

Colloque Filières Gériatriques

30 janvier 2007



Centre Gérontéval

Programme pour la gériatrie

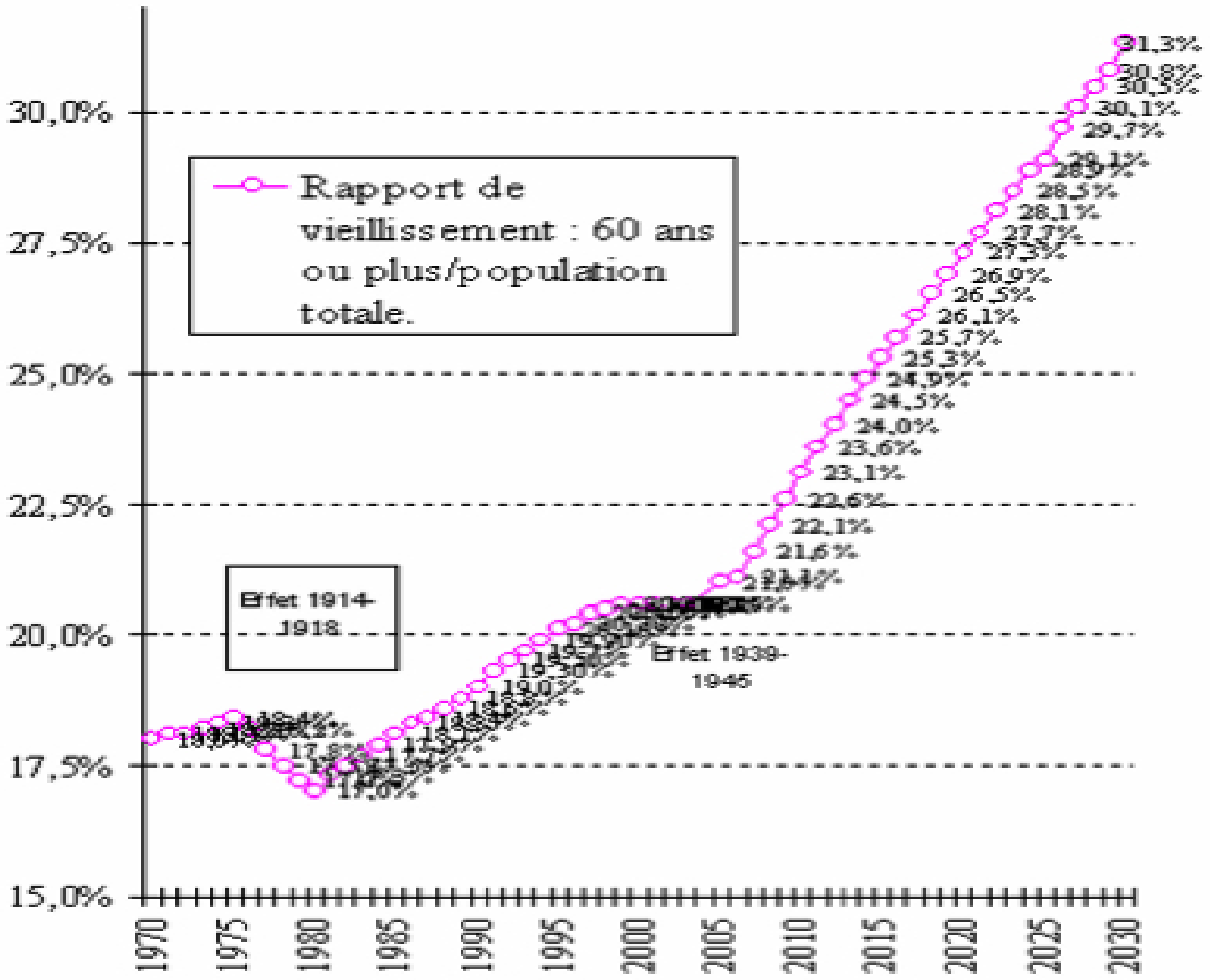
Pr Claude Jeandel, gériatre, chef de service, CHU Montpellier

Philippe Vigouroux, Directeur Général, CHU Limoges



Quels enjeux ?

- Enjeux démographiques (population cible = les plus de 75 ans, aide informelle)
- Enjeux épidémiologiques (médicaux, la transition épidémiologique)
- Enjeux professionnels (démographie médicale et soignante, formations médicales et soignantes)
- Enjeux médico-économiques (codification des actes, PMSI, tarification, T2A ?)
- Enjeux scientifiques (recherche biologique, clinique, ECR ++)
- Enjeux éthiques (démarche qualité, EPP, choix sociétal)
- Enjeux politiques





Journées d'hospitalisation en MCO (DREES) (en millions)

	Tout âge	> 65 ans	> 65 ans/pop.
2004	58.5	31.4	53.6 %
2010	64 (+9%)	34.7 (+10%)	54.3 %
2020	72 (+23%)	42.6 (+36%)	59.1 %
2030	81 (+39%)	52.1 (+66%)	64 %



UN PROGRAMME POUR LA GERIATRIE

Synthèse et récapitulation financière

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



Pour Qui ?

Les spécificités du patient « gériatrique »

- **Age > 75 ans**
- **Le repérage des risques**
- **La gestion de la polypathologie et des comorbidités**
- **L'intrication des pathologies neurodégénératives et somatiques**
- **La chronicité, l'instabilité et les pathologies en cascade**
- **Les modes de présentation atypiques**
- **La gestion de la « complexité » médico-psycho-socio-environnementale**



Unité de Soins aigus gériatriques

Diagnostic principal PMSI

- Broncho-pneumopathies aiguës : 12 %
- Autres infections : 13 %
- Troubles mentaux organiques et dépression : 34 %
- Insuffisance cardiaque : 10 %
- AVC : 10 %
- Tumeurs : 7 %
- Fractures ostéoporotiques : 5 %

Très forte co-morbidité (co-morbidités sévères)

+++ La moitié des séjours correspondent à des défaillances d'organes dont la moitié sont des polydéfaillances (cardiaque, respiratoire, rénale, neurologique)



Le plan Solidarité – Grand Age

Un ensemble de mesures contenues dans cinq grands axes

I/ Le libre choix du domicile

II/ Inventer la maison de retraite de demain

III/ Adapter l'hôpital aux personnes âgées

12/ Développer la médecine gériatrique

13/ Resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital

IV/ Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance

V/ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention

15/ Proposer systématiquement une consultation gratuite de prévention à 70 ans

16/ Lancer un grand programme de recherche sur les maladies du grand âge

17/ Lancer un plan gériatrique universitaire pour former les professionnels de santé à la gériatrie



UN PROGRAMME POUR LA GERIATRIE

Synthèse et récapitulation financière

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

OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale 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 gérontologique.



La filière gériatrique

- **Consultations et pôles d'évaluation gériatrique**
- **Court séjour gériatrique**
- **Equipe mobile**
- **HAD**
- **SSR approprié aux besoins des patients gériatriques**
- **Hôpital local**
- **Soins de longue durée**



20 recommandations

Recommandation N° 1 :

Affirmer le rôle des établissements de santé dotés d'un service d'urgences en tant que plates-formes gériatriques de référence.

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.

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.

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.



20 recommandations

Recommandation n° 5 :

Créer au sein de chaque plate-forme gériatrique de référence une équipe mobile de gériatrie (ou unité mobile de gériatrie : UMG).

Recommandation n° 6 :

Renforcer l'offre en soins de suite et de réadaptation gériatriques au sein des établissements de santé de la filière gériatrique.

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.

Recommandation n° 8 :

Reconvertir des petits hôpitaux en leur conservant les moyens pour développer notamment des services de soins de suite ou de rééducation, des unités de soins de longue durée ou des unités de psychiatrie.



20 recommandations

Recommandation n° 9 :

Développer la complémentarité entre les établissements de la filière et les services de psychiatrie.

Recommandation n° 10 :

Reconnaître comme partenaires du centre labellisé les services d'hospitalisation à domicile.

Recommandation n° 11 :

Reconnaître les EHPAD comme partenaires du centre labellisé.

Recommandation n° 12 :

Reconnaître les SIAD comme partenaires du centre labellisé.

Recommandation n° 13 :

Reconnaître les accueils de jour comme partenaires du centre labellisé.



20 recommandations

Recommandation n° 14 :

Mettre la filière gériatrique au service des patients âgés chirurgicaux hospitalisés.

Recommandation n° 15 :

Mettre la filière gériatrique au service des patients âgés hospitalisés pour cancer.

Recommandation n° 16 :

Adapter l'ensemble des dispositifs de la filière et de ses partenaires aux problèmes spécifiques des handicapés vieillissants.

Recommandation n° 17 :

Valoriser les métiers de la gériatrie.



20 recommandations

Recommandation n° 18 :

Augmenter le nombre de gériatres afin de répondre aux besoins actuels et futurs.

Recommandation n° 19 :

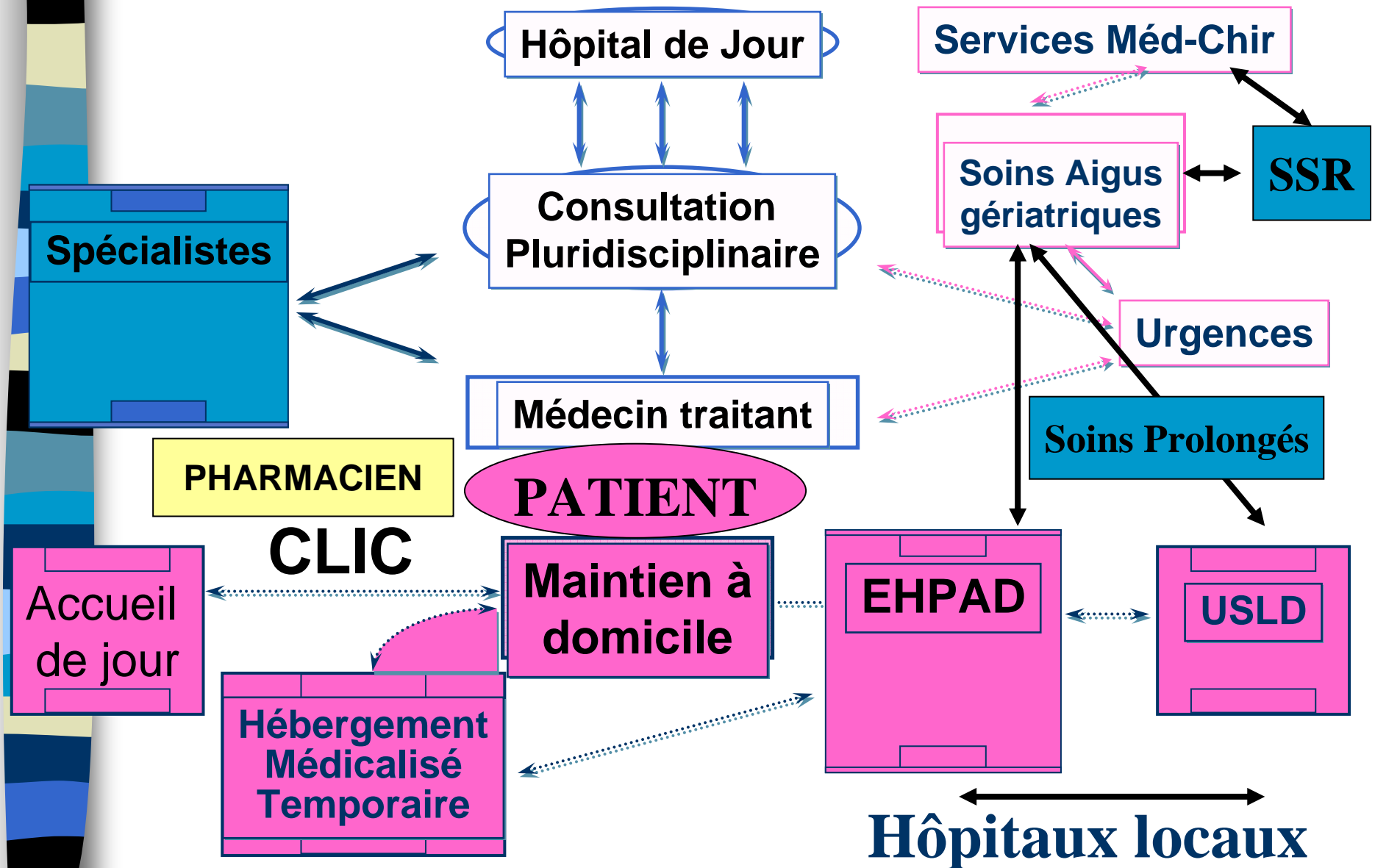
Doter les centres référents gériatriques de **commissions de réflexion éthique** à disposition des structures partenaires.

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.

Réseau Gérontologique





Consultation et hospitalisation de jour

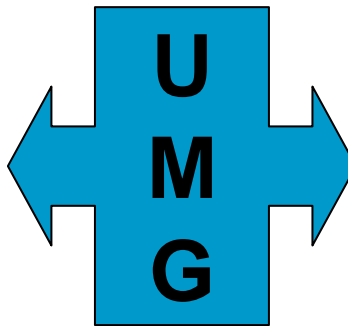
Hôpital de jour

- **Consultation de la mémoire et du langage**
- Troubles de la posture et de l'équilibre
- Consultation de la chute et de l'ostéoporose
- Evaluation nutritionnelle et des tr. déglutition
- Explorations Cardio-vasculaires et respiratoires
- Explorations vésico-sphinctériennes
- Evaluation de la douleur
- Troubles trophiques
- Evaluation de l'autonomie et de la dépendance

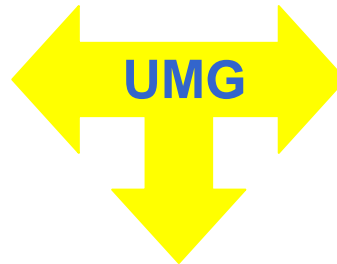
FILIERE GERIATRIQUE

CHU

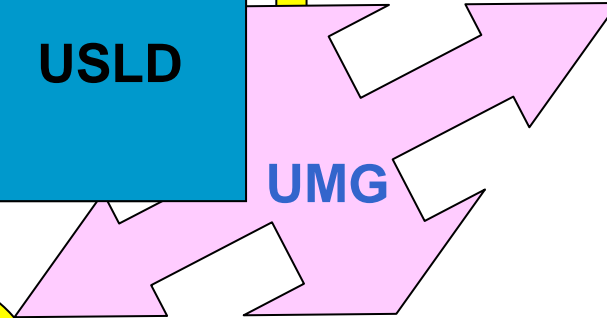
MEDECINE
CHIRURGIE



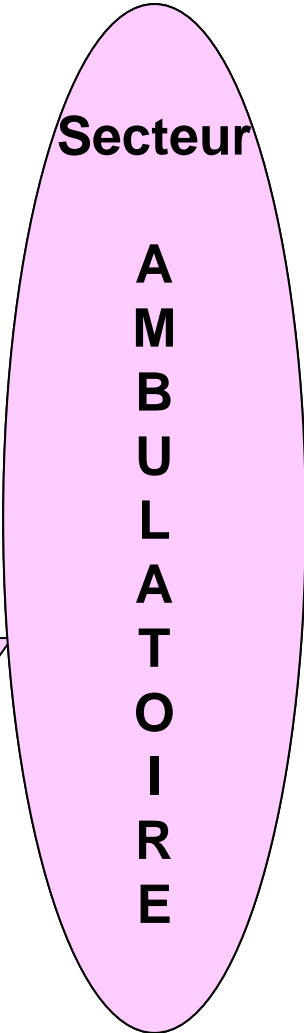
Cs + HdeJ
COURT SEJOUR
SSR
USLD



SAU



Autres établissements
EHPAD
Hôpitaux locaux



CLIC
SSIAD
HAD

HOPITAL LOCAL

Centre hospitalier/CHU



Consultation avancée

Consultation et hôpital de jour gériatriques pluridisciplinaires

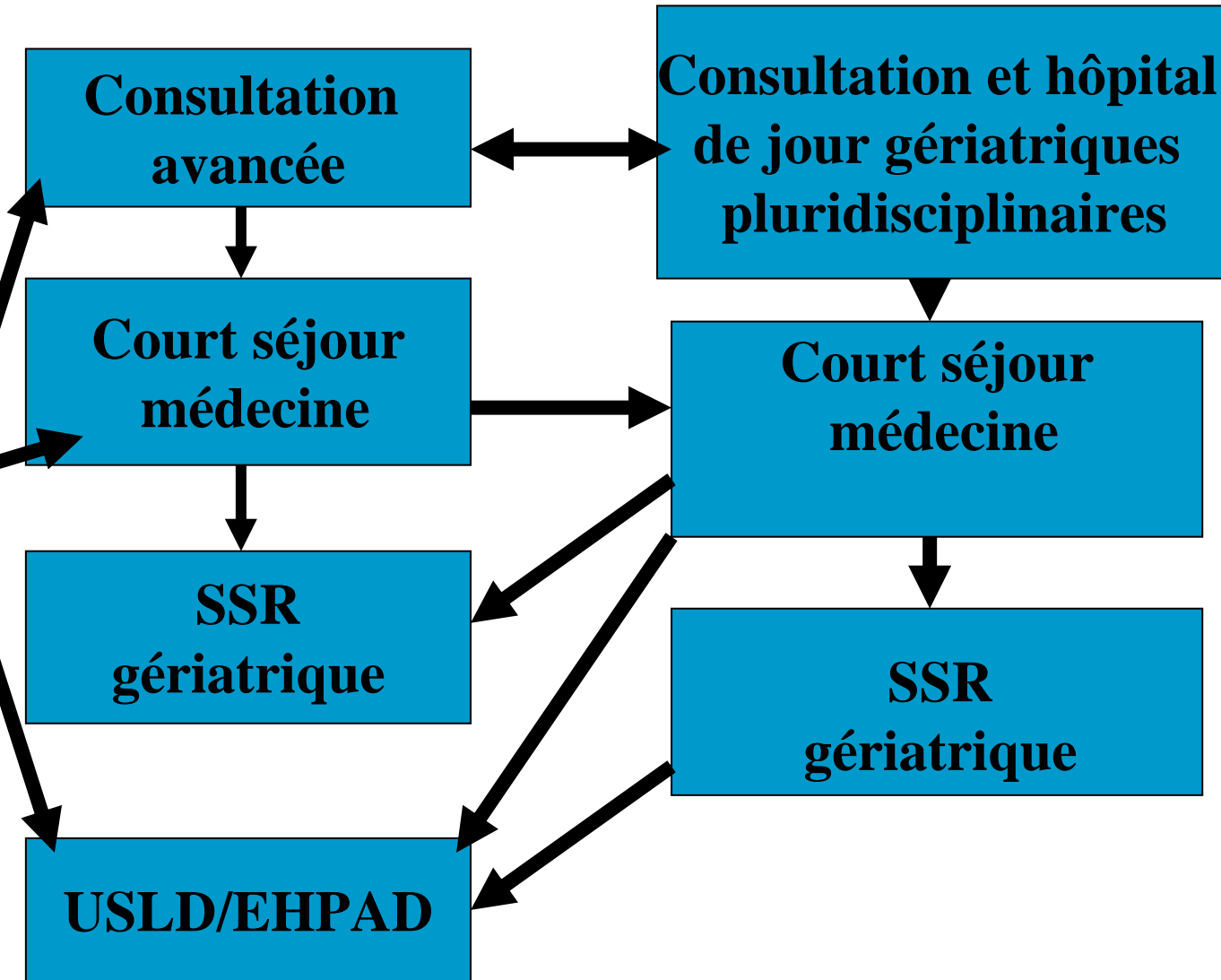
Court séjour médecine

Court séjour médecine

SSR gériatrique

SSR gériatrique

USLD/EHPAD





Les orientations officielles

1. La Circulaire DHOS/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique
2. Les 4 mesures Gériatriques du Plan Urgences-Gériatrie
3. Le Plan Alzheimer
4. 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 est présentée en annexe.
5. Le Plan Vieillesse et Solidarités
6. Le cadrage Régional : Les orientations prévues dans le SROS « Personnes Agées » de troisième génération



Circulaire DHOS relative à la filière

- Généraliser et renforcer les dispositions de la circulaire du 18 mars 2002
- Inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique territoriale négociée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur la base de référentiels d'organisation des soins



Le Plan Urgence : 4 mesures gériatriques/24 des mesures

■ **Renforcement des compétences gériatriques
(2004-2008) : 50 M euros**

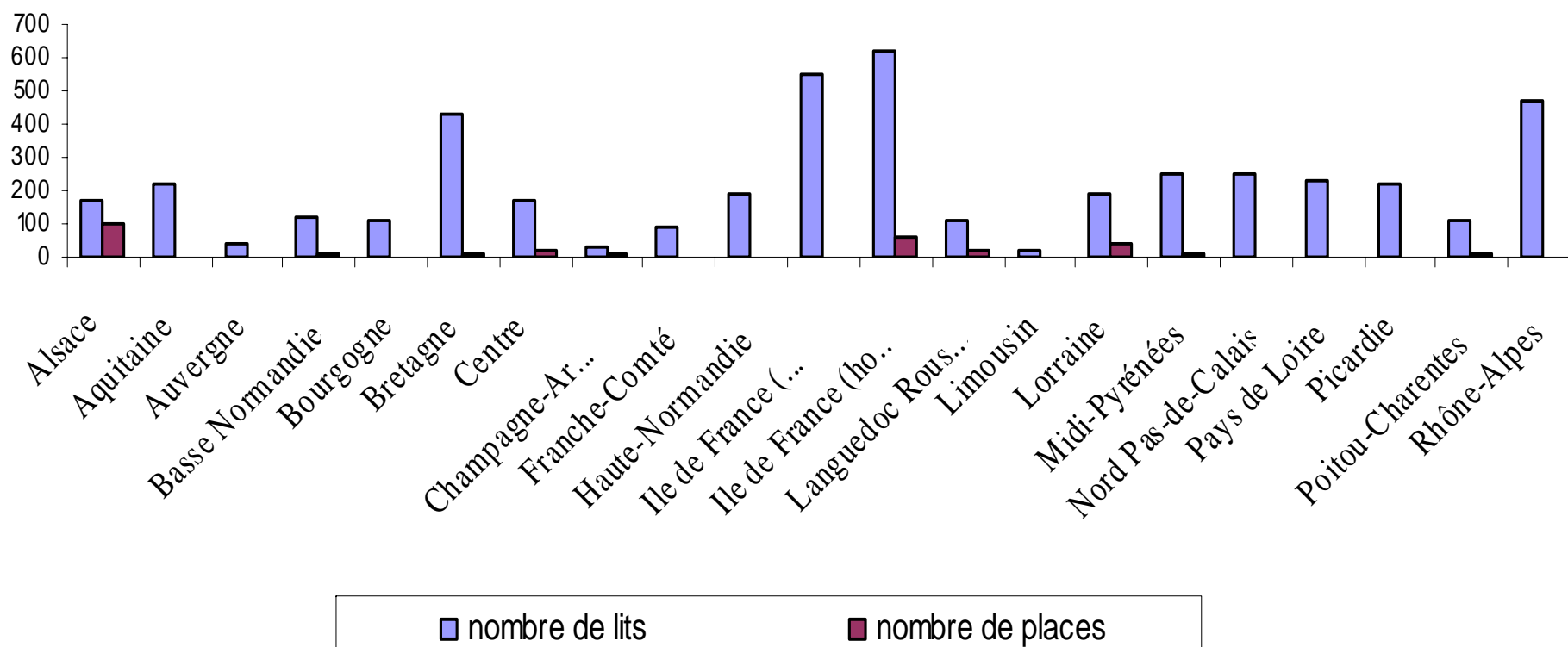
- Court séjour : 207 CH/CHU avec SAU
- Equipes mobiles : 160 au total

■ **Création de lits de SSR (15000)(2004-2008) :
66 M euros**

■ **HAD (8000 places)(2004-2005) : 66 M euros**

■ **Développement des hôpitaux locaux (2004-
2007) : 88 M euros**

Capacités en lits et places des services de court séjour gériatriques





Ratio nombre de lits recensés/population de plus de 75 ans (pour 1000)

■ > 1,5	4 régions/20
■ Entre 1 et 1,5	7 régions/20
■ Entre 0,5 et 1	6 régions/20
■ Moins de 0,5	3 régions/20



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

Recommandation N° 1 :

Affirmer le rôle des établissements de santé dotés d'un service d'urgences en tant que **plates-formes gériatriques de référence.**

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.



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

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.

MESURE 2

Mettre le « **court séjour gériatrique** » en conformité avec son cahier des charges, au sein de chacun 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 et incitation des ARH vis-à-vis des établissements (mention de cette priorité dans les annexes opposables).



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.
- Éviter 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 : enquête, PATHOS

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 :

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



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 €



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

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.

MESURE 4

Procéder à la mise en place effective de la commission Personnes Agées 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.

Estimation du nombre de lits à créer de novo : 1000 lits.

Enveloppe budgétaire estimative (incluant PM = 1 PH/10 lits, PNM et autres financements) = **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 €**



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

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.

MESURE 7

Mettre en œuvre une équipe mobile d'appui gériatrique 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).

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 doivent faire l'objet d'une évaluation.



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

Recommandation n° 4 :

Créer au sein de chaque plateforme 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.

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 et incitation des ARH vis-à-vis des établissements (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.

Estimation du nombre de places à créer de novo : 950 places.

Enveloppe budgétaire estimative : **55 M €**



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

Recommandation n° 4 :

Créer au sein de chaque plateforme 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.

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 €**



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

Recommandation n° 5 :

Créer au sein de chaque plateforme gériatrique de référence une équipe mobile de gériatrie (ou unité mobile de gériatrie : UMG).

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 et incitation des ARH vis-à-vis des établissements (mention de cette priorité dans les annexes opposables).



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

Recommandation n° 5 :

Créer au sein de chaque plateforme gériatrique de référence une **équipe mobile de gériatrie** (ou unité mobile de gériatrie : UMG).

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.

Estimation du nombre d'équipes mobiles à créer de novo :

- Fourchette basse : 86 UMG, correspondant à un financement de **20 M €**
- Fourchette haute : 187 UMG, correspondant à un financement de **44,5 M €**



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

Recommandation n° 6 :

Renforcer l'offre en soins de suite et de réadaptation gériatriques au sein des établissements de santé de la filière gériatrique.

MESURE 18

Reconnaître la spécificité des soins de suite et de réadaptation gériatriques et mettre les unités de « **soins de suite et réadaptation gériatriques** » en conformité avec leur cahier des charges, 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).



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

Recommandation n° 6 :

Renforcer l'offre en soins de suite et de réadaptation gériatriques au sein des établissements de santé de la filière gériatrique.

MESURE 20

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

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 €



OBJECTIF n° 1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences

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.

- 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.**



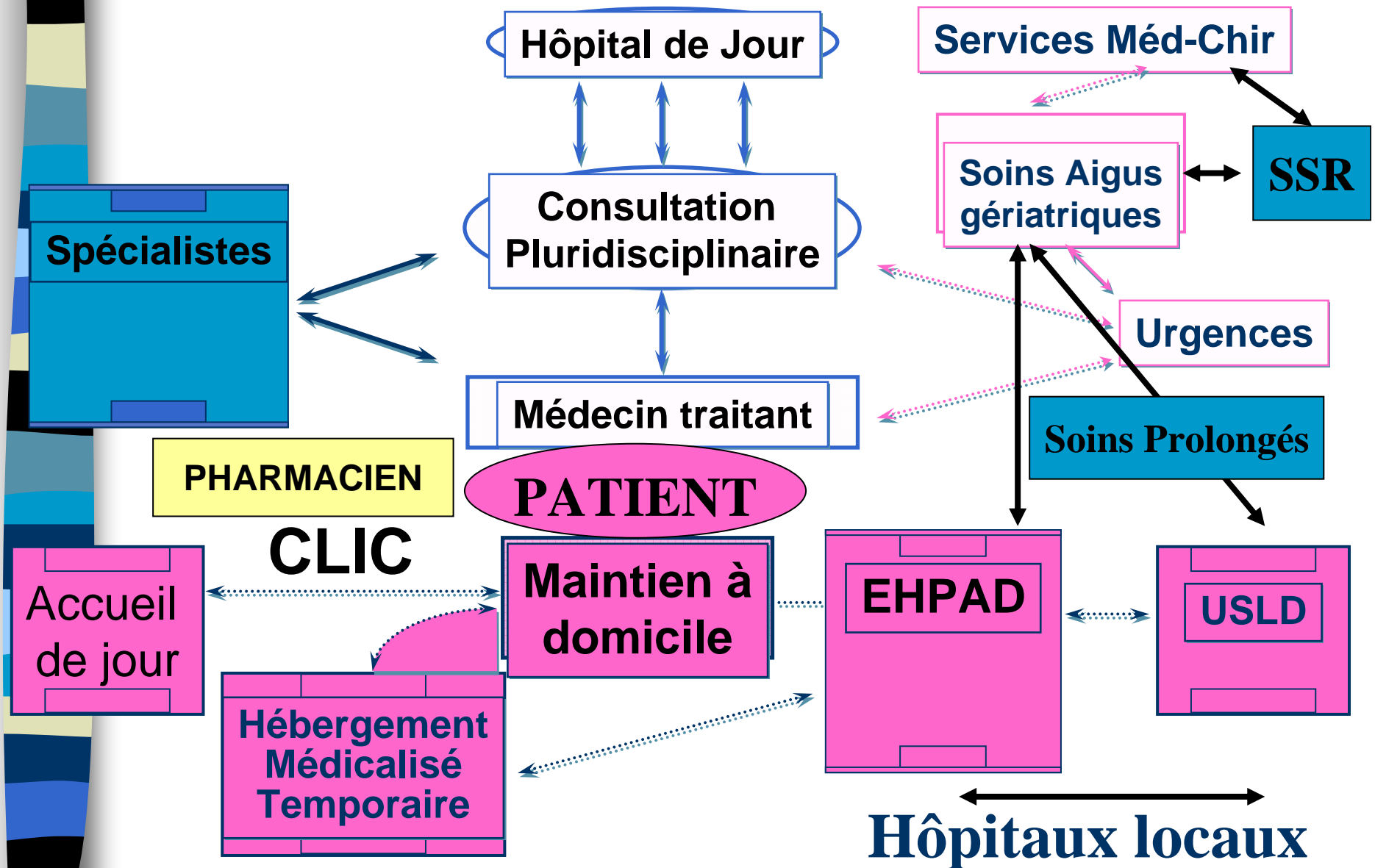
OBJECTIF n° 2 : Faire contractualiser en tant que "partenaires de la filière gériatrique labellisée" les établissements et structures associés à la filière gériatrique

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 de suite ou de rééducation, des unités de soins de longue durée ou des unités de psychiatrie.

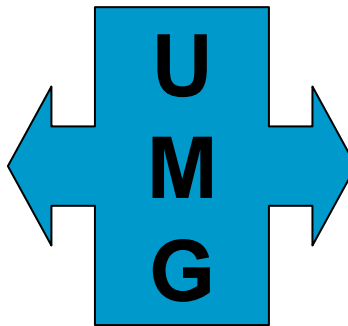
Réseau Gérontologique



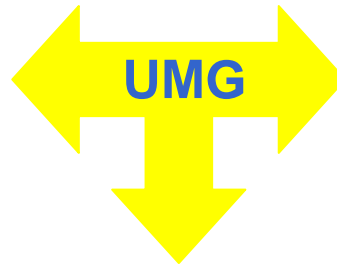
FILIERE GERIATRIQUE

CHU

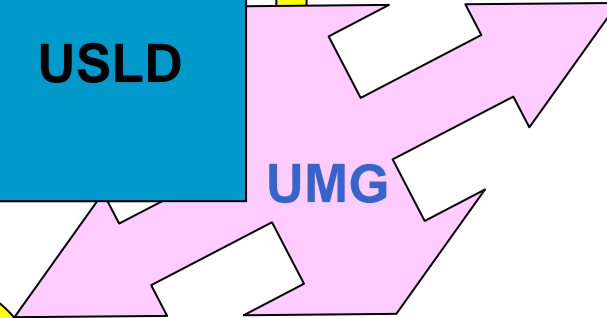
MEDECINE
CHIRURGIE



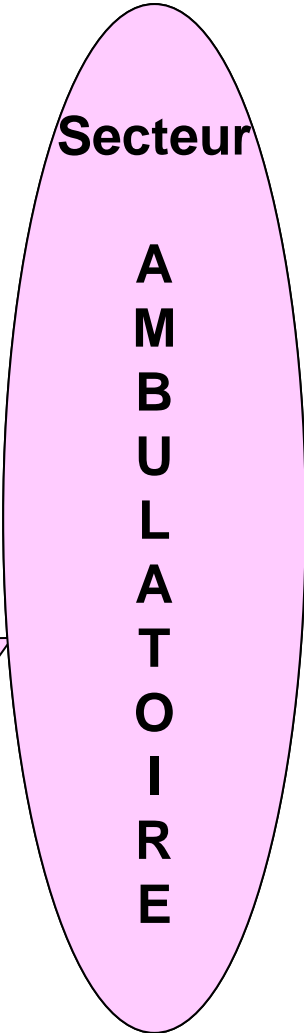
Cs + HdeJ
COURT SEJOUR
SSR
USLD



SAU



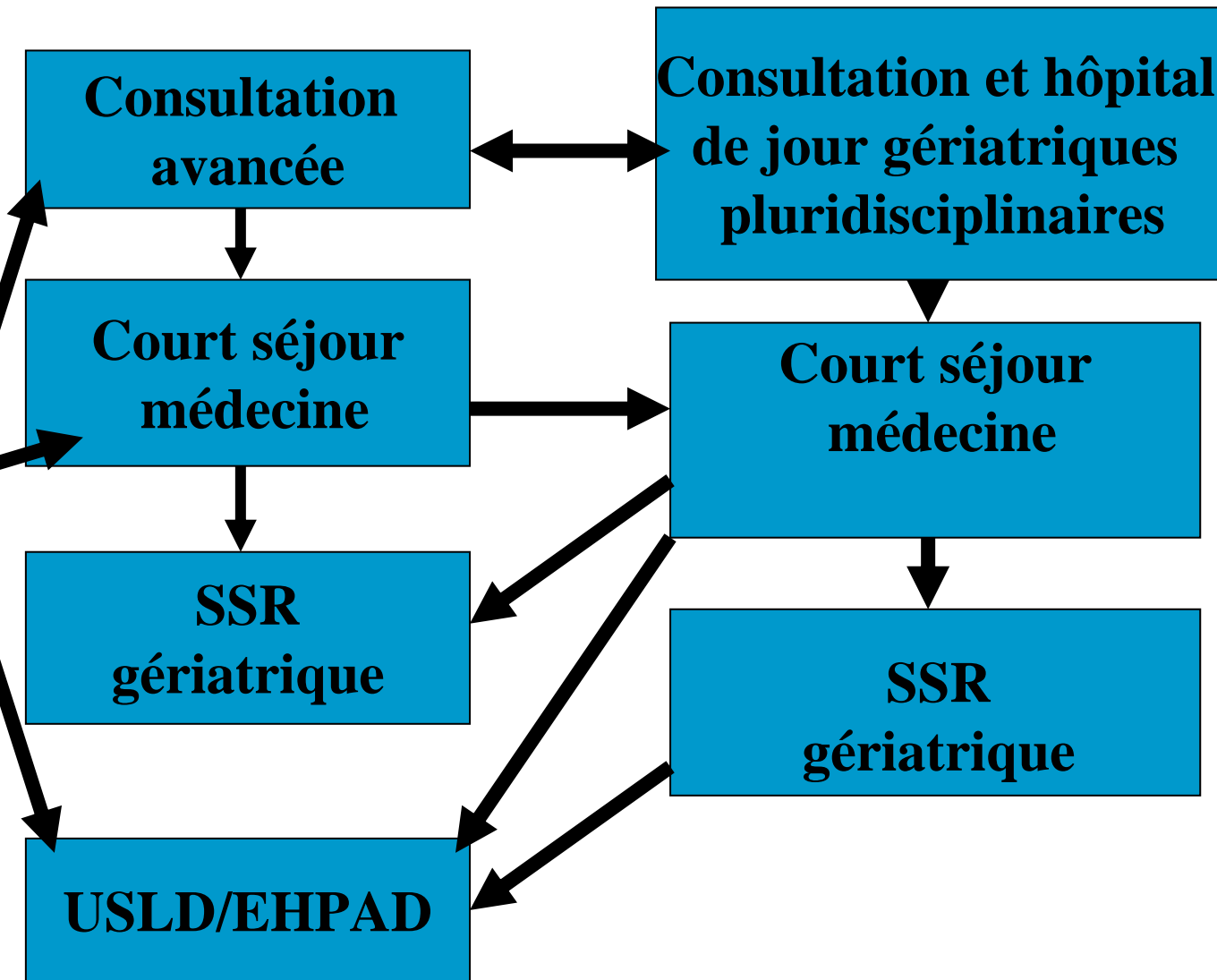
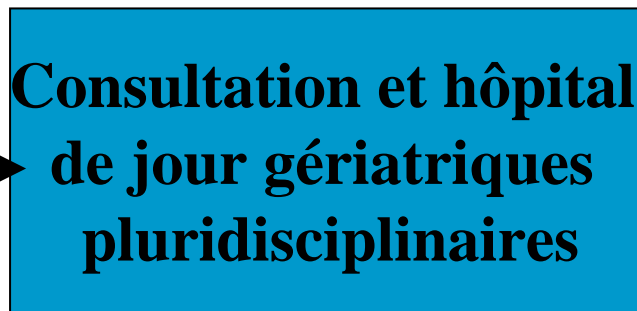
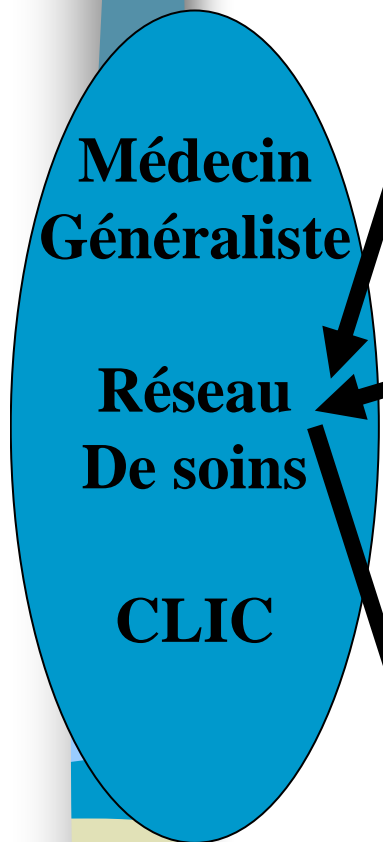
Autres établissements
EHPAD
Hôpitaux locaux



CLIC
SSIAD
HAD

HOPITAL LOCAL

Centre hospitalier/CHU









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

Recommandation n° 9 :

Développer la complémentarité entre les établissements de la filière et les services de psychiatrie.

MESURE 25

Mettre l'équipe 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.



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

Recommandation n° 10 :

Reconnaître comme partenaires du centre labellisé les services **d'hospitalisation à domicile.**

Recommandation n° 11 :

Reconnaître les **EHPAD** comme partenaires du centre labellisé.

Recommandation n° 12 :

Reconnaître les **SIAD** comme partenaires du centre labellisé.

Recommandation n° 13 :

Reconnaître les **accueils de jour** comme partenaires du centre labellisé.

Articuler ces 4 recommandations avec les mesures du Plan Vieillesse 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.

Dispenser une évaluation gériatologique standardisée dans la période préopératoire, soit en l'intégrant au sein de la consultation pré-anesthésique, soit en recourant au Pôle d'évaluation gériatologique (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 gériatologique et l'équipe 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 6).



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

Recommandation n° 15 :

Mettre la filière gériatrique au service des **patients âgés hospitalisés pour cancer.**

Dispenser aux patients âgés de 75 ans et plus atteints de cancer, une évaluation gériatologique standardisée en recourant au Pôle d'évaluation gériatologique (se reporter à la recommandation 4) ou à l'équipe mobile de gériatrie (se reporter à la recommandation 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.



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

Recommandation n° 16 :

Adapter l'ensemble des dispositifs de la filière et de ses partenaires aux problèmes spécifiques des **handicapés vieillissants**.

Adapter les modalités de l'évaluation gérontologique 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.

Professionaliser les professionnels du handicap par la mise en œuvre de formations en gériatrie et gérontologie.



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

MESURE 29

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

MESURE 30

Faciliter la création des réseaux gérontologiques 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 gérontologiques en définissant les rôles et missions respectives 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.

MESURE 32

Renforcer la formation initiale en gériatrie dans les écoles d'infirmière et d'aide soignant.

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 gériatologie (DU 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.



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

Recommandation n° 18 :

Augmenter le nombre de gériatres afin de répondre aux besoins actuels et futurs.

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 gériatologie.

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.



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

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.



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

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.



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

Recommandation n° 19 :

Doter les centres référents gériatriques de **commissions de réflexion éthique** à disposition des structures partenaires.

MESURE 43

Prendre en compte dans l'organisation du travail et le calcul des 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.



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

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.