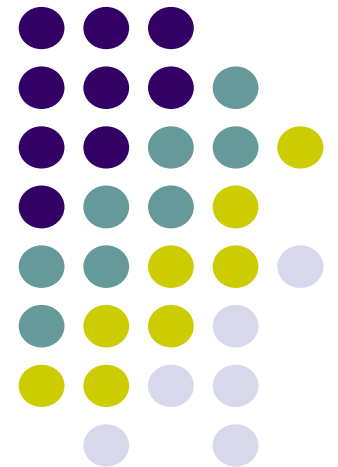


La filière gériatrique et les structures sanitaires gériatriques

Professeur Pierre JOUANNY
Service de Médecine Gériatrique
CHU de Rennes

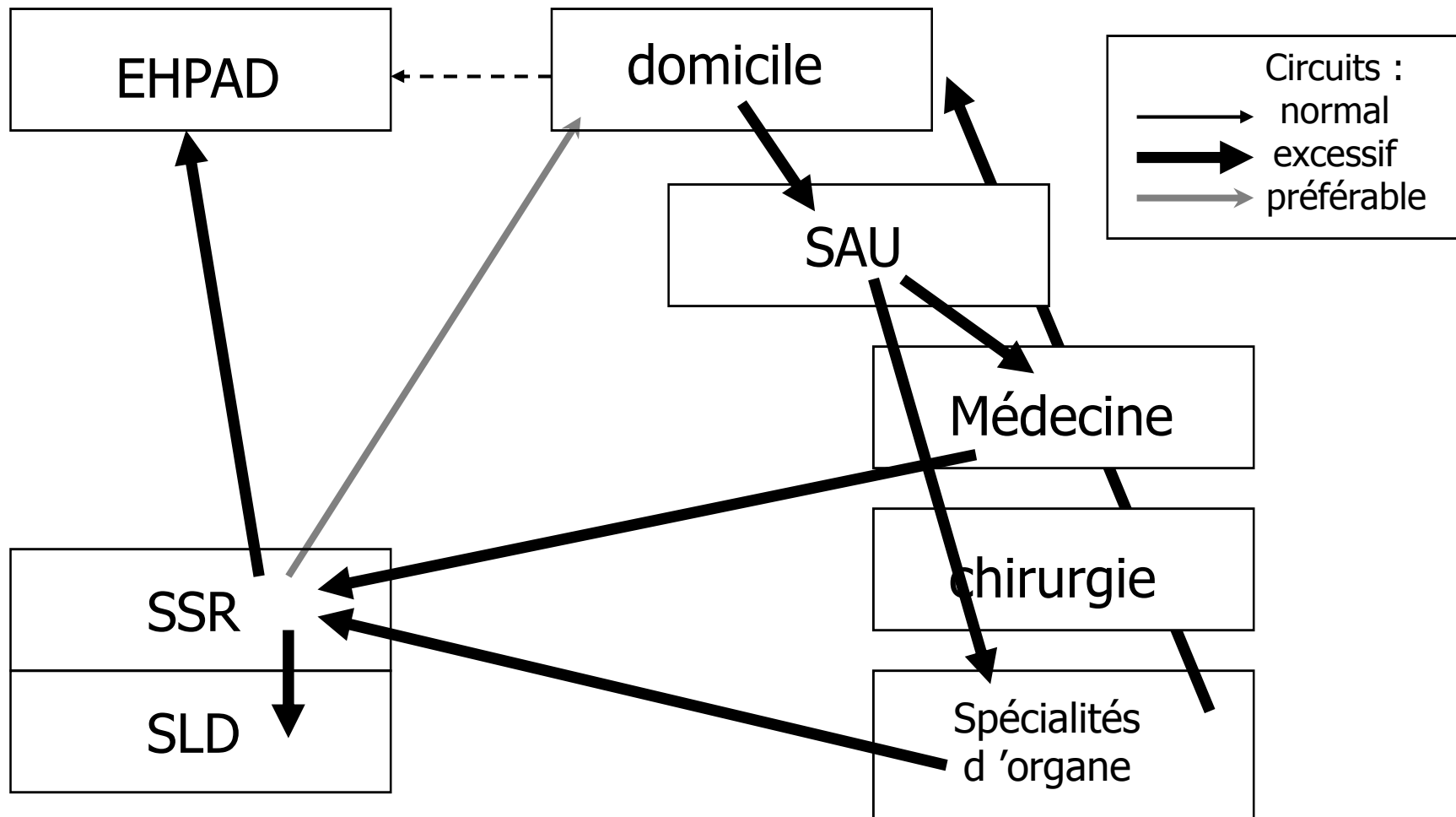


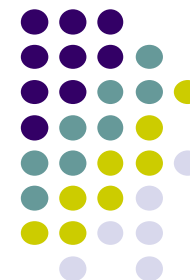


Les structures gériatriques

- Les missions traditionnelles :
 - L'aval et l'hébergement
 - SSR
 - SLD
- La création de secteurs nouveaux :
 - L'hospitalisation
 - Gériatrie aiguë
 - L'activité ambulatoire
 - consultation
 - hôpital de jour
 - équipe mobile de gériatrie

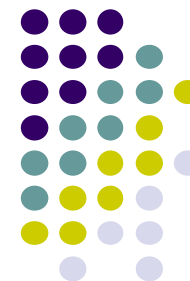
Organisation historique d'un hôpital





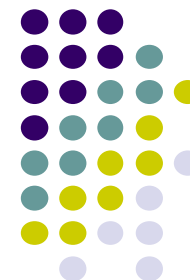
Filière de soins gériatriques

- Organisation :
 - Court séjour gériatrique (ou gériatrie aiguë) : CSG
 - Équipe mobile de gériatrie
 - Ambulatoire :
 - Consultation : Cs
 - hôpital de jour
 - SSR gériatriques
 - SLD



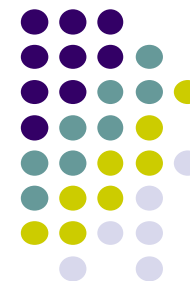
Offre de la filière gériatrique

- Palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées
 - En Cs, en HDJ, en hospitalisation complète
- Avis gériatrique
 - Préalablement à l'hospitalisation
- Accès aux plateaux techniques
 - Dans les délais requis
- Accompagnement de sortie
- Rôle de « ressource »
 - Pour les acteurs de ville et le secteur médico-social
 - Garant de la diffusion de la culture gériatrique



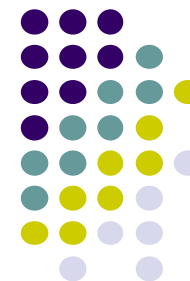
Filière de soins gériatriques

- Missions
 - Hospitalisations non programmables
 - SAU, EMG, et Court Séjour gériatrique
 - Hospitalisation programmables
 - Court Séjour gériatrique
 - Médecine hôpitaux locaux
 - SSR
 - Bilans à froid
 - HDJ et Cs, voire Court Séjour gériatrique
 - Et
 - Avis gériatrique de l'EMG
 - Soins palliatifs : lits identifiés, collaboration EMSP
 - Psychogériatrie : collaboration avec psychiatrie



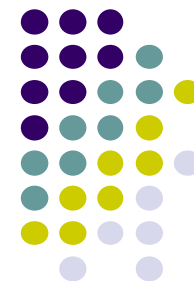
Filière de soins gériatriques

- Organisation
 - Répartie sur 1 ou plusieurs établissements
 - Établissement support : le CS gériatrique
 - Autres : au moins SSR et SLD, conventions
 - Hôpitaux locaux
 - Premier niveau : médecine
 - Aval de l'établissement support
 - Partenariats : Réseaux de santé « PA »
 - HAD
 - MT : programmation, retour domicile/EHPAD
 - Partenaires médico-sociaux : EHPAD/ conventions, Plans bleus
 - Structures de coordination : CLIC, SSIAD

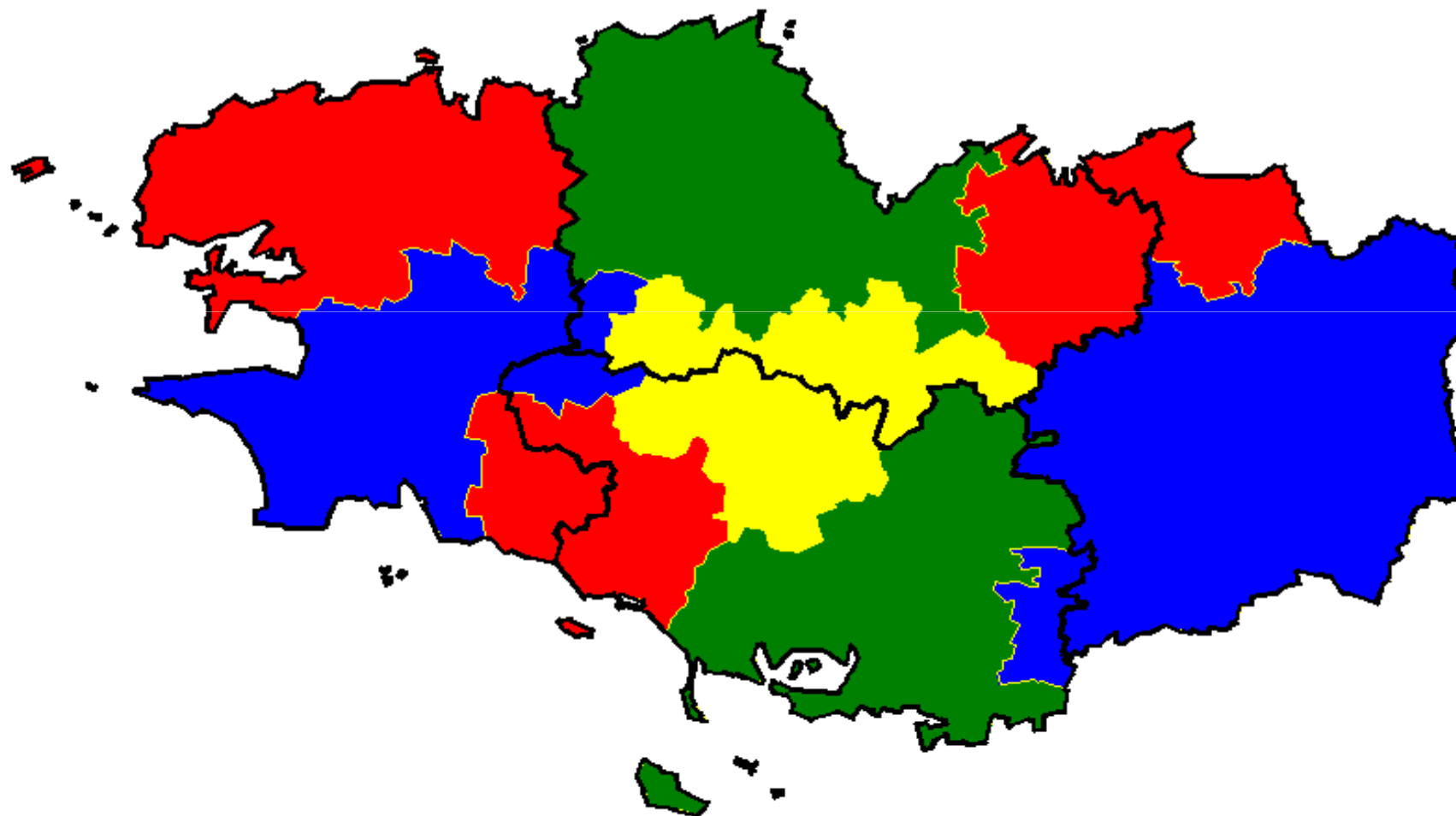


Filière de soins gériatriques

- Zone de couverture
 - Découpage territorial du SROS III
 - Offre gériatrique existante
 - Organisation territoriale médico-sociale :
 - schémas gérontologiques
 - Plusieurs par région
 - Priorité à la proximité
- CPOM : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens



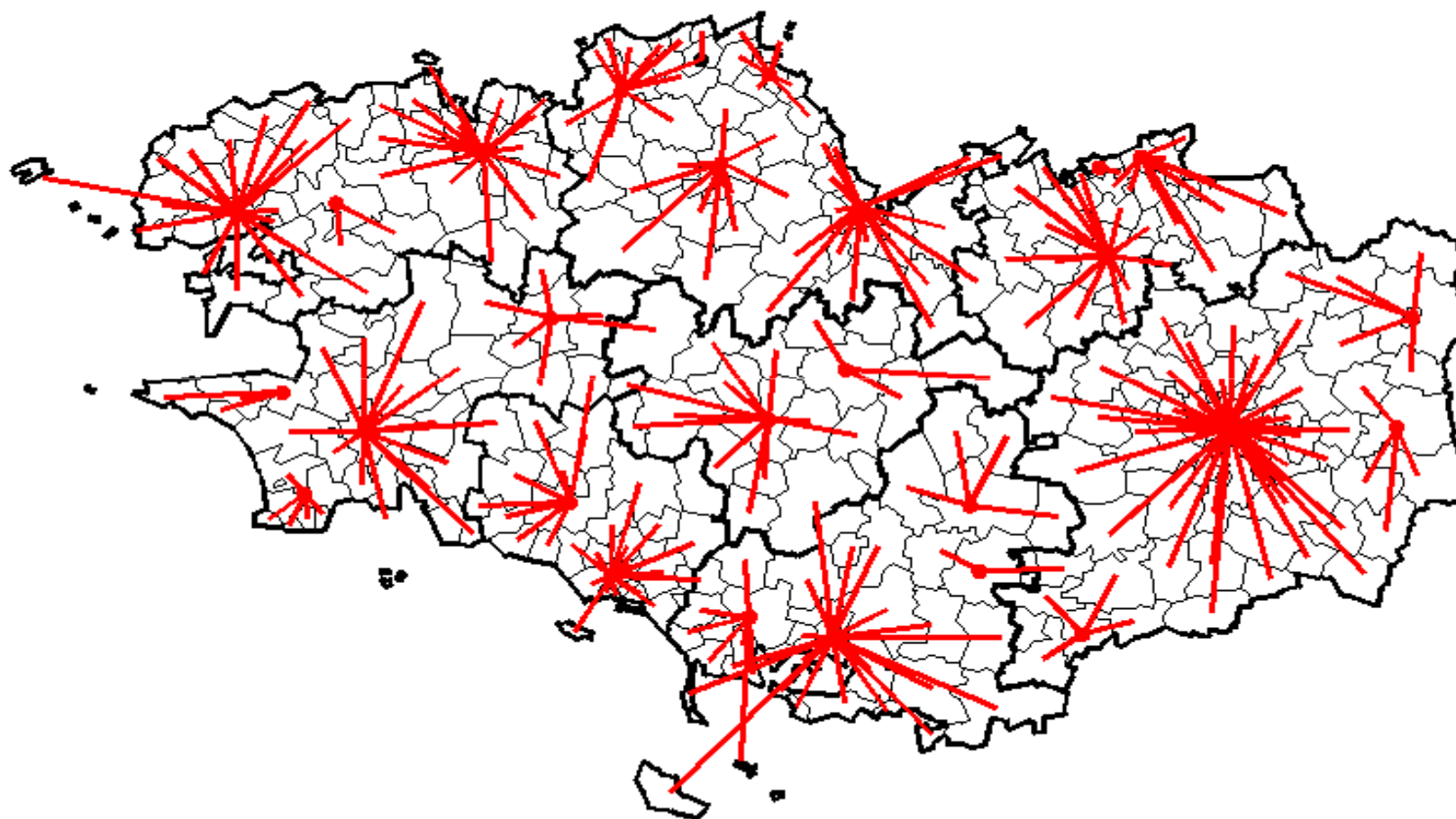
Bretagne : secteurs sanitaires





Destinations principales age > 75ans

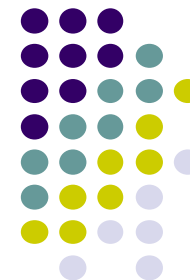
choix proximite



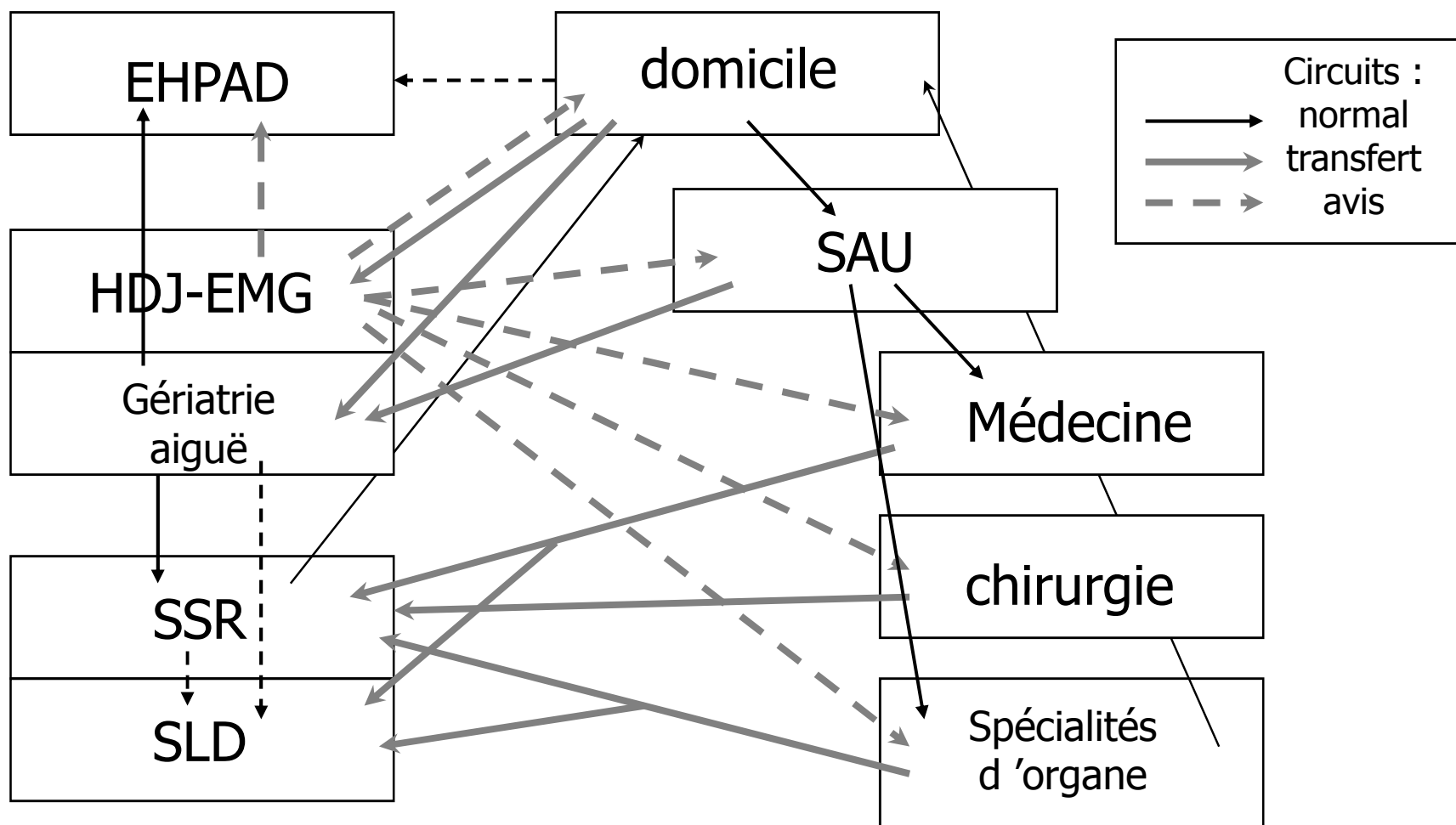
dms i nco 1999

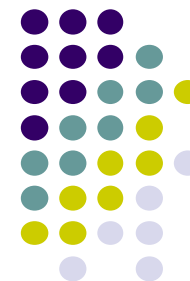
Bretagne : secteurs de proximité





Organisation d'un hôpital

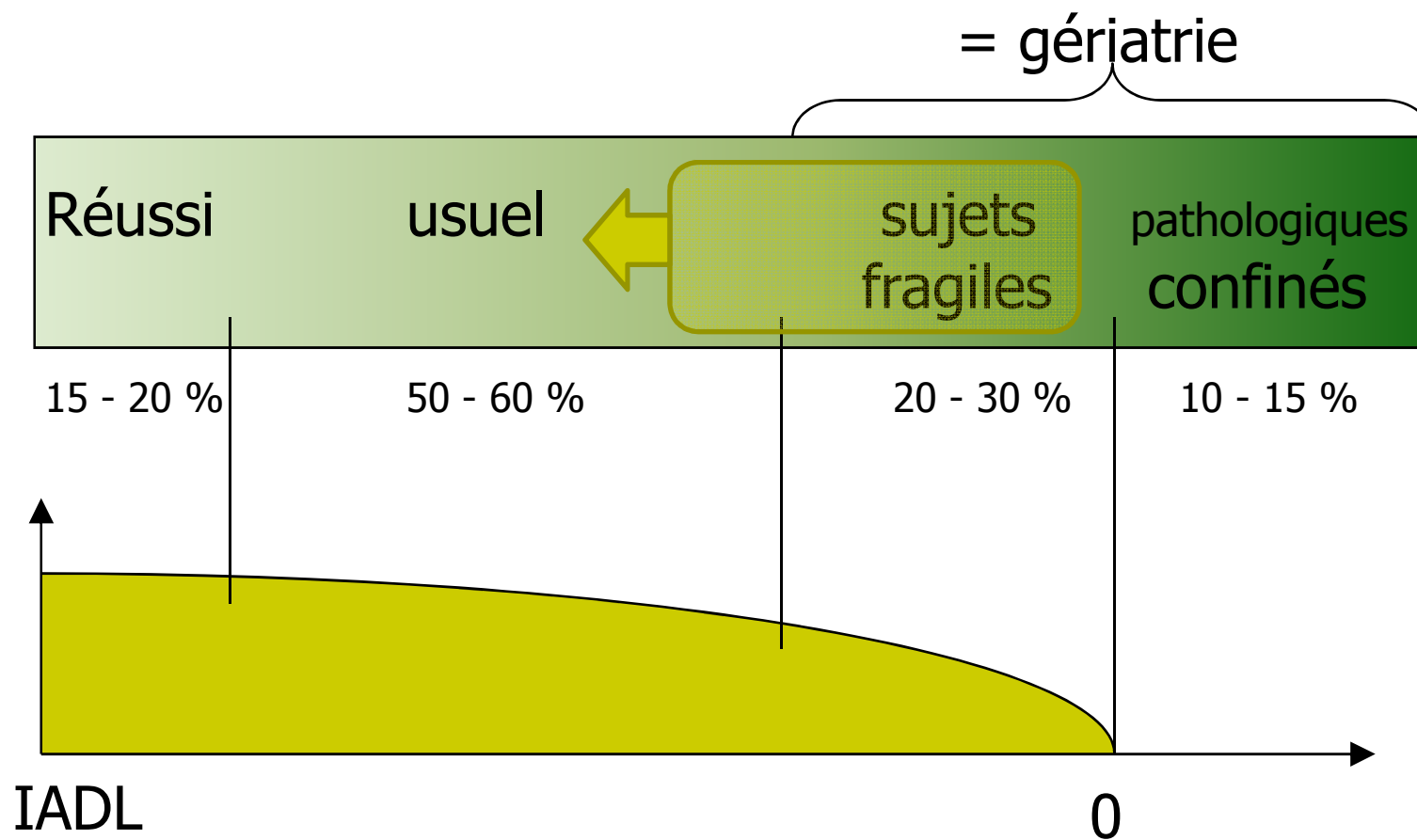


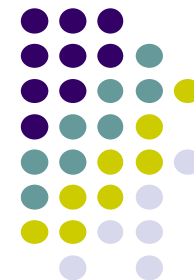


Court séjour gériatrique

- Patients gériatriques
 - Âgés de 75 ans ou plus
 - Plusieurs pathologies chroniques invalidantes
 - Dépendance physique et/ou psychique
 - Risque de dépendance majeur
 - Intrication de pathologies neuro-dégénératives et somatiques
 - Problèmes sociaux surajoutés
 - Hospitalisés pour
 - Aggravation d'un pathologie
 - Survenue d'une affection aiguë
 - Modes de présentation
 - n'orientent pas vers une pathologie d'organe précise

Les différentes trajectoires du vieillissement





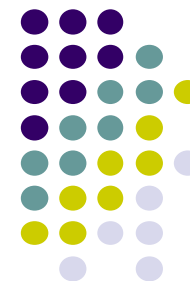
Critères de fragilité

- AGE > 85 ANS
- ≥ 1 SYNDROME GERIATRIQUE
 - Troubles de la marche ou chutes
 - Incontinence
 - Confusion mentale ou démence
 - Dénutrition
- CO-MORBIDITE > 3
- ATTEINTE ≥ 1 ADL
- (Ann Med Int 2002 ; 153 : 397 – 402)



Court séjour gériatrique

- 3 fonctions
 - Assurer un rôle d'hospitalisation « porte »
 - Assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement
 - Assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours
- Savoir faire gériatrique
 - Approche globale, appropriée à la polypathologie, au risque de dépendance
 - Équipe pluridisciplinaire formée à la gérontologie
- Place centrale dans la filière gériatrique



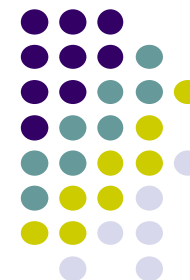
Court séjour gériatrique

- Missions :
 - Assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences
 - Procéder à une évaluation gériatrique globale et individualisée, à la fois médicale, psychologique et sociale
 - Établir les diagnostics non réalisables en ambulatoire
 - Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation
 - Participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques



Court séjour gériatrique

- Mode d'entrée :
 - Accès direct à privilégier, sans passage aux urgences
 - Après contact préalable avec le MT
 - Répondre aux MG la journée
 - Programmation possible
 - Par la structure d'urgence
 - Mode de sortie
 - Préparation
 - Finalise le projet thérapeutique personnalisé
 - Collaboration avec les différentes structures de la filière, les partenaires médico-sociaux, les libéraux, le CLIC, le réseau PA
 - Recours avis spécialisés
 - Convention constitutive



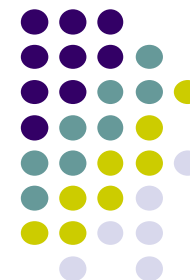
Court séjour gériatrique

- Moyens de fonctionnement
 - Minimum de 20 lits
 - Personnel
 - 2 ETP de médecins gériatres
 - 12 IDE et 12 ASoignantes
 - Temps de psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistant social
 - Permanence médicale, IDE et aide soignante
 - Équipe pluridisciplinaire formée
 - Coordination par un gériatre (PH ou CCA)
 - Accès au plateau technique
 - Rx, écho, doppler, échocardiogramme, TDM, biologie, ana-path, endoscopies digestives,
 - Mêmes conditions d'accès que les autres spécialités

Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique

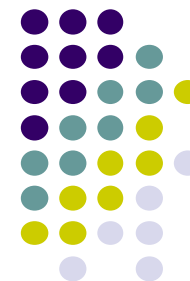


- Missions :
 - Évaluation médico-psycho-sociale afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée
 - Recours pour le médecin traitant, le médecin coordonnateur des EHPAD
 - Suivi du patient avec réévaluations régulières
 - Bilans et traitements programmés
 - Éviter une hospitalisation classique
 - Soins impossibles au domicile, soins lourds
 - Coordination des soins en lien avec CLIC, SSIAD, libéraux
 - Organisation du soutien à domicile
 - Diffusion des bonnes pratiques



La consultation gériatrique

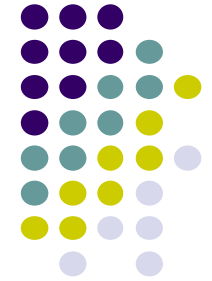
- Le médecin gériatre
- motifs
 - troubles neuropsychologiques
 - mémoire, comportement
 - S généraux :
 - AEG, anorexie, perte d'autonomie
 - instabilité posturale
 - chutes
- globalité, exhaustivité et temps : 1h /1h30
 - identifié les problèmes « rentables » # curables



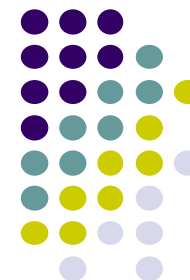
L' hôpital de jour

- Outil par excellence
- missions
 - assurer une évaluation gériatrique et porter un diagnostic médical sans hospitalisation complète
 - poursuivre ou initier une rééducation polyvalente commencée en SSR
 - suivre les PA dont le maintien à domicile est aléatoire en interaction avec l'entourage
- évaluation gériatrique standardisée
- HDJ diagnostique et thérapeutique
- bilans modulaires

Unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique

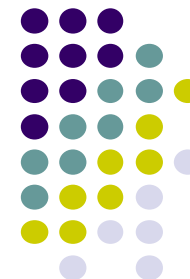


- Moyens de fonctionnement
 - Au moins 5 places
 - Personnel
 - 1 ETP de médecin gériatre qualifié
 - Et les Cs par les médecins de la filière
 - 1.5 ETP d'IDE et 0.5 ETP d'Aide soignante
 - Temps de psychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire (ergothérapeute ? Orthophoniste ?)
 - Locaux
 - D'accueil, de consultation et de rééducation
 - Accès aux plateau technique



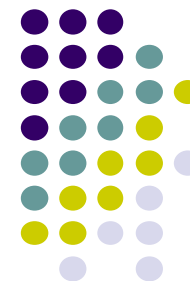
Équipe mobile gériatrique

- Missions :
 - Intervient dans l'ensemble des services de l'ES pour :
 - Dispenser évaluation médico-psycho-sociale et un avis gériatrique diagnostic/thérapeutique
 - Contribuer à l'élaboration du projet de soins/de vie
 - Orienter les PA dans la filière gériatrique
 - Organiser leur sortie en lien avec les dispositifs de soutien à domicile
 - Conseiller, informer et former les équipes soignantes
 - et notamment au SAU, dès l'entrée, pour :
 - Faciliter l'entrée directe en CSG (voire SSR gériatrique)
 - Organiser le retour à domicile ou en structure
 - Programmer une hospitalisation en CSG, en HDJ ou une Cs



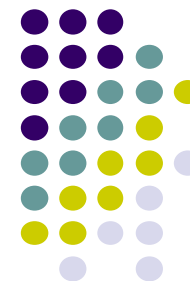
Score ISAR (identification of senior at risk)

Questions	
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui /Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui /Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non
<i>Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables Un patient est considéré à risque d'évènement indésirable (déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives</i>	



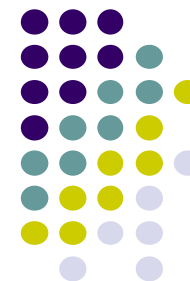
Équipe mobile gériatrique

- Missions :
 - Assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux :
 - Première évaluation médico-psycho-sociale
 - Ajustement thérapeutique, plan de soins, plan d'aides,
 - anticiper limites du maintien à domicile
 - Programmer une hospitalisation en CSG (voire en SSRG) ou en HDJ
 - Au sein des EHPAD,
 - À leur demande ou à celle du MT
 - Au domicile, si SSIAD ou réseau de santé « personnes âgées »
 - Notamment en situation de crise



Équipe mobile gériatrique

- Moyens de fonctionnement :
 - Au minimum :
 - 1 ETP de médecin gériatre qualifié
 - 1 ETP d'IDE
 - 1 ETP d'aide soignante
 - Du tems de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire



SSR gériatriques

- Soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées dépendantes ou à risque de dépendance
- Missions :
 - Assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps
 - Prévenir l'apparition d'une dépendance
 - Maintenir ou redonner l'autonomie
 - Assurer l'éducation thérapeutique
 - Troubles sensoriels, équilibre, diabète, nutrition, M Alzheimer...
 - Assurer l'information et le soutien des aidants
 - Assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale



MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous direction de l'organisation et du système de soins

Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins

La Ministre de la santé, de la jeunesse,
des sports et de la vie associative

A

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Agence Régionale de
l'Hospitalisation (pour diffusion et exécution)

Mesdames et Messieurs les Préfets de départements
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour exécution)

CIRCULAIRE N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008
réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation

FICHE I) LA PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE LA PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE, DEPENDANTE OU A RISQUE DE DEPENDANCE EN SSR

Les objectifs spécifiques de la prise en charge

Outre les objectifs généraux précisés en page 2, les objectifs de cette prise en charge sont de favoriser l'entretien ou la récupération de capacités physiques et psychiques les plus satisfaisantes possible, dans les suites d'un épisode aigu survenu chez des patients âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique ou psychique.

L'orientation

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée SSR « gériatrique » est liée à la complexité de son état de santé. Cette complexité se caractérise par la fragilité, une polypathologie active avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et / ou des troubles cognitifs et des problèmes d'ordre psychosociaux.

Les services attendus au titre de cette spécialisation

▪ Les patients pris en charge

La structure autorisée doit être capable de prendre en charge des patients pouvant nécessiter :

- une rééducation complexe et modérée : c'est à dire multidisciplinaire de généralement moins de 2 heures par jour ;
- une surveillance médicale et/ou un traitement médical important, en raison de facteurs de co-morbidité, ou de risques cliniques / séquelles / complications de l'affection causale ;
- une charge importante en soins techniques et de nursing ;
- un accompagnement et une organisation de la fin de vie.

▪ Les pathologies spécifiques prises en charge

Certaines pathologies relèvent plus particulièrement d'une prise en charge spécialisée. A ce titre la structure autorisée doit être capable de prendre en charge¹³ :

- les troubles cognitifs et démences ;
- les chutes et troubles de la marche et de l'équilibre ;
- les complications des maladies chroniques ;
- les complications de la fragilité liée à l'âge, réversibles ou non ;
- le diabète et les pathologies endocriniennes du sujet âgé.

- Les compétences

Compétences médicales obligatoires : gériatre.

Compétences non médicales obligatoires : IDE, assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien et psychologue

Compétences recommandées : MPR, neurologue, pneumologue, psychomotricien, orthophoniste, pédicure-podologue, animateur.

L'ensemble de l'équipe doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques. L'équipe doit être capable de réaliser une évaluation gériatrique globale (médicale, psychologique, sociale et fonctionnelle) permettant de construire un projet thérapeutique global personnalisé.

La continuité des soins est assurée par une garde ou une astreinte médicale et par la présence d'au moins un infirmier la nuit. La possibilité de transfert sur des unités de court séjour est organisée.

Le plateau technique

- Eléments obligatoires ¹⁴ :

En complément du D.6124-177-7 (conditions générales sur les espaces de rééducation), les SSR gériatriques disposent sur place ou par convention avec un autre établissement de santé d'un accès à un plateau technique d'imagerie ou de biologie.

- Eléments spécifiques minimaux attendus

Les SSR gériatriques disposent des locaux et des équipements adaptés aux patients âgés présentant une dépendance physique ou psychique :

- chambres à un ou deux lits adaptés à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...),
- équipements fixes ou mobiles en vide et en oxygène ;
- douches avec siphon de sol et accessibles aux personnes en fauteuil roulant ou une salle de bain handicapés équipée dans le service ;
- espaces de circulation équipés de main courante, couloir de déambulation ;
- locaux de rééducation : kinésithérapie (table de verticalisation, escaliers, barres parallèles) ergothérapie, rééducation d'incontinence, psychomotricité... ;
- test de psychomotricité ;
- organisation spécifique des locaux dans les établissements ayant des lits de soins palliatifs identifiés.



Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Coordination du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 »

Personne chargée du dossier :

Dr Alexandra FOURCADE

Chargée de mission auprès du chef de service du Pôle 1

Tél. : 01 40 56 70 09

alexandra.fourcade@sante.gouv.fr

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales (pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012



Annexe 3 : Cahier des charges des unités cognitivo-comportementales en SSR

Principes d'organisation générale

Les unités cognitivo-comportementales sont identifiées dans des services existants de SSR et comportent entre 10 et 12 lits. Ce calibrage a été fixé sur la base des caractéristiques des patients pris en charge, du contenu du programme de rééducation et de la mise en évidence des effets négatifs sur le comportement de la proximité d'un trop grand nombre de personnes en état de crise.

Ces unités doivent élaborer un projet spécifique pour la prise en charge de ces malades intégrant les différents volets (projet médical, projet de soins, lieu de vie, considérations éthiques) et être identifiées au sein de l'établissement de santé sous forme d'unité fonctionnelle et d'unité médicale.



Critères d'orientation

Les unités cognitivo-comportementales situées en SSR s'adressent à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes : mobilité (patient valide), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Les patients proviennent essentiellement de leur domicile ou d'établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

L'orientation se fera dans une structure adaptée à la complexité de la situation et de la polypathologie associée dans un SSR polyvalent pour les patients monopathologiques, dans un SSR gériatrique en cas de pathologies associées et intriquées.

L'orientation de patients en SSR est faite soit par le médecin de ville quand le malade est à domicile, soit par le médecin responsable du service de court séjour gériatrique ou les autres services d'aigu après la réalisation d'un bilan médical approprié, pour les patients hospitalisés.



Nature des soins

Un **programme d'activités structuré et adapté** peut conduire à une réduction de 20% de ces troubles. Ce programme a également pour intérêt majeur de diminuer l'utilisation des psychotropes sédatifs et de la contention ; il permet en outre de stabiliser voire de diminuer les troubles du comportement, de mettre en place des stratégies compensatoires du déficit cérébral ; d'assurer les soins préventifs d'une situation de crise en l'absence d'une indication d'hospitalisation en court-séjour en spécialité d'organe ou de réanimation et de maintenir voire d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

De même, la rééducation de l'orientation, les groupes de validation cognitive, de thérapie par évocation du passé, les démarches comportementales et d'une façon plus générale le **traitement psychosocial** permettent d'améliorer très nettement la qualité de vie et de réduire l'apparition des troubles du comportement.

Les pratiques suivantes doivent pouvoir être proposées à ces patients : psychomotricité, ergothérapie, orthophonie.

Les **modalités de fin de prise** en charge dans cette unité spécifique doivent être définies lors de l'élaboration de chaque projet thérapeutique.



Ressources humaines

En plus des personnels habituels de l'unité SSR, il faut des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement :

- médecin ayant une expérience ou une formation en réhabilitation cognitivo-comportementale,
- psychologue
- professionnels de rééducation (psychomotricien, ergothérapeute,...),
- et personnels paramédicaux (la qualification d'assistant de gérontologie n'étant pour l'instant pas mise en place, il est possible de substituer cette compétence par celle d'aide médico-psychologique ou d'aide-soignant ayant bénéficié ou s'engageant dans une formation appropriée).

Le recours à un psychologue doit être prévu pour les équipes soignantes.

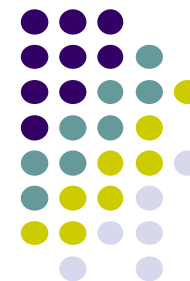
200 000 €, pérennes !



Considérations architecturales et matérielles

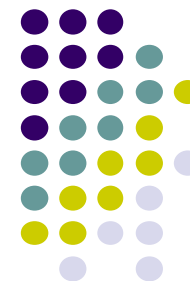
- intégration ou juxtaposition de cette unité avec le reste du service auquel elle appartient ;
- plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté aux activités thérapeutiques et plateau de réhabilitation cognitive ;
- accès à des plateaux techniques d'exploration et de rééducation spécialisés ;
- chambres à un lit ;
- espace de déambulation ;
- environnement sécurisé et rassurant ;
- lieu commun de vie sociale et d'activité.

200 000 €, une fois !



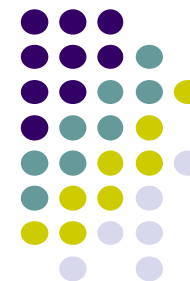
SSR gériatriques

- Implantation géographique
 - Au minimum 1000 journées et au maximum 2600 journées d'hospitalisation pour 1000 PA de 75 ans et plus
- Moyens de fonctionnement
 - Au minimum 20 lits
 - Personnel
 - 1 ETP de médecin gériatre qualifié
 - 8 ETP d'IDE et 12 ETP d'AS
 - Temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de podologue, de psychologue, de diététicien et d'assistant social
 - Présence IDE 24h/24 et permanence médicale



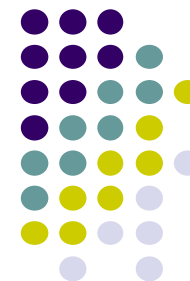
Les Soins de Longue Durée

- Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007
- Définition :
 - Accueil et prise en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie
 - Suivi médical rapproché, actes médicaux itératifs, permanence médicale, présence infirmière continue, accès à un plateau technique minimum
 - À l'issue d'un séjour dans un ES, EHPAD, ou du domicile



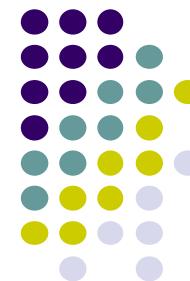
USLD redéfinies

- Les missions :
 - Assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels
 - Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes
 - Élaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie
 - Assurer l'accompagnement des familles et des proches
- Modalités de prise en charge :
 - Patients âgés de moins de 60 ans atteints de maladie neuro-dégénératives : appréciation par ARH de la mise en place d'unités spécifiques sous la responsabilité de spécialistes (neurologue...) ou lits dévolus au sein des USLD
 - Patients avec troubles mentaux : regroupement ou dispersion selon ARH.
 - Nécessité de lits de soins palliatifs identifiés



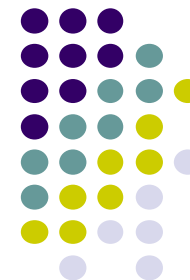
Notion d'hospitalo-réquérance

- Hôpital
 - T1 : soins techniques importants avec surveillance médicale quotidienne
 - T2 : soins d'équilibration et de surveillance rapprochée : états cliniques précaires, situation instables et risque de rechute
 - P1 : soins de prise en charge géro-psycho-geriatrique individuelle quotidienne
 - R1 : soins de rééducation fonctionnelle individuelle quotidienne
 - CH : pansements, soins locaux, surveillance de toutes plaies importantes chroniques
 - M1 : soins d'accompagnement psychologiquement et/ou techniquement lourds
 - DG : actes du diagnostic de toute pathologie au stade de la recherche diagnostique



Notion d 'hospitalo-requérance

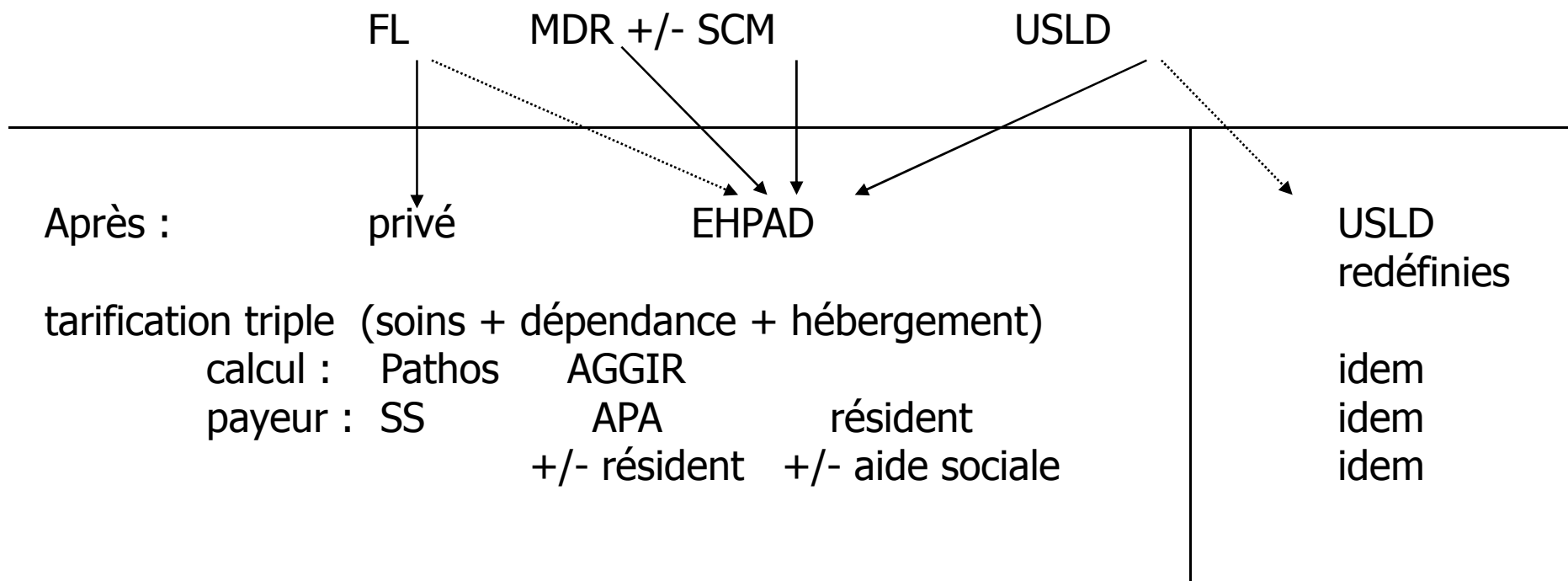
- EHPAD
 - P2 : soins de prise en charge psychiatrique programmée, psychothérapie institutionnelle collective
 - R2 : soins de rééducation fonctionnelle d 'entretien ou rééducation discontinue ou allégée chez un patient
 - M2 : soins médicaux et techniques d 'accompagnement induits par un état crépusculaire conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
 - S1 : surveillance médicale régulière ou programmée et/ou simple administration de médicaments
 - S0 : absence de soin médical ou technique requis



Réforme de la tarification

- Création d'EHPAD :
 - Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

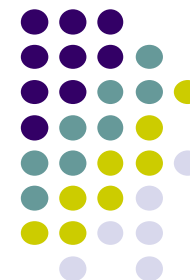
Actuellement : tarification double (soins + hébergement)





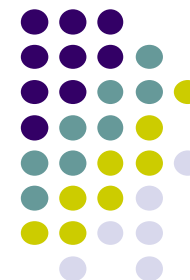
Parc existant (31-12-2001)

- SLD :
 - 1025 services (Hôpitaux publics)
 - 83 700 lits
- EHPAD
 - MDR
 - 6 535 établissements (2755 publics, 2112 PSPH)
 - 431 053 places
 - FL
 - 3 023 établissements (2094 publics, 811 PSPH)
 - 157 619 places
 - Hébergement temporaires
 - 150 établissements
 - 2900 places



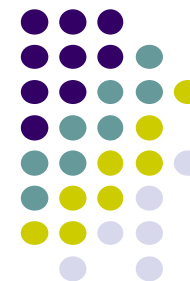
USLD redéfinies

- Moyens de fonctionnement :
 - Dimensionnement :
 - Au minimum d'environ 30 lits
 - Physiquement et fonctionnellement regroupés
 - Personnel
 - Présence infirmière et aide-soignante 24h sur 24
 - Permanence médicale par garde ou astreinte
 - Effectif déterminé selon GMPS : GMP et PMP
 - Pour 30 lits : 0.5 ETP médecin, 0.8 personnel soignant (IDE, AS, ASH), temps de kiné, ergo, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne, assistante sociale.



Les Réseaux « PA »

- **Circulaire n° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »**
- **Missions :**
 - Permet aux PA concernées de bénéficier d'une prise en charge correspondant le mieux à leurs besoins de santé et médico-sociaux
 - Prise en charge au domicile privilégiée
 - Coordination autour de la PA de tous les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux
 - Ne se substitue pas à l'offre de soins existante



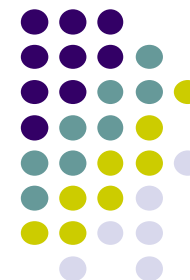
Les Réseaux « PA »

- Objectifs opérationnels :
 - Assurer le repérage de la population
 - Plus de 75 ans et
 - patient gériatrique, rupture socio-sanitaire, maladie d'Alzheimer
 - Infos équipes APA, signalement MT ou libéraux, CLIC, CCAS, aides à domicile... ou PA elle-même
 - Établir un plan d'intervention personnalisé en équipe pluridisciplinaire
 - Assurer un diagnostic complet
 - Proposer le plan d'intervention le plus adapté
 - Apporter un soutien aux aidants et intervenants professionnels
 - Mettre en œuvre des actions d'information et d'éducation de la santé, ainsi que des actions sur des thèmes spécifiques
 - Définir une organisation et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins ou de services



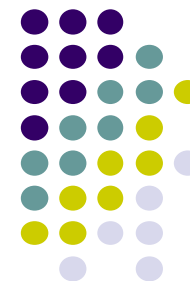
Les Réseaux « PA »

- Organisation générale du réseau
 - Définition d'une aire géographique pertinente
 - Avec le Conseil général
 - Minimum de 200 patients suivis par an
 - Acteurs du réseau :
 - Les intervenants
 - Des professionnels de compétences différents mais complémentaires
 - Leurs modalités de coordination
 - Formalisées dans une charte
 - Équipe de coordination
 - Annuaire des professionnels « ressources »
 - Astreinte téléphonique, si possible 7j sur 7, n° app el unique
 - Réunions périodiques : dossiers évalués en commun
 - Leurs engagements
 - Recommandations de bonnes pratiques, référentiels et protocoles
 - Modalités de communication et de transmission de l'information entre professionnels
 - Formation



Les Réseaux « PA »

- Usagers
 - Inclusion faite par l'utilisateur, ou proche et MT
- Pilotage du réseau
 - Modalités de concertation et règlement intérieur
 - Liste des acteurs
- Articulation entre réseau et environnement
 - Avec autres réseaux de santé
 - Articulation mutualisation des fonctions support
 - Articulation avec les CLIC
 - DGAS/DHOS 2004-452
- Plan d'intervention personnalisé
 - Plan de soins et plan d'aide
 - Suivi



Les Réseaux « PA »

- Moyens propres du réseau
 - Moyens humains
 - Temps d'IDE coordinatrice, médecin gériatre, assistante socio-éducative (sauf si CLIC), secrétaire
 - Compétence d'ergothérapeute
 - Moyens financiers
 - Financement salariés, moyens de fonctionnement courant, actes dérogatoires (coordination)
- Évaluation du réseau
 - DHOS/CNAM 2007-88
 - Organisation et fonctionnement, impact sur l'environnement
 - Participation et intégration des acteurs professionnels
 - Prise en charge des patients et pratiques professionnelles
 - Évaluation médico-économique
 - Indicateurs d'activité, de performance, de résultats

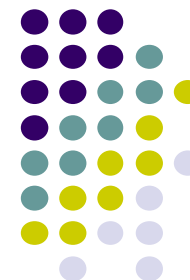


Les Réseaux « PA »

- Partenaires institutionnels

Représentants :

- du Conseil Général,
- des CLIC,
- de chaque établissement de la filière gériatrique de l'aire géographique concernée (à raison d'un médecin, un administratif, un soignant par structure),
- de l'équipe mobile gériatrique,
- de l'URML,
- des infirmiers libéraux,
- des professionnels libéraux de rééducation,
- des SSIAD,
- des structures d'accueil de jour,
- de l'HAD,
- des usagers,
- des EHPAD,
- des CCAS,
- des structures psychiatriques concernées,
- des services sociaux, municipaux et départementaux,
- des services d'amélioration de l'habitat et d'adaptation du logement (PACTARIM),
- de l'association France Alzheimer,
- des CODERPA,
- de l'association ALMA,
-



Les Réseaux « PA »

- Comité de pilotage du réseau :

Le comité de pilotage est organisé par collège comme suit :

- collège des professionnels libéraux (URML,...),
- collège des professionnels hospitaliers (centre hospitalier support de la filière gériatrique dont un médecin gériatre, équipe mobile gériatrique, hôpital local,...)
- collège des professions médico-sociales (CLIC, EHPAD appartenant à la filière gériatrique,...),
- collège des autres professionnels (services d'aide et d'accompagnement à la personne,...),
- collège des usagers.

L'un au moins de ces représentants appartient au personnel soignant et l'un au moins au personnel administratif.



Le point de vue de l'hôpital

- Limiter le recours au SAU aux urgences
 - Anticiper les situations de crise
 - Programmer au mieux
 - Entrées directes dans la filière gériatrique
- Faciliter les sorties
 - Et la filière d'aval
 - Admissions prioritaires



PA et hospitalisation

- Enquête ARH – CRAM
- SROS personnes âgées
- 2002

- 1 jour donné
- Toutes les PA de plus de 75 ans hospitalisés

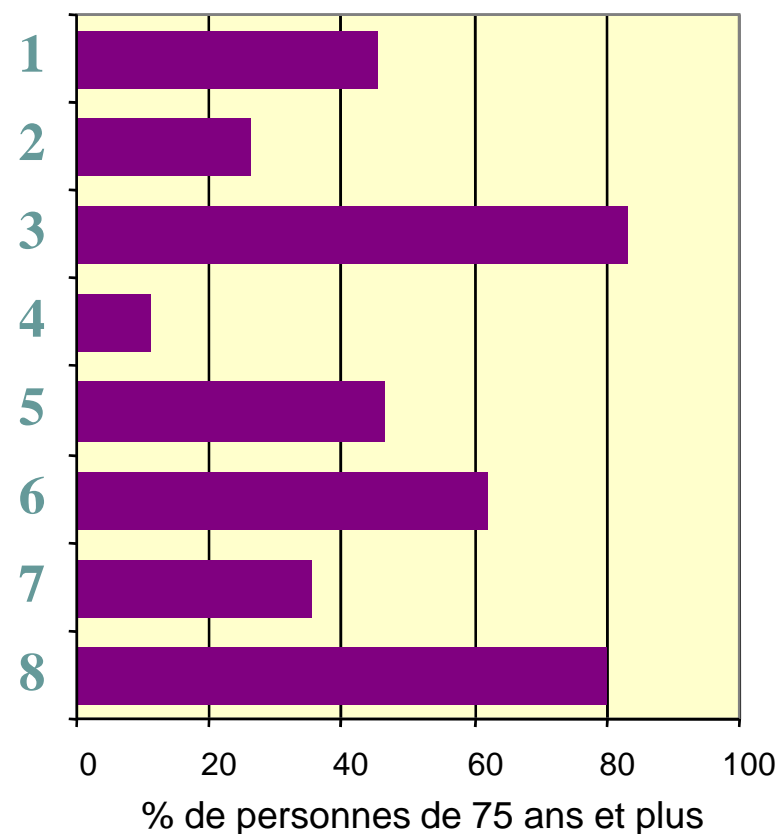


Méthode

Champ de l'étude

	Nb
1 CS médecine	2149
2 CS chirurgie	1075
3 CS gériatrie	180
4 Psychiatrie adulte	267
5 Psycho-gériatrie	94
6 SSR polyvalent	1094
7 SSR rééducation	274
8 SSR gériatrie	656
Total	5789

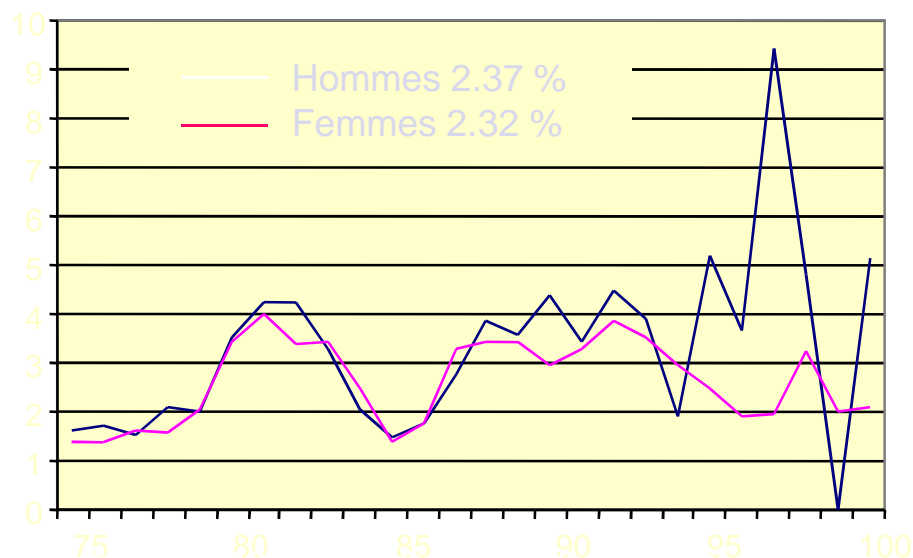
**5789 personnes
de 75 ans et plus**





Fréquence des hospitalisations

**5789 personnes hospitalisées
dans une population de 247617 de 75 ans et plus, soit
2.34 %**



**Sur une année
c'est l'équivalent
de plus de 50 %
de la population
de 75 ans et plus
qui "passe" à l'hôpital**

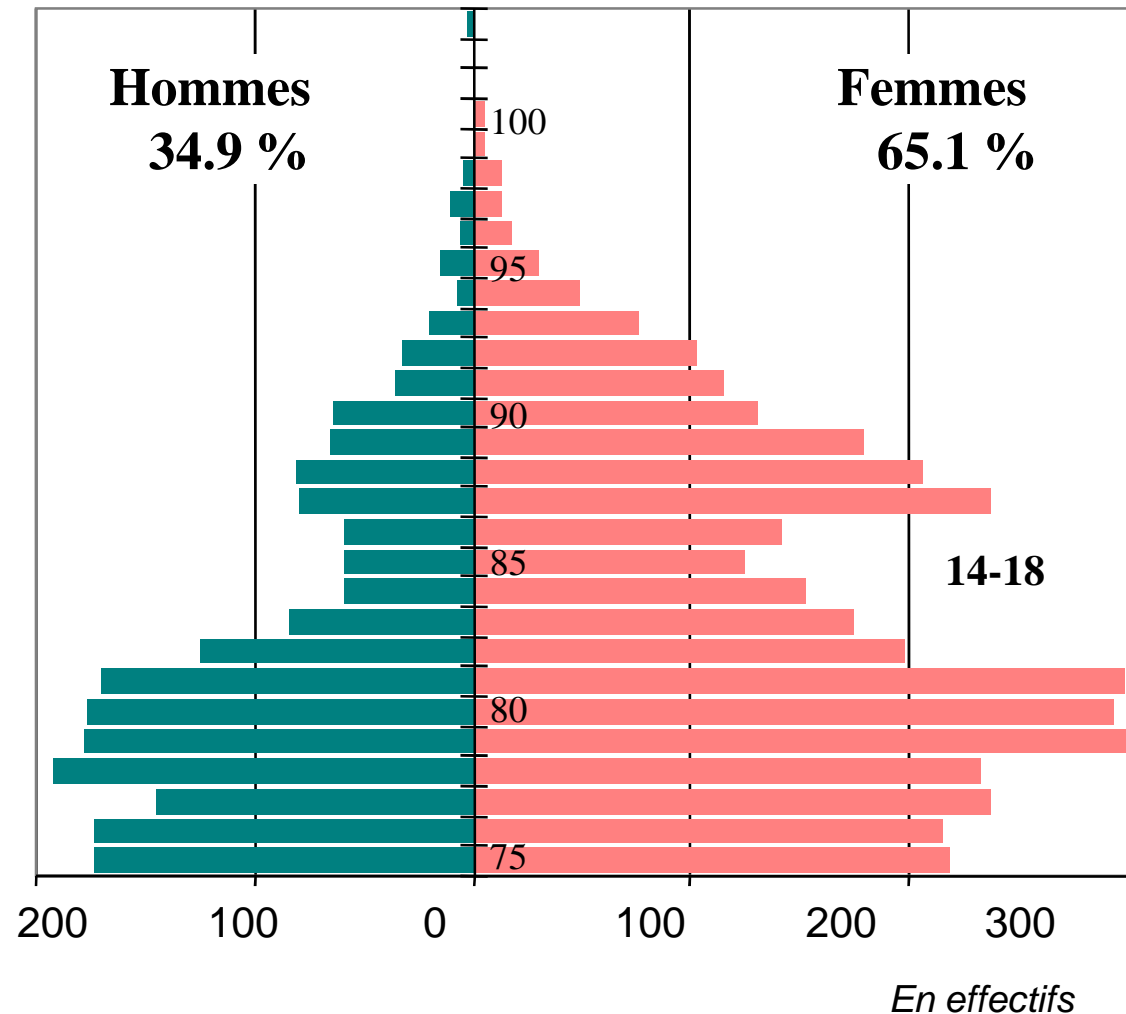
Le sexe et âge



Age moyen

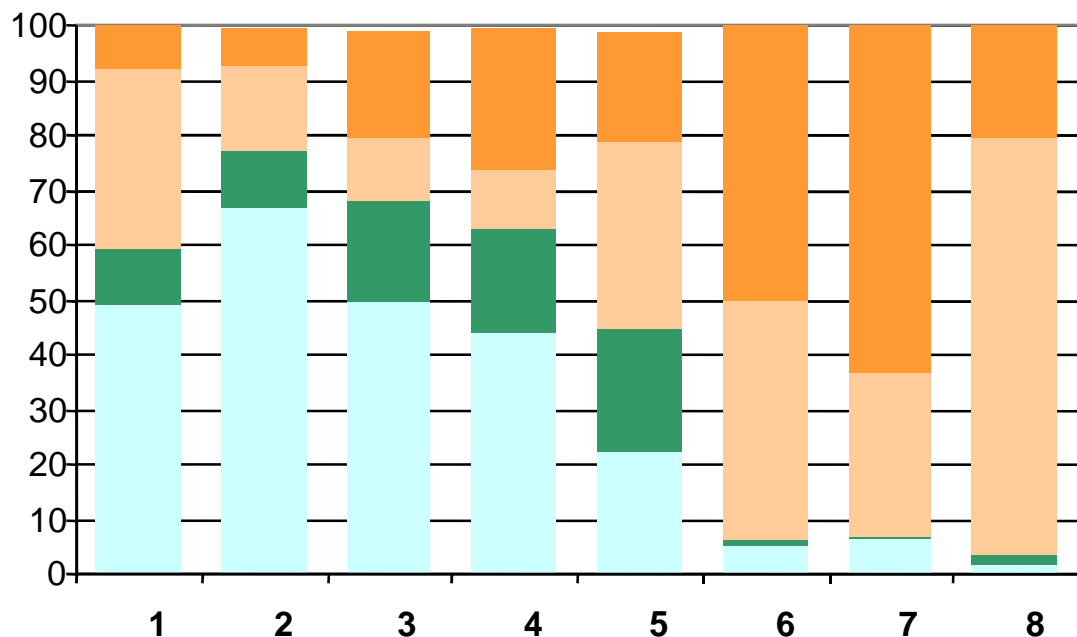
1 CS médecine	83.4
2 CS chirurgie	82.5
3 CS gériatrie	85.1
4 Psychiatrie	80.4
5 Psycho-gériatrie	82.4
6 SSR polyvalent	83.3
7 SSR rééducation	81.6
8 SSR gériatrie	84.3
Total	83.1

Les besoins de prise en charge hospitalière concernent autant les deux sexes, quel que soit l'âge





La provenance à l'entrée

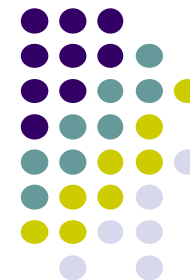


- 1 CS médecine
- 2 CS chirurgie
- 3 CS gériatrie
- 4 Psychiatrie
- 5 Psycho-gériatrie
- 6 SSR polyvalent
- 7 SSR rééducation
- 8 SSR gériatrie

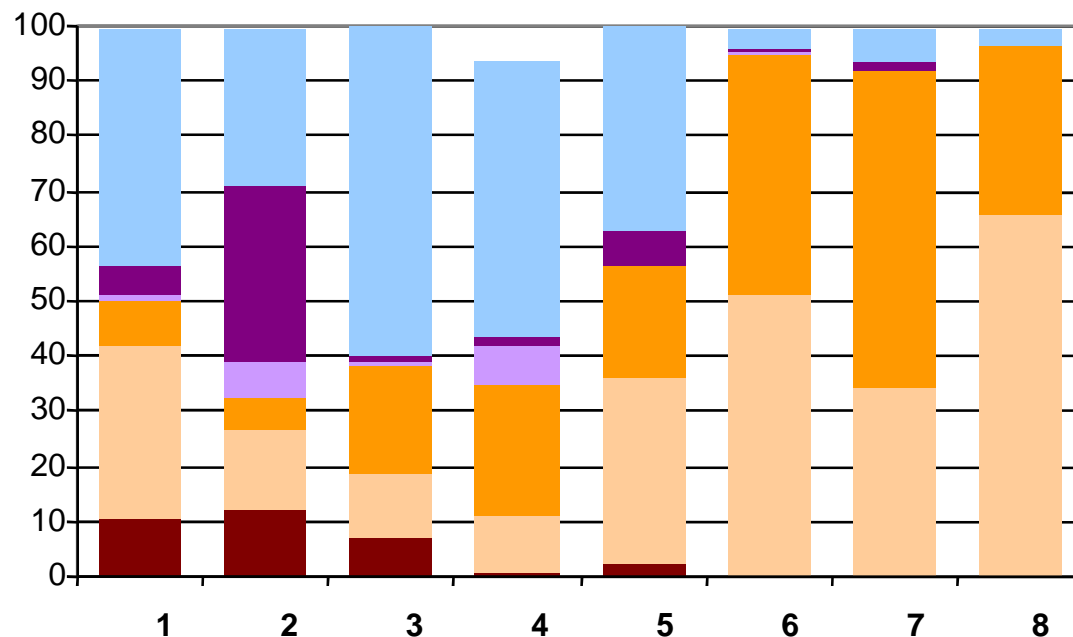
■	D Transfert externe	1198	20.7
■	C Transfert interne	1979	34.2
■	B EHPA	477	8.2
■	A Domicile	2124	36.7
	Autres, inconnu	11	0.2

CS médecine 41.8
chirurgie 19.2
Urgences 28.4

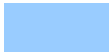





En pourcentage



Le mode d'entrée

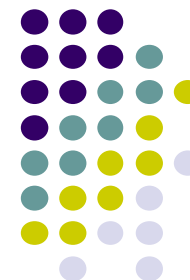


- 1 CS médecine
- 2 CS chirurgie
- 3 CS gériatrie
- 4 Psychiatrie
- 5 Psycho-gériatrie
- 6 SSR polyvalent
- 7 SSR rééducation
- 8 SSR gériatrie

	F Médecin traitant	1571	27.1
	E Programmée	483	8.4
	D Consultation	120	2.1
	C Transfert externe	1198	20.7
	B Transfert interne	1979	34.2
	A Urgences	391	6.6

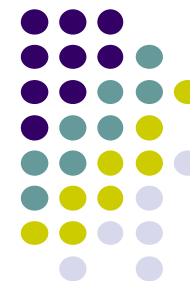
CS chirurgie **31.7**
public **25.0**
privé **56.0**

En pourcentage

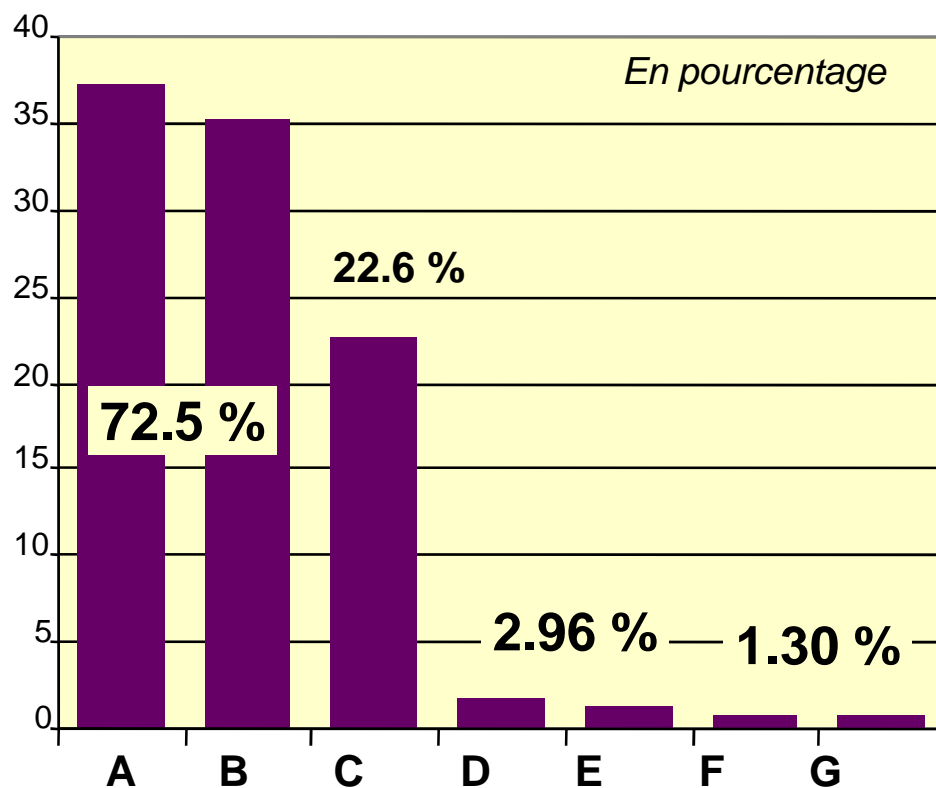


Le mode d'entrée

- 2601 personnes viennent de leur domicile
 - ou d'un établissement d'hébergement
 - 639 transferts correspondent à des entrées après passage au service des urgences
 - 95 % en court séjour
 - 381 sont amenés aux urgences par le SAMU, les pompiers...
- 1020 personnes âgées sont donc entrées par le service des urgences (près de 20 %)
 - soit près de 40000 sur une année

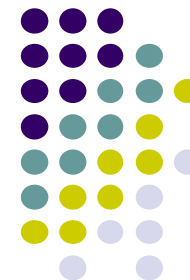


Le motif d'entrée

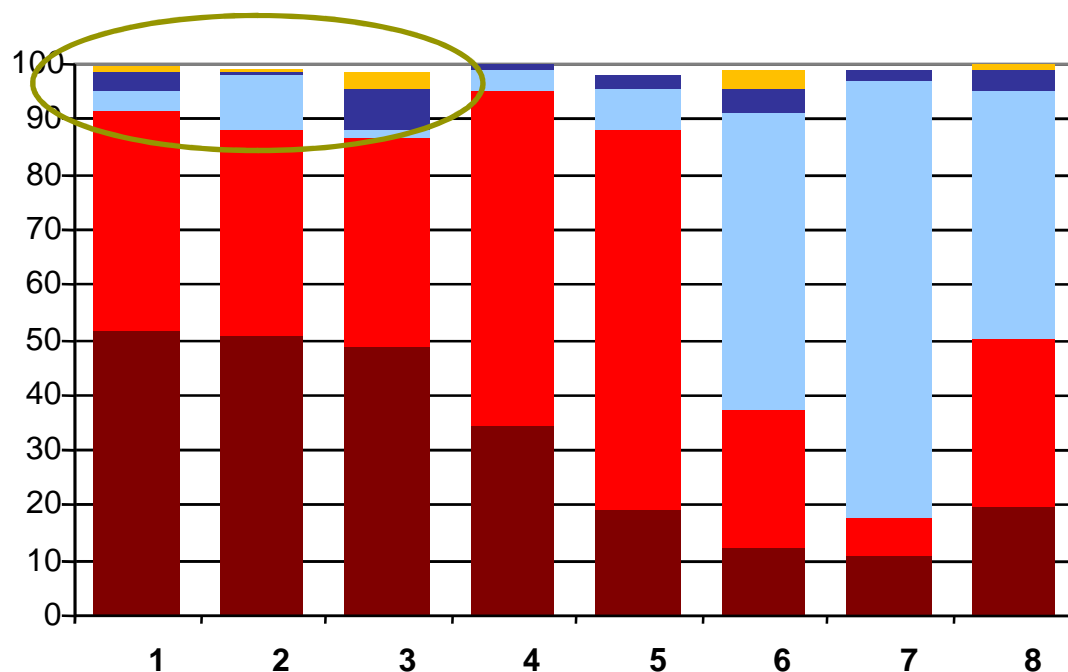


A Bilan	2151
B Poussée évolutive	2043
C Non évolutive	1306
D Aucune affection	96
E Soulagement	75
F Etat terminal	43
G Soins palliatifs	38

**Soit près de 5000 entrées pour motif non médical
et 2000 pour “décès programmé” sur une année**








Le motif d'entrée

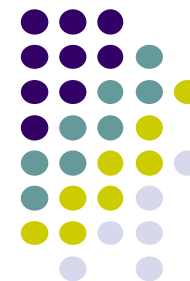


En pourcentage

- 1 CS médecine
- 2 CS chirurgie
- 3 CS gériatrie
- 4 Psychiatrie
- 5 Psycho-gériatrie
- 6 SSR polyvalent
- 7 SSR rééducation
- 8 SSR gériatrie

-  Fin de vie
-  Motif non médical
-  Non évolutive
-  Poussée évolutive
-  Premier bilan

En SSR 40 % des entrées sont liées à des affections aiguës ou des problèmes diagnostics... Plus de 10000 entrées sur un an

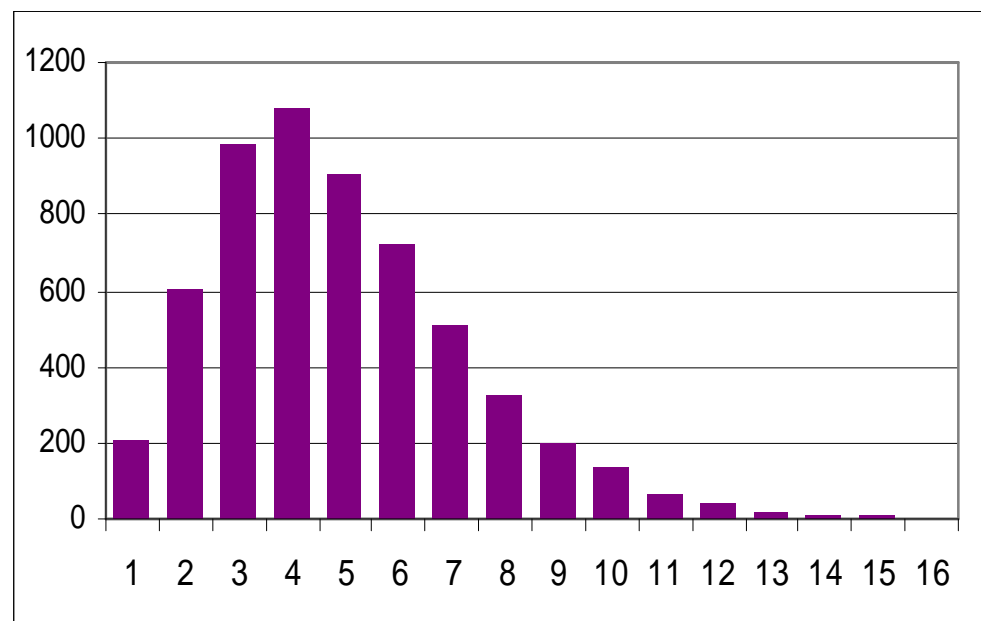


La polypathologie

Nombre d 'EP

1 CS médecine	4.9
2 CS chirurgie	4.4
3 CS gériatrie	5.5
4 Psychiatrie	3.9
5 Psycho-gériatrie	4.3
6 SSR polyvalent	4.6
7 SSR rééducation	4.2
8 SSR gériatrie	6.8

Total 4.9



4403 associations différentes d'états pathologiques pour 5013 personnes, la situation clinique de chaque patient est toujours polypathologique et unique



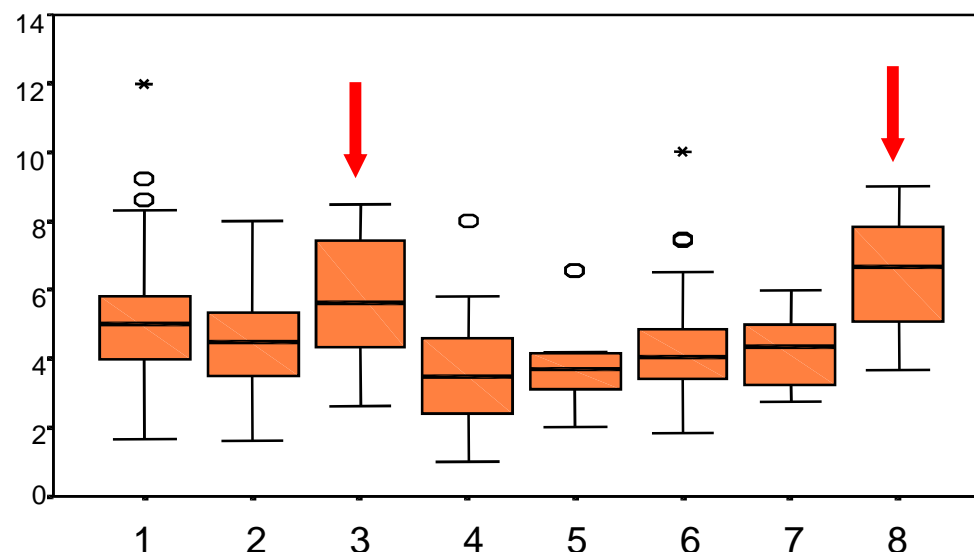
La polypathologie

+ de 5 EP

1 CS médecine	35.2
2 CS chirurgie	27.9
3 CS gériatrie	52.2
4 Psychiatrie	16.1
5 Psycho-gériatrie	27.7
6 SSR polyvalent	28.3
7 SSR rééducation	22.3
8 SSR gériatrie	64.0

Total 34.7

En pourcentage

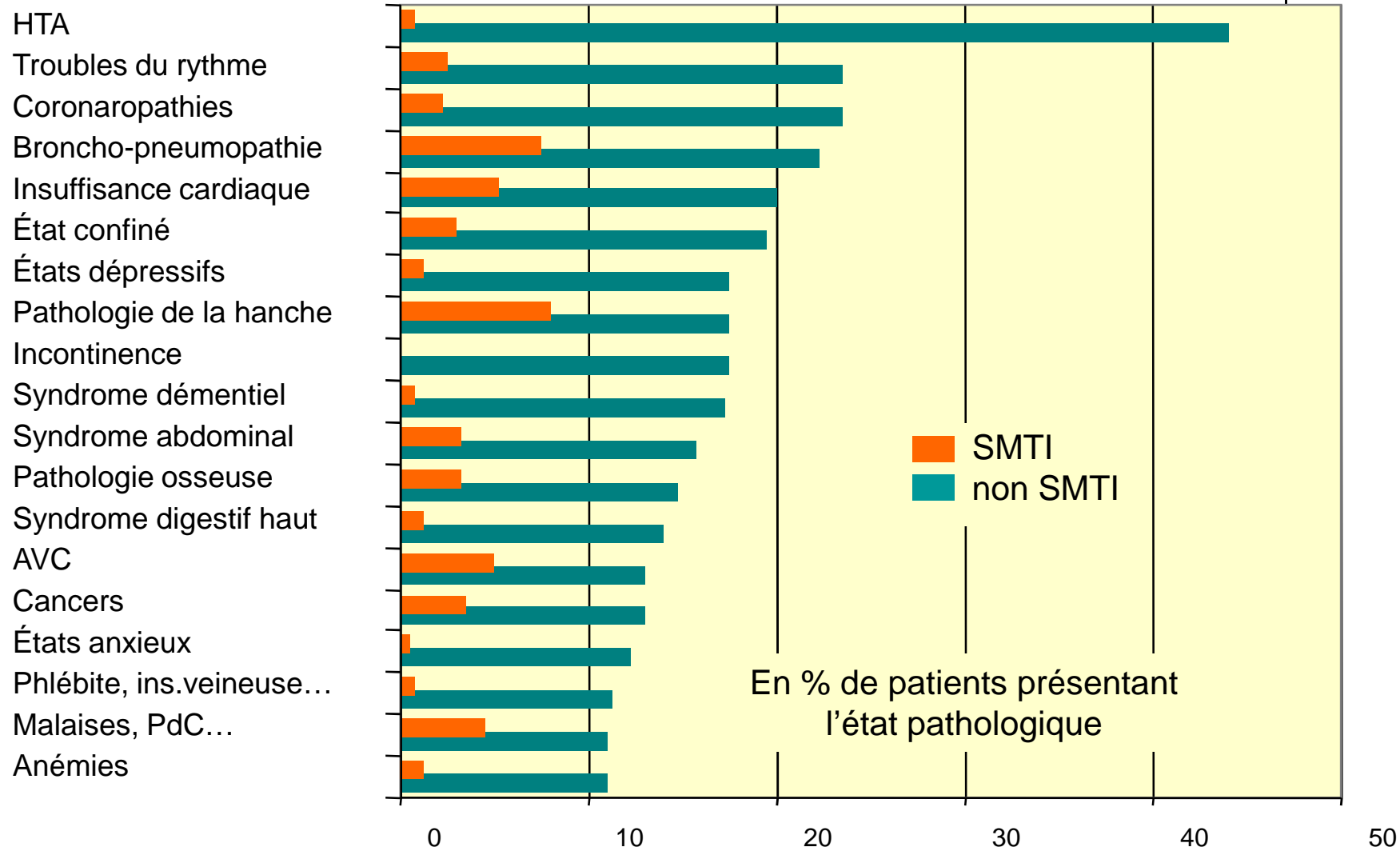


Distribution du nombre de pathologies par type de structure

Le nombre moyen d'états pathologiques par patient, et la distribution du nombre d'ET par type de structure objectivent une meilleure prise en compte de la polypathologie dans les services gériatriques



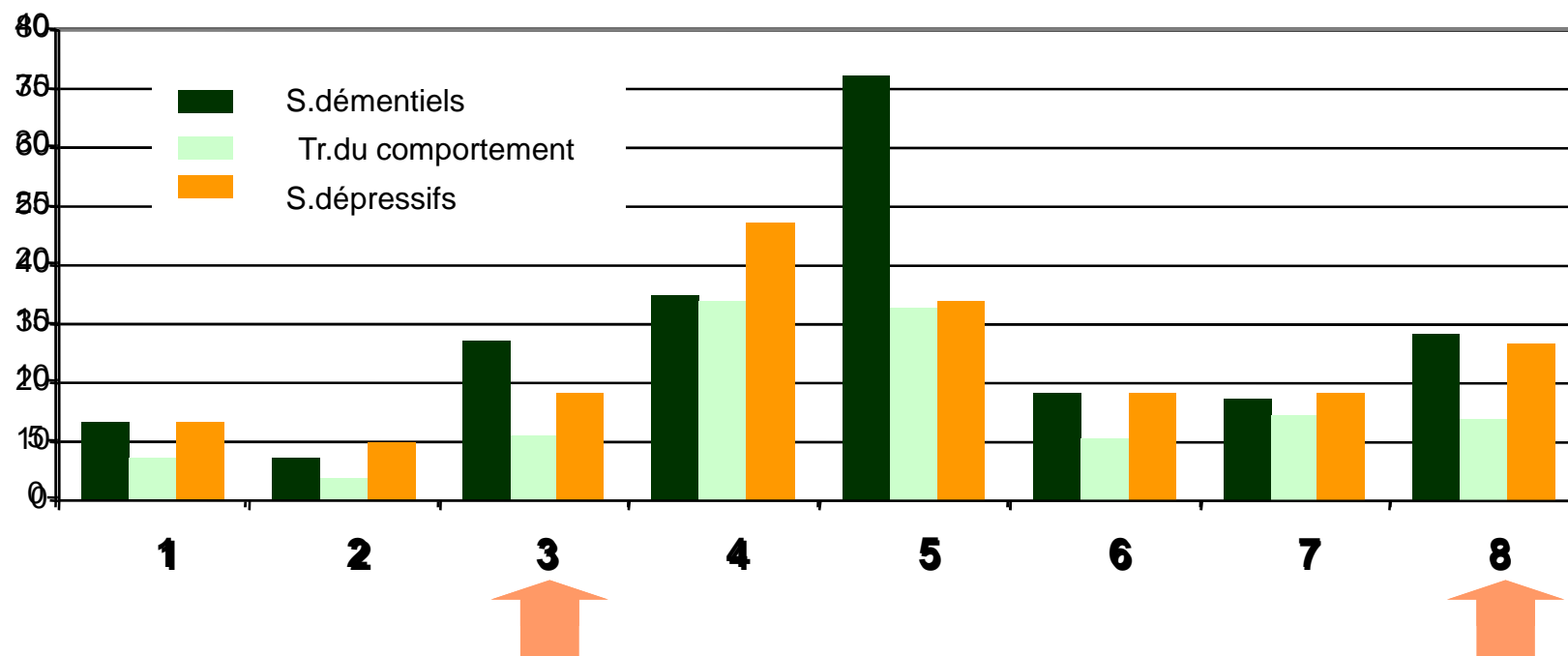
Les états pathologiques





Les états pathologiques

La psychiatrie est présente hors services spécialisés...

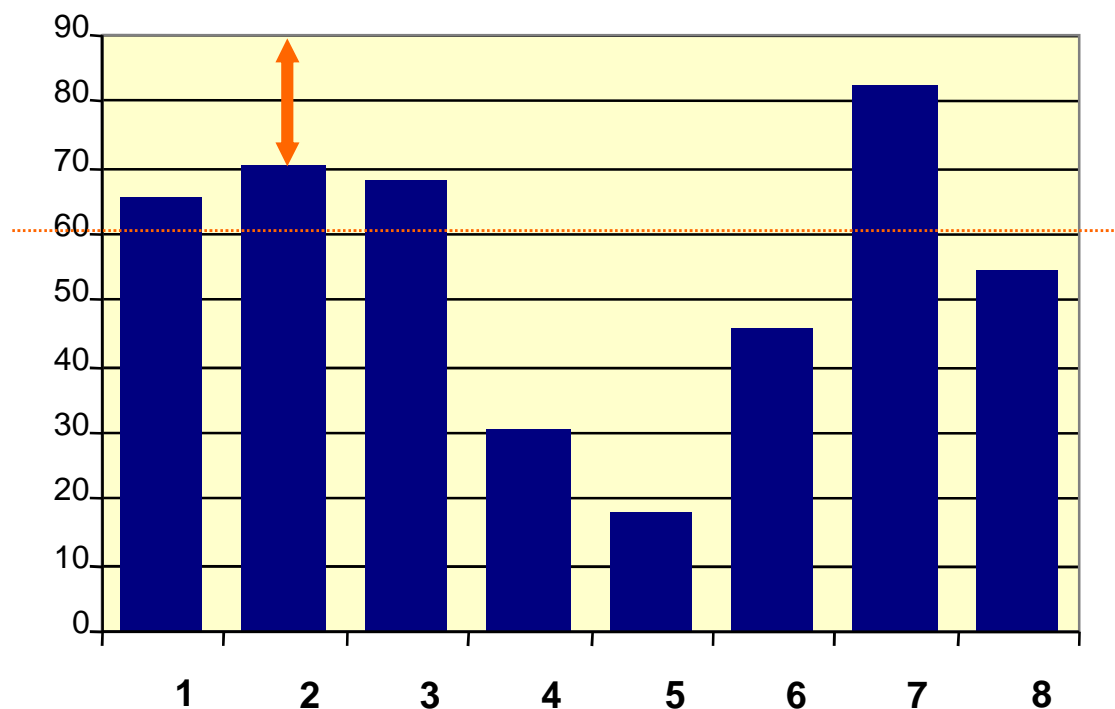


Sensiblement plus fréquente en gériatrie, est-elle aussi plus fréquente ou mieux prise en compte ?

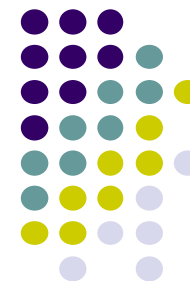


Les patients « SMTI »

- 1 CS médecine
- 2 CS chirurgie
- 3 CS gériatrie
- 4 Psychiatrie
- 5 Psycho-gréiatrie
- 6 SSR polyvalent
- 7 SSR rééducation
- 8 SSR gériatrie



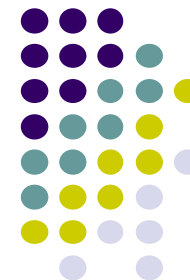
**60 % des patients ont une pathologie lourde
mais 30 % en CS ne sont pas SMTI**



Le recrutement en spécialité

Services	de pneumologie	de gastro-entérologie	
<i>% de patients présentant au moins une pathologie SMTI du domaine</i>			
Cardio-vasculaire	10.1	Cardio-vasculaire	6.9
Neurologie	6.9	Neurologie	15.4
Digestif	6.9	Pneumologie	14.6
Endocrinologie	7.3	Endocrinologie	11.0
Pneumologie	48.2	Digestif	19.2
Cancers	3.2	Cancers	5.4
N = 218		N = 130	

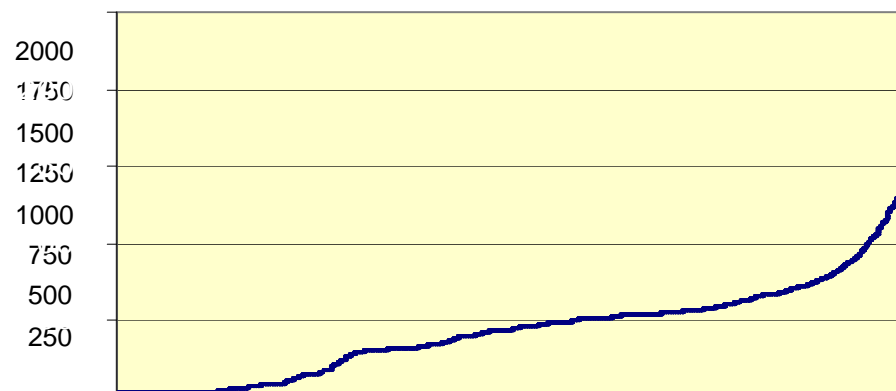
Les pathologies “lourdes” justifiant une prise en charge en services de spécialité ne sont qu’en partie en relation avec cette spécialité



Pathos Moyen Pondéré

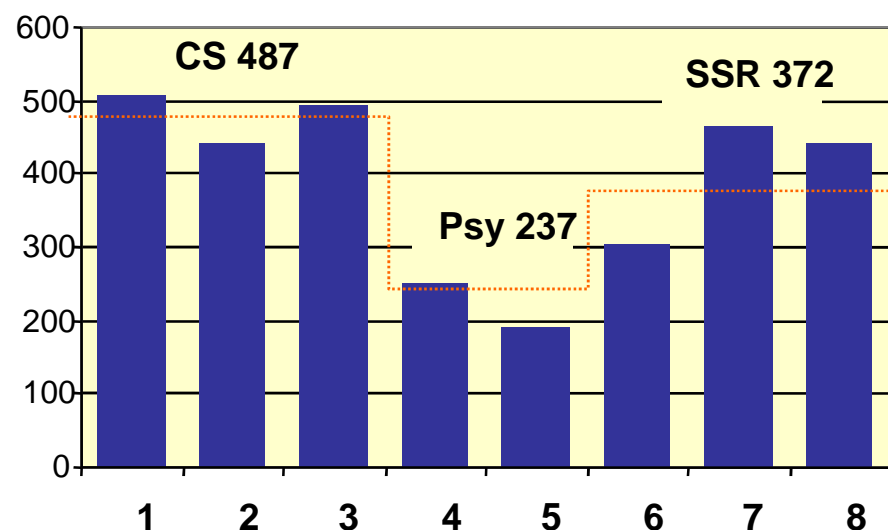
Au niveau individuel

Le PMP varie de 0 à 2176
un même PMP pouvant
recouvrir des situations
très différentes



Par type de service

1	CS médecine	508
2	CS chirurgie	443
3	CS gériatrie	494
4	Psychiatrie	253
5	Psycho-gériatrie	191
6	SSR polyvalent	305
7	SSR rééducation	472
8	SSR gériatrie	440





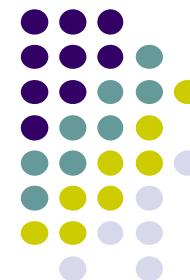
La durée moyenne de séjour

1 CS médecine	11.0
2 CS chirurgie	9.8
3 CS gériatrie	11.3
4 Psychiatrie	1052.1
5 Psycho-gériatrie	527.7
6 SSR polyvalent	27.6
7 SSR rééducation	33.2
8 SSR gériatrie	31.5

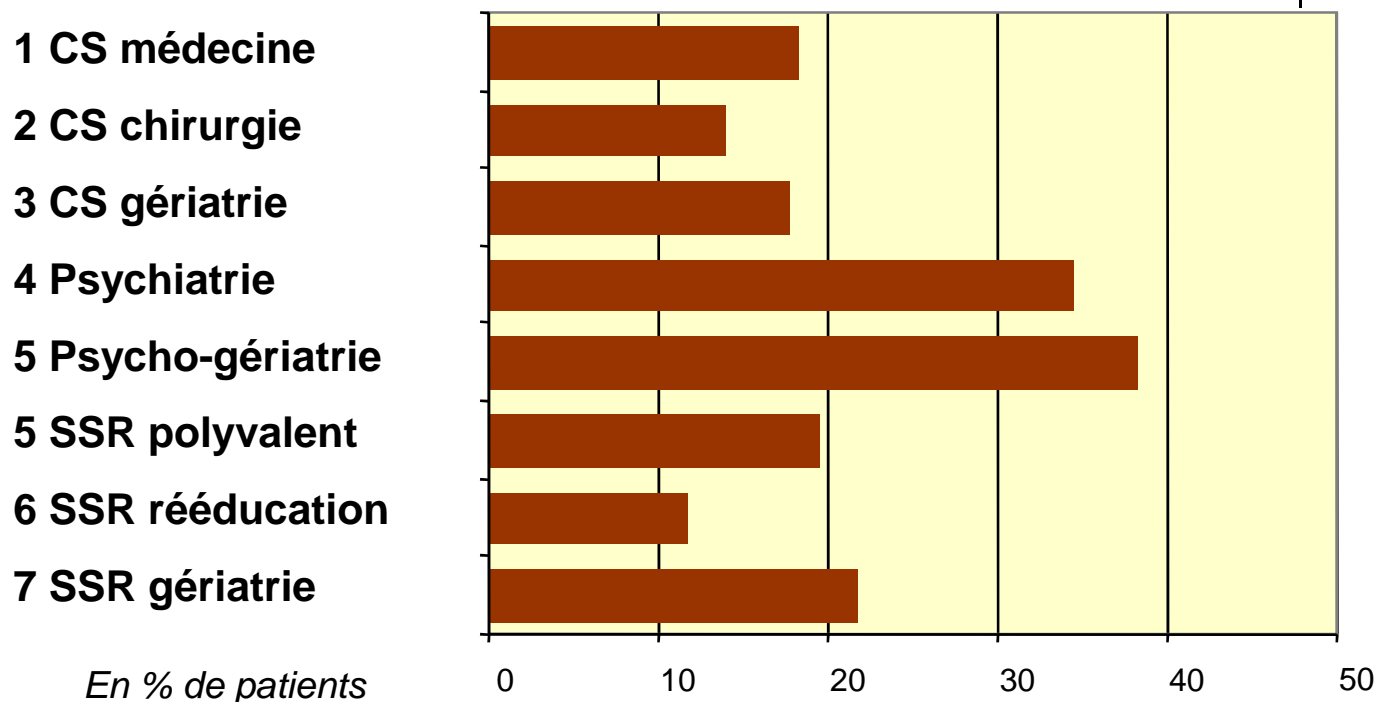
Bilan	10.5	22.0
Poussée évolutive	10.5	35.9
Non évolutive	7.9	28.5
Aucune affection	22.8	31.6
Soulagement	11.3	25.4
Etat terminal	13.8	29.7
Soins palliatifs	24.1	49.3

Motif d'hospitalisation

En CS, la DMS est à 7.1 jours si l'entrée est programmée, la DMS supérieure pour les entrées sans affection est liée à l'apparition d'une pathologie (SMTI) au cours du séjour



Les patients “médicalement sortants”



1090 patients, 20 % des hospitalisés, ne devraient plus être dans le service où ils sont au moment de la coupe soit 28000 sur une année

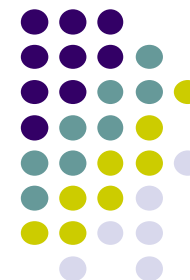


La durée de présence “justifiée”

La DMP des “médicalement sortants” est près du double de celle des “non sortants”, leur durée “justifiée” de séjour peut être calculée (DMS des sortants)

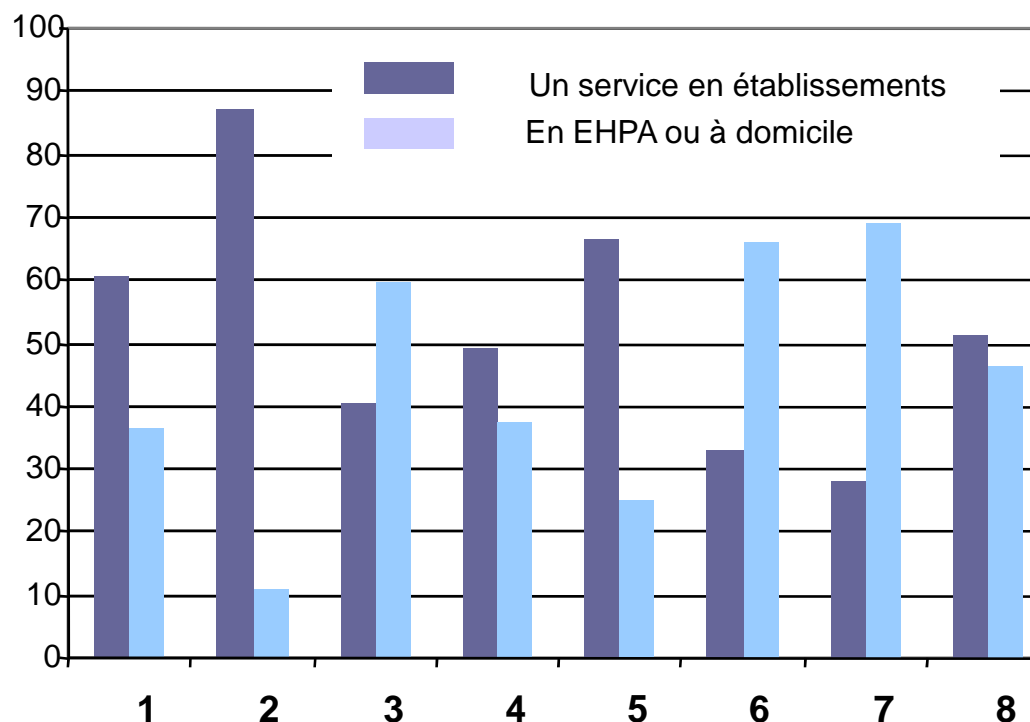
	A	B	C	
CS médecine	6.5	11.0	10.6	A. SAE 1999 population totale
CS chirurgie	4.9	9.8	12.4	75 ans et plus
SSR	29.0	29.6	31.5	B. DMP total C. DMS sortants

La DMS justifiée pour les personnes de 75 ans et plus est nettement supérieure à la DMS de la population totale en services de court séjour



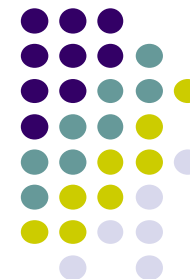
Sortants et orientation

- 1 CS médecine
- 2 CS chirurgie
- 3 CS gériatrie
- 4 Psychiatrie
- 5 Psycho-gériatrie
- 6 SSR polyvalent
- 7 SSR rééducation
- 8 SSR gériatrie

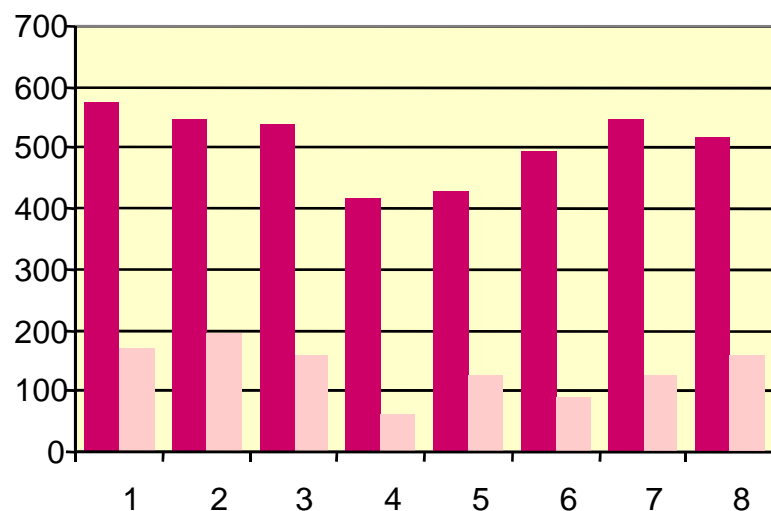


En % de sortants

Pour 55 % des sortants, la sortie devrait se faire vers un autre service et pour 41 % vers le domicile ou en maison de retraite

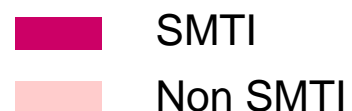


Sortants et niveau de soins



36 % des sortants sont SMTI, situation pouvant correspondre à des sorties prématurées

PMP



1 CS médecine
2 CS chirurgie
3 CS gériatrie
4 Psychiatrie adulte
5 Psycho-gériatrie
6 SSR polyvalent
7 SSR rééducation
8 SSR gériatrie

Sortants

N	%
180	45.8
94	62.7
13	40.6
2	2.2
5	13.9
51	23.9
10	31.2
33	23.2
388	35.6

Socios et “médicalement sortants”



	Non sortants	Sortants
D1 Aucune modification	58.5	28.9
D2 Ajout simple : aménagement	13.2	11.8
D3 Changement de lieu de vie	12.8	51.5
D4 Décès annoncé	3.3	2.2
D9 Evaluation non faite	7.8	1.8
G1 Situations assumées	58.5	35.2
G2 Le groupe fait partiellement	20.1	27.7
G3 Le groupe ne fait pas	8.2	25.2
G4 Situation conflictuelle	1.6	6.0
G9 Évaluation non faite	11.5	6.0

Socios et circonstances du maintien



Motif du maintien	Socios défavorable		
	% #	%	dont #
1 Attente d'examen	7.7	10.0	12.5
2 Attente de CS	11.8	29.4	40.0
3 Problèmes sociaux	20.5	52.3	26.1
4 Environnement	19.3	40.7	27.1
5 Absence de place	42.3	54.6	48.9
6 Absence de structure	69.4	58.3	81.0
7 Autres	14.6	33.0	28.1

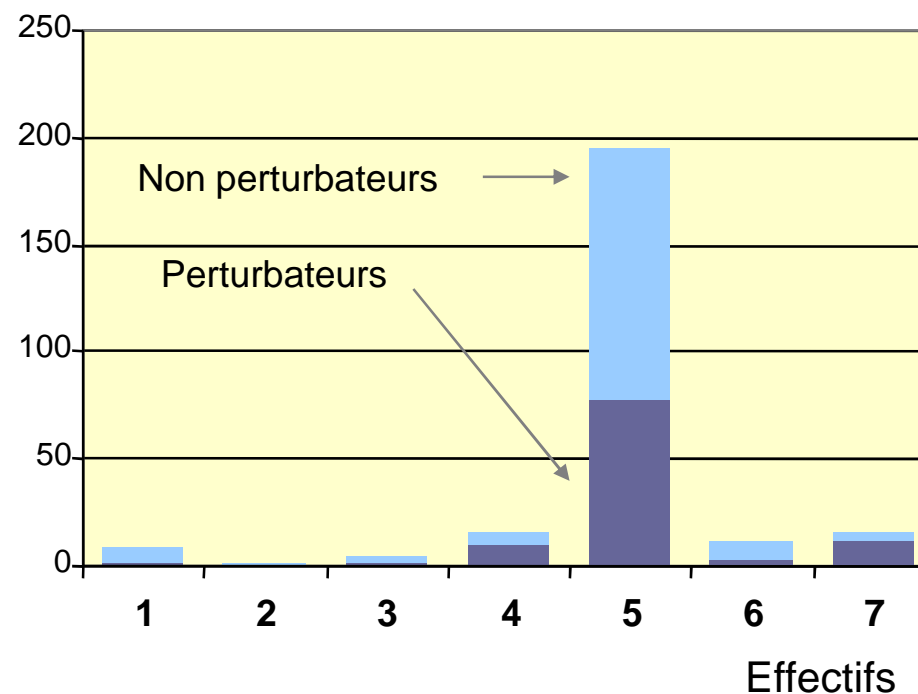
Illustre bien le problème majeur des déficiences de l'offre en aval : structures prenant en charge la lourde perte d'autonomie

Le problème particulier des syndromes démentiels



Motif du maintien

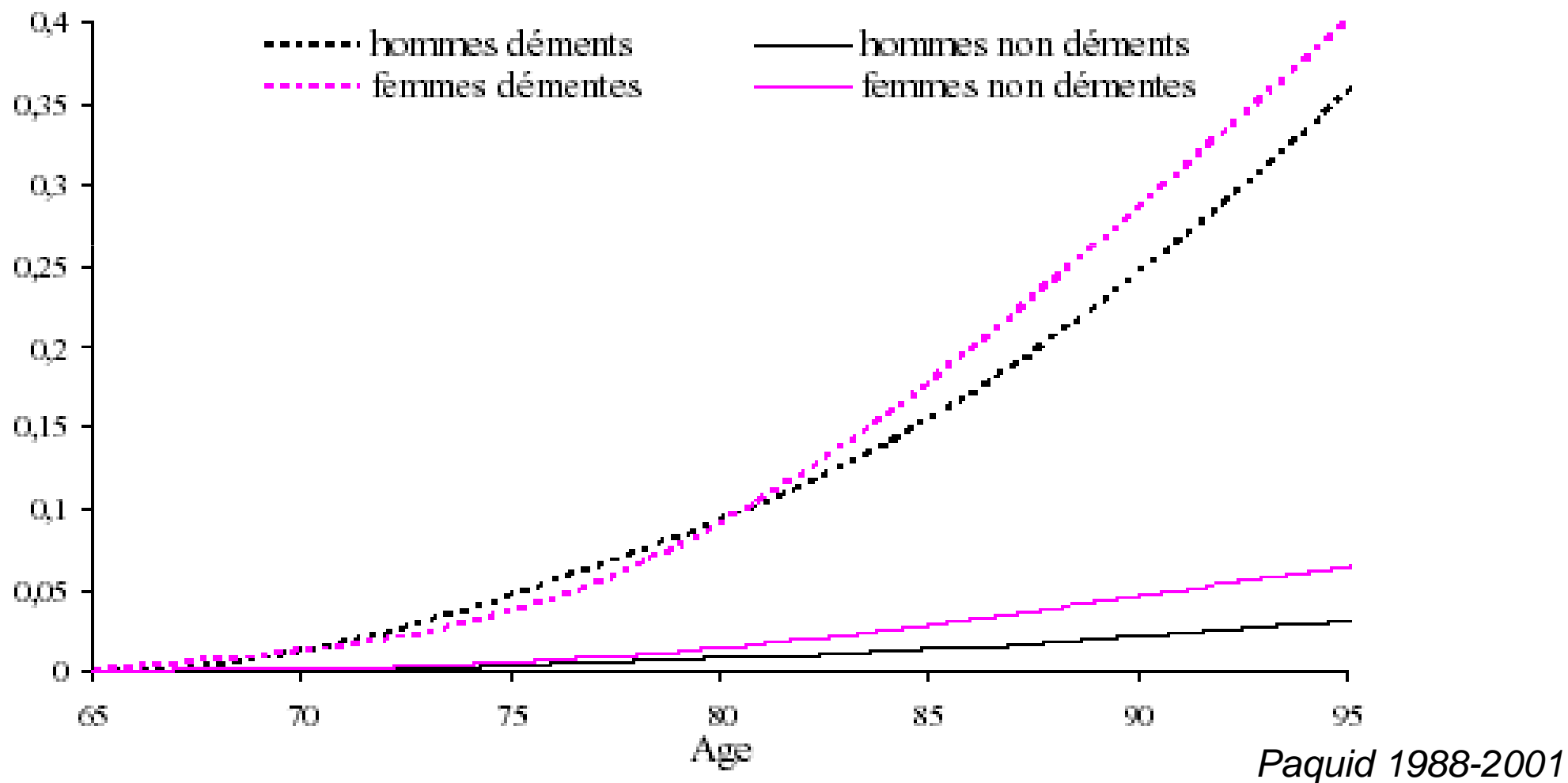
- 1 Attente d'examen
- 2 Attente de CS
- 3 Problèmes sociaux
- 4 Environnement
- 5 Absence de place**
- 6 Absence de structure
- 7 Autres

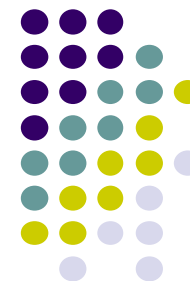


C'est l'absence de place en structure adéquate (unités "Alzheimer") qui conditionne avant tout le maintien des patients souffrant d'une démence en milieu hospitalier



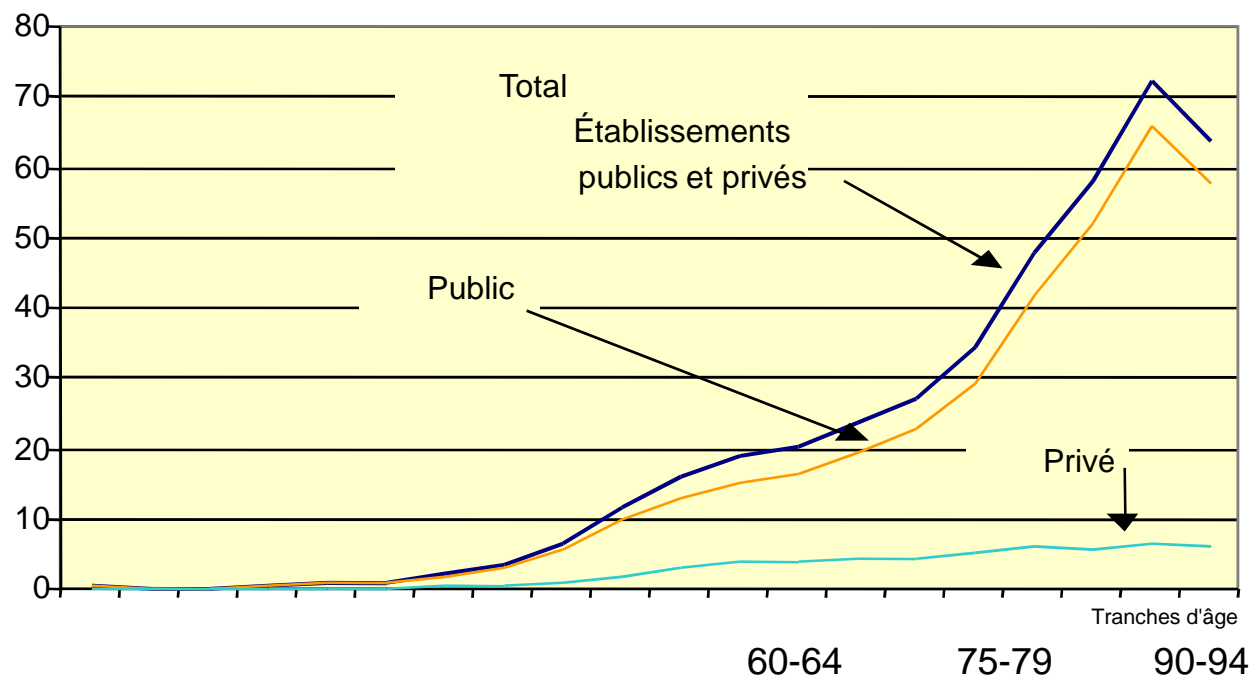
Taux d'entrée en institution selon l'existence d'un syndrome démentiel





Le décès en milieu hospitalier

Décès en MCO sur un an en % du nombre total de décès attendus



INSEE
taux de mortalité
1997
population
1999
PMSI 2000

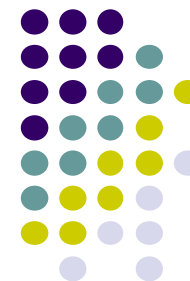
par
tranches
de 5 ans

**47 % des personnes de 75 ans et plus
décèdent à l'hôpital en MCO**



Conclusion

- Les personnes âgées souffrent du manque de compétences gériatriques tout au long de leur parcours, des insuffisances au sein des filières gériatriques intra-hospitalières et dans les relations que l'hôpital entretient avec l'extérieur alors qu'il devrait jouer un rôle de coordination
- L'insuffisance de l'offre en aval est la cause principale des prolongations de séjour, mais la complexité sociale en est également un facteur déterminant .
- Or, l'étude a mis en évidence : les déficiences d'évaluation de cette complexité sociale, l'absence de préparation à la sortie ou une préparation trop tardive, des sorties prématurées, l'effet iatrogène de l'hospitalisation...



Bibliographie

- Circulaire DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- Plan solidarité grand âge 2007-2012
- Circulaire DHOS n°2007 2007-117 du 28 mars 2007 - relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007, relative aux USLD
- Circulaire n° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »
- Circulaire DHOS n°2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012
- Circulaire DHOS n°2008-377 du 3 octobre 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Schéma d'organisation des filières de soins et de prise en charge des personnes âgées dépendantes et polypathologiques.
- www.arh-bretagne.fr
 - Site abonnés, « personnes âgées »
- Livre blanc de la gériatrie française 2004
- www.sgoc.fr