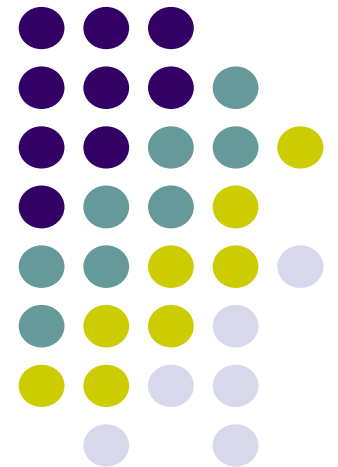


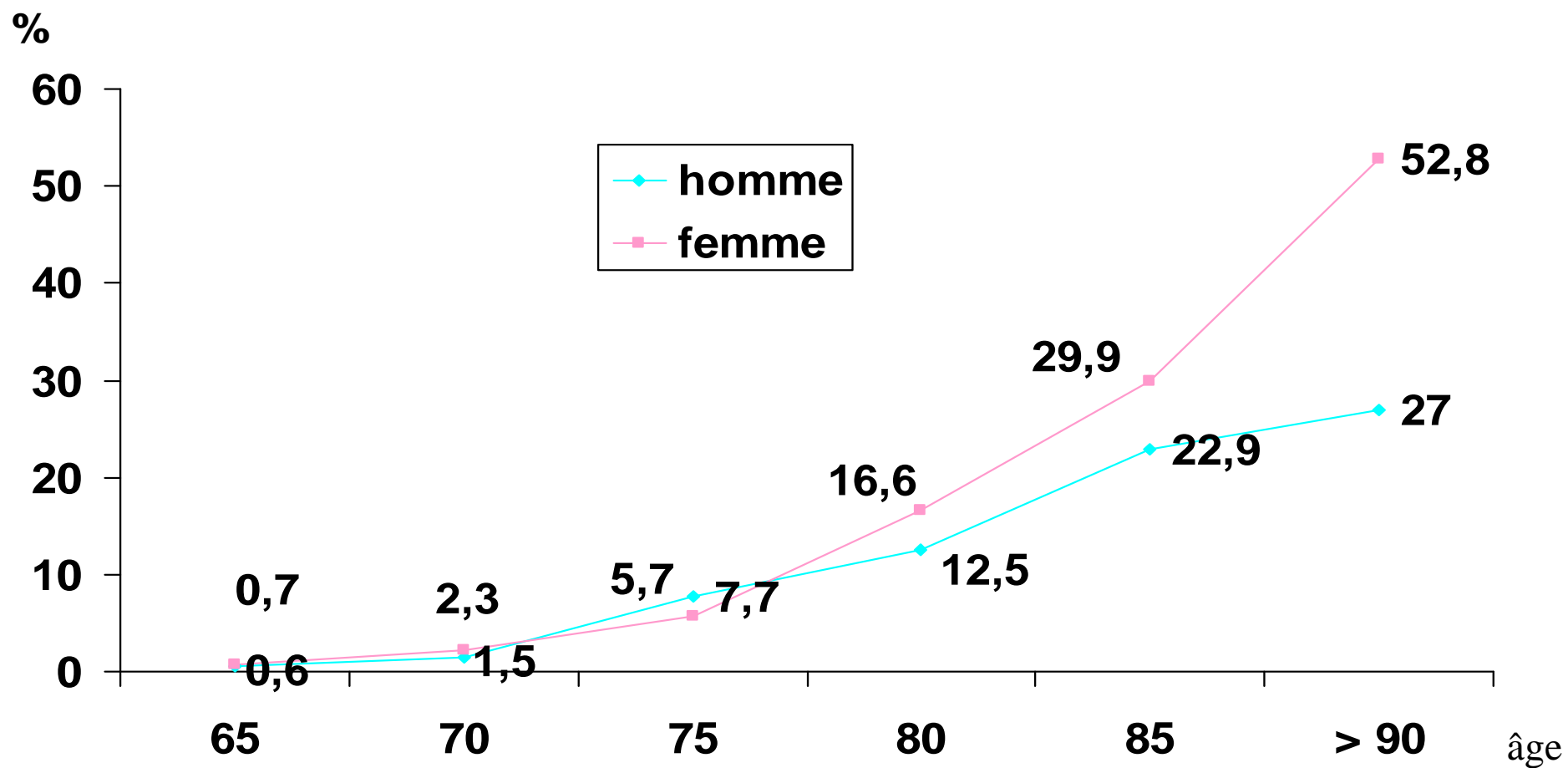
Filière gériatrique et pathologie démentielle en France

Professeur Pierre JOUANNY
CMRR de Haute Bretagne
Service de Médecine Gériatrique
CHU de Rennes





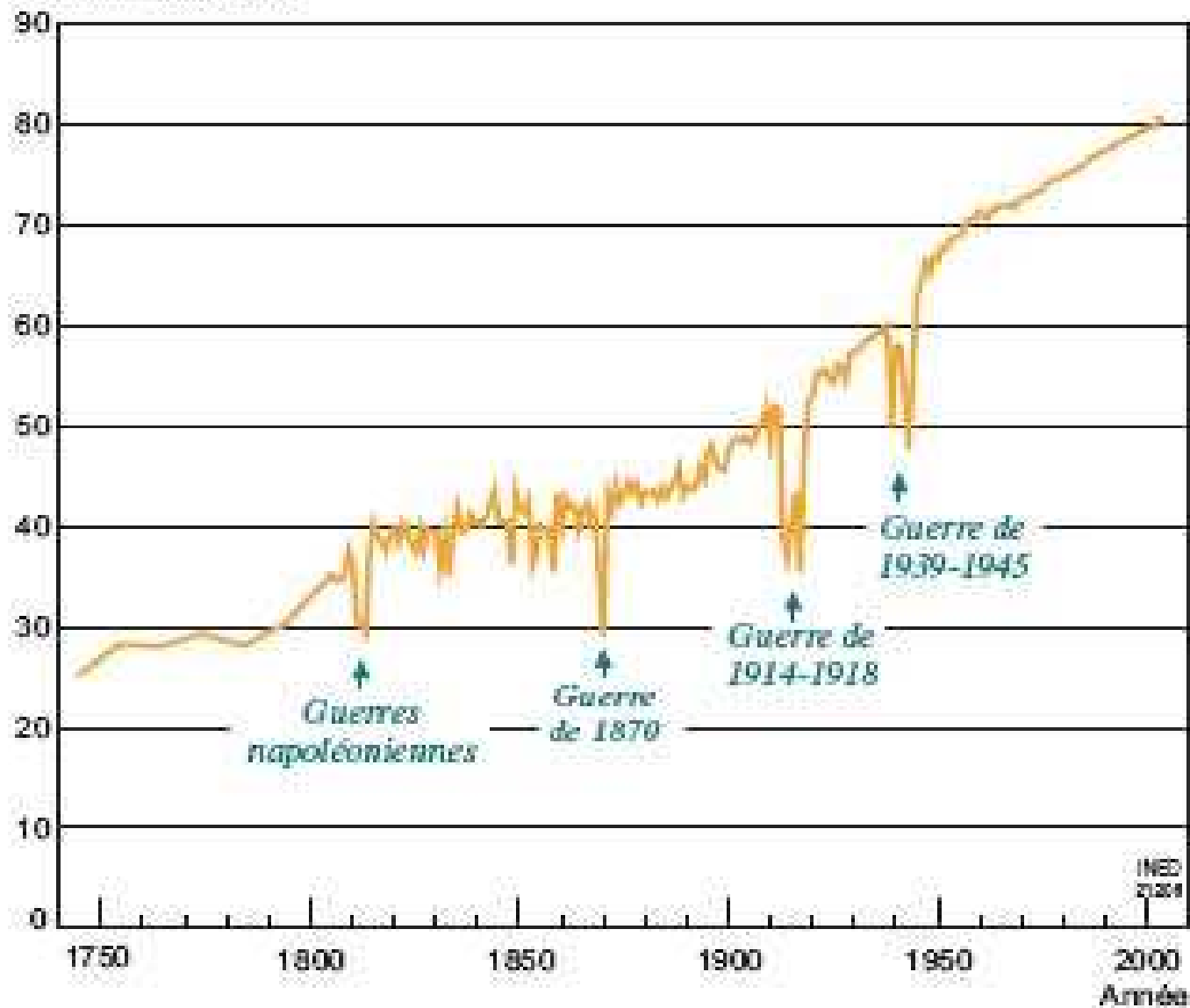
Prévalence de la maladie d'Alzheimer



Neurology 2000; 6

Évolution de l'espérance de vie à la naissance en France de 1740 à 2005

Espérance de vie
à la naissance (ans)





Prévalence des Sd démentiels

Âge	hommes	femmes	ensemble	%
65-69 ans	9 149	16 561	25 710	
70-74 ans	19 711	44 816	64 527	
75-79 ans	65 798	71 349	137 147	
80-84 ans	71 217	164 112	235 329	
85-89 ans	40 491	121 165	161 656	
90 et plus	31 841	200 452	232 293	
Total 65 et +	238 207	618 455	856 662	
Total 75 et +	209 347	557 078	766 425	89.4
Total 85 et +	72 332	321 617	393 949	45.9

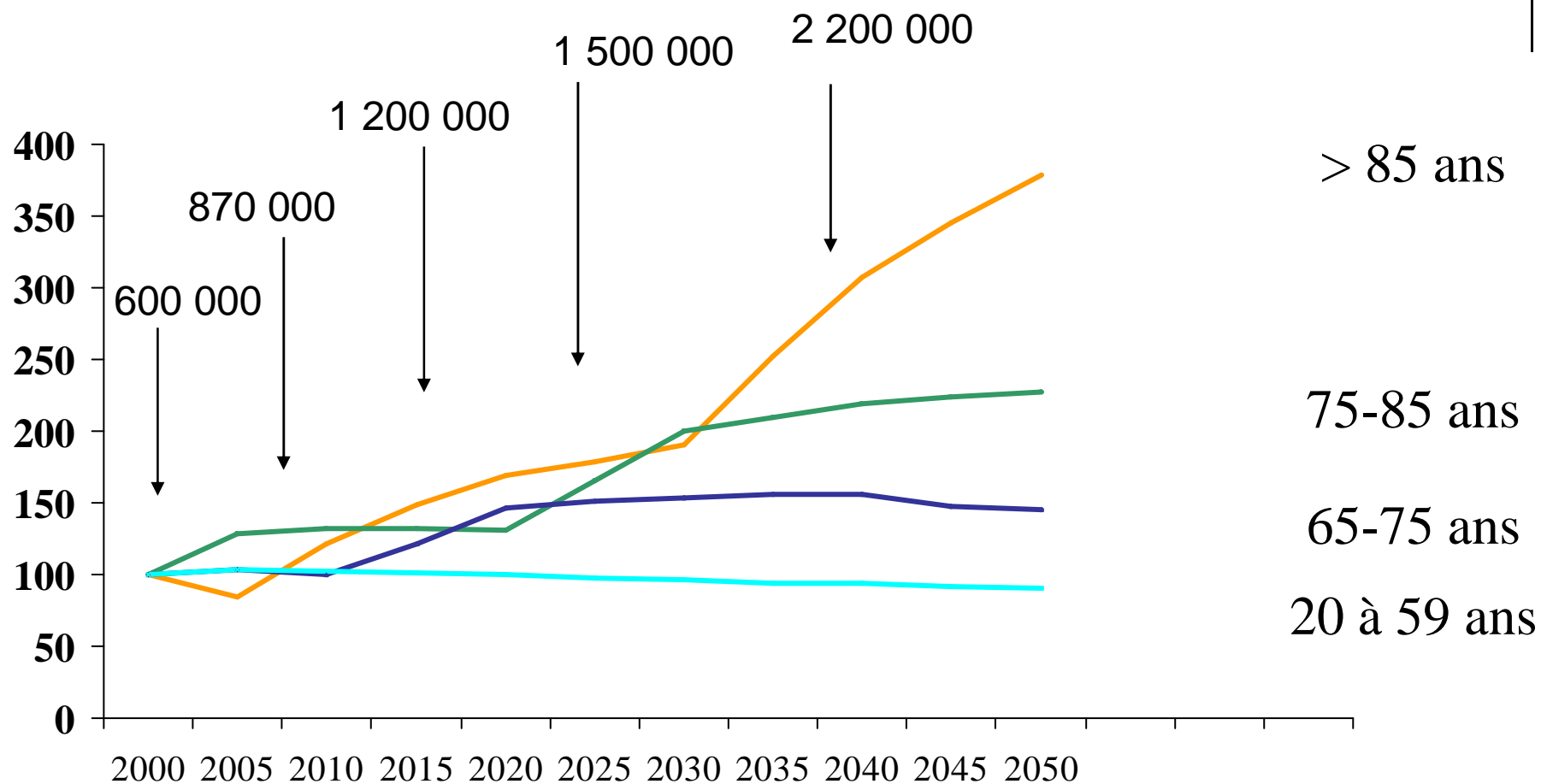


Incidence des Sd démentiels

Âge	hommes	femmes	ensemble
65-69 ans	2 411	3 597	6 008
70-74 ans	9 453	7 389	16 932
75-79 ans	17 311	22 250	39 561
80-84 ans	21 483	41 562	63 045
85-89 ans	10 893	32 125	43 018
90-99 ans	10 284	46 415	56 699
Total	71 925	153 338	225 263



Évolution par tranche d'âge



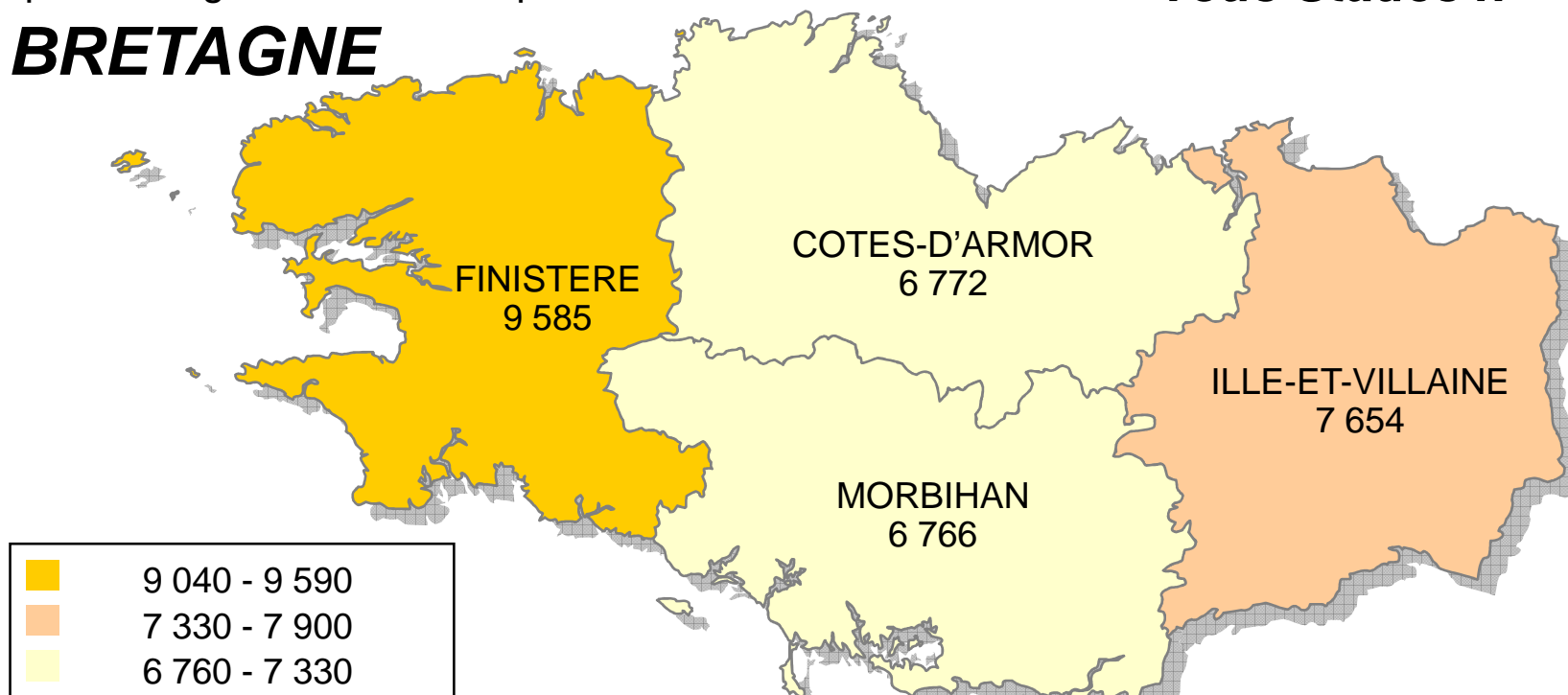
Estimation du nombre de patients Alzheimer par départements



patients âgés de 75 ans et plus

Tous Stades n = 30 778

BRETAGNE



Sources : suivi prospectif à 10 ans de la cohorte Paqid - Recensement INSEE 1999

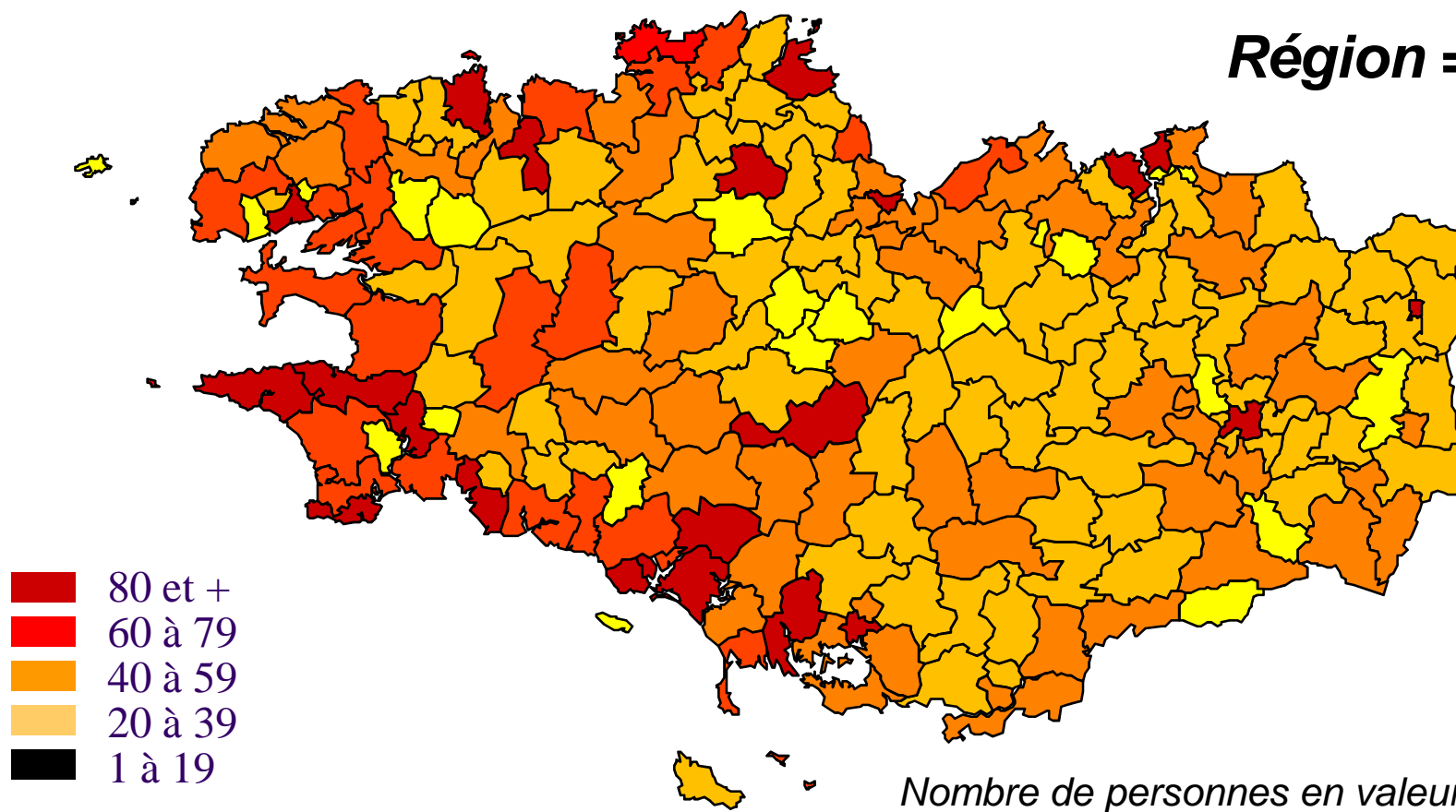
1. Rapport d'expert J.F. Dartigues : dossier technique Ebixa®; commission de la transparence 2002
2. Communiqué de presse Secrétariat d'état aux personnes âgées 16/01/2003

Les démences diagnostiquées en Bretagne



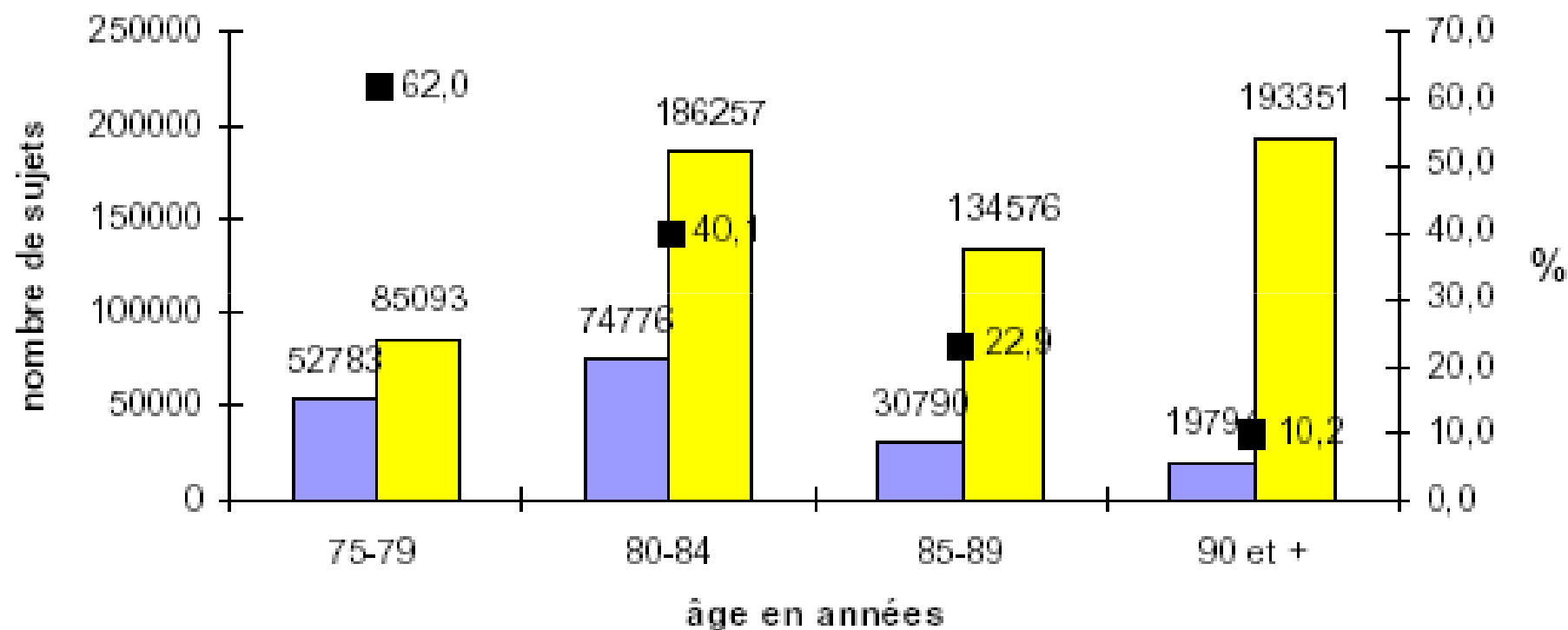
Enquête CRAM mars 2003

Région = 17 500



Prévalence et traitement de la maladie d'Alzheimer en France en 2004.

Distribution par tranche d'âge



■ nombre de sujets traités ■ nombre de sujets alzheimer ■ proportion de sujets traités

Cercle vicieux du financement inadéquat des soins et de la recherche dans la MA



Faibles financements
pour la recherche et les soins



Faible sensibilisation et
faible soutien pour la MA



MA sous diagnostiquée

Défaut de formation

Manque de spécialistes

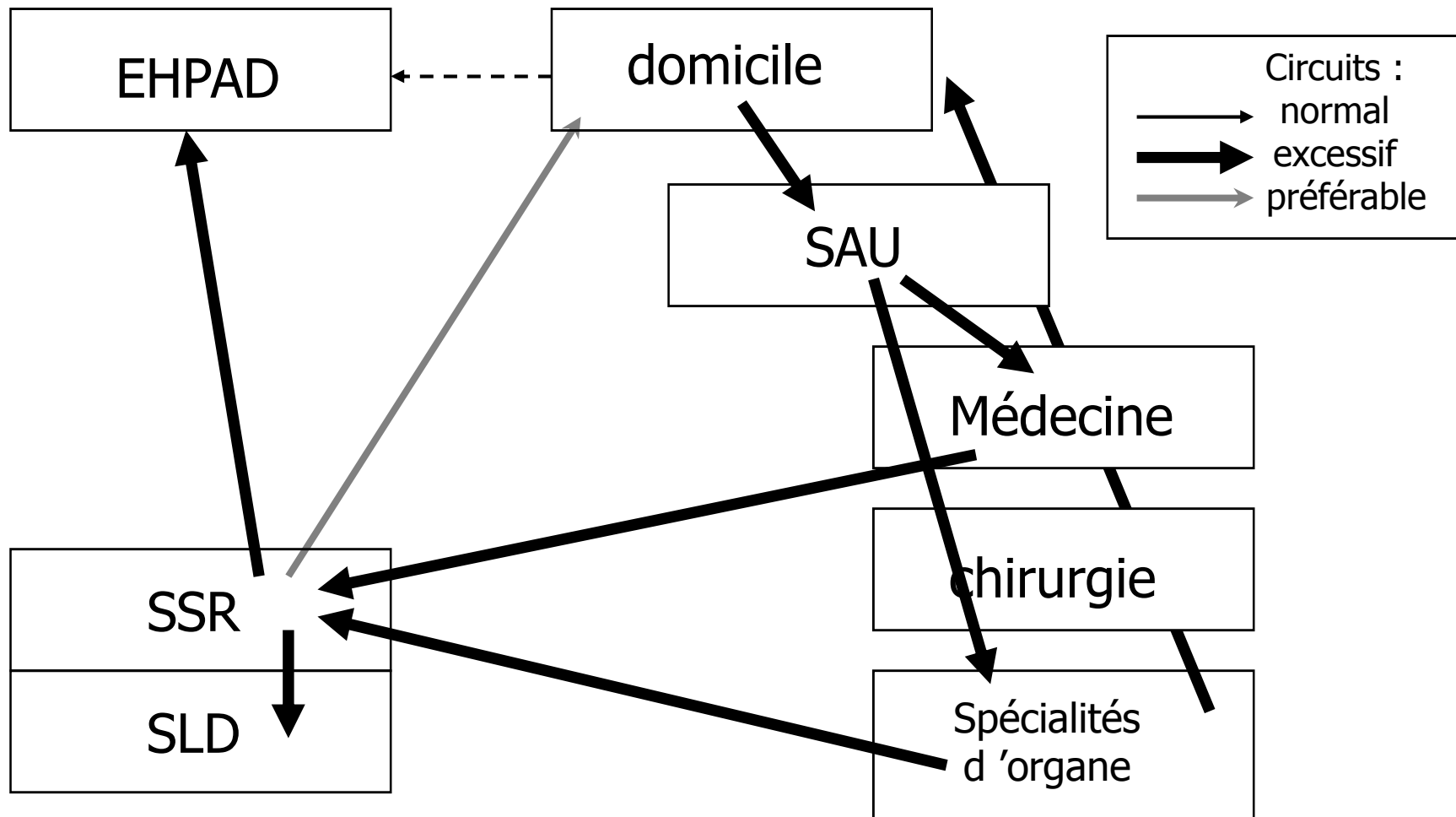




Les structures gériatriques

- 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





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



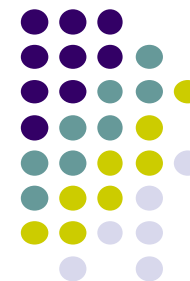
Filière de soins gériatriques

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



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



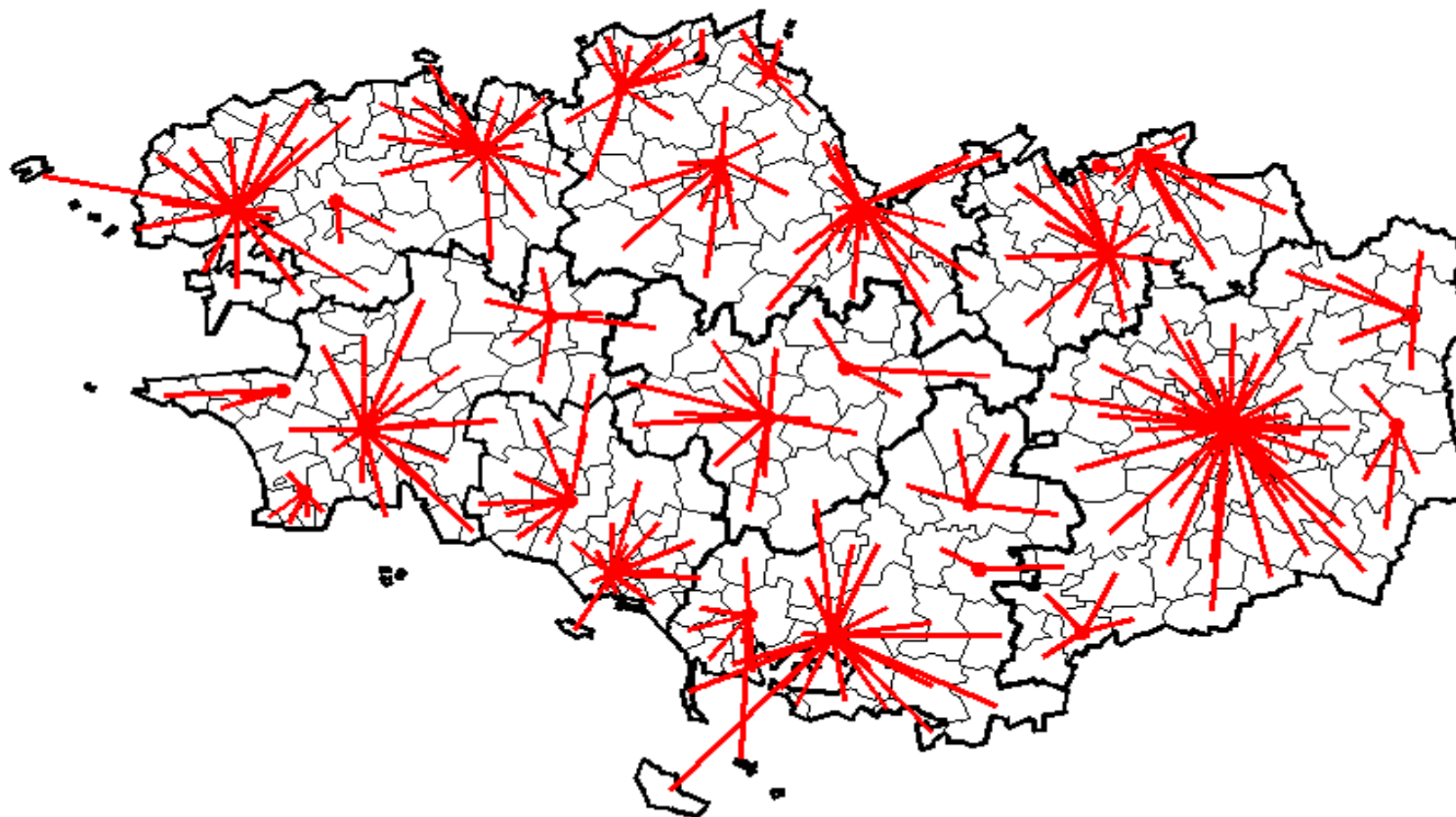
Filière de soins gériatriques

- 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

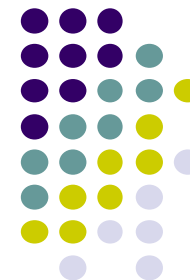


Destinations principales age > 75ans

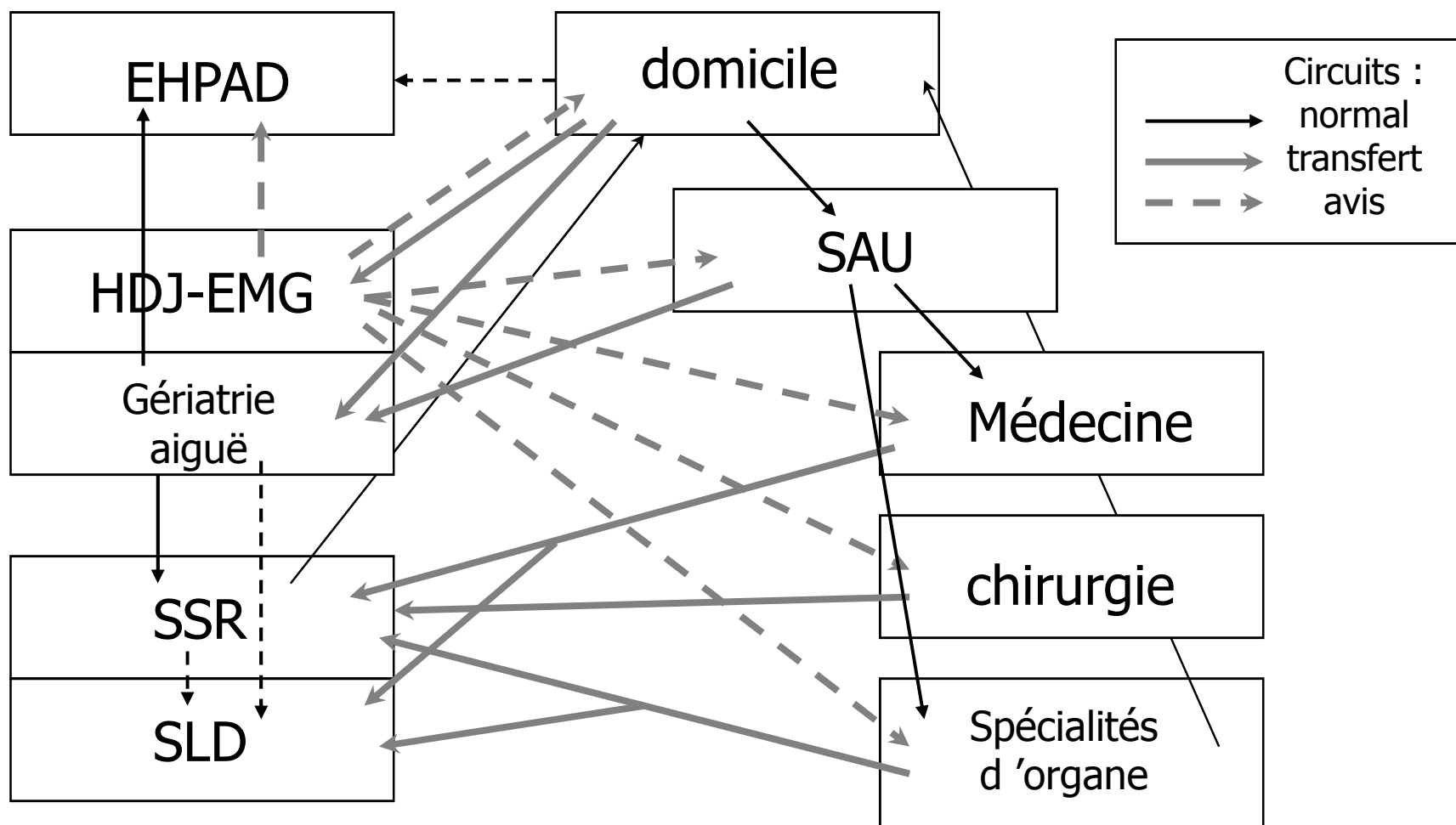
choix proximite

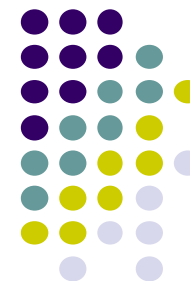


dms i nco 1999



Organisation d'un hôpital

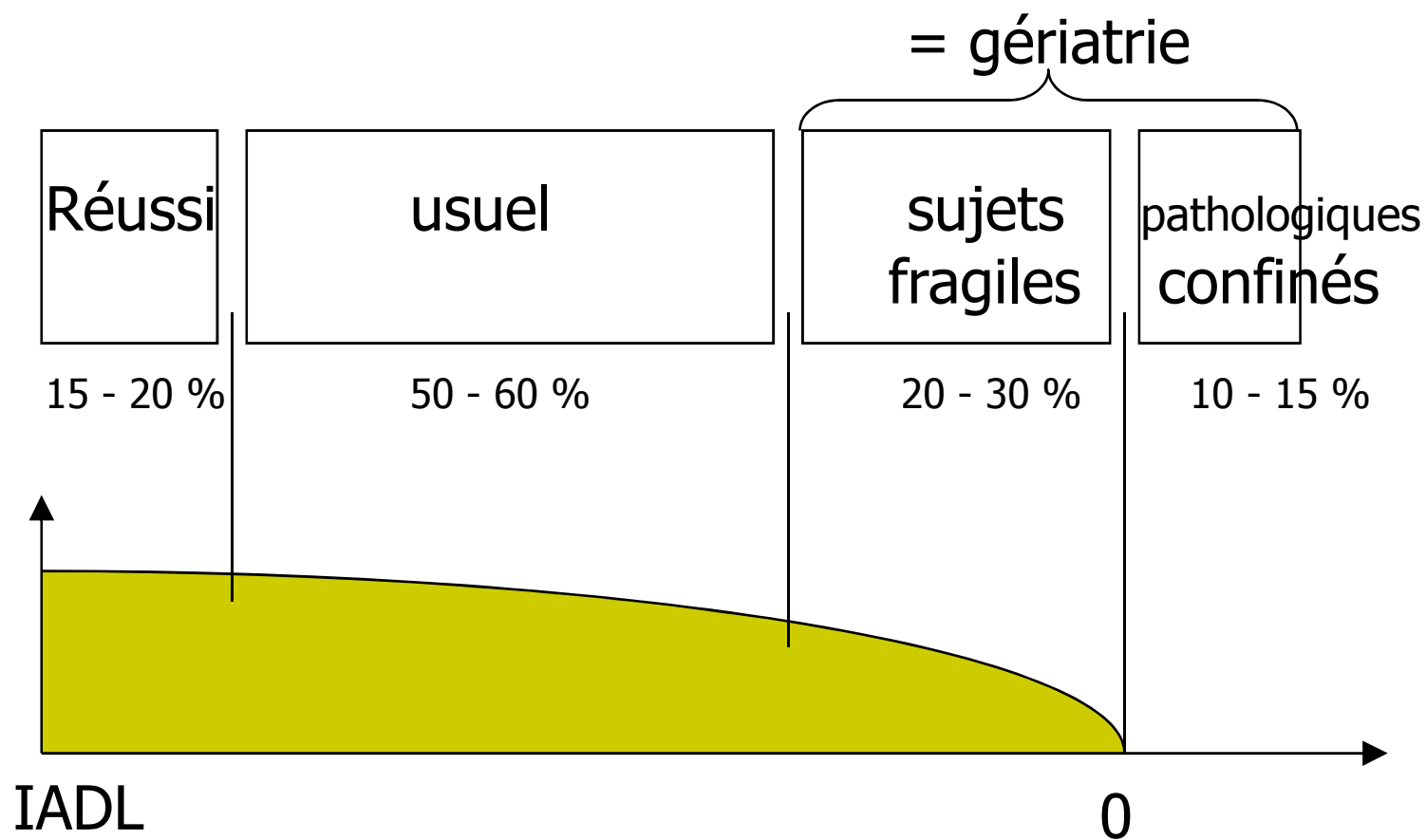




Court séjour gériatrique

- 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

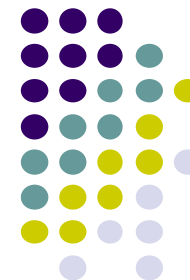
Les différentes trajectoires du vieillissement





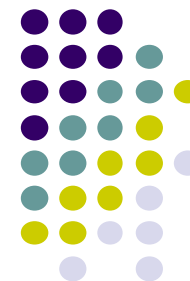
Critères de fragilité

- Age > 85 ans
- ≥ 1 syndrome gériatrique
 - Troubles de la marche ou chutes
 - Incontinence
 - Confusion mentale ou Sd démentiel
 - Dénutrition
- Comorbidités > 3
- Ateinte ≥ 1 ADL



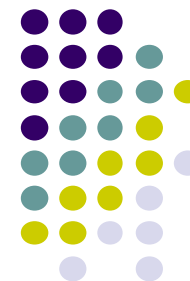
Score ISAR (identification of senior at risk)

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>	



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

Les états pathologiques





Qualité du diagnostic de MA

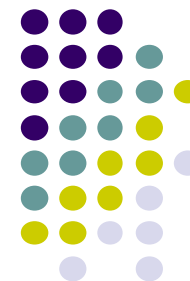
- Au CHU de Rennes (2007) :

	hospitalisations âge > 75 ans	RSS « M Alzheimer »	%
CHU (total)	11 164	594	5.32
Gériatrie aiguë	599	218	36.39
CHU (hors gériatrie)	10 565	376	3.56
France	5 308 380	860 000	17.8



Vivre en Picardie

- 2006
- 16217 patients >75 ans
 - Femmes : 8998
 - Hommes : 7219
- Sd démentiels (tout dg) : 778
- Prévalence = 4,7 %



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	

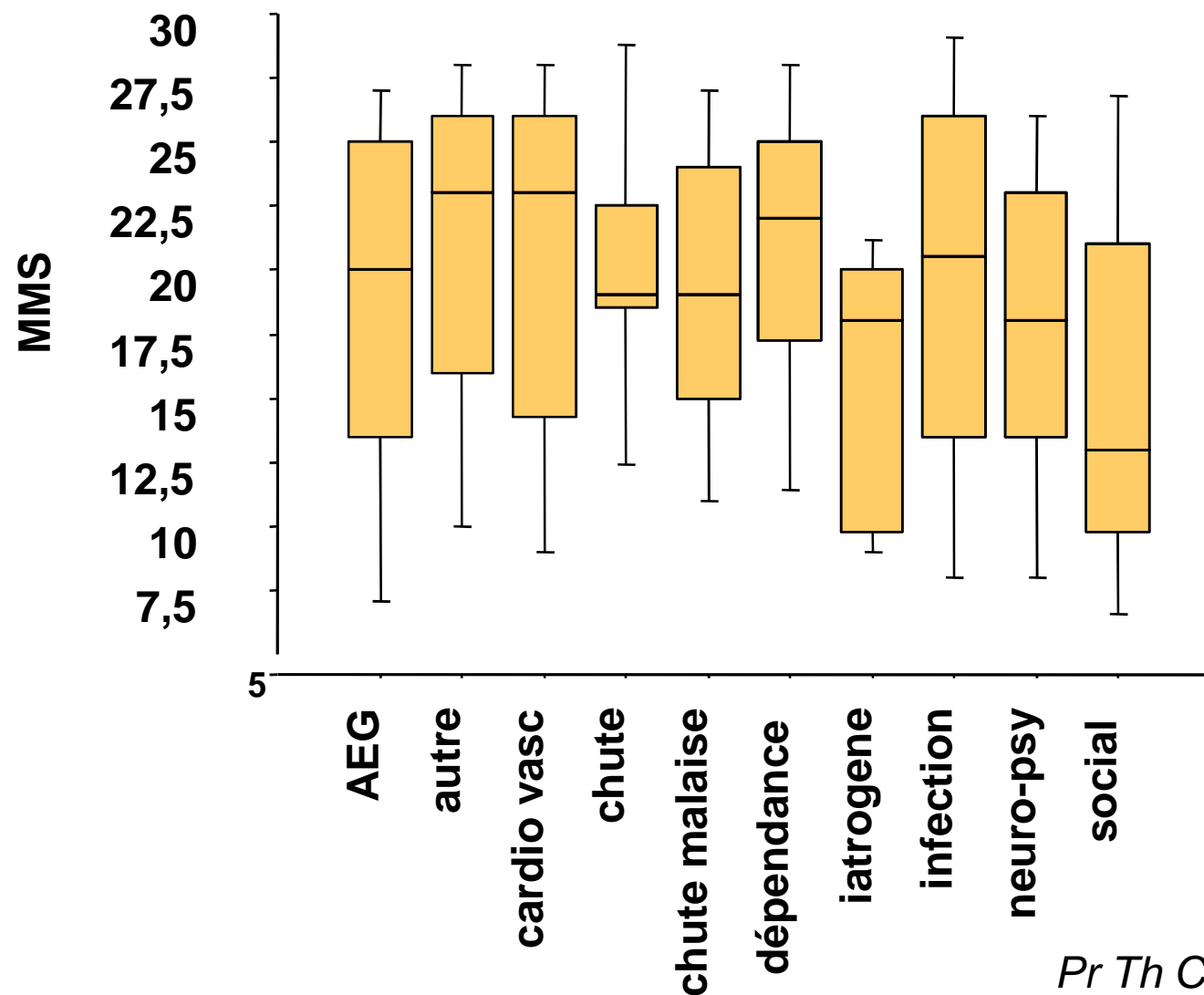
Les pathologies “lourdes” justifiant une prise en charge en services de spécialité ne sont qu’en partie en relation avec cette spécialité



Fréquence des motifs d'admission en court séjour gériatrique (n=1824)

Motif	n	%
Pathologie aiguë d'organe	473	25,9
Chute et perte de connaissance	455	24,9
Démence et confusion	400	21,9
Altération état général	192	10,5
Patho cardio-vasculaire	123	6,7
Infection	67	3,7
Difficulté sociale isolée	62	3,5
Dépendance	34	1,9
Patho iatrogène	18	1

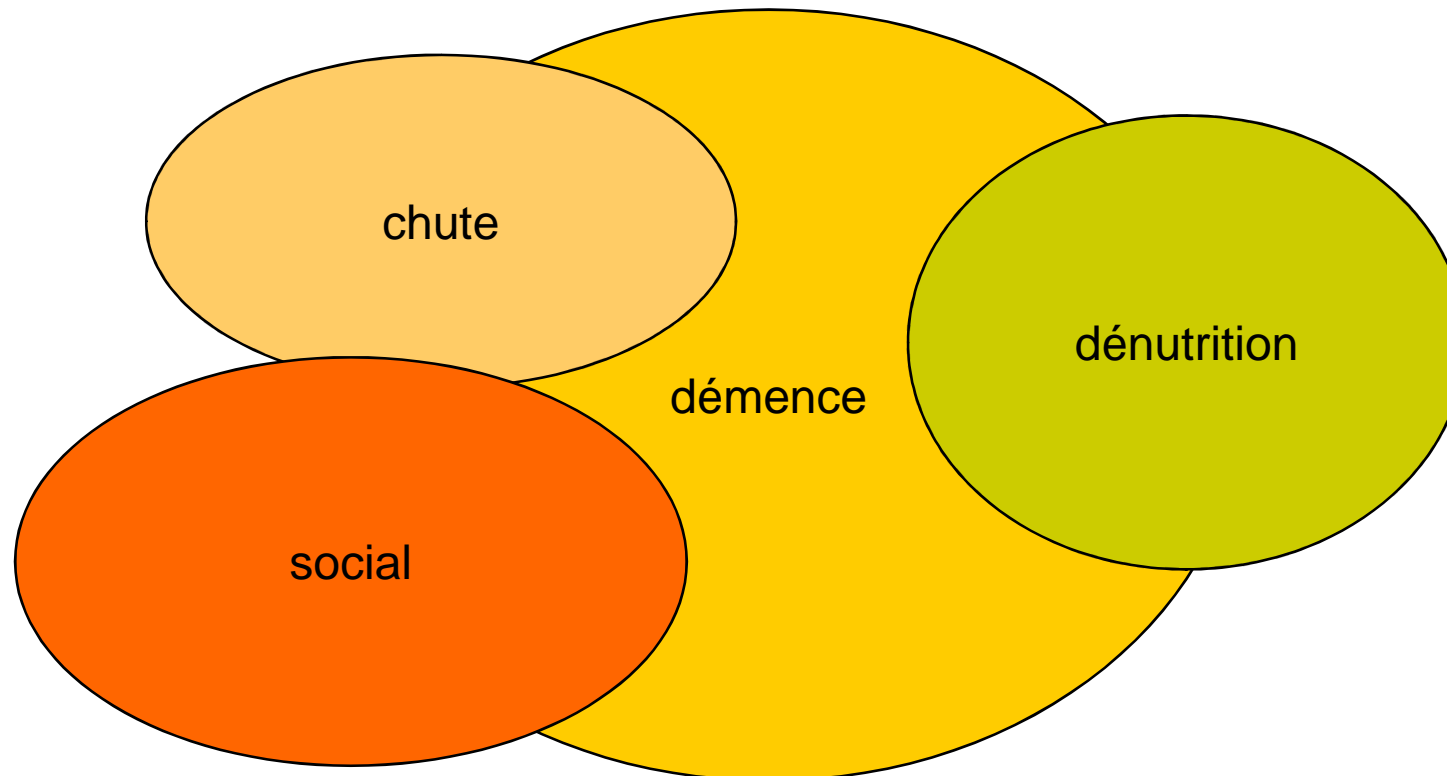
Valeur du MMS de patients admis en court séjour gériatrique (n=1824)

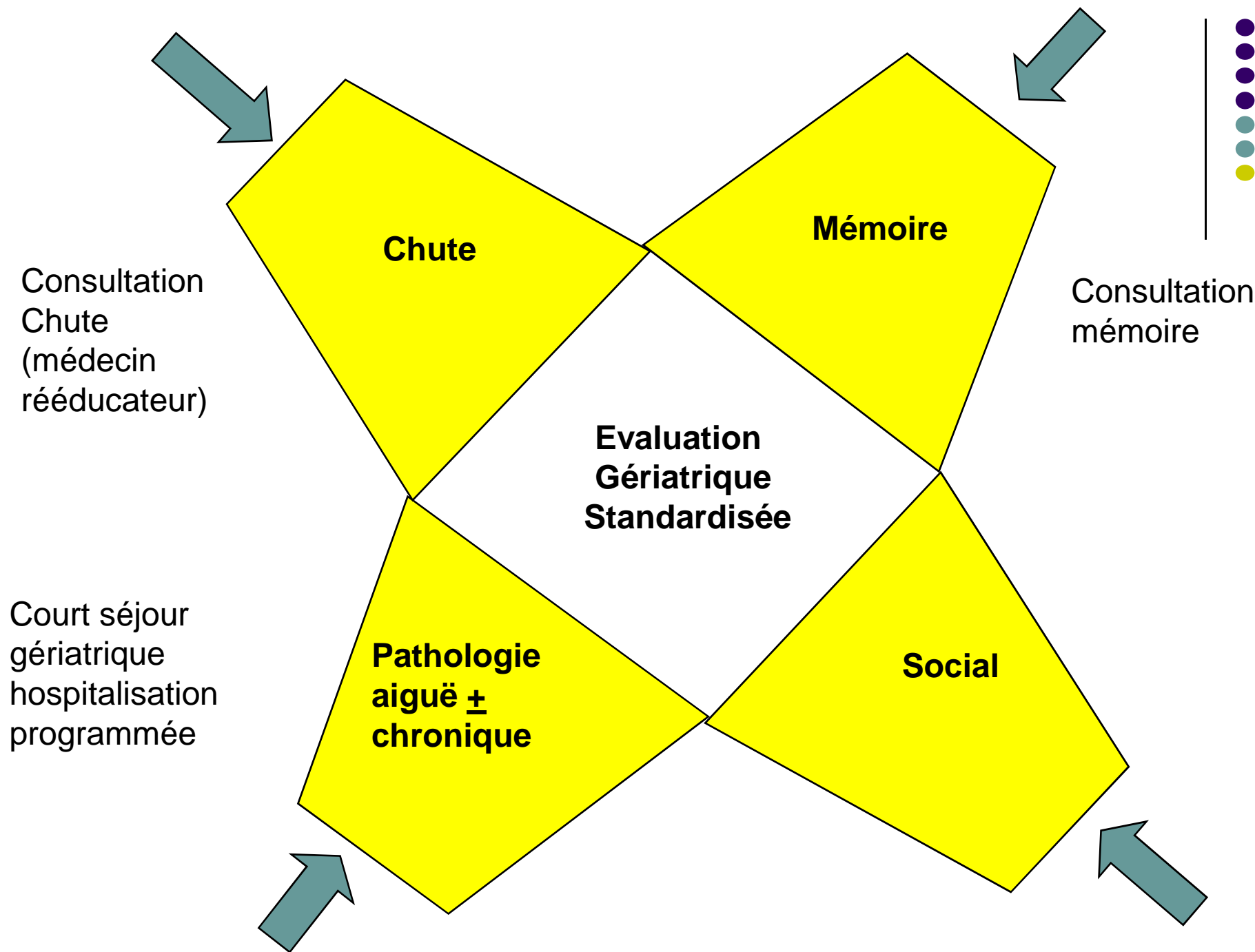


Association de syndromes gériatriques



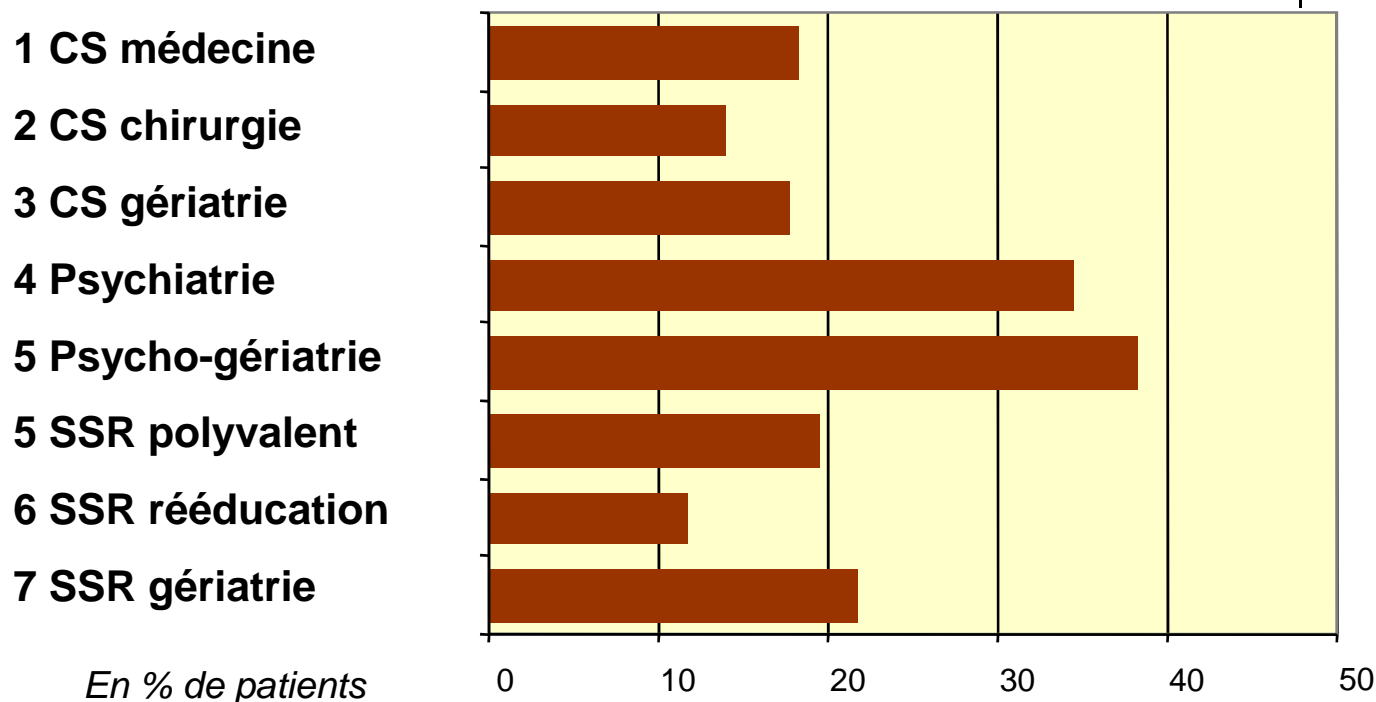
- Démence + chute + dénutrition + social : 47 %







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

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

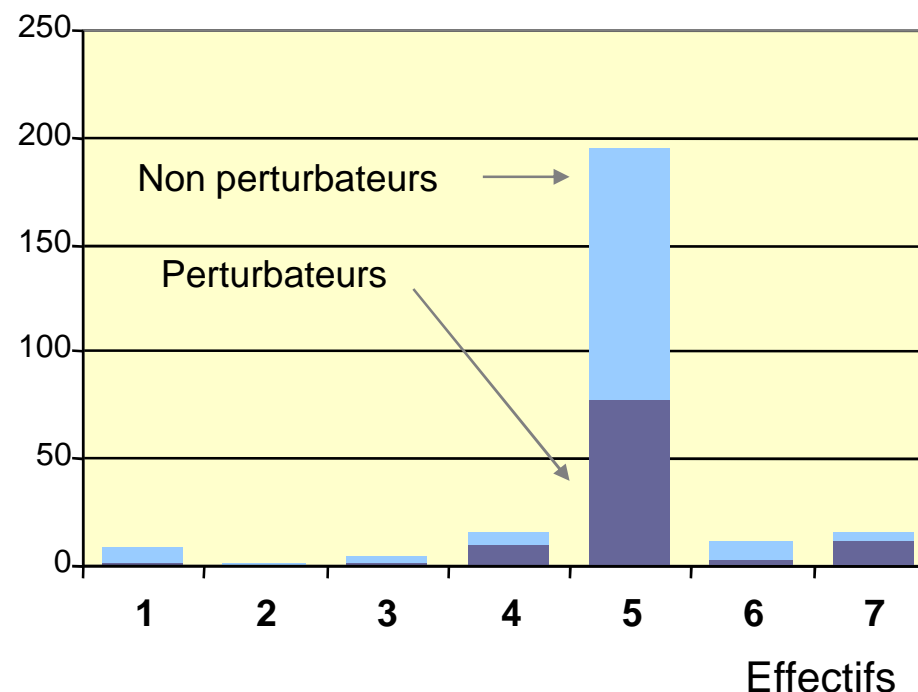
Illustre bien le problème majeur des déficiences de l'offre en aval : structures prenant en charge la lourde perte d'autonomie

Le problème particulier des Sd 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'un Sd démentiel en milieu hospitalier

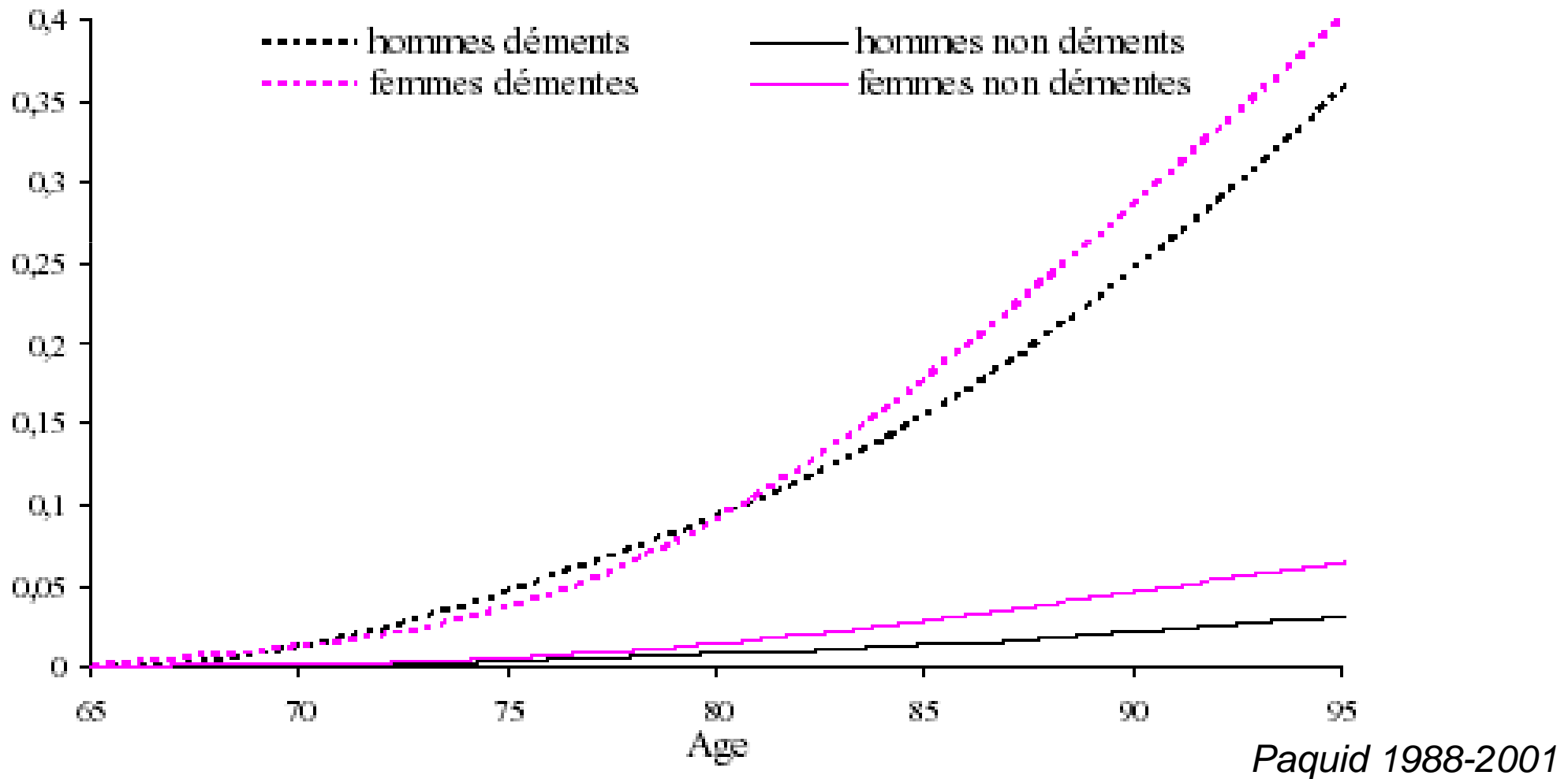


Prévalence de la M Alzheimer selon le lieu de vie

- Parmi les 1 461 personnes de 75 ans et plus
 - 1320 vivent à leur domicile (90,3%)
 - 40 vivent RPA / LF (2,7%)
 - 141 vivent en institution (9,7%)
 - 260 présentant un Sd démentiel (dont 207 MA)
- Prévalence de la M Alzheimer :

● Institution	RPA / LF	Domicile
● 71.6%	20%	11.8%

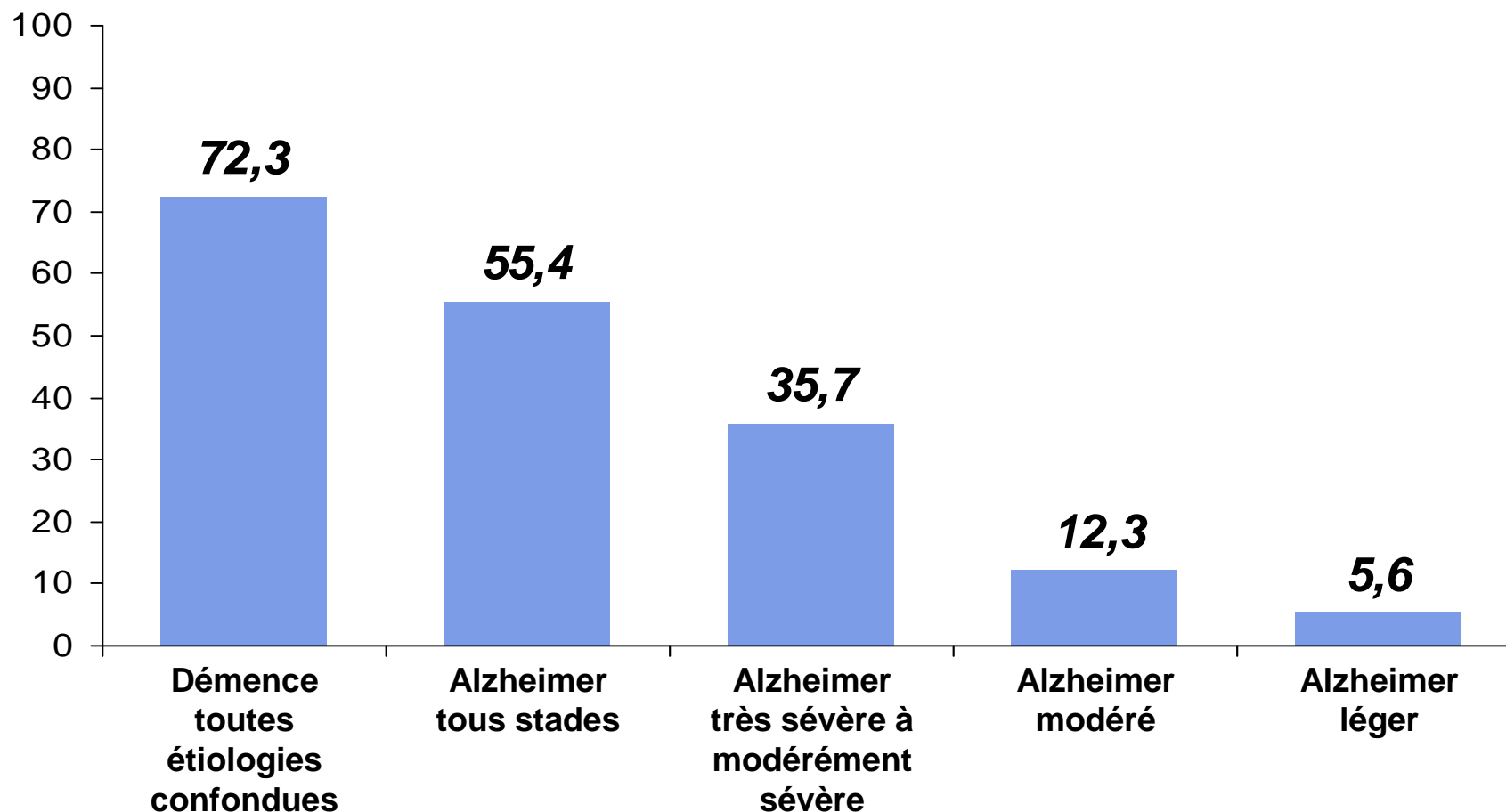
Taux d'entrée en institution, pour les personnes démentes ou non, selon le sexe.



Part de la démence et de la maladie d'Alzheimer parmi les sujets classés dans les GIR 1 à 4 = APA



Proportion des groupes GIR 1 à 4



1. Rapport d'expert J.F. Dartigues : dossier technique Ebixa®; commission de la transparence 2002
2. Communiqué de presse Secrétariat d'état aux personnes âgées 16/01/2003

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



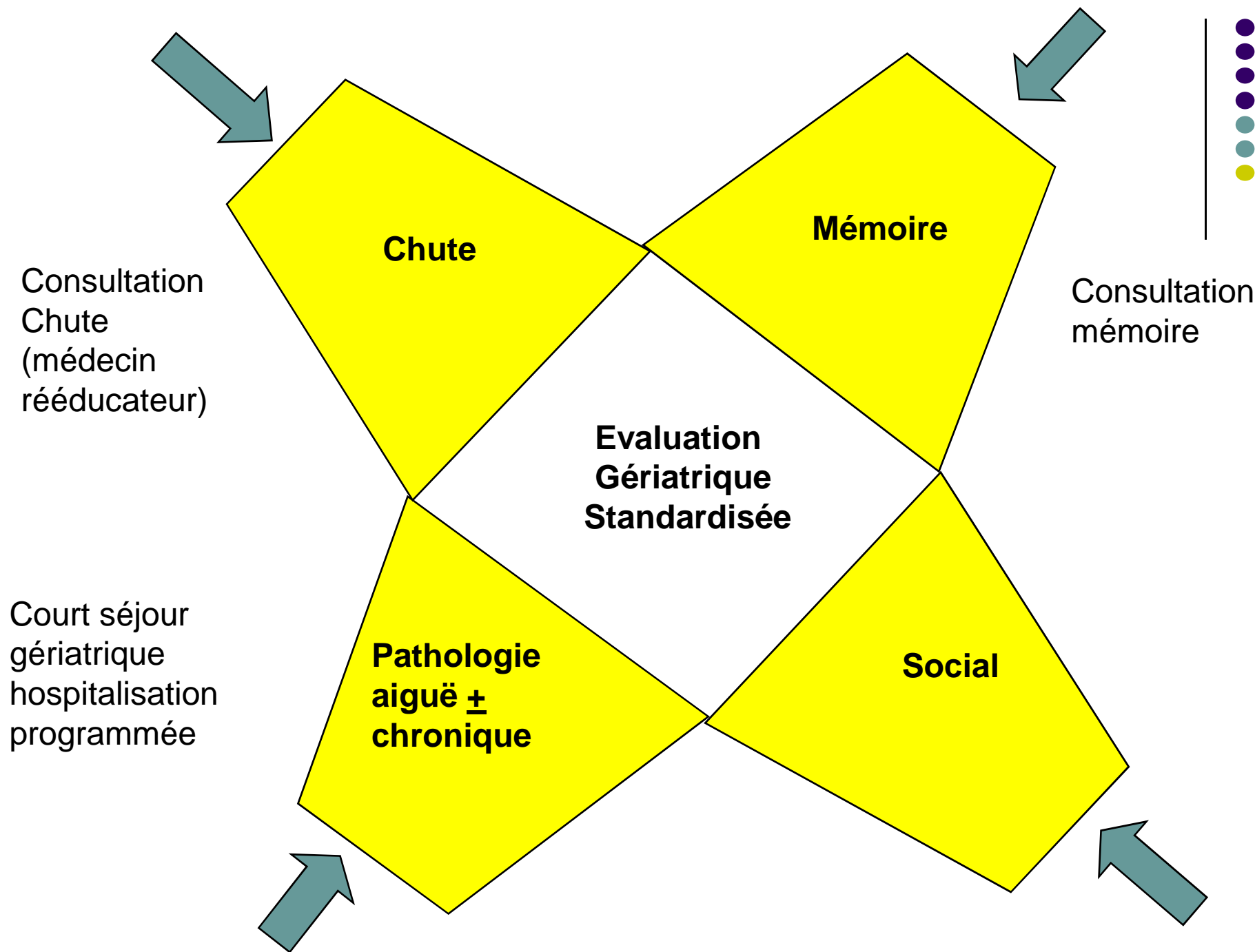
La consultation gériatrique

- Le médecin gériatre
- motifs
 - troubles neuropsychologiques : 80 % à Rennes
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

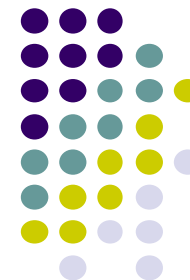
- Outil par excellence
- Missions :
 - assurer une évaluation gériatrique et porter un diagnostic médical sans hospitalisation complète
 - poursuivre ou initier une rééducation polyvalente commencée en SSR
 - suivre les PA dont le maintien à domicile est aléatoire en interaction avec l'entourage
- Évaluation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





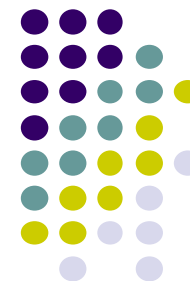
Équipe mobile gériatrique

- 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



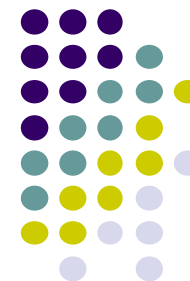
Score ISAR (identification of senior at risk)

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



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

- Éléments 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.

- Éléments 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

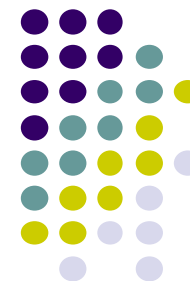
- intégration ou juxtaposition de cette unité avec le reste du service auquel elle appartient ;
- plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté aux activités thérapeutiques et plateau de réhabilitation cognitive ;
- accès à des plateaux techniques d'exploration et de rééducation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

200 000 €, une fois !



Les SLD gériatriques redéfinies

- SLD redéfinies
 - Patients « SMTI »
 - prévues aussi pour adultes ?
 - pathologies neurodégénératives, avec SCPD
 - dialyse, coma végétatifs
- importance de la filière d'aval gériatrique
- Actuellement
 - pathologie démentielle > 80 %
 - pathologie neuro-vasculaire
 - polypathologie multiple fixée
 - GMP : 920



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

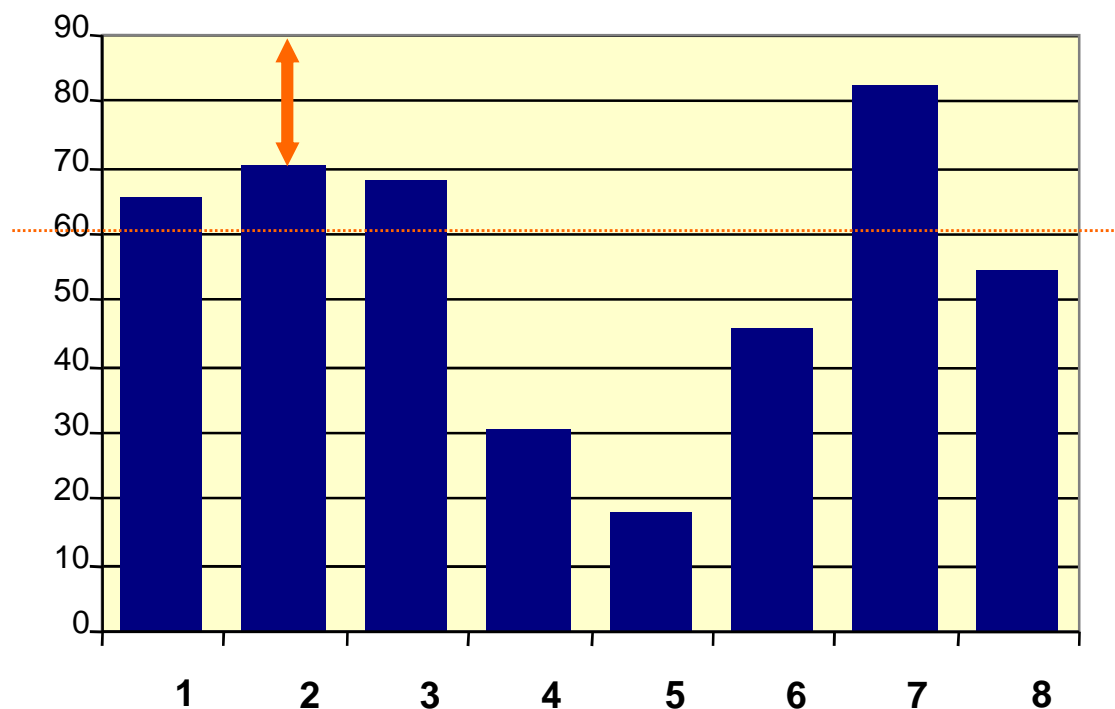
- EHPAD

- 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



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**



Parc existant (31-12-2001)

- SLD :
 - 1025 services (Hôpitaux publics) # 30 % redéfinies
 - 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



Conclusion

- Les personnes âgées souffrent
 - du manque de compétences gériatriques tout au long de leur parcours,
 - des insuffisances de développement 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
- Les déficiences
 - d'évaluation médico-psycho-sociale,
 - l'absence de préparation à la sortie ou une préparation trop tardive,
 - les sorties prématurées,
 - l'effet iatrogène de l'hospitalisation...
 - Concernent principalement les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou apparentés
- Le développement de la filière gériatrique
 - Intégré dans des réseaux gérontologiques
 - Est la réponse pour améliorer la qualité de la prise en soins



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°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire DHOS n°2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en oeuvre 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
- www.sgoc.fr