéisant les protocoles d'admission des patients issus des centres de référents vers les EHPAD
- En priorisant les transferts vers les EHPAD conventionnés des patients âgés venant du centre référent de gériatrie
- En se déplaçant dans le centre référent de gériatrie pour rencontrer les malades et familles qui pourraient leur être confiés.

Recommandation n° 12 : reconnaître les **SIAD** comme partenaires du centre labellisé

Recommandation n° 13: reconnaître les **accueils de jour** comme partenaires du centre labellisé

Les recommandations 11, 12 et 13 doivent être articulées avec les mesures du Plan Vieillessement et Solidarité.

OBJECTIF n° 3 : prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques

Recommandation n° 14 : mettre la filière gériatrique au service des patients âgés chirurgicaux hospitalisés

OBJECTIF

Optimiser la prise en charge chirurgicale des patients âgés.

MISE EN OEUVRE

- Dispenser une évaluation gérologique standardisée dans la période préopératoire, soit en l'intégrant au sein de la consultation pré anesthésique, soit en recourant au pôle d'évaluation gérologique (se reporter à la recommandation 4).
- Développer la compétence gériatrique au sein des services de chirurgie à fort recrutement gériatrique (en particulier, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale).
- Optimiser le suivi post-opératoire par le développement d'une collaboration médico-chirurgicale impliquant le Pôle d'évaluation gérologique et l'unité mobile de gériatrie (se reporter aux recommandations 4 et 5).
- Assurer une rééducation et/ou une réadaptation fonctionnelle appropriée aux besoins des patients gériatriques chirurgicaux (se reporter à la recommandation n° 6).

Recommandation n° 15 : mettre la filière gériatrique au service des patients âgés hospitalisés pour cancer

OBJECTIF

Optimiser la prise en charge des patients âgés atteints de cancer en développant le concept d'oncogériatrie.

MISE EN OEUVRE

- Dispenser aux patients âgés de 75 ans et plus atteints de cancer, une évaluation gérologique standardisée en recourant au pôle d'évaluation gérologique (se reporter à la recommandation n° 4) ou à l'équipe mobile de gériatrie (se reporter à la recommandation n° 5).
- Rendre effective la participation d'un gériatre aux réunions de concertation pluriprofessionnelles d'oncologie.
- Accroître le nombre de lits identifiés de soins palliatifs, en court séjour gériatrique ou en SSR gériatrique.
- Dispenser la compétence gériatrique au sein de l'unité de référence en soins palliatifs des CHU, à vocation de centre de ressource, d'enseignement et de recherche, en la confiant à un PH qualifié en gériatrie rattaché à la filière gériatrique hospitalière.

Recommandation n° 16 : adapter l'ensemble des dispositifs de la filière et de ses partenaires aux problèmes spécifiques des handicapés vieillissants
--

OBJECTIF

Réduire les risques d'une discontinuité dans la prise en soin des patients handicapés vieillissants induite par le changement de leur système de prise en charge.

MESURES

- Adapter les modalités de l'évaluation gériatrique aux besoins des patients handicapés vieillissants.
- Favoriser le développement de relations entre les maisons du handicap et les CLIC.
- Faire bénéficier les handicapés vieillissants de la consultation de prévention orientée vers les personnes âgées de 70 ans et plus.
- Offrir aux personnes handicapées âgées de 60 ans et plus, l'accès à l'ensemble des services et prestations dévolues aux patients gériatriques en tenant compte de la spécificité de leur handicap : pôle d'évaluation, court séjour et SSR gériatriques.
- Etendre l'intervention des équipes mobiles de gériatrie et de l'HAD aux établissements pour handicapés.
- Professionnaliser les professionnels du handicap par la mise en œuvre de formations en gériatrie et gériatrie.

OBJECTIF n°4 : développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient

OBJECTIFS

- Optimiser l'intervention de chacun des acteurs du soutien à domicile.
- Améliorer les conditions de retour à domicile du patient gériatrique hospitalisé.
- Faciliter le recours aux différents établissements et services médico-sociaux à vocation gériatrique.

MESURE 29

Poursuivre la mise en œuvre des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

MESURE 30

Faciliter la création des réseaux gériatriques par l'élaboration d'un cahier des charges national et d'un guide du promoteur. Ce travail est en cours dans le cadre d'un groupe animé par la DHOS.

MESURE 31

Coordonner les actions des CCAS, des CLIC et des réseaux gériatriques en définissant les rôles et missions respectifs de chacun.

OBJECTIF n°5 : disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gériatologique

Recommandation n° 17 : valoriser les métiers de la gériatrie

OBJECTIFS

Renverser la tendance actuelle et faire des soignants de gériatrie des « soignants + ».

En effet, nous constatons la désaffection de la plupart des soignants pour le monde gériatrique de moyen et long séjour. Alors que la gériatrie est un monde passionnant sur le plan relationnel et technique, les soignants hospitaliers n'y vont que rarement par choix, négociant couramment avec la direction infirmière leur retour à terme vers un service de court séjour.

Les explications ont déjà été données. Elles sont sans doute d'ordre culturel (l'image de la personne âgée dans la société) mais la principale raison nous semble être la charge de travail très importante liée au handicap physique et/ou psychique d'une part croissante des patients ou résidents âgés.

Nous constatons que les infirmières en formation envisagent sans difficulté la gériatrie mais, après leurs stages, répugnent à y faire carrière : *« ça nous intéressait pour l'aspect psychologique mais, quand on voit la charge de travail et le peu de temps que l'on a pour parler avec les personnes âgées qui sont pourtant demandeuses, on préfère aller ailleurs »* disent-elles couramment.

Le résultat : dans les services de gériatrie autres que de court séjour, nombre des personnes âgées sont prises en charge par des soignants qui ne sont pas là par choix. On comprend volontiers que ce ne puisse être un facteur de qualité de la relation même si la grande conscience professionnelle des soignants masque cette réalité.

Par ailleurs, dans les services hospitaliers de court séjour non gériatriques, où une part croissante des patients est âgée, les soignants sont insuffisamment préparés aux particularités de la prise en charge gériatrique.

MESURE 32

Renforcer la formation initiale en gériatrie dans les écoles d'infirmières et d'aides soignants.

MESURE 33

Développer les formations continues en gériatrie auprès des professions de santé non médicales, en particulier : infirmières, aides-soignants, AMP, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et aides-ménagères.

MESURE 34

Valoriser par une bonification indiciaire les IDE et les aides soignants qui, ayant suivi une formation complémentaire en gériatrie ou gérontologie (D.U. ou autre formation diplômante), s'engagent à exercer dans la filière gériatrique.

MESURE 35

Poursuivre les campagnes de valorisation des métiers de la gériatrie.

MESURE 36

Renforcer les équipes soignantes (IDE, AS, ASH) au sein des SSR gériatriques et des USLD.

Recommandation n° 18 : augmenter le **nombre de gériatres** afin de répondre aux besoins actuels et futurs

OBJECTIFS

Satisfaire les besoins actuels et futurs en :

1. Praticiens hospitaliers de gériatrie afin de pourvoir les besoins en PH au sein des établissements de santé : court séjour gériatrique, hôpital de jour, SSR, USLD, équipe mobile. Les besoins estimés afin d'atteindre les objectifs de ce programme sont estimés à environ 800. Ils ne prennent pas en compte les départs en retraite des PH en fonction. Le nombre de postes mis au concours chaque année est actuellement de 150 à 200.

2. Médecins exerçant les fonctions de coordonnateur au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Les besoins pressentis sont estimés à environ 6 000 médecins pour environ 10 000 établissements des secteurs publics, privés et associatifs (représentants près de 680 000 lits et places).

MESURE 37

Accroître le nombre de médecins titulaires du concours de PH en gériatrie de 800 dans le cadre d'un programme pluriannuel 2007-2011.

MESURE 38

Pérenniser la Capacité de gérontologie.

MESURE 39

Modifier l'actuel intitulé du concours de PH en « concours de PH de gériatrie » afin d'en améliorer la lisibilité et d'être en adéquation avec l'intitulé de la spécialité et des services hospitaliers.

MESURE 40

Renforcer l'encadrement universitaire de formation en gériatrie par le maintien et la création de postes de PU-PH, de MCU-PH de gériatrie et biologie du vieillissement et de postes d'ACC en gériatrie.

À terme (échéance 2015) :

- le nombre de postes de PU-PH de gériatrie et biologie du vieillissement nécessaire est estimé à 80 postes.
- le nombre de postes de CCA en CHU devrait être de l'ordre de 120 et celui d'assistant hors CHU à un niveau comparable.

MESURE 41

Reconnaître et identifier le « vieillissement et la gériatrie » comme un des thèmes de recherche à part entière au sein des appels d'offres de l'ANR et des PHRC.

MESURE 42

Faire évoluer le statut de médecin coordonnateur d'EHPAD afin de permettre à ce dernier d'exercer pleinement les différentes missions énoncées dans le décret du 26 avril 1999.

Recommandation n° 19 : doter les centres référents gériatriques de commissions de réflexion éthique à disposition des structures partenaires

OBJECTIFS

Les comités d'éthique tels qu'ils sont envisagés dans les structures gériatriques françaises se démarquent totalement des comités hospitaliers d'éthique tels qu'ils sont mis en place dans les pays d'Amérique du nord où l'objectif est de prendre une décision médicale difficile à la place du praticien.

Dans les structures gériatriques françaises, ces comités auront pour but de :

- reconnaître que la qualité d'un secteur gériatrique se juge non seulement sur les techniques qui y sont pratiquées mais également sur la dimension humaine amenant à reconnaître chacun des patients comme un individu unique relevant d'une attention particulière
- favoriser la réflexion sur les bonnes pratiques de soins pour une population très particulière ne répondant pas aux consensus de soins édictés chez l'adulte
- réduire la souffrance des soignants en gériatrie en leur offrant un espace de discussion élargi grâce à la présence de personnes ressources recrutées hors du secteur gériatrique (représentants des divers secteurs des sciences humaines, de la société, des utilisateurs du système de soins, des courants religieux et du monde politique).

MISE EN OEUVRE

- Reconnaître et donner un temps de travail afin que les professionnels en gériatrie puissent réfléchir sur leurs pratiques.
- Financer la participation des représentants extérieurs à l'établissement dont la présence est indispensable à l'élaboration d'une réflexion éthique dans l'établissement.

MESURE 43

Prendre en compte dans l'organisation du travail et les calculs d'effectifs la nécessité d'un temps de réflexion en équipe sur les pratiques professionnelles en gériatrie.

MESURE 44

Financer la participation des représentants extérieurs à l'établissement dont la présence est indispensable à l'élaboration d'une réflexion éthique dans l'établissement.

MESURE 45

Créer des commissions de réflexion éthique et prévoir le financement pour la participation de personnalités extérieures.

Recommandation n° 20 : La mission propose par ailleurs que les ARH voient leur champ élargi au médico-social si elles évoluent vers des Agences Régionales de Santé.

Afin de simplifier le dialogue entre l'Etat et les conseils généraux, la mission suggère l'expérimentation, dans une ou plusieurs régions, d'une **unité de décision ARH pour l'Etat.**

*

* *

En conclusion

L'enjeu est trop grave pour que ce programme ne soit pas suivi d'effet.

Or, nous formulons ces recommandations en une période de difficulté de financement du système de santé.

Ce constat nous a conduits à proposer une **mise en œuvre progressive** des mesures afin d'échelonner les financements.

Ce constat nous incite aussi à formuler **un double message : aux directions des établissements de santé et aux ministres** chargés respectivement de la santé et des personnes âgées.

- **les directions doivent faire, de leur propre initiative, des efforts de restructuration interne :**

o **en premier lieu car il y va de l'intérêt de la personne âgée** qui, si elle est hospitalisée, doit bénéficier de prestations adaptées, aujourd'hui trop rares, afin de rester tout le temps nécessaire mais seulement le temps nécessaire. On a compris que toute hospitalisation indue était délétère, ainsi que toute prolongation non justifiée par l'état de santé de la personne âgée.

o **en second lieu car fluidifier les séjours en régime de T2A rend le gain financier certain**, même s'il n'est pas aisément chiffrable. Nous suggérons, pour l'évaluer, une étude de gestion scientifique et avons pris des contacts en ce sens : la DHOS pourrait ainsi facilement donner suite si cette suggestion était retenue.

- **le ministère doit donner aux établissements de santé des moyens « réels »**. En effet, indiquer des mesures fléchées qui ne seraient financées que par des redéploiements internes conduirait, selon nous, à aggraver les réticences à l'encontre de la gériatrie : la prise de conscience de l'enjeu gériatrique n'est pas encore générale et peu de directeurs, de conseils exécutifs et de CME mettent la gériatrie dans leurs préoccupations prioritaires. Ceci est encore plus vrai dans les grands établissements.

Le résultat d'une telle contrainte financière découragerait les hôpitaux de mettre en œuvre le programme et serait alors contraire à l'objectif.

Nous avons fait nôtre l'ambition affichée par les ministres qui nous ont confié cette mission : favoriser la qualité de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital, fluidifier la filière gériatrique et rassembler toutes les énergies pour faire face au défi démographique qui, en touchant la société, va bouleverser le fonctionnement des hôpitaux.

Ce n'est pas à la personne âgée de s'adapter à l'hôpital.

C'est à l'hôpital de s'organiser pour offrir aux personnes âgées, toujours plus nombreuses, outre des soins compétents, un accueil adapté à leurs besoins bien particuliers.

*

* *

Document 1

Une « vague démographique » gériatrique s'annonce (*document 1*), concernant une population aux besoins sanitaires très spécifiques (*document 2*).

Le patient gériatrique n'est pas qu'un patient âgé et il justifie une approche particulière en filière de soins (*document 3*)

Les données démographiques, en population générale

1. Quelques rappels indispensables :

Le vieillissement démographique qui caractérise la plupart des pays occidentaux représente un défi majeur pour le XXI^{ème} siècle : l'enjeu est à la fois social, médical et économique. Si la progression de l'espérance de vie à laquelle nous assistons depuis le début du siècle dernier constitue une véritable révolution, elle s'associe également à une augmentation significative, dans les tranches d'âge les plus élevées, des maladies chroniques et de leurs conséquences en termes d'incapacités et de handicaps. Ce contexte démographique a, et aura sans nul doute, un impact de plus en plus marqué sur notre système de protection sociale, accentué par l'amointrissement du rôle de la famille dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de handicaps. Il s'avère donc nécessaire de prendre la mesure des enjeux liés à cette évolution démographique au plan des retraites mais aussi des besoins en matière sanitaire et médico-sociale.

Désormais, le concept d'espérance de vie de santé (en bonne santé) ou de vie active semble plus adapté pour juger des progrès sanitaires. Cet indicateur, qui mesure le nombre équivalent d'années vécues en bonne santé, soustrait de l'espérance de vie globale les années vécues avec des incapacités fonctionnelles résultant d'affections chroniques dont la prévalence augmente avec l'avance en âge. En France, l'espérance de vie de santé moyenne à la naissance est passée entre 1981 et 1991, de 60,8 à 63,8 ans chez l'homme (pour une espérance de vie globale de 72,9 ans en 1991) et de 65,9 à 68,5 ans chez la femme (pour une espérance de vie globale de 81,1 ans en 1991). À l'âge de 60 ans, elle est de 16,1 ans chez l'homme et de 19,1 ans chez la femme. On peut très schématiquement considérer que le différentiel entre espérance de vie globale et espérance de vie de santé à la naissance s'apparente donc à une période d'une dizaine d'années vécues en incapacité et avec handicaps.

L'un des objectifs prioritaires des sociétés à fort taux de vieillissement est donc de réduire l'incidence des morbidités ou maladies prévalentes avec l'âge, à l'origine d'incapacités. Les politiques mises en œuvre privilégient ainsi l'objectif de « compression de morbidité » par rapport à celui d'une augmentation de la durée de vie. Les données relatives à la décennie 1981-1991 témoignent d'une tendance à une augmentation plus rapide de l'espérance de vie de santé que de l'espérance de vie globale. Il est cependant prudent de mentionner que ce gain en espérance de vie de santé demeure de faible importance (2,6 contre 2,5 ans, soit 0,1 année de compression de morbidité) et que cette tendance ne peut être affirmée pour les périodes plus récentes.

Cet objectif garde néanmoins toute sa pertinence : il convient de mettre en œuvre l'ensemble des mesures de prévention pour faire reculer l'âge d'entrée dans les incapacités fonctionnelles et les handicaps qui peuvent en résulter.

2. Les données démographiques nationales

Au cours des deux dernières décennies, l'espérance de vie a augmenté de quatre à cinq ans dans les pays en développement et de dix à douze ans dans les pays développés. D'ici à l'an 2025, elle devrait passer de 60 à 66 ans chez les hommes, et de 63 à 73 ans chez les femmes. Dans le même temps, dans les pays développés, l'augmentation sera de 71 à 76 ans chez les hommes et de 78 à 82 ans chez les femmes. La longévité maximale, définie comme la durée maximale observée chez l'homme, s'établit actuellement à 122 ans (Jeanne Calment, 1875-1997) et il est établi qu'une fille sur deux qui naît aujourd'hui en France a une espérance de vie de 100 ans ! Cette dernière était en 2003 de 75,8 ans, en moyenne, pour les hommes et de 82,9 ans pour les femmes.

L'augmentation la plus spectaculaire concerne les plus de 75 ans et la proportion de cette classe d'âge va croître plus vite que la population générale. En France, entre 2000 et 2010 la population des personnes de 75 à 84 ans augmentera de plus d'un million (passant de 2,98 à 3,99 millions), celle des plus de 85 ans de près de 280 000 (passant de 1,23 à 1,51 million) et celle des centenaires de plus de 11 000, en 1999, à 150 000 en 2050 ! Pour des personnes âgées de 75 et de 85 ans, l'espérance de vie moyenne est respectivement de 13 et 6,5 ans chez la femme et de 10,1 et 5,2 ans chez l'homme.

Les projections démographiques, quelles que soient les hypothèses raisonnables retenues, concluent à l'accélération du vieillissement démographique.

Projections INSEE concernant l'espérance de vie à la naissance (EVN) sous les hypothèses d'un taux de fécondité de 1,8, d'une mortalité tendancielle ainsi que d'un solde migratoire de + 50 000 par an (scénario central).

	Part de la population > = 60 ans (%)	EVN masculine (années)	EVN féminine (années)
2000	20,6	75,2	82,9
2010	23,1	77,3	84,9
2030	31,1	81,0	88,3
2050	35,1	84,3	91,0

Entre 1970 et 2000, le nombre de personnes âgées d'au moins 60 ans a augmenté de 9,1 à 12,1 millions, soit une progression de trois millions. Au cours des trente prochaines années, ce nombre augmentera de plus de 7 millions (+ 60 à + 68 % selon les hypothèses de mortalité). L'incertitude est qualifiée de faible par l'INSEE.

L'effectif des 75 ans ou plus passera de 4,2 à 8,3 millions de personnes entre 2000 et 2030 et celui des 85 ans ou plus de 1,2 à 2,4 millions.

A l'horizon 2050, les projections montrent que l'effectif des 60 ans sera double de celui de 2000, celui des 75 ans triple et celui des 85 ans quintuple.

Document 2

Une « vague démographique » gériatrique s'annonce (*document 1*), concernant une population aux besoins sanitaires très spécifiques (*document 2*).

Le patient gériatrique n'est pas qu'un patient âgé et il justifie une approche particulière en filière de soins (*document 3*)

1. Les besoins hospitaliers des personnes âgées : une demande de soins croissante et des besoins en soins hospitaliers spécifiques.

A. Le vieillissement de la population est à l'origine d'un accroissement de la demande de soins hospitaliers autant individuelle que collective.

a. La demande de soins croît avec l'âge

Sur le plan individuel, la demande de soins augmente avec l'âge, notamment à partir de 75 ans. A l'échelon collectif, l'ampleur de cette croissance de la demande de soins est soumise à conditions.

Le nombre d'affections déclarées s'accroît sensiblement avec l'âge. Aussi, les personnes âgées ont-elles un taux de recours aux soins nettement plus élevé, tant en ville qu'à l'hôpital.

Selon l'enquête SPS, au-delà de 64 ans, les enquêtés déclarent en moyenne plus de sept affections y compris les problèmes dentaires et les troubles de la vue.

Evolution du nombre de séjours MCO après 80 ans :

- en 2000 : 994 881 pour un total de 12 810 589 séjours (7,8 %)
- en 2003 : 1 247 487 pour un total de 13 628 656 séjours (9,1 %)

La demande en soins ne montre pas de fléchissement et croîtra de manière importante au moment de l'afflux des générations du "baby-boom" dans des âges de la vie où la demande de soins augmente. L'âge moyen des patients augmentera fortement et l'hôpital devra traiter des pathologies chroniques ou des polypathologies très consommatrices en soins hospitaliers.

En même temps que la population vieillit, on assiste au développement des pathologies liées à l'âge. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polypathologiques.

En ce qui concerne les pathologies démentielles, l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. 75 % des personnes souffrant de pathologies démentielles vivent à domicile y compris à un stade évolué de la maladie. Alors que les estimations actuelles évaluent à environ 400 000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les projections dont on dispose prévoient un doublement du nombre de malades entre 1990 et 2020.

b. La demande de soins hospitaliers devrait ainsi croître en conséquence

On sait que le recours à l'hôpital et la durée d'hospitalisation augmentent après 64 ans. Aussi à partir de 65 ans, le taux d'hospitalisation est-il de :

- 324 pour mille entre 55-64 ans,
- 437 entre 65-74 ans,
- 577 entre 75-84 ans
- 616 au-delà de 84 ans.

On dispose de données relativement anciennes sur le taux d'hospitalisation et la DMS, en fonction des services hospitaliers. Ainsi sur :

- le court séjour : on relève 566 séjours par an pour 1000 personnes de plus de 85 ans (190 pour les 45-64 ans). En parallèle, la durée d'hospitalisation augmente avec l'âge, la DMS passant de 8,9 jours de 65 à 74 ans à 12,7 jours pour les plus de 85 ans ;
- le long et moyen séjours : 94 % des patients des services de soins de longue durée ont plus de 65 ans.

Les recours multiples à l'hôpital sont plus nombreux chez les personnes âgées (36 % au-delà de 80 ans).

B. Les besoins en terme de soins hospitaliers des personnes âgées sont spécifiques

L'étude des motifs d'hospitalisation et de recours aux urgences montre que les maladies de l'appareil circulatoire sont, en 2002, à l'origine d'un peu plus d'un séjour sur six pour les personnes âgées de 65 ans ou plus, soit environ 794 000 séjours hospitaliers. Elles représentent la première cause de décès dans cette tranche d'âge (34,7 %), devant les tumeurs (25,4 %) et les pathologies respiratoires (7,8 %).

Ainsi, les enjeux de santé publique pour l'hôpital reposeront surtout sur la prise en charge globale de la polyopathie des sujets âgés gériatriques où dominent les affections cardio-vasculaires suivies des troubles neuropsychiatriques et de la pathologie infectieuse.

Document 3

Une « vague démographique » gériatrique s'annonce (*document 1*), concernant une population aux besoins sanitaires très spécifiques (*document 2*).

Le patient gériatrique n'est pas qu'un patient âgé (*document 3*) et il justifie une approche particulière en filière de soins (*document 4*)

Le patient gériatrique n'est pas qu'un patient âgé

Si la demande en soins hospitaliers doit augmenter significativement au cours des prochaines années pour les patients âgés de 75 ans et plus, il convient de préciser que cette demande concernera une population de patients relativement hétérogène.

Il est ainsi classique de distinguer deux typologies de patients de plus de 75 ans aux besoins spécifiques : les patients mono ou pauci pathologiques et les patients dits « gériatriques »

- **les patients de 75 ans et plus indemnes de pathologies chroniques invalidantes, hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable.**
Ces patients doivent bénéficier des services de court séjour relevant de la spécialité concernée par l'affection motivant le recours à l'hôpital. Cependant, en raison de la vulnérabilité liée à leur âge ils peuvent démasquer à l'occasion de cette affection une pathologie sous-jacente ou accuser une perte d'autonomie fonctionnelle. Ceci justifie qu'ils puissent bénéficier au cours de leur séjour d'une évaluation gériatrique pouvant nécessiter le recours à une équipe mobile de gériatrie.
- **les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques » se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neuro dégénératives et somatiques.**
Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation volontiers atypiques de ces affections n'orientent pas d'emblée vers une pathologie d'organe précise exposant au risque d'une orientation inadéquate en service de spécialité. La polypathologie caractérisant ces patients explique le plus grand risque d'instabilité et de défaillance ou de multi défaillance d'organes lors de l'affection aiguë ayant nécessité l'hospitalisation.
- **le cas particulier des patients de 75 ans et plus « chirurgicaux ».** Le nombre de patients de cette tranche d'âge admis en chirurgie devrait augmenter parallèlement à la proportion des patients de 75 ans et plus hospitalisés. En raison de leur vulnérabilité particulière et des risques de décompensation pouvant se révéler dans la période post-opératoire, ces patients doivent pouvoir bénéficier en préopératoire et en post-opératoire d'une évaluation gériatrique pouvant nécessiter le recours à une hospitalisation de jour gériatrique ou à une équipe mobile de gériatrie. Compte tenu de la fréquente réduction de leurs capacités fonctionnelles préexistantes à l'intervention

et souvent aggravée dans les suites opératoires, le recours à des soins de suite et réadaptation appropriés doit être facilité.

Ces spécificités rendent compte de durées d'hospitalisation souvent plus longues et argumentent en faveur d'un soin gériatrique et d'une organisation hospitalière adaptés à cette typologie de patients.

Document 4

Une « vague démographique » gériatrique s'annonce (*document 1*), concernant une population aux besoins sanitaires très spécifiques (*document 2*).

Le patient gériatrique n'est pas qu'un patient âgé (*document 3*) et il justifie une approche particulière en filière de soins (*document 4*)

1. le patient gériatrique justifie une approche particulière

La fréquence de la polypathologie justifie une approche globale et intégrée, reposant sur la gestion de la polypathologie et des comorbidités et la gestion de la « complexité » médico-psycho-socio-environnementale. L'approche globale a pour finalité la prise en compte des troubles affectant la sphère cognitive, les troubles affectifs et comportementaux, les morbidités somatiques, la prévention des pathologies nosocomiales et iatrogènes (ne pas nuire) et la prévention de la maltraitance.

La fréquence des situations d'instabilité et de décompensations et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale, justifie une approche continue du soin intégrant la réadaptation et réhabilitation fonctionnelle, soit immédiatement dès la phase aiguë, soit dans la continuité du soin aigu.

2. le patient gériatrique relève d'une filière de soins

A. Les spécificités de l'offre sanitaire et médico-sociale

L'offre sanitaire et médico-sociale doit être adaptée au caractère le plus souvent évolutif des besoins de patients atteints d'affections chroniques d'aggravation progressive, source d'incapacités fonctionnelles et de désavantages, aggravées par la prévalence élevée de pathologies intercurrentes. Cette offre doit à la fois permettre de prévenir les situations de crise médico-sociales par une évaluation régulière des besoins individuels, s'appuyer sur une approche holistique bio-médico-psycho-sociale et assurer une prise en soins continue. S'adressant très fréquemment au patient et à son aidant naturel, cette offre implique une prise en charge pluriprofessionnelle en interdisciplinarité organisée dans le cadre d'un réseau de soins de proximité multi partenarial et d'une filière hospitalière.

Les dispositifs sanitaires et médico-sociaux requis pour atteindre ces objectifs sont de quatre ordres :

- Des services de soins et d'aide à la personne
- Des lieux d'évaluation et de répit pour les aidants
- Des lieux d'investigation et de gestion des situations de crise
- Des structures de coordination interfacées

B. Les spécificités de l'offre hospitalière gériatrique

Afin de répondre aux besoins spécifiques des patients « gériatriques », l'offre hospitalière doit comporter différentes unités fonctionnelles organisées en filière de soins :

- Pôle d'évaluation pluridisciplinaire : consultation gériatrique et/ou hôpital de jour gériatrique
- Court séjour gériatrique
- Soins de suite et réadaptation appropriés aux patients gériatriques
- Equipe mobile de gériatrie
- Soins de longue durée

La composition d'une telle filière de soins gériatriques et le nombre de places ou lits de chacune des unités fonctionnelles devra prendre en compte les besoins spécifiques au territoire de santé au sein duquel se situe l'établissement, l'accès au plateau technique et l'offre de l'ensemble des établissements de santé du territoire concerné.

Dans le souci d'assurer une offre de proximité, l'hôpital local peut participer à cette offre gériatrique : lits de médecine, de soins de suite, de soins de longue durée, consultations avancées de gériatrie. Dans l'optique d'une approche graduée il peut se situer en amont et/ou en aval du centre hospitalier.

Document 5

Des réglementations éparses (*document 5*) esquissent un projet gériatrique.

un arsenal réglementaire récent qu'il convient de rappeler

A. la circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

On rappellera utilement son préambule :

« Près du tiers des séjours hospitaliers concerne les personnes âgées de 65 ans et plus ; cette part va croissant avec l'âge. Dans le même temps, on constate une progression du nombre de patients gériatriques hospitalisés.

A l'occasion de leur séjour hospitalier, les patients gériatriques présentent des risques particuliers de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Or, trop souvent, l'offre de soins en milieu hospitalier reste limitée à une hospitalisation à temps complet majorant la survenue de tels risques, sans que soit envisagée une autre alternative. Alors que les modes de prise en charge permettant d'éviter ou de limiter ces risques sont validés, leur diffusion reste encore trop circonscrite.

Par ailleurs, une large proportion de personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences. L'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. De telles situations risquent d'entraîner des pertes de chance et un allongement injustifié des séjours, particulièrement péjoratif aux grands âges. En outre, le service des urgences oriente souvent davantage en fonction des lits disponibles que des besoins du patient. En l'absence de service de court séjour gériatrique, les services d'accueil des urgences manquent en effet bien souvent de solutions d'aval adaptées pour la prise en charge des patients gériatriques.

Ces difficultés récurrentes sont préjudiciables aux personnes âgées. Des études ont montré que des prises en charge hospitalières non ajustées engendraient des hospitalisations à répétition et allongeaient inutilement les séjours. Enfin, les difficultés précitées se trouvent majorées par les ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication entre les professionnels de ville assurant la prise en charge ambulatoire et les équipes hospitalières ».

La circulaire s'attache ensuite à décliner les orientations suivantes :

Développer le court séjour gériatrique

Les patients gériatriques se caractérisent par un état de fragilité qui nécessite que leur prise en charge en milieu hospitalier soit assurée par des professionnels compétents en gériatrie. C'est pourquoi, l'accent doit être mis durant les prochaines années et ce, dès l'année 2002, sur l'individualisation de services de

court séjour gériatrique, au moins, dans un premier temps, au sein des centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU). Leurs missions et leurs modalités de fonctionnement sont déclinées sous forme d'un cahier des charges, en annexe II. L'expérience montre que c'est à partir des compétences réunies par de tels services que se diffusent progressivement les bonnes pratiques gériatriques tant en milieu hospitalier (délivrance d'avis gériatrique à la demande des services de spécialité) qu'en ville (structuration de l'interface ville-hôpital, actions de formation). Ces services ont vocation à accueillir, entre autres, des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées lorsque leur état de santé justifie une hospitalisation de courte durée. La configuration des locaux sera adaptée en conséquence (extrait).

Favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique

L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage préalable par le service des urgences. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique.

Dans cette optique, le service s'organisera pour répondre en permanence aux appels des médecins généralistes. La diffusion d'un numéro d'appel réservé aux médecins du secteur géographique desservi est de nature à faciliter cette coordination. Ainsi les médecins traitants pourront négocier l'admission directe de leurs patients résidants à domicile ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en évitant des passages indus aux urgences.

Dans l'immédiat, il apparaît indispensable de renforcer le partenariat entre les établissements de soins, plus spécialement les services de court séjour gériatrique, et les EHPAD, afin de faciliter la continuité de la prise en charge des personnes âgées. Le médecin coordonnateur sera un maillon important de cette coopération.

La capacité en lits du service de court séjour gériatrique et son organisation interne devront être pensées de manière à pouvoir concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions par la filière courte. Le service se fixera des objectifs chiffrés pour chacun de deux modes d'admission et tendra, progressivement, à privilégier la filière courte (extrait).

Développer des soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques

Il est important, lorsque le retour à domicile n'est pas immédiatement possible à l'issue de l'hospitalisation, de disposer de soins de suite et de réadaptation adaptés aux besoins du patient.

Deux malades sur trois hospitalisés en soins de suite et de réadaptation sont âgés de 65 ans et plus, et un sur deux de 75 ans et plus. A elles seules, ces données chiffrées justifient qu'un effort substantiel soit réalisé pour que les établissements et services de soins de suite et de réadaptation offrent des prises en charge adaptées aux besoins spécifiques des patients gériatriques et leur permettent, grâce à une réadaptation ajustée, de recouvrer un maximum d'autonomie. Il s'agit donc que, symétriquement au développement et à la structuration des services de court séjour gériatrique, le dispositif de soins de suite et de réadaptation s'adapte pour

dispenser des soins de qualité à une part significative de sa clientèle. Une bonne articulation, par voie de convention, entre les établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique et les structures d'aval de soins de suite et de réadaptation est donc vivement recommandée (extrait).

B. les 4 mesures gériatriques du plan urgence-gériatrie

L'objectif est de développer les capacités d'hospitalisation en aval des urgences. Les patients peuvent ainsi être hospitalisés dans des conditions satisfaisantes, sans avoir à attendre aux urgences faute de lit. L'offre d'aval en direction des personnes âgées, doit être privilégiée, compte tenu des enjeux de santé publique particulièrement forts qui s'y attachent.

Mesure 21

Renforcer le potentiel de lits de gériatrie de court séjour.

Un plan pluriannuel visant à individualiser des lits de court séjour gériatrique dans chacun des 207 établissements dotés d'un SAU a été lancé en 2002. La mise en oeuvre de ce programme va être accéléré, de façon à gagner une année par rapport à l'échéancier initial.

Mesure 22

Développer les équipes mobiles gériatriques.

Chargées de dispenser des avis gériatriques nécessaires à la bonne prise en charge des personnes âgées fragilisées dans l'ensemble des services, y compris aux urgences, les équipes mobiles constituent l'expertise indispensable en matière de gériatrie.

Mesure 23

Créer 15 000 lits de soins de suite médicalisés.

Programme de renforcement des services de soins de suite médicalisés. Aujourd'hui, le déficit en lits médicalisés est estimé à 15 000 lits. La création de lits de soins de suite médicalisés (par création ou par transformation) est indispensable pour éviter l'encombrement des urgences.

Mesure 24

Développement de l'hospitalisation à domicile.

L'Hospitalisation à domicile (HAD) permet de maintenir les personnes âgées à leur domicile en prodiguant des soins continus et coordonnés d'une intensité équivalente à ceux dispensés à l'hôpital.

Le plan de développement de l'hospitalisation à domicile a donc pour objectif de multiplier le nombre de places pour atteindre une capacité totale de 8 000 places d'ici 2005. Un accent particulier sera mis sur la prise en charge des personnes âgées dans ce cadre. Ce plan intègre dès 2004 la levée des obstacles juridiques (taux de change, carte sanitaire) et financiers au développement de l'HAD, grâce à l'ordonnance de simplification sanitaire et au plan Hôpital 2007.

C. le plan Alzheimer

Une des mesures du Plan Alzheimer 2005 est de faciliter la prise en charge des malades en situation de crise.

La maladie d'Alzheimer est souvent marquée par des évolutions de l'état du malade nécessitant une hospitalisation. Le gouvernement veut faciliter la prise en

charge par le développement des courts séjours gériatriques pour chaque établissement de santé disposant d'un SAU, en lien avec le plan urgence, d'élargir par la possibilité d'admission directe en service de soins de suite et de réadaptation gériatrique en supprimant l'entente préalable jusqu'alors nécessaire.

D. la circulaire DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007

E. Le plan vieillissement et solidarité

Le plan vieillissement et solidarité constitue un programme pluriannuel destiné à améliorer d'ici 2008 la situation des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ce plan prévoit d'organiser la prise en charge de la dépendance à travers la création d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Les principales mesures de ce plan sont :

- la pérennisation et consolidation financière de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- le renforcement de la médicalisation des établissements pour personnes âgées ;
- l'accentuation de l'effort en faveur de la vie à domicile par la création de places nouvelles de soins infirmiers à domicile (SIAD) et de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour ;
- l'amélioration des filières de soins gériatriques et de l'évaluation des besoins des personnes âgées ;
- la professionnalisation des métiers de l'aide à la dépendance et renforcement de leur attractivité.