



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2006

**La filière gériatrique : une réponse au
défi que pose à l'hôpital le
vieillissement de la population**

Bergamote NEMITZ

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Michel Calmon, Directeur du Centre hospitalier de Chartres, pour m'avoir aidé dans le choix de ce sujet de mémoire et m'avoir conseillé tout au long de sa rédaction. Qu'il reçoive ici également toute ma reconnaissance pour m'avoir confié au fil du stage des missions particulièrement riches et intéressantes, me permettant de mieux percevoir le rôle du Directeur d'hôpital dans l'organisation des soins.

Je tiens également à remercier vivement Madame Catherine Paul, Directrice-adjointe en charge de la stratégie et des systèmes d'information et maître de stage et Madame Françoise Debray, Directrice-adjointe en charge du Centre de gérontologie, pour leurs conseils avisés, leur disponibilité et pour l'ensemble des informations qu'elles ont bien voulu mettre à ma disposition en appui de la réalisation de ce mémoire. Leur aide et leur expérience ont concouru, sans nul doute, à l'enrichissement de ce travail et à l'élargissement de ma culture hospitalière.

Je souhaite en outre remercier l'équipe médicale et soignante du Centre de gérontologie et particulièrement Madame le Docteur Faudon-Gibelin, chef de service, et Madame Nadine Cordier, cadre de santé, pour m'avoir ouvert les portes des services de soins et permis ainsi de mieux saisir les spécificités de la prise en charge gériatrique des patients.

Mes remerciements vont en outre à Madame le Docteur Catherine Réa, médecin-conseil à la Direction régionale du service médical du Centre, pour avoir accepté d'être mon encadrant mémoire et m'avoir dans ce cadre donné accès à de nombreux travaux relatifs au volet Gériatrie des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Son expérience et sa connaissance des établissements m'ont permis de mieux comprendre l'organisation sanitaire territoriale et sa dimension stratégique.

Que mes proches et particulièrement Monsieur Louis Dupaigne soient enfin remerciés pour leur patience et leurs encouragements durant la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....1

1 La tendance à une hospitalisation forte des personnes âgées de 75 ans et plus, qui s'explique notamment par leurs caractéristiques épidémiologiques, devrait être renforcée à l'avenir du fait du vieillissement démographique.....9

1.1 Perspectives démographiques : une population âgée en forte hausse ce qui devrait influencer sur les dépenses sanitaires.....9

1.1.1 Le vieillissement de la population, impact quantitatif attendu.....9

1.1.2 Les conséquences du vieillissement sur le recours aux services sanitaires.14

1.2 Perspectives épidémiologiques : les personnes âgées de plus de 75 ans sont fréquemment atteintes de plusieurs pathologies, somatiques et psychiques, et deviennent au fil du temps dépendantes pour certains actes de la vie courante.....18

1.2.1 La polypathologie : 7,6 maladies déclarées en moyenne pour les personnes âgées de 75 ans et plus.....18

1.2.2 Cas particulier de la démence, qui toucherait en 2010 plus de 800 000 personnes âgées en France.....22

1.2.3 Evolution de la dépendance liée à l'âge : celle-ci concernerait actuellement plus de 800 000 personnes âgées, et ce chiffre pourrait être de 1,2 millions à horizon 2040.....25

1.3 La prise en charge actuelle de la personne âgée, fréquente, n'est pas toujours adaptée à ses besoins spécifiques.....28

1.3.1 L'hospitalisation, une étape le plus souvent inévitable dans le parcours de soins de la personne âgée.....28

1.3.2 Les personnes âgées ont recours à tous les services d'hospitalisation, les services gériatriques ne répondant pas tous à la demande.....33

1.3.3 Si l'hospitalisation est inévitable, elle peut néanmoins présenter pour la personne âgée fragile des effets néfastes lorsque la prise en charge est inadaptée.....39

2 La filière gériatrique du Centre hospitalier de Chartres : une réponse à l'augmentation du nombre de personnes âgées hospitalisées, qui permet une prise en charge adaptée dans les services de court séjour.....45

2.1	La mise en place d'une filière gériatrique du Centre hospitalier de Chartres s'est inscrite dans un contexte normatif qui lui est favorable.....	45
2.1.1	Les apports de la circulaire du 18 mars 2002.....	45
2.1.2	Le volet "Gériatrie" du SROS 2 de la région Centre préconise une organisation de la prise en charge des personnes âgées en filière gériatrique.....	50
2.1.3	Le volet "Prise en charge des personnes âgées du SROS 3 de la région Centre confirme les priorités définies dans le SROS 2.....	55
2.2	Une prise en charge sanitaire de qualité de la personne âgée : une tradition ancienne au Centre hospitalier de Chartres et en constante évolution, qui a permis que soit mise en place la première filière gériatrique complète du département.....	58
2.2.1	Le département d'Eure-et-Loir, qui a une population relativement jeune, dispose d'une offre sanitaire et médico-sociale adaptée aux besoins des personnes âgées, malgré des difficultés de démographie médicale importantes.....	59
2.2.2	Le Centre hospitalier de Chartres dispose de nombreuses structures de prise en charge de la personne âgée dont les missions sont définies depuis les années 1990 par une politique gériatrique volontariste.....	62
2.2.3	S'inscrivant dans la démarche réglementaire, le Centre hospitalier de Chartres est actuellement le seul établissement du territoire de santé d'Eure-et-Loir à disposer d'une filière gériatrique complète.....	64
2.3	Évaluation du fonctionnement de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Chartres à l'aide des préconisations des textes et des réponses des établissements partenaires au questionnaire d'évaluation du fonctionnement de la filière gériatrique.....	68
2.3.1	L'intervention de la filière gériatrique dès l'arrivée du patient âgé à l'hôpital vise à assurer l'adéquation entre son état pathologique et la prise en charge hospitalière.....	70
2.3.2	Durant l'hospitalisation, le patient âgé est pris en charge par la filière gériatrique, soit dans le cadre du service de médecine gériatrique, soit du fait de l'intervention de l'EGAL dans un autre séjour de court séjour.....	73
2.3.3	La filière intervient enfin à la sortie du patient du court séjour, permettant ainsi de réduire les DMS des patients « médicalement sortants ».....	76
3	Recommandations visant à améliorer le fonctionnement de la filière de soins gériatriques du Centre hospitalier de Chartres.....	79
3.1	Recommandations relatives à l'organisation intra-hospitalière de la filière.....	79
3.1.1	Élargir l'astreinte opérationnelle des médecins gériatres à des interventions aux urgences durant les plages de fermeture de l'EGAL.....	79

3.1.2	Regrouper, à l'issue des travaux, sur le site de l'hôpital Louis Pasteur le service de médecine gériatrique et l'UGOS.....	79
3.1.3	Dédier les 25 futurs lits de SSR à une prise en charge exclusivement gériatrique	
3.2	Recommandations relatives à l'organisation extra-hospitalière de la filière.....	80
3.2.1	Créer deux équipes mobiles départementales intervenant au domicile des personnes âgées afin de réaliser des bilans.....	80
3.2.2	Développer l'hospitalisation à domicile des personnes âgées.....	80
3.2.3	Renforcer le réseau départemental, en développant des outils communs	80
3.3	Recommandations plus générales.....	81
3.3.1	Développer l'offre de formation pour les métiers de la gériatrie, notamment en formation continue.....	81
3.3.2	Mieux valoriser financièrement l'activité gériatrique.....	81
	Conclusion.....	83
	Bibliographie	85
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

- ❑ A.G.G.I.R. (grille) : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources
- ❑ A.P.A. : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ❑ A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ❑ C.L.I.C. : Comité local d'information et de coordination
- ❑ C.M.D. : Catégorie Majeure de Diagnostic
- ❑ D.H.O.S. : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- ❑ D.M.S. : Durée Moyenne de Séjour
- ❑ D.R.S.M. : Direction Régionale du Service Médical
- ❑ E.G.A.L. : Equipe Gérontologique d'Appui et de Liaison
- ❑ E.H.P.A.D. : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ❑ G.I.R. : Groupe Iso-Ressource
- ❑ G.M.P. : GIR Moyen Pondéré
- ❑ H.A.D. : Hospitalisation A Domicile
- ❑ H.I.D. (enquête) : Handicap – Incapacités – Dépendance
- ❑ H.T.C.D. : Hospitalisation de Très Courte Durée
- ❑ S.A.U. : Service d'Accueil des Urgences
- ❑ S.M.T.I. : Soins Médicaux et Techniques Importants
- ❑ S.R.O.S. : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- ❑ S.S.I.A.D. : Services de Soins Infirmiers A Domicile
- ❑ S.S.R. : Soins de Suite et de Réadaptation
- ❑ T 2 A : Tarification A l'Activité
- ❑ U.G.O.S. : Unité Gérontologique d'Orientation et de Soins
- ❑ U.S.L.D. : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Le choix de consacrer ce mémoire professionnel à la filière gériatrique, et plus largement à l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes âgées à l'hôpital, est venu d'un constat et d'une perspective : le constat d'une sur-représentation des patients âgés de plus de 75 ans parmi les personnes hospitalisées dans les services de court et de moyen séjour des hôpitaux publics (46% des hospitalisés ont plus de 75 ans alors qu'ils ne représentent que 7,7% de la population) et la perspective démographique d'une très forte hausse de la part des personnes âgées dans la population française d'ici 2020. La France comptera 6 millions de personnes âgées de 75 ans et plus en 2020, soit 33% de plus qu'en 2000, qui représenteront alors 10% de la population. Le nombre de personnes très âgées (85 ans et plus) va augmenter encore plus rapidement pendant la période, passant de 1.4 millions à 2.1 millions, soit une augmentation de 50%.

Cette population âgée a des besoins en soins plus élevés que la moyenne de la population. En effet, la personne âgée est le plus souvent porteuse de plusieurs maladies chroniques et aiguës, somatiques et psychiques. Elle est en outre souvent dépendante pour réaliser certains actes de la vie courante, et peut présenter des signes de démence. L'augmentation de leur nombre, due au vieillissement de la population, va donc entraîner une augmentation de la consommation de soins, et ce faisant, du nombre d'hospitalisations. Le nombre de patients âgés hospitalisés augmentera donc dans les années à venir.

Or le patient âgé de 75 ans et plus présente des besoins spécifiques lors de son hospitalisation. Poly-pathologique, le patient âgé nécessite une approche médicale globale et des soins médico-techniques importants. Dépendant, il a besoin d'être aidé dans tous les gestes de la vie courante, rendant les soins de nursing essentiels. Dément, il doit être surveillé régulièrement, afin de s'assurer qu'il ne se nuit pas à lui-même. Fragile, il doit bénéficier lors de son hospitalisation d'une évaluation et d'une prise en charge adaptée à ses besoins spécifiques visant à prévenir l'entrée dans la dépendance et la « grabatisation ». A défaut de l'ensemble de ces éléments, l'hospitalisation peut avoir des effets néfastes pour le patient âgé : escarres, intoxication iatrogène, basculement dans la dépendance, fragilisation de l'état général, durée d'hospitalisation anormalement longue du fait des difficultés à organiser la sortie du patient devenu dépendant. La prise en charge aux urgences est particulièrement sensible : « 75% des malades de plus de 75 ans arrivent à l'hôpital par le biais des urgences, en situation de grande fragilité. Les interventions tardives ont un coût humain en termes de perte d'autonomie. Cela se solde

souvent par des entrées en institution non souhaitables et non souhaitées et par le déclin de la personne âgée» note le Professeur Olivier Saint-Jean, Chef du service de gériatrie de l'hôpital européen Georges Pompidou¹.

L'adaptation de la prise en charge hospitalière de la personne âgée à ses besoins spécifiques est donc au cœur de la réussite des traitements, avec un retour à domicile à la clé. Or ces besoins spécifiques sont encore fréquemment niés, ou pour le moins négligés, dans les services de court séjour de spécialité. Comme le soulignent les Professeurs Jeandel et Pfitzenmeyer ainsi que le Directeur général Vigouroux dans le *Programme pour la gériatrie* remis en avril 2006 au Ministre de la santé et des solidarités, « Derrière les discours compréhensifs et généreux, la réalité est que, aujourd'hui, le patient gériatrique ne bénéficie pas toujours d'un accueil parfait à l'hôpital. En effet, l'hôpital est avant tout constitué de services cliniques de spécialité, non gériatriques, où la complexité de la prise en charge de sujets poly-pathologiques et très dépendants est un frein à une acceptation optimale. La personne âgée handicapée nécessite un fort investissement en temps de la part d'équipes confrontées à une rotation accrue des patients et donc à une accélération accrue du travail, alors que ces tâches supplémentaires bien réelles ne sont actuellement pas valorisées et ne permettent donc pas de renforcer les équipes»².

Le fait est que les personnes âgées, en raison de leurs caractéristiques épidémiologiques et de leurs besoins spécifiques, apparaissent aujourd'hui assez peu en adéquation avec l'organisation et la conception hospitalière des soins, qui au fil des réformes hospitalières du XX^{ème} siècle a délaissé l'hospice pour se tourner vers la technique et l'hyper spécialisation. Comme l'indiquent D. Debrosse et G. Abruz, «A la source de la crainte des professionnels de voir leur établissement redevenir un hospice, on trouve le souvenir encore présent des relations de l'hôpital avec la population des sujets âgés, des images anciennes du vieillard hospitalisé en institution, en décalage avec le profil des sujets âgés dans la société française en ce début de XXI^{ème} siècle.»³. A cette culture hospitalière privilégiant l'implantation des techniques médicales et la spécialisation

¹ Cité dans V. BARRESI, « Urgences gériatriques : bien choisir son hôpital », *Décision Santé*, n°174, avril 2003, page 15

² C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER, P. VIGOUROUX, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, Rapport remis au Ministre de la santé et des solidarités, avril 2006, page 3

³ G. ABRUZ, D. DEBROSSE, « Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, n°424, mars 2003, page 191

des services s'ajoute la logique de l'actuelle réforme de la tarification, la tarification à l'activité (T2A) qui pénalise dans le mécanisme de valorisation les séjours ayant une durée moyenne de séjour (DMS) plus longue que la moyenne. Or les patients âgés (75 ans et plus) ont en moyenne une DMS plus longue que les patients plus jeunes, à la fois en raison de la plus forte proportion de patients poly-pathologiques, en raison d'une moindre capacité de récupération fonctionnelle due à l'âge, mais également en raison de difficultés rencontrées pour organiser la sortie du patient. Ainsi, « Trop souvent, ce patient gériatrique est perçu comme « embolisant » le service faute de place d'aval au moment où, T2A oblige, la fluidité s'impose comme un impératif essentiel de gestion des pôles »⁴.

Du fait de ces spécificités, et parce que l'hôpital accueillera dans les années à venir une proportion de plus en plus importante de personnes âgées de plus de 75 ans en raison de la tendance démographique nationale, l'évolution des mentalités et la mise en place d'une organisation hospitalière garantissant un accueil et des soins de qualité à la personne âgée sont essentielles.

Elle l'est à la fois pour les patients accueillis, pour leurs familles, mais également pour les personnels hospitaliers, qu'ils soient soignants, médecins ou gestionnaires. Un avis gériatrique et la diffusion de bonnes pratiques soignantes relatives à la personne âgée constituent par exemple des aides solides pour les équipes de certains services de court séjour et pour le service de médecine d'urgence. Elles peuvent également permettre de limiter la durée du séjour du patient, en prévenant les risques de décompensation et d'entrée dans la dépendance. Par ailleurs, l'existence d'un service de court séjour gériatrique permet une prise en charge adéquate et globale des patients âgés atteints de plusieurs pathologies chroniques invalidantes en phase aiguë à l'origine d'une dépendance. Des lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) à orientation gériatrique facilitent enfin l'organisation des sorties de services de court séjour des patients âgés, avant d'envisager un retour à domicile ou un placement en institution. Ils permettent surtout aux personnes âgées de récupérer aux mieux leurs capacités grâce à un programme de réadaptation ajusté à leurs besoins.

Toute une organisation peut ainsi être mise en place dans les hôpitaux, afin de prévenir les effets du vieillissement démographique sur le système de soins hospitalier.

⁴ C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER, P. VIGOUROUX, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, Rapport remis au Ministre de la santé et des solidarités, avril 2006, page 3

Comme le souligne le *Programme pour la gériatrie*, la « vague démographique » gériatrique, « concernant une population aux besoins en soins très particuliers, nous contraint à réorganiser nos hôpitaux dès maintenant : il en va de l'intérêt du patient gériatrique comme de l'intérêt financier de l'hôpital, heureusement convergents. L'organisation que nous proposons répond à cette double exigence : améliorer l'accès du patient gériatrique à un soin approprié à ses particularités et optimiser la gestion des séjours hospitaliers »⁵.

Le concept de filière de soins apparaît dans ce cadre comme une aide précieuse. Emprunté aux milieux industriels et commerciaux, « il permet de décrire le chaînage des différents séjours dans les unités fonctionnelles successives lors de l'hospitalisation d'un patient. Centrée sur le patient, l'analyse intègre alors l'ensemble des prestations hospitalières offertes par l'établissement »⁶. Or dans le cas des patients âgés, ces prestations sont nombreuses puisque ces patients, le plus souvent poly-pathologiques, nécessitent différents traitements et examens et suivent la plupart du temps des soins de réadaptation en aval de l'hospitalisation de court séjour. Le concept de filière gériatrique permet ainsi de considérer le séjour de la personne âgée dans sa globalité, alors même que la logique hospitalière traditionnelle voudrait qu'on ne perçoive ce séjour que de façon fragmentée, service par service.

Les Professeurs Jeandel et Pfitzenmeyer et le Directeur Général Vigouroux placent ainsi l'organisation des soins gériatriques en filière au cœur de leur programme pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les quinze ans à venir. Ils définissent la filière gériatrique comme « le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé »⁷. La *circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques* définit pour sa part cette filière comme la filière de soins en faveur des patients gériatriques qui permet de leur offrir un panel de ressources adaptées à leurs besoins et de reconnaître et prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale.

⁵ Ibid, page 2

⁶ O. DRUNAT, J. HOLSTEIN, P. LUTZLER, « Intérêt du concept « filières de soins » pour les établissements hospitaliers », *Gestions hospitalières*, n°362, janvier 1997, page 45

⁷ C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER, P. VIGOUROUX, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le*

Les éléments qui composent la filière gériatrique hospitalière englobent ainsi tout un panel des dispositifs spécifiques qui interviennent aux différentes étapes du parcours de soins du patient âgé : le service de court séjour gériatrique, le service de SSR gériatriques, l'unité de soins de longue durée (USLD) mais aussi, plus innovant, un pôle d'évaluation gériatrique permettant de réaliser des bilans complets (médicaux, psychologiques et sociaux) du patient âgé et une équipe mobile de gériatrie qui intervient à la demande des médecins au service d'accueil des urgences et dans les services de court séjour de spécialité afin de donner un avis gériatrique. Ces structures visent à adapter la prise en charge hospitalière des patients âgés fragiles à leurs besoins spécifiques, afin de prévenir le risque d'entrée dans la dépendance et les autres effets néfastes de l'hospitalisation. Elles permettent également de réduire la DMS des patients âgés en court séjour, ce qui est bénéfique pour le fonctionnement de l'hôpital.

Le Centre hospitalier de Chartres est apparu comme un bon terrain d'observation du fonctionnement concret d'une filière gériatrique, car il dispose depuis novembre 2004 d'une filière complète, composée de :

- un service de court séjour gériatrique de 28 lits,
- un service de SSR de 30 places à orientation gériatrique,
- 449 lits conventionnés EHPAD depuis 2002, où 85% des résidents ont un Groupe iso ressource (GIR) 1, 2 ou 3 c'est-à-dire sont très dépendants, où l'âge moyen est de 84,3 ans et qui compterait selon la coupe PATHOS 131 lits d'USLD
- un pôle d'évaluation gérontologique à vocation départementale, appelé Unité gérontologique d'orientation et de soins (UGOS) qui dispose de deux places d'hôpital de jour et au sein duquel ont quotidiennement lieu des bilans médico-psycho-sociaux et des consultations gériatriques ;
- une consultation mémoire labellisée,
- une équipe mobile gériatrique, dénommée Equipe gérontologique d'appui et de liaison (EGAL) opérationnelle depuis novembre 2004 et qui intervient dans les services de médecine et de chirurgie et au service d'accueil des urgences,
- enfin, le Centre hospitalier de Chartres, centre hospitalier de référence, a conclu des conventions avec les EHPAD et maisons de retraite du département afin d'organiser le circuit des résidents lorsqu'ils ont besoin d'être hospitalisés.

Le Centre de gérontologie du Centre hospitalier de Chartres, qui réunit l'ensemble de ces structures, est placé depuis 1990 sous la direction d'un directeur-adjoint de

l'établissement, assisté d'un cadre supérieur de santé et sous la responsabilité d'un chef de service unique, anticipant ainsi la réforme de la gouvernance hospitalière.

La filière de soins gériatriques étant complète au Centre hospitalier de Chartres, et sa mise en place suffisamment ancienne pour permettre une première évaluation de son fonctionnement, ce mémoire se propose de présenter le rôle d'une telle filière dans la prise en charge hospitalière des personnes âgées. Celles-ci devant être du fait du vieillissement de la population de plus en plus nombreuses à l'hôpital, il semble essentiel de décrire l'organisation qui apparaît aujourd'hui comme la plus à même de concilier deux impératifs qui s'imposent aujourd'hui à l'hôpital public : garantir la bonne gestion des ressources rares (moyens financiers et humains), notamment en réduisant la durée moyenne des séjours hospitaliers, et assurer la qualité des soins pour tous. La filière gériatrique, qui permet d'ajuster la prise en charge des patients âgés à leurs besoins spécifiques à chaque étape de leur parcours de soins, préservant ainsi l'autonomie de la personne afin de privilégier un retour à domicile, apparaît bénéfique, tant pour le patient que pour l'établissement de santé.

Ce mémoire procèdera donc en trois temps. Il s'agira tout d'abord, en adoptant une vision prospective, de montrer comment le vieillissement de la population, par son ampleur sans précédent et du fait des caractéristiques épidémiologiques de la population âgée, risque de submerger le système hospitalier, ce qui serait délétère à la fois pour les patients et pour l'hôpital (I). Il s'agira ensuite de montrer comment la mise en place d'une filière gériatrique peut permettre de répondre à certaines de ces difficultés, en présentant les textes et recommandations en vigueur et en évaluant le fonctionnement de la filière du Centre hospitalier de Chartres (II). Enfin, certaines recommandations visant à l'amélioration de l'organisation de la filière gériatrique seront présentées (III).

Méthodologie

Le choix du sujet a été effectué par profond intérêt pour le thème, sans qu'un dossier particulier ne me soit confié dans ce domaine. Lors du premier stage hospitalier, j'avais en effet été frappée tout à la fois par la proportion très importante de personnes très âgées hospitalisées et par l'attention parfois assez faible dont elles pouvaient bénéficier de la part de certains professionnels. J'ai donc choisi de travailler sur ce sujet pour plusieurs raisons : l'intérêt et la valeur d'exemplarité des dispositifs mis en place par le Centre hospitalier (équipe mobile gériatrique, pôle d'évaluation notamment) qui dans le contexte du vieillissement de la population vont jouer un rôle de plus en plus important

dans l'organisation hospitalière, mais également l'envie de travailler sur la prise en charge des personnes âgées, fragiles, dont certains disent qu'elles n'ont pas leur place dans les services de court séjour et qui à l'inverse me semblent devoir bénéficier des soins les plus adaptés. La qualité de l'accueil et de la prise en charge de la personne âgée fait partie intégrante de la politique d'un établissement de santé et témoigne de la démarche éthique à l'œuvre dans les pratiques professionnelles. En outre, le vieillissement démographique va sans aucun doute poser de grosses difficultés à l'hôpital dans les années à venir et il m'a semblé particulièrement intéressant, en tant que futur directeur d'hôpital, d'étudier des dispositifs qui permettent de pallier certaines de ces conséquences néfastes.

L'approche du sujet a été triple :

- Interrogative tout d'abord, puisque j'ai mené différents entretiens avec des acteurs concernés par la filière gériatrique : institutionnels (Mr Calmon, Directeur du Centre hospitalier ; Mme Debray, Directrice-adjointe en charge du Centre de Gérontologie ; Mme Paul, Directrice-adjointe en charge de la stratégie et des systèmes d'information ; le Dr Réa, médecin conseil à la Direction régionale du service médical (DRSM) du Centre en charge du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) Gériatrie), médicaux (le Dr Faudon-Gibelin, Chef de service du Centre de gérontologie ; le Dr Adjim, PH qui intervient dans l'équipe mobile ; le Dr Duriez, Chef du service d'accueil et de traitement des urgences ; le Dr Albert, Président de la CME) et para-médicaux (Mme Cordier, cadre de santé en charge du service de médecine gériatrique, du pôle d'évaluation et de l'équipe mobile ; Mme Baston, infirmière de l'équipe mobile)
- Participative ensuite, puisque j'ai pu assister durant deux après-midi à des consultations mémoire et à des bilans médico-psycho-sociaux au pôle d'évaluation ; j'ai également assisté au staff de médecine gériatrique et passé deux matinées avec l'équipe mobile gériatrique
- Documentée enfin, puisque ne traitant pas de dossier en lien avec le sujet, il a fallu que j'approfondisse chaque aspect du sujet. Il m'importait notamment de trouver des données démographiques et épidémiologiques précises relatives à la population âgée car il s'agit de sujets fréquemment mentionnés dans les textes mais rarement détaillés. Les sources mobilisées sont diverses : manuel de gérontologie, ouvrages relatifs au vieillissement et à ses conséquences en matière de santé publique, articles de démographes, de statisticiens et d'économistes de la santé, articles rendant compte d'expériences de prises en charge hospitalières diverses concernant les personnes âgées, enquêtes réalisées par l'assurance-maladie, textes ministériels, rapports publics, textes régionaux, départementaux et locaux. Le *Programme pour la gériatrie* de Messieurs Jeandel, Pfitzenmeyer et

Vigouroux a bien sûr donné un nouvel éclairage au sujet, et certaines des recommandations formulées à la fin de ce mémoire s'appuient sur ce rapport.

Par ailleurs, travaillant sur le projet médical du territoire de santé d'Eure-et-Loir et participant à toutes les réunions y afférant, j'ai pu rencontrer les chefs d'établissements et présidents de CME des établissements de santé publics et privés partenaires, ainsi que les directeurs des structures de SSR, ce qui a enrichi ma réflexion.

Enfin, j'ai élaboré en collaboration avec Mme Debray, Directrice-adjointe en charge du Centre de Gérontologie, Mme Cordier, cadre de santé du service de médecine gériatrique, du pôle d'évaluation et de l'équipe mobile et Mme Fouju, responsable qualité, un questionnaire d'évaluation du fonctionnement de la filière gériatrique, à destination des maisons de retraite et EHPAD avec lesquels une convention a été signée et ciblant leur niveau de satisfaction quant à la collaboration avec le Centre hospitalier. Le taux de retour, qui est pour l'instant de 50%, permet d'ores et déjà de tirer certains enseignements quant au fonctionnement de la filière gériatrique et à la collaboration à l'œuvre entre les différents établissements du territoire. Ils seront présentés dans la deuxième partie de ce mémoire.

1 LA TENDANCE À UNE HOSPITALISATION FORTE DES PERSONNES ÂGÉES DE 75 ANS ET PLUS, QUI S'EXPLIQUE NOTAMMENT PAR LEURS CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES, DEVRAIT ÊTRE RENFORCÉE À L'AVENIR DU FAIT DU VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE

1.1 Perspectives démographiques : une population âgée en forte hausse ce qui devrait influencer sur les dépenses sanitaires

1.1.1 Le vieillissement de la population française, impact quantitatif attendu

A) Le vieillissement de la population française, une tendance démographique de long terme

La notion de vieillissement démographique traduit l'augmentation de la proportion de la population âgée (par exemple de 65 ans et plus) au cours du temps par rapport à la population totale. Cette augmentation est visible sur les pyramides des âges successives où l'on constate au fil des années un rétrécissement de la base témoignant d'un faible taux de naissance et un élargissement du haut témoignant de la survie de plus en plus importante des générations les plus âgées.

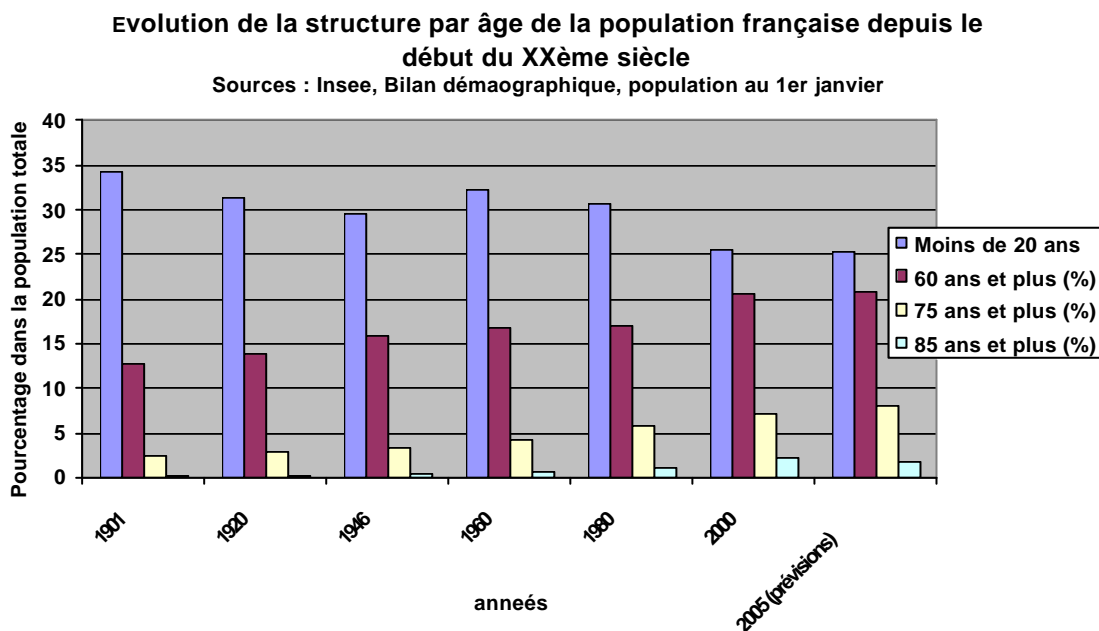
Le vieillissement démographique est en effet une tendance de long terme due à une baisse de la fécondité ainsi qu'à une baisse de la mortalité. Il correspond à la deuxième phase du phénomène de transition démographique décrit pour la première fois par Adolphe Landry au début du XX^{ème} siècle. La transition démographique correspond en effet au passage du régime démographique traditionnel (fécondité et mortalité élevées mais voisines, d'où une croissance démographique minime) à un régime moderne caractérisé par une fécondité et une mortalité faibles. Elle suppose deux transitions : une transition de la mortalité qui dépend d'une amélioration de l'hygiène et d'une disparition progressive des maladies infectieuses au profit des maladies chroniques ou dégénératives et accidents, ainsi qu'une transition de la fécondité par évolution d'une fécondité dite « naturelle » vers une fécondité « dirigée ». Elle implique ainsi :

- Une baisse du nombre moyen d'enfants par femme
- Une diminution de la mortalité infantile
- Une diminution de la mortalité à tous âges, entraînant ainsi une hausse de l'espérance de vie à la naissance et à tous les âges.

La France a achevé sa transition démographique au cours du XIX^{ème} siècle, la population française connaissant un vieillissement continu depuis, vieillissement cependant plus lent que dans d'autres pays européens grâce au phénomène de « Baby boom » (accroissement important du nombre de naissances par femme entre 1944 et 1964), qui a rajeuni la population tant que les générations concernées étaient jeunes. Depuis la fin du Baby boom, on assiste en revanche à une baisse de la natalité en France, se traduisant depuis 1975 par un non-renouvellement des générations du fait d'un nombre moyen d'enfants par femme trop bas, car inférieur à 2,1 (l'indice synthétique de fécondité qui garantit le renouvellement à l'identique des populations françaises, compte tenu des taux de mortalité et de l'âge moyen à la maternité).

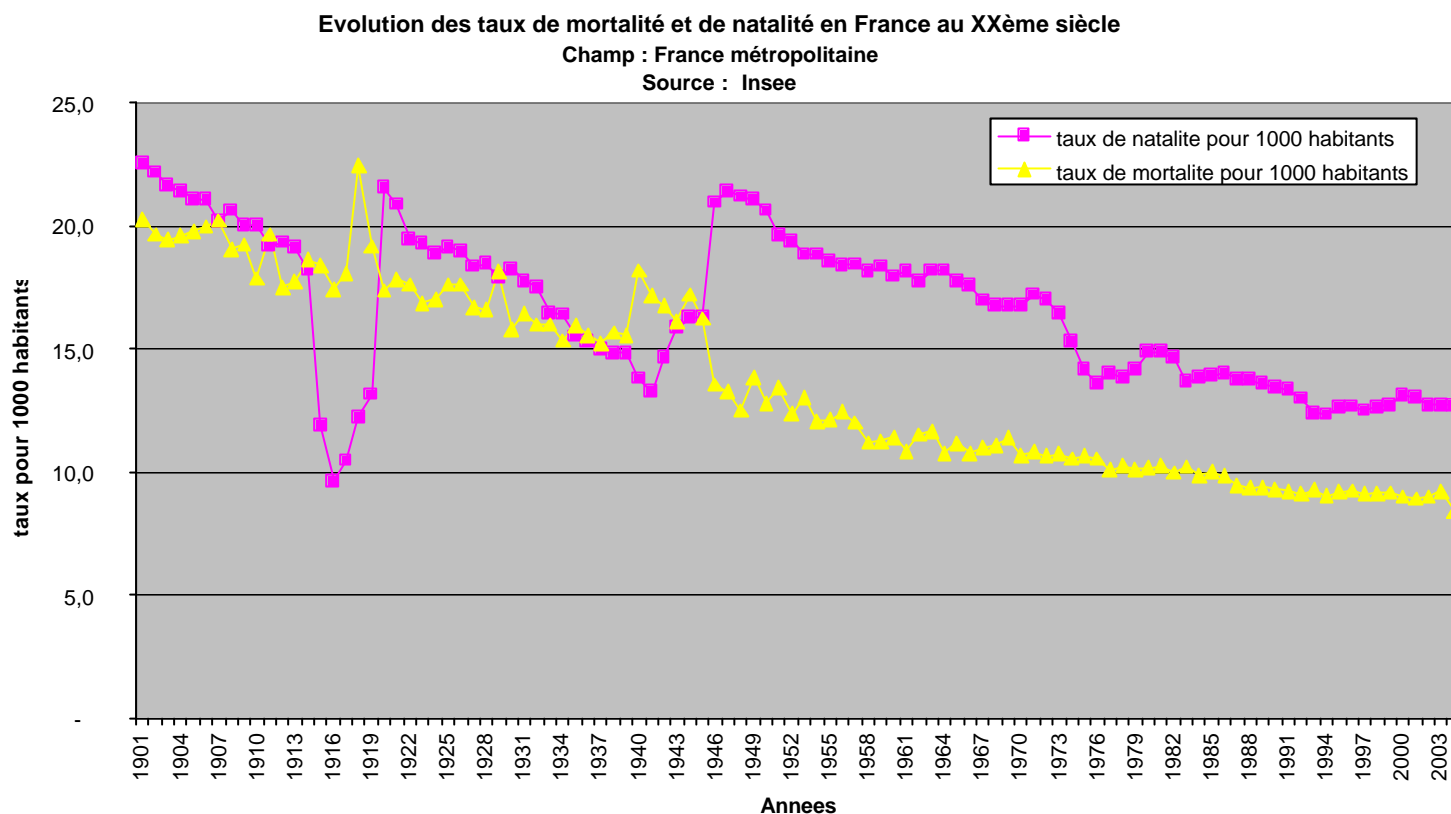
Le vieillissement de la population française, dû à un accroissement de la proportion de personnes âgées et à une diminution de celle des personnes jeunes, apparaît ainsi nettement dans l'évolution des données démographiques relatives à la répartition des populations par classes d'âge au cours du XX^{ème} siècle.

Graphique 1. Evolution de la structure par âge de la population française depuis le début du XX^{ème} siècle



L'évolution des taux de mortalité et de natalité depuis le début du XX^{ème} siècle en France explique ce vieillissement :

Graphique 2. Evolution des taux de natalité et de mortalité en France métropolitaine depuis le début du XX^{ème} siècle



L'évolution de l'espérance de vie, qui s'accroît chaque année d'un trimestre, pour dépasser désormais pour les femmes 80 ans à la naissance, explique également cette évolution de la répartition de la population par classe d'âge en faveur des personnes âgées. Elle est un élément de contexte essentiel lorsque l'on s'intéresse au «grand âge», qui selon Jean-Claude Henrad et Joël Ankri dans leur ouvrage *Viellissement, grand âge et santé publique* désigne les populations âgées de plus de 75, voire 80 ans : « C'est au-delà de 75 ans, et plus probablement de 80 ans, que l'on peut parler de grand âge ou de vieillesse »⁸.

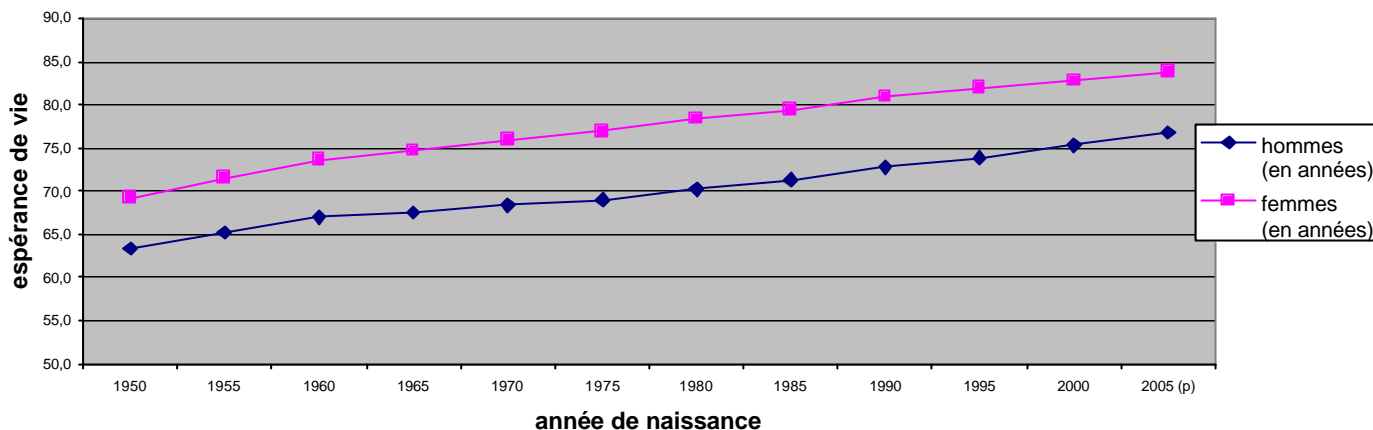
⁸ J.C. HENRAD, J. ANKRI, *Viellissement, grand âge et santé publique*, Editions ENSP, Rennes, 2003, page 7

Graphique 3. Evolution de l'espérance de vie en France métropolitaine entre 1950 et 2005

Evolution de l'espérance de vie à la naissance

Champ : France métropolitaine.

Source : Insee, Bilan démographique.



B) Perspectives démographiques

A cette tendance démographique de long terme s'ajoute un facteur conjoncturel accélérant dans les années à venir le vieillissement de la population : l'arrivée dès 2007 au seuil de la retraite des classes pleines du Baby-boom. On pourrait assister à une multiplication par 1,6 des effectifs de 60 ans et plus d'ici 2030, à leur quasi-doublement d'ici 2050. Cette hausse est encore plus marquée pour le grand âge, puisque le nombre de personnes de plus 75 ans serait multiplié par 2,4 et celui des personnes de plus de 85 ans par 4,4 entre 2005 et 2050, représentant alors 7,5 % de la population française (dans l'hypothèse d'un maintien des tendances actuelles déterminant la croissance démographique : taux de natalité, taux de mortalité, taux de morbidité notamment). En outre, alors que le nombre de personnes de plus de 85 ans est resté stable entre 1995 et 2005, en raison du déficit de naissances lié à la Première guerre mondiale, il va quasiment doubler dans les dix prochaines années, passant de 1 100 000 en 2005 à 1 900 000 en 2015⁹.

⁹ Données issues du *Plan solidarité grand âge* présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille le 27 juin 2006

Tableau 1. Evolution future de la population âgée

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
<u>60 ans et plus</u> effectifs en milliers	12 583	14 104	17 131	19 906	21 616	22 441
<u>75 ans et plus</u> effectifs en milliers	4 877	5 476	6 050	8 377	10 397	11 573
<u>85 ans et plus</u> effectifs en milliers	1 082	1 549	2 149	2 417	3 899	4 810
<u>100 ans et plus</u> effectifs en milliers	15	21	24	60	87	165

Sources : Insee, 2003, Projections de population

Scénario moyen : maintien des tendances passées entre chacune des composantes de l'évolution de la population

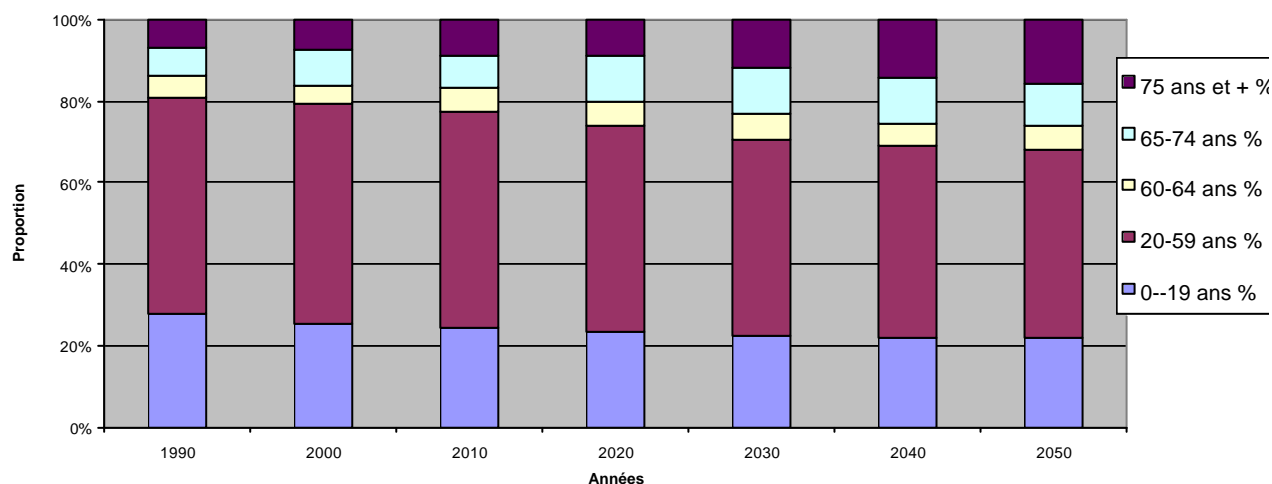
Le vieillissement de la population française s'accroîtrait entre 2005 et 2050 : alors que 20.8% de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion serait de 30.6% en 2035 et de 31.9% en 2050¹⁰.

Graphique 4. Projection de l'évolution de la répartition par tranches d'âge de la population de la France métropolitaine, 1990-2050

Evolution de la répartition de la population de la France métropolitaine par tranches d'âge, de 1990 à 2050

Champ : France métropolitaine

Source : Insee, projections de population 2005-2050, scénario central



¹⁰ I. ROBERT-BOBEE, «Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 – La population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *Insee Première*, n°1089, juillet 2006

Le vieillissement de la population française est inéluctable, dans la mesure où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 étant toutes déjà nées. L'allongement de la durée de vie, déjà manifeste durant le siècle passé, ne fera qu'accroître l'ampleur du vieillissement. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait à son niveau de 2005, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50% entre 2005 et 2050.

1.1.2 Les conséquences du vieillissement sur le recours aux services sanitaires

A) L'évolution générale de la morbidité, les scénarii plausibles

Le passage de l'étude de la démographie d'une population à celle de son état de santé n'est pas un exercice mécanique : si l'on peut aisément présumer que le vieillissement de la population et la hausse du nombre de personnes de plus de 75 ans vont entraîner une augmentation des personnes nécessitant des soins, il importe cependant d'étudier précisément certaines données épidémiologiques pour fonder l'analyse. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie peut se faire en bonne ou en mauvaise santé : il faut donc comparer l'augmentation de l'espérance de vie avec l'évolution des taux de morbidité¹¹ et de mortalité propres au grand âge, dans le temps.

Depuis le début des années 1980, plusieurs scénarii d'évolution de l'état de santé des populations âgées ont été modélisés sur la base d'une comparaison de l'évolution relative de trois indicateurs : l'espérance de vie, l'espérance de vie sans maladie chronique et l'espérance de vie sans incapacité¹². Ces différentes théories ont conduit à des scénarii contrastés :

- Le premier table sur une compression de la morbidité : dans cette hypothèse, l'âge moyen d'apparition des maladies est retardé (du fait de la prévention, des progrès techniques), alors que l'espérance de vie est

¹¹ **Morbidité** : nombre (absolu ou relatif) des malades dans une population donnée et pendant une durée donnée ; la mesure de la morbidité réelle ne concerne que certaines pathologies ciblées en France. Les autres données à disposition concernent la morbidité déclarée lors de certaines enquêtes et la morbidité diagnostiquée par les médecins lors d'un examen médical.

¹² D. POLTON, C. SERMET, « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°5-6, février 2006

- constante ; le nombre d'années vécues avec maladie diminue donc, d'où une compression de la morbidité¹³.
- Le deuxième anticipe au contraire une expansion de la morbidité, en faisant l'hypothèse que la date d'apparition des maladies est identique, mais que grâce aux progrès médicaux l'espérance de vie continue d'augmenter ; la durée de survie avec maladie augmente¹⁴.
 - Il existe des scénarii intermédiaires entre ces deux extrêmes.

Plus récemment, une étude empirique menée en France sur la période 1980-1991¹⁵ montre que les gains d'espérance de vie sont identiques aux gains d'espérance de vie sans incapacité (2,5 ans en 10 ans). On constate depuis une vingtaine d'années un recul des limitations fonctionnelles physiques, un recul des incapacités légères mesurées par la restriction des activités de la vie quotidienne ainsi qu'une diminution de l'incapacité sévère, mesurée par l'alitement ou le confinement à la maison. Ceci signifie donc que les années de vie gagnées sont des années de vie sans gêne ou difficulté particulière. En revanche, l'espérance de vie sans maladie chronique n'a pas augmenté sur la période. Sur la période étudiée par J.M. Robine, la prévalence¹⁶ déclarée des maladies chroniques a augmenté, mais en étant moins souvent associée à des incapacités. Nous serions donc dans un scénario dans lequel l'âge d'apparition des maladies ne varie pas (donc l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques au sein du cycle de vie), mais ces états prévalents sont en moyenne moins sévères.

B) L'impact mécanique de la déformation de la structure d'âge sur les dépenses de santé

Quel que soit le scénario retenu pour effectuer des projections relatives à l'état de santé future de la population âgée et à sa consommation de soins, une augmentation de la consommation médicale liée au vieillissement de la population est à prévoir. Les personnes âgées ont en effet des besoins de soins supérieurs à ceux du reste de la population : la consommation médicale augmente rapidement avec l'âge. C'est ce qu'on

¹³ J. F. FRIES, « Aging, natural death and the compression of morbidity », *New England Journal of Medicine*, 1980, n°303:130-35

¹⁴ E.M. GRUENBERG, *Epidemiology of aging*, National Institute of Health, 1980

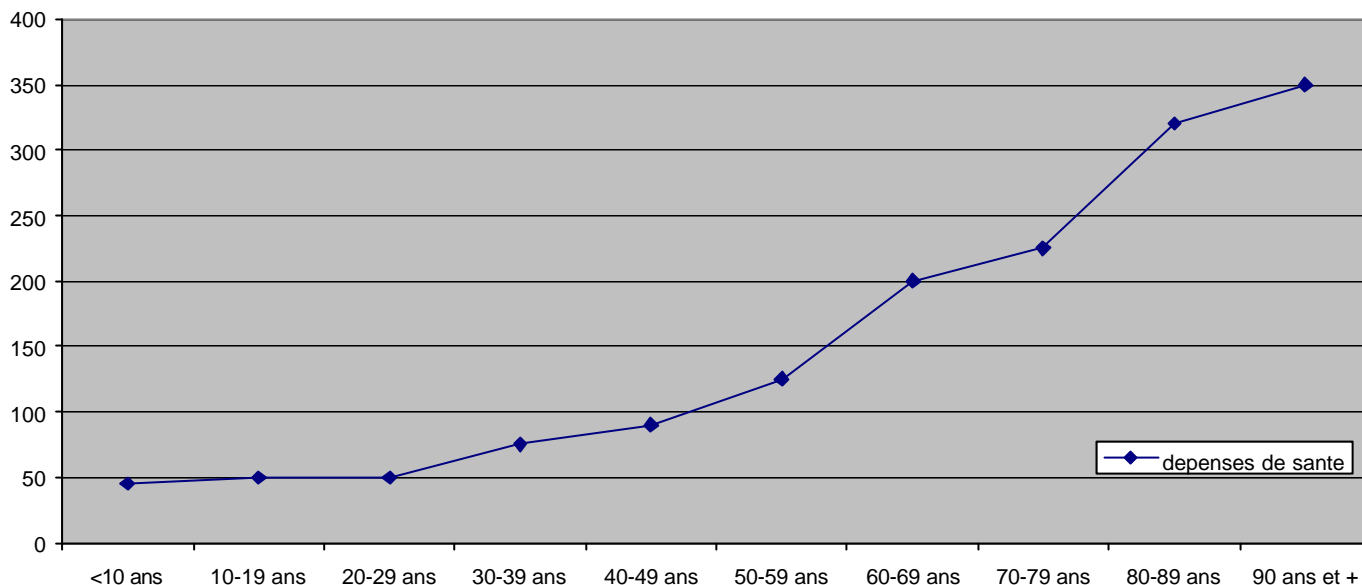
¹⁵ P. MORMICHE, J.M. ROBINE, « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *Insee Première*, n°281, 1993

¹⁶ Prévalence: nombre de cas de maladie recensés dans la population un jour donné

appelle l'effet mécanique. Le profil de dépense par âge est ainsi croissant de façon constante¹⁷.

Graphique 5. Profil des dépenses de santé par âge en 2004

Profil de la dépense de santé totale par âge, 2004
Source : Echantillon permanent d'assurés sociaux, exploitation CnamTS



Cet effet mécanique, contrairement à une idée assez répandue, reste modéré, même s'il augmente par rapport aux décennies passées. Les premières estimations, réalisées à partir des enquêtes santé de l'Insee, l'ont chiffré à 0,2% par an sur la période 1970-1990, 0,3% sur la période 1990-2000 et 0,5% sur la période 2000-2010¹⁸. Du fait de l'accélération du vieillissement, cet effet devrait augmenter entre 2000 et 2020 pour se situer à 0,7% par an. L'effet démographique total (évolution de l'effectif de la population + déformation de la structure d'âge) devrait être autour de 1% par an.

Il importe néanmoins de souligner que ces projections ne concernent que les dépenses de soins qualifiées d'aigus, c'est-à-dire les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et les produits de santé ; ils ne comprennent pas les soins de longue durée qui, associés au vieillissement de la population, connaîtront une croissance plus rapide. Ainsi, pour l'ensemble des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'impact global a été évalué à 3 points de Produit intérieur brut à horizon 2050, dont 2 pour les soins et 1 pour la dépendance.

¹⁷ M. GRIGNON, « Les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé », *Questions d'économie de la santé*, n°66, mars 2003

¹⁸ J.M. HOURRIEZ, « La consommation médicale à l'horizon 2010 », *Economie et statistiques*, 1993, n°5, p17-31

Ces augmentations liées au vieillissement de la population sont à comparer à l'augmentation globale de la consommation de soins et de biens médicaux qui était de 3,9% en volume entre 1980 et 2000.

C) Autres facteurs liés au vieillissement de la population pouvant influencer l'utilisation des services sanitaires

Pour pousser la réflexion quantitative et stratégique sur la demande de service des personnes âgées, il faut prendre en compte d'autres éléments que le seul effet mécanique de la déformation de la structure d'âge.

On peut notamment anticiper un effet de génération, lié au fait que, au même âge, des générations successives se comportent différemment. L'étude du profil de dépenses de santé par âge (cf. Graphique 5) sur plusieurs années montre en effet qu'au fil du temps, cette courbe a tendance à «se creuser», c'est-à-dire que le recours aux soins des personnes âgées augmente plus rapidement que celui du reste de la population. Ce constat n'est pas propre à la France : ainsi, par exemple au Canada, de 1961 à 1991, les taux d'hospitalisation ont diminué de 10% pour l'ensemble de la population, mais ils ont augmenté de 31% pour la classe d'âge 35-74 ans et de 40% pour les plus de 75 ans¹⁹.

De ce point de vue, il est probable que les générations futures de personnes âgées auront une demande supérieure à celle de leurs aînés vis-à-vis du système de soins. Dans la mesure où les enquêtes montrent que les données épidémiologiques, et notamment l'évolution du taux de morbidité, n'expliquent pas l'accroissement des dépenses de santé, on peut conclure que la déformation du profil de dépenses de santé par âge est entièrement attribuable à l'évolution des pratiques de soins, ou plus exactement à l'intensification du recours aux soins sous l'effet conjoint d'une offre et d'une demande croissante²⁰. Cet « effet de génération » peut s'observer sur les périodes passées lorsque l'on compare les consommations de soins par âge à partir des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux. Pour autant, et même s'il ne faut pas le négliger dans une réflexion prospective, on peut difficilement le modéliser et en prévoir l'ampleur.

¹⁹ D. POLTON, C. SERMET, « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n°5-6, février 2006

²⁰ B. DORMONT, M. GRIGNON, H. HUBER, *Health expenditures and the demographic rhetoric : reassessing the threat of ageing*, Institut d'économie et de management de la santé, Lausanne, 2001

Un autre facteur qui pourrait influencer sur l'évolution de la consommation des soins médicaux par les personnes âgées dans le temps concerne le progrès technique et les types de pathologies (donc les tranches d'âge) sur lesquelles il portera²¹. On peut déjà à ce sujet prévoir des avancées sur les cancers et sur les pathologies du vieillissement, qui pourraient se traduire par des coûts de traitement supérieurs aux âges élevés.

Il résulte de l'analyse de ces deux facteurs d'accroissement des dépenses de santé liés au vieillissement qu' « il n'y a pas de fatalité démographique, ni épidémiologique justifiant une accélération insoutenable des dépenses de santé due au vieillissement »²². Comme une partie de cette croissance provient de l'évolution des pratiques de soins et de l'intensification des traitements, et non du seul vieillissement, un champ et des leviers d'action demeurent pour les politiques publiques. La mise en place de filières gériatriques dans les hôpitaux est l'un de ces leviers car ces filières participent de la politique de rationalisation de l'offre mais aussi de la consommation des soins hospitaliers. Systématisées, elles permettraient ainsi de diminuer l'impact du vieillissement sur l'évolution des dépenses de santé.

1.2 Perspectives épidémiologiques : les personnes âgées de plus de 75 ans sont fréquemment atteintes de plusieurs pathologies, somatiques et psychiques, et deviennent au fil du temps dépendantes pour certains actes de la vie courante

Le sujet âgé présente en effet des spécificités qui vont le différencier du sujet adulte. Ces spécificités doivent être connues car elles modifient la prise en charge.

1.2.1 La polypathologie : 7,6 maladies déclarées en moyenne par les personnes âgées de 75 ans et plus

La personne âgée est le plus souvent porteuse de plusieurs maladies qui peuvent être chroniques ou aiguës. Ceci apparaît dans les données relatives à la mortalité et à la morbidité des personnes âgées.

A) Principales causes médicales de décès

²¹ D. POLTON, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? - Rapport préparatoire au Schéma de services collectifs sanitaires*, La Documentation française, Paris, 2000

²² D. POLTON, Conférence « Sécurité sociale : quels défis pour demain ? » donnée le 17 octobre 2005

En France, les taux de décès des personnes âgées sont faibles par rapport aux taux des autres pays de l'Union européenne. En terme de gain obtenu, la France se situe au 1^{er} rang pour les hommes et au 3^{ème} rang pour les femmes de plus de 75 ans. La diminution de la mortalité des personnes âgées de plus de 75 ans a été d'environ 10% pour les deux sexes entre 1990 et 1997. Cette baisse a concerné tous les grands groupes de pathologies, en particulier :

- Les traumatismes et les morts violentes
- Les maladies cardio-vasculaires
- Les maladies digestives.

En revanche, les maladies du système nerveux et des organes des sens ont progressé de plus de 10% chez les hommes et de plus de 25% chez les femmes²³.

B) Données qualitatives relatives à la morbidité des personnes de plus de 75 ans et à la polymédication

Comme indiqué précédemment (partie 1.1.2, A), nous ne disposons pas en France de données systématiques relatives à la morbidité réelle. Les mesures de prévalence ou d'incidence²⁴ disponibles ne concernent qu'un nombre restreint de maladies et ne couvrent pas l'ensemble des pathologies.

Les données les plus complètes à disposition concernent donc :

- La morbidité déclarée lors de différentes enquêtes
- La morbidité diagnostiquée par les médecins lors d'un examen médical.

Il en résulte une difficulté majeure à interpréter les évolutions du taux de morbidité, comme le souligne Catherine Sermet dans la formule suivante : « La mesure de la morbidité : une gageure »²⁵ et selon laquelle « l'évolution de la morbidité déclarée est le reflet de deux facteurs principaux, la prévalence réelle des maladies et les modifications des déclarations ». La hausse de la morbidité déclarée, constatée durant la dernière décennie, pourrait ainsi être en partie expliquée par les modifications de perception, et donc de déclaration, des maladies. La meilleure diffusion de l'information médicale auprès des individus, les dépistages plus systématiques, l'augmentation des recours aux soins, l'amélioration des méthodes de collecte peuvent ainsi concourir à une augmentation de la morbidité déclarée.

²³ Haut comité de santé publique, *La santé en France en 2002*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002

²⁴ Incidence : nombre de nouveaux cas de la maladie sur une période donnée

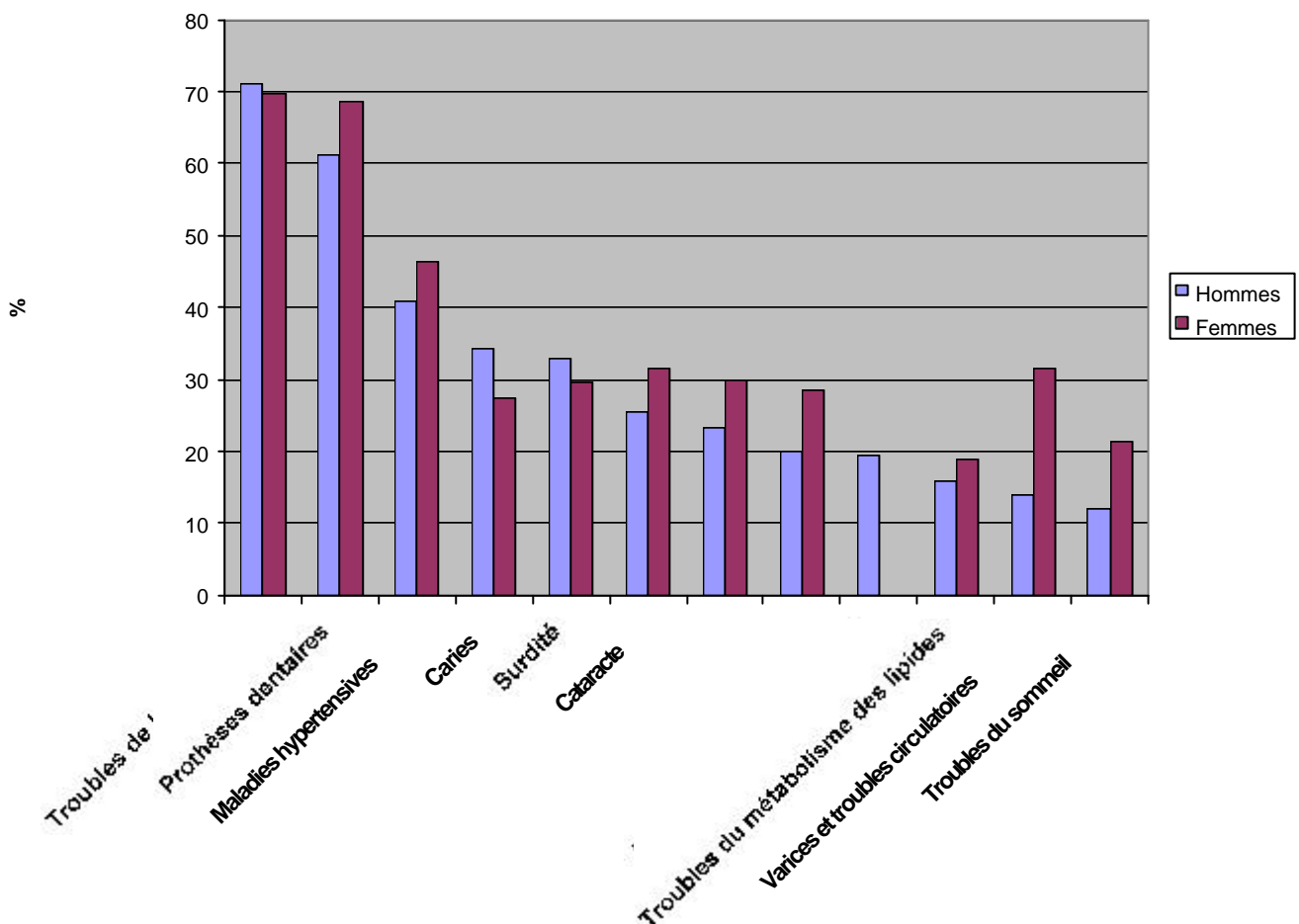
²⁵ C. SERMET, « Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France, 1970-1996 », *Questions d'économie de la santé*, n°12, juin 1998

Ces précautions d'interprétation prises en compte, une analyse de la morbidité déclarée peut être menée. Signe de la très grande fréquence de la polyopathie chez les personnes âgées, le nombre moyen d'affections déclarées par les patients âgés de 75 ans et plus est de 7,6 maladies pour un jour donné (6,8 pour les hommes et 8,1 pour les femmes), contre 3 affections pour l'ensemble de la population. Le graphique suivant retrace les principales données de morbidité déclarée.

Graphique 6. Données de morbidité déclarées par les personnes de plus de 75 ans vivant à domicile (en pourcentage de personnes atteintes d'au moins une maladie ou trouble de la santé)

Principales affections déclarées pour les 75 ans et plus, selon le sexe, 1998

Champ : Population âgée de plus de 75 ans, France métropolitaine
 Source : Rapport du Haut comité de santé publique, La santé en France en 2002



Les atteintes sensorielles, notamment de la vue et de l'audition, sont particulièrement fréquentes chez les personnes âgées. Les affections cardio-vasculaires pèsent également un poids considérable puisque près des trois quarts des personnes déclarent en souffrir.

La pathologie la plus fréquemment en cause est l'hypertension artérielle, puis viennent les troubles veineux des membres inférieurs et les troubles du métabolisme des lipides. Les affections ostéo-articulaires concernent plus de la moitié des personnes âgées : il s'agit principalement d'atteintes arthrosiques des articulations et d'affections du dos. Enfin chez les hommes, la pathologie prostatique occupe une place importante. Les troubles psychiques et psychologiques n'apparaissent pas dans ce graphique, bien qu'ils touchent une part très importante de la population âgée. Cette sous-estimation tiendrait au phénomène de sous-déclaration de ces troubles lors des enquêtes, un sentiment de honte et un phénomène de non-dit les caractérisant encore aujourd'hui.

Du fait de la polypathologie touchant de très nombreuses personnes âgées, la symptomatologie est plus complexe à interpréter car les différentes maladies dont le patient est atteint interfèrent entre elles. Par ailleurs, il en résulte le plus souvent une polymédication exposant les personnes âgées à des risques spécifiques en particulier le risque d'effets iatrogènes liés aux interactions médicamenteuses. En institution, le nombre moyen de médicaments consommés par résidant et par jour est ainsi évalué à 6,4. La moitié des résidents en consomment entre 4 et 8, et plus d'un tiers consomment 8 médicaments ou plus. A domicile, les femmes consomment plus de médicaments que les hommes (en moyenne 3,8 contre 3,3)²⁶. Polypathologie et polymédication caractérisent ainsi les malades âgés.

C) La notion de personne âgée « fragile »

La fragilité se caractérise par un état de santé instable, plus exposé au risque de mortalité et de survenue d'incapacité, d'hospitalisation prolongée, de perte de fonction suite à une hospitalisation, de ré-hospitalisation, d'institutionnalisation et d'altération de la qualité de vie, sur lequel des actions de prévention sont possibles. Les patients âgés fragiles n'ont pas en commun une pathologie déterminée, mais un syndrome clinique secondaire à une réduction des aptitudes physiologiques qui va limiter les capacités d'adaptation au stress, ou au changement d'environnement. Ces patients présentent un risque élevé de décompensation lors d'une hospitalisation et de basculement dans la dépendance à cette occasion. Elles nécessitent donc une prise en charge adaptée à leurs besoins.

La fragilité est par définition instable : elle peut évoluer selon la rapidité de la prise en charge soit vers une amélioration de l'état de santé, soit vers une dégradation voire une

²⁶ N. DUTHEIL, S. SCHEIDEGGER, «Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Etudes et Résultats de la Drees*, n°494, juin 2006

stabilisation irréversible. Il importe donc de la repérer afin de freiner le plus tôt possible une évolution péjorative. Il importe également, à l'occasion d'une hospitalisation, de procéder à une prise en charge adaptée au sein de l'hôpital.

Pour les experts, les patients « fragiles » sont définis comme des patients de plus de 75 ans, poly-pathologiques et présentant au moins un des critères de fragilité suivants : accident vasculaire cérébral, maladie chronique ou invalidante, syndrome confusionnel aigu, état dépressif, syndrome démentiel, troubles de la marche, chute dans les trois mois, escarres, dénutrition, polymédication, déficits sensoriels, utilisation de contention, incontinence, problèmes socio-économiques, pas d'hospitalisation programmée dans les trois mois²⁷.

La notion de patient âgé fragile rejoint ainsi celle de patient dit « gériatrique », telle que la définit la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Ce texte définit en effet le patient gériatrique comme un patient âgé poly-pathologique ou très âgé, fragile, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe. A l'occasion d'un séjour hospitalier, les patients gériatriques présentent des risques particuliers de décompensation, qui à son tour risque d'entraîner pour le patient l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible²⁸.

1.2.2 Cas particulier de la démence, qui toucherait en 2010 plus de 800 000 personnes âgées en France

A) Epidémiologie et description des symptômes

Le poids de la pathologie mentale apparaît peu dans la morbidité déclarée, alors même qu'elle touche de très nombreuses personnes, comme en témoignent les données de l'enquête HID qui font état d'une prévalence de la déficience mentale de 18% chez les plus de 75 ans. Cette prévalence est nettement plus importante en institution (45%) qu'à domicile (15%).

La démence prédomine parmi les pathologies mentales des personnes âgées, par sa fréquence et sa gravité. Les démences dégénératives, et notamment la maladie

²⁷ Schéma régional d'organisation sanitaire 2 de la région Centre, volet Gériatrie, ARH Centre, 2003

²⁸ Circulaire DHOS n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

d'Alzheimer, sont les plus fréquentes. En France, il y aurait, selon le Haut comité de santé publique, 660 000 personnes atteintes de démence (dont 70% de femmes et les deux tiers âgés de 80 ans et plus) dont environ 430 000 malades d'Alzheimer. Chaque année, il y aurait 165 000 nouveaux cas de démence, dont 110 000 nouveaux cas de maladie d'Alzheimer. L'écart très important entre ces estimations et le nombre annuel d'entrées en affection longue durée des personnes de plus de 75 ans pour démence (moins de 20 000 pour le régime général), même s'il doit être interprété avec précaution, illustre la faible reconnaissance de cette affection.

La maladie d'Alzheimer se manifeste sur le plan clinique par une détérioration progressive des fonctions cognitives, touchant systématiquement la mémoire, mais aussi le langage, l'attention, le calcul, l'orientation dans le temps et l'espace, ou des fonctions plus complexes comme les fonctions exécutives qui permettent l'initiative, la planification et la réalisation de tâches successives et organisées. Ces troubles s'accompagnent souvent de troubles du comportement et de troubles de l'humeur.

Les troubles cognitifs ont d'abord un retentissement important sur la vie domestique (faire les courses, gérer son budget, prendre ses médicaments notamment), puis sur les activités essentielles de la vie (toilette, habillage, alimentation, locomotion). La maladie d'Alzheimer est ainsi de loin la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et la cause principale de l'entrée en institution. C'est aussi une cause majeure de décès en raison des complications liées à l'état grabataire, et à défaut d'une prise en charge des pathologies associées. La maladie a un retentissement majeur sur les proches, en raison de son caractère particulièrement éprouvant, de la gêne liée aux troubles du comportement et de sa durée d'évolution. Le retentissement sur l'aidant est autant physique (mortalité accrue de plus de 50%) que psychologique et financier.

A ces différents aspects s'ajoute le fait que la maladie d'Alzheimer est une maladie coûteuse car au coût des traitements médicamenteux s'ajoutent celui des aides rémunérées à domicile et, le cas échéant, celui de l'hébergement en institution (le coût moyen par patient était ainsi évalué à 18 294 euros en 1993). Or le vieillissement de la population va rendre ces problèmes encore plus cruciaux dans les années à venir : en 2010, la France pourrait compter 1 million de déments et 800 000 malades d'Alzheimer²⁹.

B) Le diagnostic, le traitement et la prise en charge

²⁹ J.F. DARTIGUES, *La santé en France en 2002*, Haut Comité de santé publique, Ministère de l'emploi et de solidarité, 2002, p.151-153

Le diagnostic et la prise en charge médicale des démences, et notamment de la maladie d' Alzheimer ont été pendant longtemps insuffisants. En 1990, deux cas sur trois de démence prévalente étaient diagnostiqués et un cas sur trois seulement pour les démences débutantes. Encore aujourd'hui, la maladie reste très largement ignorée au stade précoce. On estime ainsi que la moitié des cas seulement est diagnostiquée, exposant les malades à des prises en charge inadaptées et donc coûteuses.

Or poser le diagnostic précocement est essentiel, car ceci permet d'espérer une meilleure réponse du patient au traitement médicamenteux. Ceci permet également à l'entourage de s'organiser pour mettre en place une prise en charge adaptée à cette forme de dépendance.

La mise en place de consultations mémoire dans le cadre de la filière gériatrique vise à rendre plus systématique le diagnostic précoce des démences, afin de la soigner le plus en amont possible. Les moyens diagnostiques mobilisés durant ces consultations associent les signes cliniques, des tests neuropsychologiques, des tests biologiques simples et une imagerie (scanner cérébral ou résonance magnétique). Elles permettent ainsi d'éviter une hospitalisation en urgence, liée à l'épuisement de l'entourage pour une symptomatologie connue depuis plusieurs mois ou années. Au-delà du diagnostic, ces consultations orientent les familles vers les dispositifs qui les aideront à prolonger le maintien à domicile des malades.

Le traitement est un traitement médicamenteux. Les médicaments ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché ralentissent la progression de la maladie d' Alzheimer mais ne la guérissent pas. Ils n'en constituent pas moins un progrès important dans la prise en charge de la maladie.

La prise en charge des malades atteints par la maladie d' Alzheimer doit être adaptée à chaque situation. Le maintien à domicile doit être autant que possible privilégié, en veillant cependant à ne pas épuiser les « aidants », c'est-à-dire les proches du malade (conjoint valide, enfants le plus souvent). Une aide extérieure est en outre très souvent mise en place, pour faciliter les tâches quotidiennes. Enfin, lorsque le malade est trop gravement atteint, ou lorsque les proches ne peuvent plus assurer l'aide nécessaire au maintien à domicile, le malade est placé en institution. 85% des résidents en EHPAD et 97% des

patients en unité de soins longue durée (USLD) présentent ainsi des atteintes neurologiques ou psychiatriques³⁰.

1.2.3 Evolution de la dépendance liée à l'âge : celle-ci concernerait actuellement plus de 800 000 personnes âgées, et ce chiffre pourrait être de 1,2 millions à horizon 2040

A) Définition

La dépendance se distingue des notions de déficience et d'incapacité³¹ :

- La déficience correspond à un déficit d'ordre anatomique, physiologique ou psychologique.
- L'incapacité, souvent conséquence d'une déficience, correspond à la réduction de la capacité à accomplir certains gestes et certaines activités, de manière considérée comme normale pour un être humain. Ce concept permet de passer de l'observation de l'état de santé de l'individu à la quantification de son besoin d'aide. On mesure ainsi la capacité pour la personne d'effectuer une série d'activités de la vie quotidienne (ex. : grille AGGIR – autonomie gérontologique groupes iso-ressources, fondée sur l'observation des activités quotidiennes qu'effectue seule la personne âgée).
- La notion de dépendance renvoie à la nécessité d'une aide pour réaliser les activités élémentaires et instrumentales de la vie quotidienne. Elle se définit comme « le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel : une personne âgée se déplaçant difficilement sera très dépendante, voire confinée chez elle, si elle habite en étage dans un immeuble sans ascenseur, mais plus autonome dans le cas contraire »³². Cette aide peut être assurée par l'entourage (les « aidants ») ou organisée par les systèmes sociaux, notamment dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) créée en 2002 par le Gouvernement.

³⁰N. DUTHEIL, S. SCHEIDEGGER, «Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Etudes et Résultats de la Drees*, n°494, juin 2006

³¹D. POLTON, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? - Rapport préparatoire au Schéma de services collectifs sanitaires*, La Documentation française, Paris, 2000, page 78

³² M. DUEE, C. REBILLARD, «La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données sociales – La société française*, Insee, Paris, Edition 2006

B) Bilan quantitatif et qualitatif

Les études recensées, qui utilisent des indicateurs assez variés de mesures de la dépendance, proposent en général deux évaluations contrastées du nombre de personnes dépendantes en France, selon que l'on se fonde sur une acceptation étroite ou large de la dépendance :

- Pour la dépendance forte (confinement et besoin d'aide pour l'habillement et la toilette), les estimations d'effectifs varient entre 500 000 et 700 000 personnes au milieu des années 1990, dont 400 000 à domicile et 300 000 en institutions.
- Pour la dépendance prise au sens large (besoin d'aide pour les activités courantes), le nombre de personnes estimées varie entre 1 million et 1,5 million.

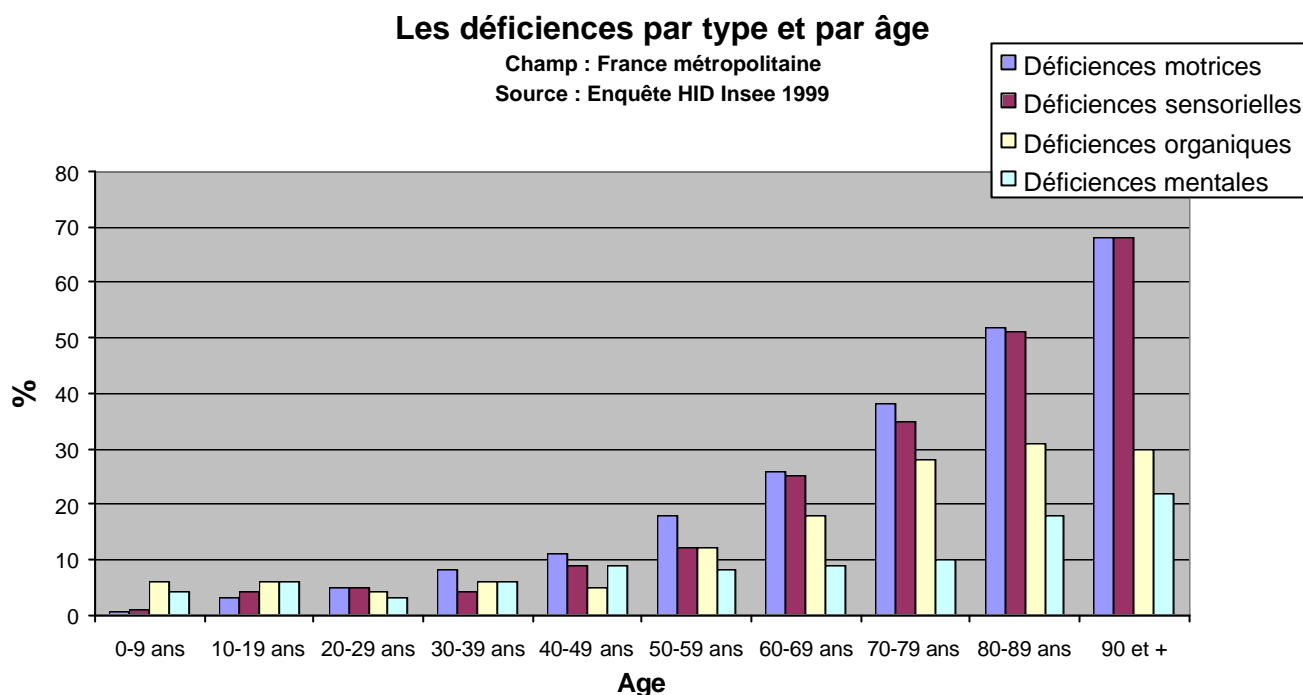
L'enquête « Handicap – Incapacités – Dépendance » (HID) réalisée de 1998 à 2001 à domicile et en institution, permet de faire un constat quantitatif et qualitatif portant sur les populations dépendantes.

Elle dénombre 795 000 personnes âgées dépendantes³³. Cette enquête a visé à établir, pour la première fois en France, une estimation du nombre de personnes touchées par les divers types de handicaps, à décrire leur situation sociale et à évaluer l'aide dont elles avaient besoin. Parmi ces 795 000 personnes âgées dépendantes, les deux tiers sont des femmes : certes elles sont plus nombreuses que les hommes parmi les personnes âgées, mais elles sont aussi plus souvent dépendantes que les hommes à âge égal à partir de 80 ans.

Sexes confondus, le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans, puis augmente rapidement avec l'âge. L'âge moyen des dépendants est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. Enfin, cette enquête, consistant à interroger les personnes deux fois à deux ans d'intervalle, nous fournit des informations sur le devenir des personnes âgées. Ainsi, à 80 ans, les femmes très dépendantes ont un risque de décès quatre fois supérieur à celui des femmes non dépendantes. Par ailleurs, les probabilités d'aggravation de la dépendance augmentent avec l'âge et les rémissions deviennent très rares au-delà de 80 ans.

³³ Insee, *Enquête Handicapés-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999*, Insee Résultats, Paris, 2002

Graphique 7. Les taux de déficience par type et par âge (enquête HID 1999)³⁴



C) Projections

En matière de projections, différentes études ont été réalisées, en envisageant les deux scénarii et leurs variantes présentés précédemment (cf. partie 1.2.1 A). Les travaux de Robine et Mormiche³⁵, confirmés par les évolutions observées à l'étranger, confirment la validité du scénario intermédiaire selon lequel l'âge d'apparition de la dépendance et l'âge du décès se décalent parallèlement dans le temps, la durée de vie en dépendance demeurant stable.

Partant de ces hypothèses, des chercheurs de l'Insee ont utilisé un modèle de micro-simulation, le modèle «Destinie » (modèle démographique, économique et social de trajectoires individuelles simulées) afin d'effectuer des projections du nombre de personnes dépendantes et de leurs caractéristiques³⁶. Selon le scénario intermédiaire, le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50% entre 2000 et 2040, pour atteindre alors 1 230 000 personnes. Cette augmentation serait plus marquée à partir de 2030 : c'est en effet vers cette date que les générations issues du Baby boom atteindront

³⁴ P. MORMICHE, « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee Première*, n°742, octobre 2000

³⁵ J.M. ROBINE, P. MORMICHE, « L'espérance de vie sans incapacité augmente », *Insee Première*, n°281, 1993

80 à 85 ans, âge où le dépendance est forte. Par ailleurs, le modèle prévoit que parmi les personnes nées entre 1940 et 1954 qui atteignent l'âge de 60 ans, 41% connaîtront au moins une année de dépendance. La durée moyenne de dépendance, lorsqu'elle survient, serait de 4,4 années.

L'augmentation importante du nombre de personnes dépendantes (plus 50% d'ici 2040) est un élément à prendre en compte dans l'élaboration des politiques sanitaires et sociales des prochaines années, car elle aura des conséquences majeures sur les structures d'accueil et de soins. A ceci s'ajoute le fait que les « aidants » potentiels seront de moins en moins nombreux, à la fois du fait de l'éloignement géographique familial, constaté dans de nombreuses enquêtes, et du fait du vieillissement des aidants potentiels dû à la hausse de l'espérance de vie et à la diminution du taux de natalité. On passerait ainsi d'un nombre moyen d'aidants par homme dépendant de 2,8 en 2000 à 2,3 en 2040 et par femme dépendante de 2,2 à 2 (l'effet de l'éloignement géographique au sein d'une même famille, difficilement modélisable, n'a pas été considéré dans ces projections).

1.3 La prise en charge actuelle de la personne âgée à l'hôpital, fréquente, n'est pas toujours adaptée à ses besoins spécifiques

1.3.1 L'hospitalisation, une étape le plus souvent inévitable dans le parcours de soins de la personne âgée

A) Le taux d'hospitalisation et la durée moyenne d'hospitalisation augmentent avec l'âge

Le taux d'hospitalisation dans les services de court séjour augmente rapidement avec l'âge. Le Haut comité de santé publique note que pour le seul court séjour hospitalier, et hors établissements de soins psychiatriques, on dénombre chaque année dans la classe d'âge des plus de 75 ans 682 séjours pour 1000 hommes et 520 séjours pour 1000 femmes, soit une moyenne de 601 séjours pour 1000 personnes de plus de 75 ans. Globalement, ceci correspond à 2,3 millions de séjours.

³⁶ M. DUEE, C. REBILLARD, « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données sociales – La société française*, Insee, Paris, Edition 2006

Selon le Conseil économique et social³⁷, près du tiers des séjours hospitaliers concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, avec une incidence très élevée au-delà de 80 ans. De plus, la durée moyenne de séjour (DMS) passe de 8,9 jours pour les patients âgés de 65 à 74 ans à 9,6 jours pour ceux de 75 à 84 ans et 12,7 jours au-delà de 85 ans.

Une étude réalisée par la Direction régionale du service médical (DRSM) de la région Rhône-Alpes confirme ces données. La DRSM a en effet réalisée en 2004 une enquête visant à décrire la population gériatrique hospitalisée en court séjour en vue de déterminer si les services d'hospitalisation étaient adaptés aux besoins de soins requis³⁸. Cette enquête a consisté en une coupe transversale réalisée dans tous les établissements publics et privés de la région disposant de lits de médecine et/ou de lits de chirurgie recevant des malades médicaux, ainsi que les hôpitaux locaux ayant des lits de médecine, et ciblant les patients de plus de 75 ans hospitalisés.

Ont été exclus du champ de l'étude :

- Les services de pédiatrie et néonatalogie,
- Les services de réanimation et de soins intensifs
- Les services de gynécologie-obstétrique
- Les lits d'hospitalisation de très courte durée (HTCD) des services d'urgences
- Les services d'hospitalisation à temps partiel
- Les services d'hospitalisation à domicile (HAD)
- Les postes de dialyse
- Les services de néphrologie
- Les unités de soins palliatifs
- Les services d'oncologie, hématologie, services des immunodéprimés, des brûlés
- Les services spécialisés en addictologie
- Les services de médecine à orientation psychiatrique

Les patients hospitalisés dans un service de chirurgie et relevant bien d'une intervention chirurgicale ont été également exclus du champ de l'étude, cette dernière cherchant à évaluer le manque de lits de médecine. L'étude a porté sur 143 sites, soit 325 services dont 275 services de médecine, 32 services de chirurgie et 18 services de court séjour gériatrique.

³⁷E. MOLINIE, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Etude du Conseil économique et social, 2005, p.130

³⁸A.M. DOISE, J.L. GABAUDAN, *Enquête Médecine 2004, Données régionales*, Direction régionale du service médical de Rhône-Alpes, 2005

Sur les 6 937 patients hospitalisés étudiés, 46,4% avaient plus de 75 ans, alors que cette tranche d'âge ne représente que 7,1% de la population générale, confirmant que l'avancée en âge augmente le risque d'hospitalisation. La durée moyenne de présence au jour de la coupe était de 10,7 jours ; elle varie de 8,8 jours pour les patients de moins de 60 ans à 12,5 jours pour ceux de 85 ans et plus, soulignant ainsi l'influence de l'âge sur la durée d'hospitalisation.

B) Controverse autour de la nature et de la quantité de soins nécessités par les personnes âgées durant leur hospitalisation : approches quantitative et qualitative

Selon une étude menée par A. Mizrahi en 1997, l'intensité des soins hospitaliers diminuerait avec l'âge, induisant que l'importance des soins au cours d'une hospitalisation n'est pas proportionnelle au nombre de journées. Selon cette étude, en médecine notamment, l'intensité des soins effectués auprès des patients de plus de 85 ans est de 43% inférieure à celle des soins effectués pour les patients ayant entre 45 et 64 ans car :

- Le nombre de jours d'hospitalisation par personne et par an pour les personnes de 85 ans et plus est 8,1 fois supérieur à celui des personnes entre 45 et 64 ans
- La quantité de soins reçus est 4,7 fois supérieure à celle reçue par les personnes entre 45 et 64 ans³⁹.

Cette plus faible intensité concerne la plupart des soins, actes chirurgicaux et endoscopiques, imagerie, examens (biologiques, ECG, cathétérisme), consultation de médecin, rééducation, réadaptation, ergothérapie, psychothérapie, actes de diététicien, radiothérapie, chimiothérapie, dialyse, pharmacie.

Cette diminution de l'intensité en soins peut avoir plusieurs causes dont certaines, de nature organisationnelle, peuvent être corrigées (préparation plus en amont de la sortie du patient afin de faciliter celle-ci et de diminuer ainsi le nombre de jours durant lesquels le patient est médicalement sortant mais reste hospitalisé faute de solution adéquate de sortie trouvée). D'autres au contraire sont intrinsèques aux personnes âgées, car celles-ci, plus fragiles, peuvent nécessiter un étalement dans le temps des examens et des soins.

³⁹ A. MIZRAHI, « Age et santé : des pathologies exemplaires liées au vieillissement », *Actualité et dossier en santé publique*, n°21, 1997

Cette analyse peut être confrontée à celle menée par la DRSM de Rhône-Alpes qui a appliqué le logiciel PATHOS à la coupe réalisée dans les services de court séjour. La DRSM a en effet utilisé, dans l'enquête citée précédemment⁴⁰, le modèle PATHOS, traditionnellement utilisé pour les coupes en EHPAD afin de déterminer les lits relevant des USLD⁴¹, pour évaluer les profils pathologiques des patients de 75 ans et plus hospitalisés dans les services de court séjour pour raison médicale. Le modèle PATHOS fournit une approche qualitative des soins, car il s'agit d'un outil d'évaluation des soins nécessaires pour la prise en charge de la poly-pathologie des personnes âgées. Ce système d'information permet :

- D'identifier sur une liste pré-établie de 50 « états pathologiques » celui ou ceux qui résument le mieux l'ensemble de la pathologie actuellement présentée par le patient, le jour de l'enquête
- De compléter la description de cet état clinique par un « profil de soins nécessaires », choisi parmi 12 profils possibles.

Il permet ainsi d'évaluer le besoin de soins médicaux et techniques nécessaires à la prise en charge globale de la personne âgée en fonction de ses pathologies, et selon huit postes de soins (gériatriques, psychiatriques, infirmiers, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, prescriptions pharmaceutiques). Ces huit indicateurs sont globalisés dans le Pathos moyen pondéré (PMP) qui constitue ainsi un indicateur unique du niveau de soins requis.

Dans l'enquête précitée, la DRSM de Rhône-Alpes a comparé le profil de besoins de la population étudiée avec les profils de services gériatriques déterminés par des études antérieures (base nationale gériatrique du service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie). On constate alors des niveaux de soins nécessaires très proches de ceux des patients hospitalisés en service de médecine gériatrique.

⁴⁰ A.M. DOISE, J.L. GABAUDAN, *Enquête Médecine 2004, Données régionales*, Direction régionale du service médical de Rhône-Alpes, 2005

⁴¹ *Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée*

Tableau 2. Niveaux de soins nécessaires pour les patients de 75 ans et plus étudiés dans l'enquête de la DRSM de Rhône-Alpes et les valeurs de référence de court séjour gériatrique

Soins médicaux et techniques	Valeurs de référence Court séjour gériatrique	Population analysée
Les soins médicaux gériatriques	42,3	42,6
Les soins médicaux psychiatriques	6	4,4
Les soins techniques infirmiers	38,5	40,8
Les soins de rééducation	16,4	12
Les soins de psychothérapie	14	8,6
Les actes de biologie	24,1	25,7
Les actes d'imagerie et autres actes d'exploration	29	29
Les prescriptions pharmaceutiques	43,8	55,8

Source : A.M. DOISE, J.L. GABAUDAN, *Enquête Médecine 2004. Données régionales, DRSM de Rhône-Alpes, 2005*

En outre, dans le cadre du modèle PATHOS, douze « profils de soins » sont déterminés qui permettent de décrire la démarche allant du soin lourd au simple soin de dispensation de médicaments et de surveillance médicale. Ces profils sont :

- T1 : pronostic vital en jeu au quotidien
- T2 : équilibration thérapeutique, surveillance rapprochée
- P1 : prise en charge psychiatrique de crise
- P2 : prise en charge psychothérapique de soutien
- R1 : Réadaptation et rééducation fonctionnelle intensive individuelle
- R2 : Réadaptation et rééducation fonctionnelle allégée
- CH : plaies, soins locaux complexes et longs
- DG : investigations pour un état non diagnostiqué (hors T1 et T2)
- M1 : mourant lucide : soins d'accompagnements psychothérapiques et techniques
- M2 : état crépusculaire : simples soins palliatifs de confort
- S1 : prévention, surveillance, simple dispensation médicamenteuse
- S0 : absence significative de prévention, de surveillance, de soins.

Ces profils de soins, et particulièrement les profils T1, P1, R1 et M1, sont à rapprocher d'un autre indicateur donné par le logiciel PATHOS : le nombre de patients nécessitant des Soins médicaux et techniques importants (SMTI).

Dans la coupe de l'enquête de la DRSM de Rhône-Alpes chez les patients de 75 ans et plus, on trouve ainsi que 68,4% des patients de 75 ans et plus hospitalisés en court séjour pour des motifs médicaux nécessitent des SMTI.

L'analyse effectuée par A. Mizrahi selon laquelle l'intensité en soins est moins élevée pour les personnes de plus de 85 ans que pour le reste de la population durant un séjour hospitalier est donc à nuancer, de nombreux patients âgés nécessitant des soins médico-techniques importants durant leur hospitalisation. Si l'intensité en soins par jour d'hospitalisation est globalement moindre pour les patients âgés, ceci ne signifie pas que le volume de soins global nécessité par un patient âgé durant l'ensemble du séjour hospitalier est moins élevé, bien au contraire. Le travail demandé aux équipes soignantes, en particulier pour les soins de nursing du fait du niveau de dépendance souvent élevé des personnes âgées hospitalisées, est la plupart du temps plus lourd auprès des patients âgés qu'auprès de la moyenne de la population hospitalisée.

1.3.2 Les personnes âgées ont recours à tous les services d'hospitalisation, les services gérontologiques ne répondant pas à toute la demande

A) Les principaux motifs de recours à l'hospitalisation pour les personnes de plus de 75 ans

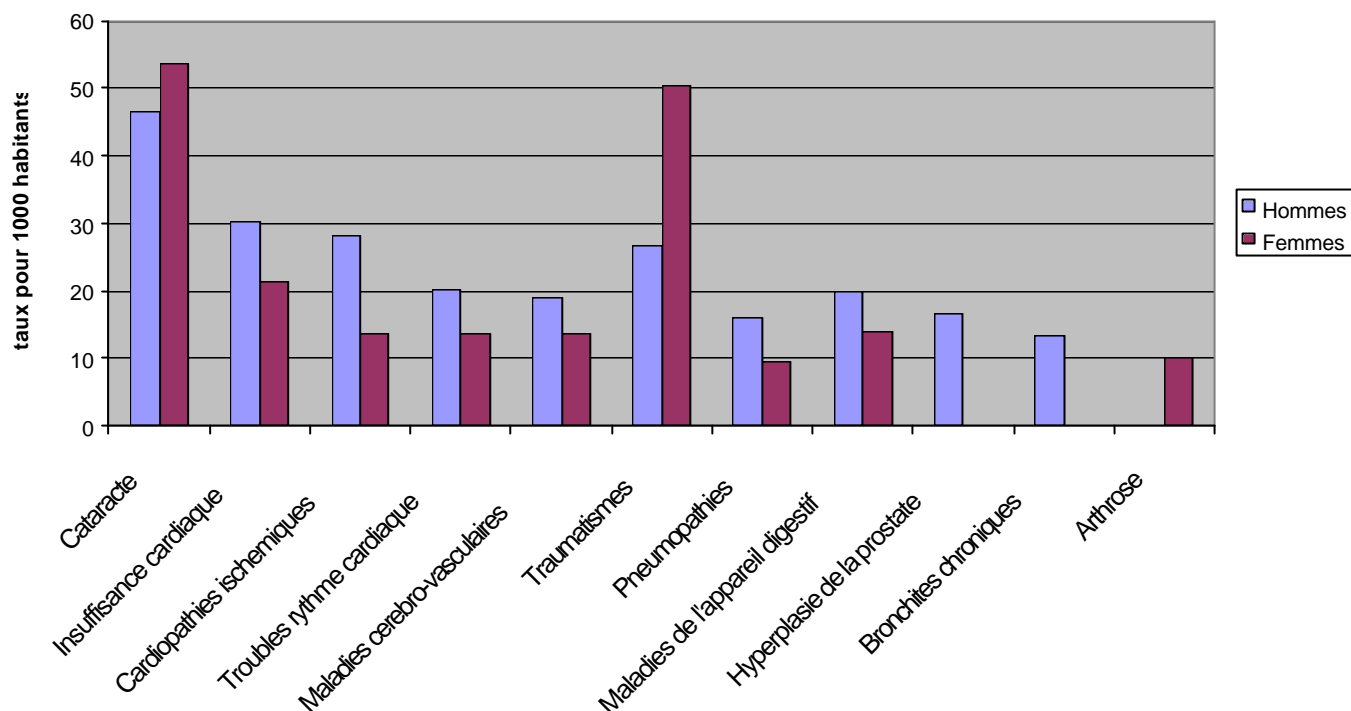
Les principaux motifs d'hospitalisation en médecine et en chirurgie sont présentés dans le graphique suivant.

Graphique 8. Principales pathologies prises en charge lors de séjours hospitaliers dans un service de court séjour pour les 75 ans et plus, selon le sexe

Principales pathologies prises en charge lors des séjours hospitaliers dans un service de court séjour, pour les plus de 75 ans, 1998

Champ : France métropolitaine

Source : Rapport du Haut comité de santé publique, La santé en France en 2002



Le premier motif de recours à l'hospitalisation pour les personnes de plus de 75 ans est donc constitué par les maladies de l'appareil circulatoire, responsables de près d'un séjour sur cinq. Insuffisance cardiaque, cardiopathies ischémiques, troubles du rythme et maladies vasculaires cérébrales sont les principales pathologies en cause.

L'intervention chirurgicale de la cataracte est à elle seule à l'origine de 9% des séjours hospitaliers chez les plus de 75 ans, dans environ 20% des cas en ambulatoire. Son incidence a été multipliée par 3 entre 1986 et 1998.

Trois groupes de pathologies viennent ensuite avec une importance voisine (10% des séjours) : les tumeurs (dont les localisations concernées sont très diverses), les maladies de l'appareil digestif et les hospitalisations pour traumatisme, principalement liées à des chutes et concernant à 80% les femmes.

Il faut noter que ces pathologies sont celles identifiées par le diagnostic principal ; d'autres pathologies, facteurs de risque, comme les démences et troubles psychiques, l'ostéoporose, les troubles de l'équilibre apparaissent fréquemment dans les diagnostics associés.

B) Analyse prospective : projections relatives aux besoins futurs d'hospitalisation des personnes âgées

Une simulation réalisée par le CREDES permet d'estimer l'impact mécanique des évolutions démographiques sur le nombre de séjours hospitaliers par catégorie majeure de diagnostic (CMD) à horizon 2020⁴².

Dans cette étude, les taux d'hospitalisation par tranche d'âge ont été supposés constants. Les résultats n'ont donc pas de valeur prédictive, car ils ne correspondent qu'à la stricte prolongation des comportements actuels.

Tableau 3. Estimation de l'impact de l'effet mécanique des évolutions démographiques sur le nombre de séjours hospitaliers par catégorie majeure de diagnostic

Catégories majeures de diagnostic	Evolution du nombre de séjours en établissements publics et privés 1997 - 2020
01 – Système nerveux	23%
02 – Œil	39%
03 – ORL, bouche, dents	6%
04 – Appareil respiratoire	34%
05 – Appareil circulatoire	37%
06 – Tube digestif	21%
07 – Foie, bile, pancréas	27%
08 – Muscles, squelette, tissus conjonctifs	21%
09 – Peau, tissus sous-cutanés, seins	17%
10 – Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	30%
11 – Rein, voies urinaires	29%
12 – Appareil génital masculin	30%
13 – Appareil génital féminin	12%
14 et 15 – Grossesses	-8%
16 – Sang, organes hématopoïétiques	28%
17– Affections myéloprolifératives, tumeurs	29%

⁴² D. POLTON, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? - Rapport préparatoire au Schéma de services collectifs sanitaires*, La Documentation française, Paris, 2000

18 – Maladies infectieuses et parasitaires	19%
19 – Troubles mentaux	25%
20 – Troubles mentaux liés aux drogues	6%
21 – Traumatismes, allergies et empoisonnements	10%
22 – Brûlures	4%
23 – Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux soins	27%
24 – Séances et séjours <24 heures	16%
25 – VIH	-2%
26 – Traumatismes multiples graves	7%
27 – Transplantations d'organes	11%
<i>Total des séjours (y compris ambulatoire)</i>	<i>18%</i>
<i>Total des séjours (hospitalisation complète uniquement)</i>	<i>19%</i>

Sources : Données PMSI 1997, traitement CREDES

Conformément aux motifs principaux de recours à l'hospitalisation, on constate ainsi que les pathologies dans lesquelles il faut attendre une croissance importante du nombre de séjours sur les vingt prochaines années sont :

- Les affections oculaires (avec notamment les interventions sur la cataracte) : + 39%
- Les maladies des appareils circulatoire (+37%) et respiratoire (+34%)
- Les affections endocriniennes ou liées au métabolisme, les maladies du rein et des voies urinaires, de l'appareil génital masculin et les tumeurs (+30%)

Au total, l'évolution démographique conduirait ainsi à une augmentation de 19% du nombre de séjours d'hospitalisation complète d'ici 2020.

C) Le parcours de soins « classique » du patient âgé en court séjour

Les personnes âgées, qui représentent comme nous l'avons vu une part importante des hospitalisés, sont le plus souvent prises en charge dans des services d'hospitalisation de court séjour de spécialité d'organe. En effet, comme le remarque le Conseil économique et social dans son rapport consacré à l'hôpital public : « Actuellement l'hôpital propose le plus souvent des hospitalisations classiques dans des services et avec des modes de prise en charge identiques pour tous. Si le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité, trop souvent les

personnes âgées entrent dans ces services par défaut »⁴³. A ce phénomène, on peut trouver deux facteurs explicatifs : le fait que les urgences orientent fréquemment, par manque de lits, le patient en fonction des lits disponibles plutôt qu'en fonction de l'évaluation de ses besoins, ainsi que le fait que beaucoup d'hôpitaux en France n'aient pas encore actuellement de lits de court séjour gériatriques, permettant une prise en charge médicale adaptée des patients dits « fragiles ». Ainsi, d'après une enquête réalisée par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) auprès des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en 2002, seulement 50 établissements parmi les 207 établissements sièges de service d'accueil des urgences (SAU) étaient pourvus d'un service de court séjour gériatrique⁴⁴.

L'étude de la DRSM de la région Rhône-Alpes de 2004 nous fournit des éléments relatifs au parcours de soins du patient âgé à l'hôpital.

Concernant le mode d'entrée tout d'abord. Alors que dans l'étude, 51% de l'ensemble des patients sont entrés en mode non-programmé, et parmi eux 62,6% sont passés par le service d'accueil des urgences, on note que ce phénomène est plus marqué chez la population âgée, puisque 61% des patients de plus de 75 ans sont entrés en mode non-programmé, dont 65% sont passés par le service des urgences. En outre, 50,4% des patients de plus de 75 ans passés par le service des urgences sont poly-pathologiques et considérés comme fragiles. Selon les experts, cette population relève de la filière gériatrique et nécessiterait dès l'entrée un avis gériatrique.

Concernant les lieux d'hospitalisation des patients âgés ensuite. La répartition par services le jour de la coupe était la suivante :

- 6 374 patients en service de médecine (91,9%)
- 461 patients en service de court séjour gériatrique dont 413 de plus de 75 ans (6,6%)
- 102 patients en service de chirurgie (1,5%)

Selon l'avis des médecins chefs de service, 411 des patients de plus de 75 ans non hospitalisés en court séjour gériatrique pouvaient relever au moment de l'enquête d'une prise en charge en court séjour gériatrique. Par ailleurs, l'application de l'outil PATHOS a permis d'évaluer que 68,4% des patients de 75 ans et plus hospitalisés en court séjour pour des motifs médicaux nécessitaient des SMTI.

⁴³E. MOLINIE, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Etude du Conseil économique et social, 2005, p.130

⁴⁴ Enquête citée dans la *Circulaire DHOS n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques*

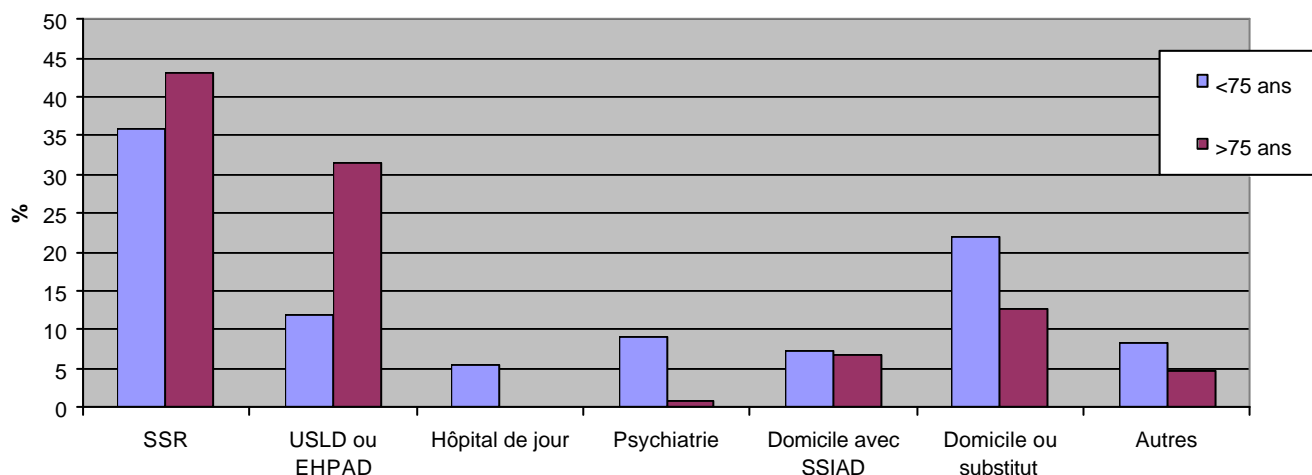
Concernant les difficultés relatives à l'organisation de la sortie également. En effet, l'étude a également porté sur les « patients médicalement sortants », c'est-à-dire considérés comme inadéquats par les médecins responsables des services le jour de la coupe transversale. 15,2% des patients enquêtés ont été jugés comme médicalement sortants. Ce pourcentage augmente avec l'âge, passant de 12,6% pour les moins de 75 ans à 18,1% pour les plus de 75 ans. Ainsi, 1 053 lits étaient occupés le jour de la coupe par des personnes qui ne relevaient plus du court séjour sanitaire, dont 583 étaient âgées de plus de 75 ans. Par ailleurs, pour chaque patient médicalement sortant, le nombre de journées d'inadéquation a été déterminé avec un médecin chef de service. Le nombre total de journées inadéquates s'élève à 12 951 jours soit 18% du nombre total de journées d'hospitalisation. Les motifs principaux de maintien dans le service de patients médicalement sortants sont l'absence de place dans un établissement d'aval (62,6% des patients) et les difficultés liées à l'environnement (22,2%). L'enquête a ainsi comptabilisé, à l'aide du modèle SOCIOS, 390 patients pour lesquels il existe une complexité supplémentaire de prise en charge liée à l'environnement et nécessitant une mobilisation de ressources complémentaires et multidisciplinaires.

Concernant l'orientation des patients médicalement sortant enfin, le graphique suivant indique pour ces patients les orientations prévues, en opérant une distinction par classe d'âge (plus ou moins de 75 ans).

Graphique 9. Répartition de l'orientation des « patients médicalement sortants » selon la structure prévue et la classe d'âge

Répartition des patients médicalement sortants selon l'orientation et leur classe d'âge

Champ : 1053 patients hospitalisés en court séjour et médicalement sortants
Source : Enquête Médecine DRSM Rhône-Alpes, 2004



Ces données, en particulier le fait que plus de 40% des patients médicalement sortants de plus de 75 ans relèveraient d'un établissement de soins de suite et que plus de 30% relèveraient d'une place en USLD ou en EHPAD, confirment l'insuffisance de la filière d'aval de moyen et long séjour pour ces populations.

L'étude du parcours de soins «classique » du patient âgé à l'hôpital témoigne de la nécessité d'une meilleure structuration de la filière gériatrique et particulièrement :

- de la nécessaire identification d'un référent gériatrique dans les établissements, et en tout cas au service d'accueil des urgences afin d'améliorer la prise en charge des patients âgés fragiles
- de la nécessaire transformation de lits de médecine de spécialité en lits de médecine gériatrique aiguë dans les hôpitaux ne disposant pas de lits de court séjour gériatrique
- d'un développement de la filière d'aval, et notamment des structures de soins de suite à orientation gériatrique.

1.3.3 Si l'hospitalisation est inévitable, elle peut néanmoins présenter pour la personne âgée fragile des effets néfastes lorsque la prise en charge est inadaptée

Le *Livre blanc pour une prestation d'autonomie* paru en 1999 dénonce l'inadaptation de l'organisation hospitalière actuelle aux besoins de la personne âgée, créatrice de dépendance et inutilement coûteuse : « Nombre de personnes âgées arrivent sur leurs deux pieds à l'hôpital et en ressortent grabataires. L'hospitalisation classique aboutit souvent à des pathologies nosocomiales : dépression, dénutrition, confusion, escarres »⁴⁵.

- A) Risque de perte d'autonomie et d'entrée dans la dépendance, voire de « grabatisation » de la personne âgée fragile

Ce risque de perte d'autonomie intervient à différentes étapes du parcours du patient :

- Au service d'accueil des urgences, durant le temps d'attente du patient âgé fragile sur un brancard, sans une prise en charge adaptée à ses besoins (hydratation, marche, nutrition, confort)

⁴⁵ Comité national des retraités et des personnes âgées, *Livre blanc pour une prestation d'autonomie*, 1999

- Du fait de l'hospitalisation dans un service inadapté à l'ensemble de ses besoins (besoins de soins techniques, mais aussi psychiques, soins de confort...)

Le service d'accueil des urgences est en tout premier lieu concerné par ce risque de perte d'autonomie. En effet, le risque de perte d'autonomie dès les premières heures de l'hospitalisation est élevé pour les personnes âgées fragiles. En quelques heures, le niveau d'autonomie d'une personne âgée peut gravement se dégrader. Une enquête menée pour le magazine *Sciences et avenir* en 2003 auprès de 160 établissements sièges d'un SAU indique que 74% des services d'urgences reconnaissent manquer d'effectifs pour assurer les quelques gestes que sont l'hydratation, l'hygiène et l'aide à la marche. Concernant le temps moyen d'attente entre le premier contact aux urgences et celui où le patient est placé dans un lit d'hospitalisation, il serait selon cette enquête de près de huit heures. « En huit heures, le vieillard se déshydrate, contracte des escarres et si son cas est grave, il va mourir. Le passage aux urgences ne devrait pas dépasser l'heure » indique en commentaire Jean-Marie Vetel, Président du Syndicat national de gérontologie clinique⁴⁶.

Pour la personne âgée, l'admission aux urgences est en effet souvent traumatisante : solitude, attente sur un brancard d'un réel diagnostic médical puis attente d'un lit disponible, sans oublier les problèmes de repas, de toilette, d'hôtellerie. Or ce qui caractérise le patient âgé fragile, c'est la rapidité d'installation ou d'aggravation de sa perte d'autonomie en milieu hospitalier « classique ». D. Debrosse et G. Abruz soulignent cette inadéquation de la prise en charge aux urgences avec les besoins de la personne âgée : « Dans la pratique (...) la personne attend à l'arrivée aux urgences, attend au service porte le transfert en aigu, attend en aigu le transfert en soins de suite, attend la décision de l'aide sociale pour entrer en maison de retraite... Cette multiplication des durées et des séjours a des conséquences négatives pour le patient. Quand il lui faut tant attendre, le malade se démoralise, régresse, devient grabataire. Il est alors orienté vers le long séjour. Les gériatres sont révoltés de recevoir en soins de suite ou de réadaptation des malades grabataires alors qu'une prévention ou un soin simple dès l'admission aurait permis d'éviter la dépendance »⁴⁷.

⁴⁶ V. BARRESI, « Urgences gériatriques, bien choisir son hôpital », *Décision Santé*, n° 194, avril 2003

⁴⁷ G. ABRUZ, D. DEBROSSE, « Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, n° 424, mars 2003

L'orientation dans un service inadapté aux besoins de la personne âgée fragile constitue un deuxième facteur de risque de grabatisation du patient âgé. Selon l'enquête déclarative de *Sciences et Avenir*, 70% des services d'urgences avouent avoir été dans l'obligation, au cours des deux jours test de l'enquête (vendredi et lundi), d'effectuer une mauvaise orientation des patients âgés dans les services de soins, faute de places adéquates, mais aussi parfois, du fait du refus de certains services de prendre en charge un patient très âgé. Les conséquences en sont une prise en charge le plus souvent inadaptée du patient fragile et une perte de ses moyens cognitifs et fonctionnels. Comme le notent les Professeurs Jeandel et Pfitzenmeyer et le Directeur général Vigouroux dans le *Programme pour la gériatrie*, «[la mauvaise orientation du patient âgé à l'hôpital] peut se traduire par des hospitalisations non pertinentes ou dans des services inadéquats, avec pour conséquence des sorties trop précoces : on peut alors parfois observer une perte de chance pour la personne âgée, associée souvent à une ré-hospitalisation à court terme délétère pour le patient et coûteuse pour la société »⁴⁸.

La recherche de lits disponibles, activité bien connue des services d'accueil des urgences et plus ponctuellement de l'administrateur de garde, est encore plus difficile dans le cas des patients âgés, du fait du nombre insuffisant et parfois même inexistant de lits réservés pour l'accueil des sujets âgés fragiles. « Lorsque aucune solution gériatrique compétente n'est immédiatement accessible au malade, la question est de savoir ce qu'il devient. Il est admis là où il y a de la place : en médecine interne ou en spécialité, de préférence le service de spécialité qui a des lits libres, soit parce que sa réputation est faible, soit parce que son activité moderne se fait essentiellement en ambulatoire. Dans ces lits, il recevra des malades gériatriques qui ne l'intéressent pas. La personne âgée poly-pathologique, confuse, va se retrouver indifféremment en endocrinologie, dermatologie, ORL. On ne peut pas reprocher à ces services, médecine interne incluse, leur méconnaissance de la gériatrie, qui n'est pas leur domaine. Cette problématique d'admission dans un autre service, à partir du service d'accueil des urgences, concerne les personnes âgées les plus fragiles et les plus lourdes »⁴⁹.

⁴⁸ C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER, P. VIGOUROUX, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, Rapport remis au Ministre de la santé et des solidarités, avril 2006, page 3

⁴⁹ E. CAUBET, J.M. DESPOISSE, E. JONCHERES, C. LAMBERT, R. MOULIAS, « Le problème du transfert du malade âgé », *Gérontologie*, n° 104, 1997

Enfin, aux défauts de prise en charge médicale s'ajoute l'absence de prise en charge globale de la personne âgée dans ces services de spécialité d'organe. En effet, non seulement la personne âgée est le plus souvent atteinte de plusieurs pathologies touchant différents organes, mais en plus dans 90% des motifs de recours à l'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans, le problème médical est associé à un problème social⁵⁰. Ainsi, d'après une étude menée sur 10 500 patients hospitalisés en court séjour gériatrique, derrière les symptômes ayant motivé l'hospitalisation d'un patient âgé, trois pathologies aiguës en moyenne sont prises en charge durant le séjour hospitalier, avec une intrication des aspects médico-psycho-sociaux. L'approche globale de la personne âgée, préconisée dans les enseignements de gériatrie, fait la plupart du temps défaut dans les services de spécialité.

B) Risque d'intoxication iatrogène lié à la polymédication

Le risque d'intoxication médicamenteuse est particulièrement élevé chez la personne âgée hospitalisée, pour trois raisons principales :

- Parce que la personne âgée, avant son hospitalisation, suit déjà en moyenne plus de 3 traitements concomitamment (cf. partie 1.2.1), d'où un risque élevé d'interactions médicamenteuses préjudiciables
- Parce que durant son hospitalisation, la personne âgée fragile peut être confuse, et peut donc mal suivre son traitement, surtout si le personnel infirmier en charge de la dispensation des médicaments au lit du patient est par ailleurs accaparé par d'autres tâches
- Parce que le patient âgé est souvent fragilisé durant l'hospitalisation et peut mal supporter les traitements.

La polymédication, qui concerne beaucoup de personnes âgées constitue un risque d'infection iatrogène lors de l'hospitalisation. Ce risque est encore plus élevé lorsque le patient âgé est confus, car il n'est alors plus en mesure de décrire le traitement qu'il prend habituellement. La difficulté que rencontrent parfois les praticiens hospitaliers à joindre le médecin traitant du patient pour connaître les différents traitements suivis constitue une difficulté supplémentaire. Dans ce cas, la présence d'un proche du patient est indispensable pour mettre en place un traitement. D. Debrosse et G. Abruz soulignent ainsi : « Sauf exception, le suivi médical s'avère rapidement inadéquat. Les prescriptions

⁵⁰ Schéma régional d'organisation sanitaire 2 de la région Centre, volet Gériatrie, ARH Centre, 2003

sont mal suivies, avec des risques iatrogènes du fait de la confusion ou du manque de contrôle dans la prise de médicaments»⁵¹.

Par ailleurs, même lorsque le patient est lucide, connaît son traitement habituel et suit le traitement qui lui est administré à l'hôpital, il subsiste un risque d'intoxication iatrogène comme pour tous les autres patients hospitalisés. La mise en place de logiciels permettant aux praticiens de connaître les interactions médicamenteuses qui pourraient être préjudiciables pour le patient permet de réduire ce risque, particulièrement élevé chez les personnes âgées.

C) Risque d'apparition d'escarres, de malnutrition et de comportements de maltraitance

Les caractéristiques du patient âgé fragile augmentent en effet les risques d'apparition d'escarres, de malnutrition, voire de comportements de maltraitance de la part du personnel soignant, car :

- Dépendante, la personne âgée a besoin d'une aide très importante de la part du personnel soignant, et particulièrement des aides-soignantes : pour la toilette, l'hygiène, pour le déplacement (marche avec un déambulateur ou mise au fauteuil), pour la prise des repas ; or lorsqu'elle est confuse ou démente, la personne âgée n'est pas en mesure de solliciter cette aide
- Parfois grabataire et restant immobile, la personne âgée présente un fort risque de développement d'escarres
- Souvent en phase dépressive, qui peut être liée à l'hospitalisation, la personne âgée se nourrit peu et court le risque d'une malnutrition voire d'une dénutrition accentuant encore sa fragilité.

La maltraitance est dans la grande majorité des situations passive : la personne âgée fragile étant dans l'incapacité de s'exprimer et de réclamer, l'acte de maltraitance est un acte par omission (ex. : ne pas proposer le bassin, ne pas aider à la prise du repas alors que le patient est dans l'incapacité mentale ou physique de s'alimenter seul, ne pas déplacer la personne grabataire). Un cas répandu de maltraitance active concerne la contention des patients agités et particulièrement des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, qui ont besoin de déambuler mais qui dans le même temps doivent être protégés car ils risquent de s'égarer, de se blesser ou de s'épuiser en déambulant.

⁵¹ D. DEBROSSE, G. ABRUZ, « Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, n°424, mars 2003

Afin de prévenir des pratiques de contention par trop systématiques ou risquant de blesser le patient et plus largement de prévenir l'ensemble des pratiques de maltraitance (active et passive), des protocoles sont élaborés par les équipes soignantes et médicales. Ce travail est le plus souvent réalisé dans les services gériatriques (EHPAD, USLD, soins de suite à orientation gériatrique, service de médecine gériatrique aiguë) et doit absolument être étendu aux services de court séjour de spécialité, qui comme nous l'avons vu reçoivent également des patients âgés fragiles. Or ceci n'est pas toujours évident, en raison du cloisonnement de l'hôpital et de l'attachement de chacun à ce que l'on pourrait nommer « la culture du service ».

2 LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE CHARTRES : UNE RÉPONSE À L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES HOSPITALISÉES, QUI PERMET UNE PRISE EN CHARGE ADAPTÉE DANS LES SERVICES DE COURT SÉJOUR

2.1 La mise en place de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Chartres s'est inscrite dans un contexte normatif qui lui était favorable

2.1.1 Les apports de la circulaire du 18 mars 2002⁵²

Après avoir dressé un état des lieux, la *circulaire n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques* présente trois axes prioritaires d'action :

- Renforcer l'accès à des soins de proximité
- Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique
- Améliorer l'aval de l'hospitalisation.

Nous ne reviendrons pas sur l'état des lieux présenté dans le texte ministériel, car celui-ci rejoint la présentation faite en première partie de ce mémoire. En revanche, les axes prioritaires retenus doivent être présentés car ils constituent actuellement le cadre normatif de référence, repris dans les Schémas régionaux d'organisation sanitaire et mis en œuvre dans certains établissements.

A) Le renforcement de l'accès à des soins de proximité

La circulaire insiste tout d'abord sur le rôle primordial du médecin généraliste, acteur privilégié de la prise en charge gériatrique. Disposant d'une bonne connaissance des conditions de vie de ses patients, il importe qu'il :

- Connaisse bien le réseau départemental
- Ait accès aux consultations ou pôles d'évaluation gériatrique
- Reste le référent de la prise en charge du patient.

⁵² *Circulaire DHOS n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques*

Les pôles et consultations d'évaluation gériatrique permettent aux médecins traitants d'ajuster les prises en charge à la suite de bilans concernant les patients âgés. Ils peuvent prendre deux formes :

- Les consultations gériatriques avancées permettent d'apporter une réponse de proximité à la personne âgée, à ses proches et à son médecin traitant. Articulées avec les Comités locaux d'information et de coordination (CLIC), elles ont pour mission d'accueillir toute personne âgée se plaignant d'un problème qui peut être d'ordre somatique, cognitif et social, afin d'effectuer un premier bilan médico-psycho-social réalisé par un gériatre. Elles se déroulent souvent dans la structure sanitaire locale (centre hospitalier de proximité, hôpital local) sous la forme d'une consultation externe organisée dans le cadre d'une convention passée avec le centre hospitalier de référence.
- Les pôles d'évaluation gériatrique : ces pôles, en général situés dans les Centres hospitaliers régionaux, parfois dans les centres hospitaliers de référence, proposent des bilans cliniques approfondis réalisés de façon pluridisciplinaire (gériatres, psychologues, ergothérapeutes, infirmières, assistantes sociales). Ce bilan doit être le plus global possible et doit chercher à évaluer les capacités cognitives, les capacités à exercer les activités de la vie quotidienne, les risques de dépression, les troubles de la motricité, les troubles visuels et auditifs, l'état nutritionnel, les risques d'escarres, les incontinences et troubles vésico-sphinctériens, les traitements en cours. Ainsi, ce bilan vise à poser un diagnostic et à proposer les aides utiles au patient et à son entourage pour un retour à domicile ou une entrée en institution, en collaboration avec le médecin traitant. Le pôle d'évaluation gériatrique peut également intervenir en « consultation relais » pour les patients hospitalisés dans l'établissement, afin de préparer leurs sorties. Il fonctionne sous forme de consultation avec accès à l'hospitalisation de jour.

L'hôpital local constitue le premier maillon d'une prise en charge hospitalière graduée. Il intervient à trois étapes du parcours traditionnel de soins du patient âgé :

- En amont de la chaîne des soins, lorsqu'il met en place des consultations d'évaluation avancées et des actions de prévention et d'éducation à la santé
- En aval de l'hospitalisation de court séjour ou de soins de suite, prenant en charge au plus près de son domicile le patient âgé stabilisé et transféré d'un autre établissement
- Dans le lien ville/hôpital, notamment à travers l'intervention du médecin traitant en son sein.

Enfin, le travail en réseau vise à garantir à chacun, et notamment au patient âgé, l'accès à des soins de proximité de qualité. Il intervient en amont et aval de l'hospitalisation et permet même parfois d'éviter cette dernière. Associant les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, les structures de soins de suite, les EHPAD, les représentants des usagers ou des familles, il vise, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁵³, à :

- Favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de la prise en charge sanitaire
- Assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, à la fois sur les plans de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins
- Participer à des actions de santé publique
- Procéder à des actions d'évaluation afin d'améliorer son fonctionnement.

Ainsi, les notions de filières de soins et de réseaux de soins sont complémentaires : « La notion de réseau dans le domaine de la santé évoque plus les acteurs qui interviennent et leur nécessaire coordination, alors que la notion de filière rend plus compte de la réalité à partir du point de vue du malade. (...) Au total, les concepts de filières de soins et de réseaux de soins sont des concepts opérationnels, permettant de faire circuler les malades (et/ou les acteurs de soins) dans le cadre de prises en charge globales, médicales et sociales, efficaces sur le plan des soins, efficaces sur le plan économique, apportant des réponses aux multiples fractures qui fragilisent notre système de soins »⁵⁴.

B) Le développement de filières courtes, en s'appuyant sur le court séjour gériatrique

Le grand âge ne saurait constituer un critère d'exclusion pour une admission en service de court séjour de spécialité : toutes les personnes âgées, et parfois même très âgées, ne sont pas des patients gériatriques. Néanmoins, comme démontré précédemment (cf. partie 1.3), les personnes âgées fragiles entrent trop souvent dans ces services par défaut, faute de place en court séjour gériatrique. La circulaire insiste donc sur la nécessité d'individualiser des services de court séjour gériatrique et de développer des modes rapides de prise en charge hospitalière des personnes âgées fragiles.

Les services de court séjour gériatrique (ou unités individualisées dédiées aux patients gériatriques dans les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers de proximité) ont vocation à prendre en charge les malades âgés, poly-pathologiques ou très âgés, à haut risque de

⁵³ Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁵⁴ F. PRADEAU, M.C. PRADEAU, « Intérêt des concepts « filières de soins » et « réseaux de soins » pour les établissements hospitaliers », *Gestions hospitalières*, n°379, octobre 1998

dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe. Ils disposent d'une équipe pluridisciplinaire formée à la gériologie. Ses missions sont les suivantes :

- Procéder à une évaluation globale et individualisée du patient âgé, à la fois médicale, psychologique et sociale
- Etablir les diagnostics utiles à la santé du malade et/ou au maintien de sa qualité de vie
- Proposer des traitements adaptés à l'état des personnes
- Envisager avec le patient et ses proches les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation.

Situés prioritairement dans les établissements disposant d'un SAU, ces services doivent pouvoir disposer d'un plateau technique d'imagerie et de locaux de rééducation fonctionnelle. Plus fréquemment, ces services travaillent en étroite collaboration avec le service de SSR de l'établissement, afin d'organiser la prise en charge des patients dans ces structures avant leur sortie de l'établissement.

Par ailleurs, afin de favoriser la prise en charge rapide du patient gériatrique, la circulaire préconise le développement des admissions directes en court séjour. Ces admissions se font à la demande du médecin traitant du patient ou du médecin coordonnateur de l'EHPAD, grâce à la diffusion d'un numéro d'appel auprès des médecins du secteur. Elles permettent d'éviter au patient déjà fragilisé un passage par le service d'accueil des urgences qui, comme nous l'avons montré, peut lui être préjudiciable.

Lorsque le passage par le service d'accueil des urgences ne peut être évité, l'intervention précoce d'un gériatre ou d'une équipe mobile gériatrique doit être organisée, afin que le patient fragile puisse bénéficier d'une évaluation globale et d'un avis gériatrique dans les heures qui suivent son arrivée aux urgences. Cette évaluation permet de bien orienter le patient, voire d'éviter une hospitalisation qui lui serait préjudiciable en organisant les conditions de son retour à domicile ou en institution. L'admission en court séjour gériatrique est également facilitée du fait de cette intervention. Le texte ministériel préconise la mise en place d'une équipe mobile gériatrique dans les centres hospitalo-universitaires, et éventuellement dans les centres hospitaliers de référence importants, à condition qu'existe un service de court séjour gériatrique.

Enfin, une étroite collaboration doit être privilégiée entre service de court séjour gériatrique et service de psychiatrie afin de garantir une bonne prise en charge des patients atteints de pathologies somatiques et psychiques.

C) L'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de court séjour

Afin d'éviter que l'hospitalisation dans les services de court séjour ne se prolonge au-delà du nécessaire pour le patient, ce qui est préjudiciable à la fois pour le patient âgé et pour l'hôpital lui-même du fait du fonctionnement de la T2A, la suite de cette hospitalisation en court séjour doit être organisée le plus en amont possible. Le retour à domicile, parfois précédé d'un séjour dans une structure de SSR à orientation gériatrique, doit être privilégié car il correspond dans la très grande majorité des cas au souhait du patient.

Lorsque l'environnement le permet, une hospitalisation à domicile (HAD) peut être envisagée. En effet, les personnes âgées préfèrent être soignées chez elles, la limitation des ruptures avec leur environnement faisant partie de la qualité des soins. L'HAD apparaît particulièrement adaptée à la prise en charge de malades atteints de pathologies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phase de rémission.

Lorsque des soins de réadaptation sont nécessaires avant d'envisager un retour à domicile ou en institution, il est important que le patient âgé fragile soit pris en charge dans une structure de SSR adaptée à ses besoins spécifiques. La circulaire prévoit ainsi :

- la présence ou le « passage » d'un gériatre le jour, avec astreinte médicale la nuit, le week-end et les jours fériés, ainsi que la présence d'au moins une infirmière 24 heures sur 24.
- La possibilité d'une admission directe dans la structure de SSR, sans passage systématique par un service de court séjour, sous réserve qu'une évaluation complète, justifiant l'orientation vers un service de SSR, ait été préalablement réalisée.
- La possibilité de réaliser ou de compléter dans la structure de SSR l'évaluation médico-psycho-sociale des patients accueillis.

L'équipe du service de SSR à orientation gériatrique doit être pluridisciplinaire (gériatre, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues...). Les services de SSR doivent être développés sur l'ensemble du territoire, à un bon niveau de proximité, au sein d'établissements publics et privés.

Conformément au calendrier de mise en œuvre prévu dans la circulaire, l'ARH de la région Centre a adopté le 26 juin 2003 le volet Gériatrie du SROS 2 qui préconise une organisation de la prise en charge gériatrique dans chaque secteur sanitaire par filière.

2.1.2 Le volet « Gériatrie » du SROS 2 de la région Centre préconise l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en filière gériatrique

Selon le volet Gériatrie du SROS 2, la filière hospitalière de soins gérontologiques, constituée de l'ensemble des unités fonctionnelles intervenant dans la prise en charge médico-sociale des personnes âgées, a pour objectifs :

- D'éviter les hospitalisations évitables
- De préparer l'hospitalisation en amont de l'hôpital, avec le médecin traitant et la famille
- De dédramatiser et de personnaliser l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire
- D'orienter la personne âgée vers l'unité la plus adaptée à son état afin d'éviter les hospitalisations répétées et de ne pas aggraver le risque de dépendance
- De ne pas prolonger indûment les hospitalisations, sources de complications.

Partant de ce constat et d'un état des lieux relatif aux personnes âgées et aux structures de prise en charge existantes dans la région, le SROS 2 définit sept orientations stratégiques pour l'organisation de la gériatrie dans la région, que nous allons détailler.

- A) Organiser une structuration de la prise en charge des patients âgés garantissant la globalité de cette prise en charge

Tout d'abord, il importe que la filière de soins gériatrique soit articulée en amont et en aval de l'hospitalisation avec la médecine généraliste, les instances de coordination gérontologiques (de type CLIC ou réseau de coordination gérontologique), les structures d'hébergement et de maintien à domicile, afin de garantir une orientation adéquate du patient dans le système de soins. Notamment, le dépistage, l'orientation et la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées doivent être appréhendés dans le cadre d'une étroite collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Le SROS 2 indique qu'une filière gériatrique doit être développée dans chaque secteur sanitaire de la région Centre, et doit comporter l'ensemble des dispositifs concourant à la prise en charge des soins, définis conformément à la circulaire du 18 mars 2002 :

- La consultation gériatrique avancée, avec une consultation à mettre en place pour 3 à 5000 personnes âgées de 75 ans et plus

- Le pôle d'évaluation gériatrique fonctionnant sous la forme de consultation avec si possible l'appui d'un hôpital de jour ; un pôle d'évaluation doit être créé dans chaque secteur sanitaire au sein d'un hôpital siège d'un SAU ;
- Le court séjour gériatrique, disposant d'une équipe pluridisciplinaire, et implanté au minimum dans chaque établissement siège d'un SAU ;
- L'équipe mobile gériatrique intra-hospitalière, qui doit être adossée à une unité de court séjour gériatrique et qui sera implantée dans les établissements présentant au moins une caractéristique particulière (établissement multi-sites avec éloignement du court séjour gériatrique par rapport aux urgences et au plateau technique ; prise en charge gériatrique transversale existante ; difficultés aiguës identifiées de prise en charge des personnes âgées aux urgences ayant occasionnées des transferts vers d'autres établissements) ;
- L'hôpital de jour, axé sur des hospitalisations programmées visant essentiellement à la réalisation ou à la réévaluation de bilans approfondis ;
- Une évaluation médico-psycho-social pouvant être rapidement réalisée avec l'un des gériatres de l'établissement, lorsque le passage aux urgences d'une personne âgée n'a pu être évité ; elle vise à mieux orienter le patient, y compris en organisant son retour à domicile lorsque l'hospitalisation n'apparaît pas nécessaire ;
- Une unité d'hospitalisation de courte durée gériatrique, en prise directe sur les urgences, complète le dispositif en permettant, en plus d'une évaluation globale de la personne âgée, d'effectuer les premiers bilans qui faciliteront l'orientation et la prise en charge secondaire de la personne âgée dans les services non gériatriques qui l'accueilleront.
- Les soins de suite et de réadaptation gériatriques sont dans la plupart des cas nécessaires après une hospitalisation d'un patient âgé en court séjour ; outre les missions traditionnelles du SSR, le service de SSR à orientation gériatrique doit optimiser la prise en charge gériatrique en la médicalisant afin de prévenir les ré-hospitalisations prématurées, doit développer des collaborations effectives avec les services de court séjour gériatrique et les pôles d'évaluation et doit étudier les possibilités de partenariat avec les autres unités de soins de suite à orientation gériatrique afin de faciliter l'accès des patients à des compétences spécifiques (psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes). Ils doivent être répartis sur l'ensemble des secteurs sanitaires, dans un souci de proximité des soins.
- Le recours à l'équipe d'appui départementale de soins palliatifs et à l'unité mobile de soins palliatifs, lorsqu'elles existent, est recommandé pour les patients en fin de vie.

B) Coordonner efficacement tous les acteurs (professionnels et institutions) dans une logique de travail en réseau

La coordination de l'action peut tout d'abord être mise en œuvre par la conclusion de conventions entre professionnels. Le SROS 2 de la région Centre préconise que des conventions soient adoptées entre :

- Les établissements et les CLIC (lorsqu'ils existent) afin de gérer les situations de crise et d'urgence
- L'hôpital local et les centres hospitaliers afin de permettre l'intervention de médecins spécialistes en appui des médecins généralistes
- Les établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique et les structures d'aval de SSR à orientation gériatrique afin de faciliter l'admission du patient ainsi que la poursuite d'une prise en charge adaptée
- Les établissements ne disposant que de services somatiques et les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, afin d'organiser l'intervention d'une équipe psychiatrique de liaison au service d'accueil des urgences et dans les services
- Les établissements de santé et les EHPAD, ces derniers ayant l'obligation de s'inscrire dans un réseau gérontologique de soins coordonnés⁵⁵ tant somatiques que psychiatriques, notamment pour le dépistage et le traitement des personnes âgées atteintes de démence⁵⁶.

Par ailleurs, la mise en place et l'utilisation d'outils communs sont de nature à favoriser la coordination et le travail en réseau. Ces outils peuvent être :

- Un numéro d'appel téléphonique mis à la disposition des médecins traitants pour faciliter le recours à une évaluation gériatrique et négocier l'admission directe d'un patient en court séjour gériatrique
- Un dossier de pré-admission du patient en court séjour gériatrique ou en SSR commun à l'ensemble des structures du secteur sanitaire
- Une fiche sociale de suivi intra et extra-hospitalière
- L'informatisation de listes d'attente en SSR et en long séjour.

⁵⁵ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁵⁶ Circulaire du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

C) Rationaliser et optimiser l'offre de soins en faveur des personnes âgées

La filière de soins gériatrique doit s'appuyer sur l'ensemble des structures et dispositifs existants :

- Les hôpitaux locaux qui interviennent à tous les stades de la prise en charge et autour desquels devraient être regroupés, lorsqu'ils existent, CLIC, coordination des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et maison médicale. Par ailleurs, les consultations avancées spécialisées sont à développer⁵⁷.
- Les centres hospitaliers de proximité disposent d'un plateau technique permettant certaines investigations et peuvent fournir certains avis spécialisés, tout en offrant l'avantage de la proximité.
- Les centres hospitaliers de référence et les CHRU occupent une place centrale dans la filière de soins gériatrique, car ils disposent de ressources pouvant intervenir en appui du court séjour gériatrique (SAU, imagerie, spécialités médicales). Le CHU a en outre une mission d'enseignement et de recherche, notamment dans le champ de la gériatrie (formation à l'évaluation gériatrique, recherche clinique en gériatrie).
- Les structures SSR à orientation gériatrique sont un maillon essentiel.
- Les équipes psychiatriques des établissements auxquels sont rattachés des secteurs de psychiatrie générale jouent également un rôle dans la filière gériatrique (intervention au SAU et dans les services de spécialité, intervention en appui des évaluations gériatriques)
- Les structures non-hospitalières intervenant en amont et en aval des soins ont également leur place dans la filière (CLIC, réseaux de coordination gérontologique, EHPAD, structures de maintien à domicile, réseaux, équipes mobiles de soins palliatifs).

L'installation de lits de court séjour gériatrique se fera prioritairement par individualisation de lits de médecine et par redéploiement de moyens. Dans un souci de pragmatisme, l'offre de soins tiendra compte des compétences existantes et potentielles (présence de gériatres ou de praticiens susceptibles d'acquérir une compétence en gériatrie par le biais de la formation médicale continue). Les services de court séjour gériatrique devront être installés préférentiellement sur le même site que le plateau technique de l'hôpital de rattachement.

⁵⁷ Circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital public

D) Inscrire la prise en charge des patients âgés dans une démarche de qualité et de sécurité des soins

Tout doit être mise en œuvre pour éviter l'entrée dans la dépendance de la personne âgée. Il faut éviter un passage aux urgences, une hospitalisation injustifiée ou trop longue ou une ré-hospitalisation non programmée. Ceci passe par la mise en place de différentes actions :

- Une évaluation précoce, qui vise à effectuer un bilan de l'ensemble des problèmes potentiels et permet ainsi de réaliser des diagnostics précis et de préparer l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire. Elle peut se dérouler dans le cadre de la consultation gériatrique avancée, du pôle d'évaluation gériatrique et de la consultation mémoire.
- Les actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, qui sont à développer à tous les stades de la filière.
- La facilitation des admissions directes dans les services de court gériatrique, lorsqu'une évaluation gériatrique a été effectuée en amont.
- La limitation de la durée de l'hospitalisation à ce qui est strictement nécessaire, en procédant en amont aux investigations complémentaires en hôpital de jour et en préparant la sortie dans le cadre d'une bonne coordination avec les structures d'aval (SSR, EHPAD).

La qualité de la prise en charge des patients âgés passe également par une limitation des ruptures avec son environnement habituel. Le développement de l'offre de proximité pour les actes ne nécessitant pas un recours au plateau technique doit donc être privilégié (consultations avancées, bonne coordination médecin traitant / hôpital local).

Enfin la qualité des soins exige des compétences professionnelles adéquates, en particulier en matière de gériatrie, qui peuvent s'acquérir à deux niveaux :

- L'obtention de la capacité en gériatrie dans le cadre de la formation médicale continue
- La formation initiale des futurs gériatres.

E) Adapter l'offre de soins aux besoins réels des patients âgés

L'atteinte de cet objectif passe par :

- Le renforcement des temps de gériatres, d'assistants sociaux, de psychologues et d'orthophonistes dans les structures déjà existantes

- Le renforcement des moyens (équipements et moyens humains) dans les bassins d'emplois déficitaires
- La création des structures nécessaires afin de compléter les filières gériatriques de chaque secteur sanitaire.

F) Sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge du patient âgé

Cette sensibilisation de l'ensemble des acteurs peut se faire par :

- Une communication spécifique en direction des médecins libéraux
- La création d'un volet gériatrique dans les projets d'établissement des établissements de santé
- La mise en place des outils communs précédemment présentés

G) Mettre en place un comité d'experts en gériatrie

Ce comité a vocation à accompagner la mise en œuvre concrète de ces objectifs dans les secteurs sanitaires (notamment la définition du plan de formation médicale et la création des unités de court séjour) et à les évaluer régulièrement.

Enfin, le SROS 2 détaille, secteur sanitaire par secteur sanitaire, l'organisation préconisée et les recommandations concernant la mise en place de la filière gériatrique. Les actions préconisées pour le secteur de Chartres seront présentées par la suite.

2.1.3 Le volet « Prise en charge des personnes âgées » du SROS 3 de la région Centre confirme les priorités définies dans le SROS 2

Le volet « Prise en charge des personnes âgées » du SROS 3 2006-2011, arrêté le 13 mars 2006, s'appuie sur les travaux du comité régional d'experts en gériatrie formé à la suite du SROS 2 le 13 avril 2004. Le SROS 3 formule sept préconisations dans ce domaine.

A) Reconnaître les différents profils des patients âgés

Les personnes âgées constituent une population hétérogène, nécessitant une prise en charge spécifique et graduée, identifiée au sein de la filière gériatrique. L'offre de soins est confrontée à plusieurs profils de patients nécessitant des types de réponses distincts :

- La personne âgée valide, qui du fait de son âge subit une perte progressive d'autonomie. Elle doit bénéficier d'actions de dépistage et de mesures de prévention destinées à anticiper les situations de crise.
- La personne âgée dépendante, qui nécessite un soutien à domicile en lien avec le médecin généraliste, voire une orientation vers un hébergement en structure sociale ou médico-sociale. Une évaluation globale gériatrique peut alors favoriser le maintien à domicile.
- La personne âgée qui subit une dégradation de son état de santé : survenue d'incapacité, irruption d'un problème de santé... Cette personne nécessite dès le stade initial de la prise en charge une évaluation de son degré de fragilité et l'identification des risques d'aggravation afin de mettre conjointement en place des mesures de prévention et un traitement thérapeutique.
- La personne âgée poly-pathologique relevant de la gériatrie ou de la gérontopsychiatrie et nécessitant une hospitalisation avec retour à domicile ou en établissement d'hébergement.

B) Renforcer la mise en place d'une offre de soins gériatrique diversifiée et graduée

Les différentes structures composant la filière de soins graduée sont définies conformément au SROS 2. Certains éléments sont néanmoins précisés :

- La consultation mémoire a pour mission d'affirmer le trouble de mémoire, de diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence. Elle met en place un programme de soins personnalisé et articulé avec un projet social. Enfin, au CHU de Tours existe une consultation mémoire labellisée de ressource et de recherche dédiée à l'identification de situations complexes.
- La création d'une équipe mobile gériatrique intra-hospitalière suppose au préalable que l'ensemble du dispositif (court séjour, consultations, pôle d'évaluation) soit fonctionnel au sein de l'établissement siège des SAU.
- L'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière rattachée à une structure hospitalière intervient au domicile du patient à la demande du médecin traitant. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un gériatre et d'une infirmière pouvant faire appel si nécessaire à d'autres professionnels. S'appuyant sur un pôle d'évaluation, elle travaille en concertation avec les CLIC et les équipes en charge de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- Les USLD ont vocation pour la plupart à être transformées en EHPAD, ayant pour mission la prise en charge des personnes âgées dépendantes en lien avec les unités de court séjour et de soins de suite gériatriques. Les EHPAD

disposent d'un médecin coordonnateur chargé notamment, en collaboration avec l'équipe soignante, de donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant à la compatibilité de l'état de santé avec les capacités en soins de l'établissement, d'organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux, d'évaluer l'état de dépendance des résidents, de veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, d'élaborer un dossier type de soins, de collaborer à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés.

C) Organiser cette offre de soins dans le cadre du territoire de santé

Dans le SROS 3 de la région Centre, les territoires de santé sont définis comme correspondant aux départements de la région. Le département constitue donc le territoire de santé au sein duquel une prise en charge graduée doit être organisée. La prise en charge gériatrique s'organise autour de la mise en place d'une filière complète : consultations, pôle d'évaluation, consultation mémoire, court séjour, SSR au sein de chaque territoire de santé. Elle peut, dans certains cas, être renforcée par une équipe mobile gériatrique.

D) Insérer l'offre de soins gériatrique dans le tissu sanitaire et social local

L'organisation graduée du dispositif gériatrique doit s'articuler avec :

- Les dispositifs prévus dans les autres volets du SROS 3, en particulier la médecine, les soins de suite, les urgences
- Les schémas gérontologiques départementaux
- L'action des structures associatives locales (notamment dans les domaines de la prévention et du dépistage)

Le Schéma gérontologique départemental adopté par le Conseil Général en octobre 1997 a défini une stratégie départementale destinée à améliorer la satisfaction des besoins autour de trois pôles :

- Le renforcement du maintien à domicile
- L'adaptation des établissements à la dépendance
- La pérennisation du dispositif d'observation gérontologique⁵⁸

⁵⁸ *Schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées du département d'Eure-et-Loir, 1997*

E) Veiller à la qualité de la prise en charge à tous les niveaux

Cette qualité dépend essentiellement de la lisibilité pour tous du dispositif mis en place.

La prise en charge coordonnée repose ainsi sur différents éléments :

- Informer l'ensemble des professionnels de santé, les patients et leur entourage de la mise en place des différents dispositifs de prise en charge des personnes âgées
- Développer l'information réciproque et en temps réel entre médecin traitant et structures d'hospitalisation en cas d'hospitalisation du patient
- Formaliser les conventions entre services de court séjour et services de SSR, les EHPAD, mais également les structures d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, les unités pour patients Alzheimer en précisant les modalités d'admission et de ré-hospitalisation des patients et préconiser l'utilisation d'outils communs
- Favoriser le regroupement ou le rapprochement des différents services médico-sociaux et sociaux intervenant auprès des personnes âgées (SSIAD, équipes d'appui soins palliatifs, CLIC) au sein de l'hôpital local.

F) Promouvoir les actions de communication en direction du public, des professionnels et des partenaires concernés

Ces actions peuvent prendre la forme de rencontres avec les personnes âgées et leurs familles (réunions thématiques sur différents dispositifs) et la rédaction d'articles dans la presse locale et de brochures d'information.

G) Définir les modalités de l'évaluation

Un bilan annuel des actions programmées et réalisées sur chaque territoire de santé doit être réalisé. Il vise notamment à vérifier l'adéquation des prévisions avec la réalité du terrain et à proposer le cas échéant des ajustements. Par ailleurs, une évaluation qualitative est à mettre en place avec le concours du comité régional d'experts en gériatrie.

2.2 Une prise en charge sanitaire de qualité de la personne âgée : une tradition ancienne au Centre hospitalier de Chartres et en constante évolution, qui a permis que soit mise en place la première filière gériatrique complète du département

2.2.1 Le département d'Eure-et-Loir, qui a une population relativement jeune, dispose d'une offre sanitaire et médico-sociale adaptée aux besoins des personnes âgées, malgré des difficultés de démographie médicale importantes

A) Le territoire de santé d'Eure-et-Loir : une population relativement jeune, présentant des données épidémiologiques très proches de la moyenne nationale

Avec une population au 1^{er} janvier 2004 de 414 706 habitants⁵⁹ et un indice de vieillissement (nombre de personnes de 75 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) de 61.1 contre 74.4 pour l'ensemble de la région Centre (et 65.3 pour la France), le département d'Eure-et-Loir est un département relativement jeune et dynamique. Il se caractérise néanmoins par des disparités par zone d'emploi : on distingue en effet 2 zones d'emploi « jeunes » (Chartres et Dreux) et 2 zones d'emploi plus âgées (Châteaudun et Nogent-le-Rotrou)⁶⁰. Les projections Insee donnent une croissance soutenue de la population du territoire (+22% d'ici 2030 contre +9,3% pour l'ensemble de la région) ; cependant, elles prévoient également une progression élevée du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus dans le département d'Eure-et-Loir sur la période 1999/2020. Cette progression serait de 38,7%, contre 33,19% pour l'ensemble de la région Centre, soit un nombre de personnes âgées de 75 ans et plus dans le département passant de 31 044 à 43 052.

Le taux de mortalité pour 2004 est conforme à la moyenne nationale (8,5 pour 1000 habitants domiciliés en Eure-et-Loir, contre 8.4 pour l'ensemble de la France) et inférieur à la moyenne régionale (taux de 9,4 pour la région Centre). Le taux de natalité pour le département (12,9 pour 1000 habitants domiciliés) est supérieur aux taux régional (11,9) et national (12,7).

La situation sociale en Eure-et-Loir est conforme à la moyenne de la région et légèrement moins préoccupante que celle de la France, comme en témoignent les indicateurs suivants, valables en 2005 :

- Nombre d'allocataires du RMI pour 1000 personnes de 20 à 59 ans : 21,4 en Eure-et-Loir, contre 26,1 en région Centre et 33,1 en France

⁵⁹ Données issues des *Statistiques et indicateurs de la santé et du social 2006, Région Centre*, Drass – Service études statistiques régional, 2006

⁶⁰ Etude de la CRAM Centre, du service médical de la CNAM et de l'ARH Centre, *Flux des patients résidant en région Centre hospitalisés hors région*, 2003

- Part de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV) pour 100 personnes de 65 ans et plus : 3,1 en Eure-et-Loir, contre 3,7 en région Centre et 5,2 en France.

Concernant les données épidémiologiques de la population, elles sont en moyenne identiques à celles du reste de la France, les principales de causes de décès à partir de 65 ans étant les maladies de l'appareil circulatoire (37% des décès), les tumeurs (25% des décès), les causes externes (blessures et empoisonnements, dont suicides et accidents de transport) et les maladies de l'appareil respiratoire. Concernant la démence et les troubles psychiatriques, le diagnostic et la prise en charge demeurent, comme dans le reste de la France, insuffisants. Les données précises sont donc méconnues. Néanmoins, on estime que près de 1815 personnes seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer dans le département d'Eure-et-Loir en 1999, soit un taux de prévalence de 3,21% pour la population de plus de 65 ans⁶¹. Ce taux atteint 5,50% chez la population âgée de plus de 75 ans. Les projections pour 2010 donnent 2 300 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans le département.

- B) L'offre de soins pour la prise en charge des personnes âgées dans le département d'Eure-et-Loir : une démographie médicale insuffisante mais de nombreuses structures sanitaires et médico-sociales

Le département d'Eure-et-Loir, et plus globalement la région Centre, rencontrent de réelles difficultés de démographie médicale. La région Centre est ainsi la troisième région connaissant la plus faible densité médicale pour 100 000 habitants, après la Picardie et la Haute-Normandie. Selon une étude de l'Ordre national des médecins relative à la démographie médicale parue pour l'année 2006⁶², la densité médicale en Eure-et-Loir est de 226 médecins pour 100 000 habitants, contre 269 pour la région Centre et 339,5 pour la France métropolitaine. Notamment, le département se caractérise par une densité très faible de médecins spécialistes. Les psychiatres sont tout particulièrement concernés par ce problème, la densité de psychiatres salariés étant de 7,77 dans le département contre 8,92 pour la région, et celle des psychiatres de ville de 2,91 contre 7,66. Le département d'Eure-et-Loir est de plus celui de la région Centre où la densité des infirmiers libéraux est la plus faible. Compte tenu de l'évolution démographique, cette situation constituera une

⁶¹ *Schéma régional d'organisation sanitaire 2 de la région Centre, volet Gériatrie*, ARH Centre, 2003, page 27

⁶² Conseil national de l'Ordre des médecins, *Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2006*, Etude n°39, juin 2006

difficulté supplémentaire pour la prise en charge des patients déments et le maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance.

Tableau 4. Comparaison des densités médicales et para-médicales en Eure-et-Loir, en région Centre et en France

	<i>Eure-et-Loir</i>	<i>Centre</i>	<i>France métropolitaine</i>
<i>Densité de médecins (généralistes et spécialistes) en activité pour 100 000 habitants</i>	226	269	339.5
<i>Densité de médecins généralistes en activité pour 100 000 habitants</i>	126.1	146	171.6
<i>Densité de médecins spécialistes en activité pour 100 000 habitants</i>	99	128.4	167.9
<i>Densité des infirmiers libéraux en activité pour 100 000 habitants</i>	44,3	66,3	99

Source : Conseil national de l'ordre des médecins, *Démographie médicale française, situation au 1^{er}/01/2006*

Concernant l'offre de soins sanitaire et médico-sociale permettant la prise en charge des personnes âgées, le constat est assez varié dans le département. Les données-clés sont rassemblées dans le tableau suivant.

Tableau 5. L'offre de soins sanitaire et médico-sociale pour la prise en charge des personnes âgées dans le département d'Eure-et-Loir (capacité installée au 31/12/2002)

	<i>Eure-et-Loir</i>	<i>Centre</i>
<i>Capacité court séjour gériatrique</i>	30 lits d'hospitalisation dont 2 d'hôpital de jour	166 lits
<i>Taux d'équipement court séjour gériatrique pour 1000 habitants de 75 ans et plus</i>	0,90	0,77
<i>Capacité SSR à orientation gériatrique</i>	368	1685
<i>Taux d'équipement SSR gériatrique pour 1000 habitants de 75 ans et plus</i>	11,85	7,84
<i>Capacité lits SLD</i>	899	4899
<i>Taux d'équipement SLD pour 1000 habitants de 75 ans et plus</i>	28,96	22,79
<i>Places en maisons de retraite</i>	3967	23 367

<i>Taux d'équipement places en maison de retraite pour 1000 habitants de 75 ans et plus</i>	127,8	108,7
SSIAD	332	3213
<i>Taux d'équipement SSIAD pour 1000 habitants de 75 ans et plus</i>	10,7	14,94

Source : SROS 2 de la région Centre, volet Gériatrie, ARH Centre, 2003

A l'exception des SSIAD, le département d'Eure-et-Loir est donc relativement bien doté en structures permettant d'héberger et de soigner les personnes âgées. Néanmoins, beaucoup de structures étaient en 2002 manquantes dans le maillage de la filière gériatrique : équipe mobile gériatrique, dispositif de prise en charge aux urgences notamment. En outre, seul le Centre hospitalier de Chartres disposait à l'époque d'un service de court séjour gériatrique et d'un pôle d'évaluation. Traditionnellement investi dans la prise en charge des personnes âgées, il a été l'un des pionniers de la filière gériatrique dans la région Centre.

2.2.2 Le Centre hospitalier de Chartres dispose de nombreuses structures de prise en charge de la personne âgée dont les missions sont définies depuis les années 1990 par une politique gérontologique volontariste

A) Depuis les années 1990, des travaux de grande envergure visant à l'humanisation des structures d'accueil sont réalisés

En 1990, le Centre de gérontologie du Centre hospitalier de Chartres disposait de capacités importantes d'accueil des personnes âgées : 593 lits en tout, dont 30 lits de médecine gériatrique, 30 lits de SSR, 334 d'USLD et 199 lits de maison de retraite. L'ensemble de ces capacités d'accueil était situé en centre-ville (sur le site de Saint Brice), dans des locaux d'un autre temps : chambres à deux lits très étroites et fermées par un rideau, une unique salle de bain par étage, pas de point d'eau dans les chambres. Aussi, à la suite du déménagement des services de court séjour à la périphérie de la ville de Chartres dans un hôpital neuf (l'Hôpital Louis Pasteur situé au Coudray inauguré en 1987), la décision a été prise de réhabiliter les locaux laissés vides par le court séjour à l'Hôtel Dieu pour y installer le service de court séjour gériatrique, le service de soins de longue durée ainsi que l'unité d'évaluation et de coordination gérontologique (devenue pôle d'évaluation). Suite à ces travaux, une partie du site de Saint Brice a été elle aussi réhabilitée, du fait de la démolition de certains bâtiments et de la construction d'une maison de retraite : la Résidence du Val de l'Eure. Ainsi, à la fin de ces travaux en 2002,

seules deux structures étaient encore installées dans les locaux vétustes de Saint Brice : le service de SSR et une unité de 76 lits accueillant les personnes très dépendantes.

Une nouvelle opération de travaux a été lancée en 2005 dans le cadre du Programme pluriannuel d'investissements du Centre hospitalier de Chartres et de la convention tripartite de l'EHPAD du Centre hospitalier⁶³ afin d'homogénéiser le cadre de vie des résidents. Cette opération vise à achever la réhabilitation lancée dans les années 1990 : un nouveau bâtiment de 124 lits est en construction à côté du bâtiment central de l'Hôtel Dieu, qui accueillera les résidents actuellement installés dans les locaux de Saint Brice, ainsi qu'une unité spécifique dédiée à la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, par une opération « tiroir », le service de SRR, augmenté de 25 places, sera installé dans le bâtiment central de l'Hôtel Dieu. Les deux anciennes structures installées sur le site de Saint Brice seront démolies à l'issue de cette opération. Enfin, il est prévu que dans le cadre de ces travaux et d'autres travaux réalisés sur le site de l'hôpital Louis Pasteur, le service de court séjour de médecine gériatrique déménage sur le site du Coudray qui réunira ainsi l'ensemble des activités de court séjour. Ceci facilitera l'accès des patients hospitalisés en médecine gériatrique au plateau technique d'imagerie, les transports inter-sites étant actuellement très nombreux à cette fin.

B) Utilisant ces travaux comme un levier d'action, le Centre hospitalier de Chartres a dès les années 1990 défini une politique gériatrique globale

Clairement affichée dès 1990, la politique gériatrique du Centre hospitalier de Chartres est partie d'une opportunité : utiliser les travaux de réhabilitation des structures gériatriques comme moyen d'humaniser la prise en charge des personnes âgées, en modifiant les pratiques professionnelles, les organisations, l'évolution des métiers et les services. Ainsi, dès 1994, un « Projet de vie », sorte de projet d'établissement du Centre de gériatrie, a été défini par l'ensemble des personnels travaillant dans ces services, constituant ainsi un cadre de référence et fédérateur. Document évolutif qui a accompagné la mise en place de nouvelles organisations de travail, sa finalité était « la prise en charge globale, individualisée, permanente et sans discrimination des personnes

⁶³ Le Centre hospitalier a en effet en 2002 conclu une convention tripartite actant la transformation des lits d'USLD et de maison de retraite en 449 lits d'EHPAD, conformément à la réforme de la tarification des établissements médico-sociaux.

âgées »⁶⁴. Il s'inscrivait déjà dans une démarche qualité qui tenait compte tout à la fois des besoins du patient et du résident, des exigences d'efficacité de l'institution et des aspirations du personnel.

Cette démarche a été renouvelée par la suite, comme en témoigne le « Projet de vie de l'EHPAD » écrit en 2003, à nouveau en concertation avec l'ensemble des équipes. Ce « projet de vie de deuxième génération »⁶⁵ ne concerne cependant que l'activité d'hébergement des personnes âgées dépendantes. En effet, le Centre hospitalier de Chartres a signé dès janvier 2002 une convention tripartite officialisant la fusion des 334 lits d'USLD et des 115 lits de maison de retraite en un vaste EHPAD de 449 lits. Tout comme en 1994, l'écriture du nouveau projet de vie durant les années 2001-2003 a donc permis de fédérer les équipes autour de la nouvelle organisation interne. L'enjeu était important car les habitudes et les cultures étaient à l'époque assez différentes dans les USLD et dans les unités d'hébergement de maison de retraite. La rédaction d'un projet unique et homogène concernant l'accompagnement des résidents était nécessaire, afin de redéfinir les missions de l'institution et de coordonner l'action de tous les professionnels sur la base de valeurs partagées et d'objectifs stratégiques appropriés.

Dans le même temps, les unités de soins (médecine gériatrique et SSR à orientation gériatrique) ont développé un projet médical autonome fondé sur le développement de la filière de soins gériatriques, dans le cadre de la prise en charge sanitaire du patient âgé.

2.2.3 S'inscrivant dans la démarche réglementaire, le Centre hospitalier de Chartres est actuellement le seul établissement du territoire de santé d'Eure-et-Loir à disposer d'une filière gériatrique complète

- A) Le bilan effectué dans le volet gériatrie du SROS 2 témoigne du dynamisme du Centre hospitalier de Chartres dans ce domaine.

L'une des particularités du département d'Eure-et-Loir est de disposer de deux établissements de référence : les centres hospitaliers de Chartres (au centre du département) et de Dreux (au nord du département). Il dispose également de deux centres hospitaliers de proximité, les centres hospitaliers de Châteaudun (au sud) et de Nogent-le-Rotrou (à l'ouest). Enfin, le département compte un centre hospitalier spécialisé

⁶⁴ Centre hospitalier de Chartres, Direction du Centre de gérontologie, *Le projet de vie du Centre de gérontologie, 1994...Mode d'emploi*

⁶⁵ Centre hospitalier de Chartres, Direction du Centre de gérontologie, *Le projet de vie de l'EHPAD, 2003*

en santé mentale (CH Bonneval), deux hôpitaux locaux (La Loupe et Illiers-Combray), trois structures privées de soins de suite polyvalents, des EHPAD et des maisons de retraite. Deux cliniques privées sont installées à Chartres, spécialisées en chirurgie : elles n'interviennent dans la filière de prise en charge des patients âgés que lorsque ceux-ci nécessitent une intervention chirurgicale. En cas de décompensation (fréquente) de ces patients suite à une intervention, ces cliniques les adressent...aux urgences du Centre hospitalier de Chartres. L'intervention d'un gériatre aux urgences est notamment de ce fait apparue comme une nécessité.

En 2002, le groupe projet en charge de la rédaction du volet Gériatrie du SROS 2 dressait l'état des lieux suivant :

Tableau 6. Etat des lieux des éléments de la filière gériatrique au 31 décembre 2002 dans le département d'Eure-et-Loir

<i>Bassin d'emploi</i>	<i>Court séjour gériatrique</i>	<i>SSR à orientation gériatrique</i>	<i>SLD</i>	<i>Consultation médico-psycho-social</i>	<i>Pôle d'évaluation</i>	<i>Prise en charge aux urgences</i>	<i>Equipe mobile gériatrique</i>	<i>Consultation mémoire</i>
<i>Chartres</i>	30 lits dont 2 HDJ	177	431	1 consultation organisée	S'appuie sur les 2 places d'HDJ ; ouvert à temps partiel	-	-	Organisée
<i>Dreux</i>	0	103	199	1 consultation organisée	-	-	-	Organisée
<i>Château-dun</i>	0	33	176	-	-	-	-	-
<i>Nogent-le-Rotrou</i>	0	55	93	-	-	-	-	-

Source : SROS 2 de la région Centre, volet Gériatrie, ARH Centre, 2003

Cet état des lieux témoigne du bon degré de mise en œuvre des éléments de la filière gériatrique au Centre hospitalier de Chartres, avant même l'adoption du volet Gériatrie du SROS 2. L'organisation mise en place, et particulièrement le fait que l'ensemble des

unités soit regroupé dans un Centre unique, aurait même servi de modèle d'organisation pour les hôpitaux de référence lors de l'élaboration du volet Gériatrie du SROS 2.

Différents éléments permettent d'expliquer cette avance du Centre hospitalier de Chartres :

- L'intérêt que la direction du Centre hospitalier a très tôt porté à la qualité de la prise en charge des personnes âgées, comme en témoignent les très importants travaux réalisés de réhabilitation des locaux, ainsi que la définition d'une politique gériatrique volontariste par les directeurs adjoints successifs en charge du Centre de gériatrie.
- Le fait que dès la création du Centre de gériatrie, il n'y ait eu qu'un seul chef de service ; Madame Faudon-Gibelin, actuel chef de service du Centre de gériatrie cite en effet cet élément comme facteur de réussite : « Dès le départ, il n'y a eu qu'un seul chef, ce qui fait qu'il n'y a jamais eu de conflit de personnes ».
- La présence de médecins qui, même s'ils n'étaient pas gériatres de formation, s'intéressaient tout particulièrement aux personnes âgées. Ainsi le premier chef de service du Centre de gériatrie, le Docteur Marais était rhumatologue.

Ainsi, l'identification de lits de médecine gériatrique est intervenue très tôt, dès le début des années 1980. De même, le pôle d'évaluation appelé UGOS (Unité gériatrique d'orientation et de soins) a été créé en 1998. Il ne fonctionnait alors qu'à temps partiel (trois jours par semaine) et c'est à la suite du SROS 2 qu'il a été ouvert cinq jours sur sept. Il fonctionne désormais conformément aux orientations de la circulaire du 18 mars 2002, en disposant de deux places d'hôpital de jour.

Enfin, à la suite du SROS 2, le Centre hospitalier de Chartres a mis en place les structures venant compléter la filière gériatrique :

- Ouverture à temps plein de l'UGOS, le pôle d'évaluation à vocation départementale dès 2003
- Labellisation de la consultation mémoire comme centre de référence
- Mise en place de l'équipe gériatrique d'appui et de liaison (EGAL), équipe mobile gériatrique intervenant aux urgences et dans les services de court séjour depuis novembre 2004. Conformément aux critères du SROS 2, une équipe mobile de gériatrie a en effet été créée au Centre hospitalier de Chartres, qui est un établissement multi-sites où le service de court séjour

gériatrique est éloigné des autres services de court séjour et du service d'accueil des urgences.

- Conclusion de conventions avec les maisons de retraite et centres hospitaliers de proximité du territoire de santé pour privilégier l'accès direct en médecine gériatrique et la préparation de l'arrivée aux urgences (cf. Annexes 2 et 3)
-

Un bilan récent effectué par la DRSM de la région Centre témoigne de la place de leader du Centre hospitalier de Chartres au sein du territoire de santé.⁶⁶ Ce bilan est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 7. Etat des lieux des éléments de la filière gériatrique au 18 mai 2006 dans le département d'Eure-et-Loir

	<i>Court séjour gériatrique</i>	<i>Consultation médico-psycho-sociale</i>	<i>Pôle d'évaluation</i>	<i>Equipe mobile gériatrique</i>	<i>Consultation mémoire labellisée</i>
<i>Chartres</i>	Mis en place	Mise en place	Mise en place	Mise en place	Mise en place
<i>Dreux</i>	Mis en place	Mise en place	En réflexion	En réflexion	Mise en place
<i>Châteaudun</i>	Mis en place	Mise en place	En réflexion	-	-
<i>Nogent-le-Rotrou</i>	-	En réflexion	En réflexion	-	-

Source : Présentation de la DRSM Centre, 18 mai 2006

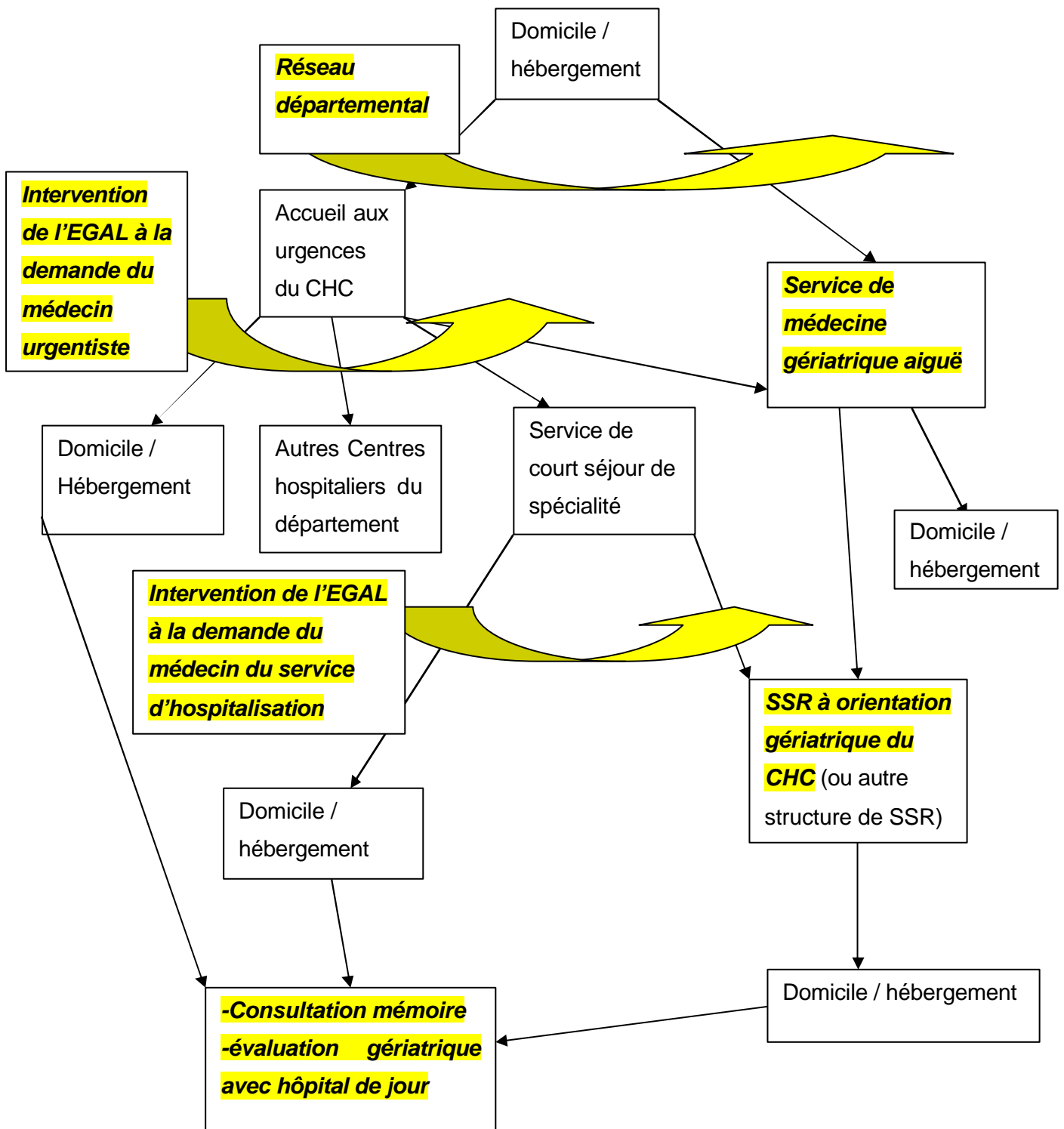
La filière gériatrique des Hôpitaux de Chartres est désormais complète, Son fonctionnement peut être évalué à l'aide des préconisations de la circulaire du 18 mars 2002, des SROS 2 et 3 de la région Centre et des réponses au questionnaire d'évaluation externe du fonctionnement la filière (cf. Annexe 1).

⁶⁶ Présentation du Dr REA de la DRSM Centre, « Les problématiques gériatriques en région Centre – SROS 3 », 9^{ème} Journée scientifique du CMUC, jeudi 18 mai 2006, Vierzon

2.3 Evaluation du fonctionnement de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Chartres à l'aide des préconisations des textes et des réponses des partenaires au questionnaire relatif au fonctionnement de la filière gériatrique

Les structures destinées à la prise en charge des personnes âgées progressivement mises en place par le Centre hospitalier de Chartres s'inscrivent dans une organisation en filière, qui intervient à chaque étape du parcours du patient, comme cela apparaît dans le schéma suivant.

Schéma 1. L'intervention des différentes structures de la filière gériatrique dans le parcours de soins de la personne âgée au Centre hospitalier de Chartres



Légende :



Désigne le champ d'intervention d'une des structures de la filière
 Désigne l'une des structures de la filière

2.3.1 L'intervention de la filière gériatrique dès l'arrivée du patient âgé à l'hôpital vise à assurer l'adéquation entre son état pathologique et la prise en charge hospitalière

- A) Le réseau départemental de collaboration entre le Centre hospitalier référent et les autres établissements sanitaires et médico-sociaux a été évalué à l'aide d'un questionnaire envoyé à chaque partenaire

A la suite de la canicule d'août 2004, le Centre hospitalier de Chartres a signé des conventions avec les établissements sanitaires et médico-sociaux voisins afin de mettre en place une collaboration permettant d'organiser la prise en charge des résidents par le Centre hospitalier, puis leur retour en institution. Cette convention, qui a été signée avec dix-neuf établissements est présentée en annexe (cf. Annexes 2 et 3). Dans le cadre de ce mémoire, un questionnaire d'évaluation a été établi en juin 2006 en collaboration avec la Directrice-adjointe en charge du Centre de gérontologie. Après dépouillement total (onze réponses ont été pour l'instant reçues), un plan d'actions sera mis en place afin de renforcer la coopération au sein du réseau départemental. Certains éléments sont d'ores et déjà présentés.

La convention indique tout d'abord que l'UGOS (le pôle d'évaluation gériatrique du Centre hospitalier) met à disposition de l'établissement partenaire les compétences de son secteur de consultations gériatriques et de son hôpital de jour. Si dans la très grande majorité, les établissements partenaires se disent satisfaits de la qualité des échanges et des comptes-rendus suite à un bilan à l'UGOS, ils sont en revanche nombreux (60%) à regretter des délais de rendez-vous trop longs. L'ouverture à temps plein de cette structure avait pourtant été réalisée en 2003 afin de remédier à cette difficulté. La création de consultations avancées dans les centres hospitaliers de proximité (Châteaudun et Nogent-le-Rotrou) avec le recrutement de neuro-psychologues permettrait qu'un premier bilan soit effectué dans ces structures et que seuls les cas complexes, ainsi que l'ensemble des patients du bassin d'emploi de Chartres, soient évalués à l'UGOS.

En outre, la convention mentionne que « Le service de médecine gériatrique peut également, à la demande du médecin coordinateur, et après entretien téléphonique préalable avec le médecin gériatre, accueillir en admission directe des patients âgés pour un bilan diagnostique sur quelques jours et un traitement en phase aiguë de certaines pathologies lourdes ». Or en 2005, seuls 15% des patients bénéficiant d'une admission directe dans le service de médecine gériatrique provenaient d'une maison de retraite. A

ce sujet, 82% des établissements partenaires ont indiqué connaître les modalités d'accès direct en médecine gériatrique. En revanche, seuls 27% ont indiqué y recourir fréquemment. Il semblerait que le passage par le service d'accueil des urgences rassure encore certains interlocuteurs, alors même que toutes les études montrent qu'il peut être délétère pour le patient. Le taux d'occupation très élevé (98% en 2005) du service de court séjour gériatrique peut également expliquer ce faible recours à l'admission directe par les maisons de retraite, qui plutôt que de se voir opposer une fin de non-recevoir préfèrent envoyer directement le patient aux urgences.

Par ailleurs, la convention précise la procédure d'admission aux urgences à suivre pour les établissements partenaires : « Dans la mesure du possible, le médecin coordinateur informe l'accueil des Urgences du besoin d'hospitalisation. Sur la base de cet échange téléphonique, il est convenu d'une heure de transfert du patient âgé.

L'accueil du patient est facilité grâce aux documents suivants qui l'accompagnent :

- une fiche de liaison,
- un document précisant les ressources de l'établissement en matière de médicalisation, afin d'évaluer les conditions du retour en institution,
- la liste des effets personnels ».

Si les documents listés dans cette convention sont rarement présentés dans les faits, il n'en demeure pas moins que la coopération entre les maisons de retraite partenaires et le service d'accueil des urgences est assez satisfaisante. Plus de la moitié des établissements indiquent appliquer cette procédure, et aucun ne liste de difficultés particulières rencontrées dans sa mise en œuvre. Le Docteur Duriez, chef du service d'accueil des urgences, fait également part de sa relative satisfaction quant au fonctionnement de cette procédure. Il reconnaît également que si certains créneaux peuvent être privilégiés pour organiser l'entrée des patients âgés, il n'y a cependant pas de règle absolue en la matière, en raison même de la nature du service d'accueil des urgences, qui prend en charge l'urgence par définition difficilement prévisible.

- B) L'équipe mobile gériatrique (l'EGAL) intervient aux urgences à la demande du médecin urgentiste afin de procéder à un premier bilan de la personne âgée et à donner un avis gériatrique sur son orientation

En effet, conformément à la circulaire du 18 mars 2002, une équipe mobile gériatrique (l'EGAL) intervient au service d'accueil des urgences à la demande des médecins du service, pour procéder à une première évaluation gériatrique du patient âgé et donner un avis relatif à son orientation.

L'EGAL, mise en place en novembre 2004, est composée d'un médecin gériatre à temps plein, d'une infirmière formée à la gériatrie (cette infirmière a en effet travaillé pendant vingt ans dans les services de gérontologie) et d'une assistante sociale à mi-temps. Elle fonctionne du lundi au vendredi de 8h30 à 17h. Elle intervient à la demande d'un médecin du service auprès des patients âgés d'au moins 75 ans et considérés comme fragiles (cf. Partie 1.2.1) au service d'accueil des urgences et dans les services de court séjour de spécialité. Sa mise en œuvre est due notamment au caractère multi-sites du Centre hospitalier de Chartres, les compétences gériatriques (services de médecine gériatrique, de SSR et EHPAD) étant sur d'autres sites que le site des services de court séjour et d'accueil des urgences.

Lorsqu'elle est appelée au service d'accueil des urgences afin de donner un avis d'orientation et de soins, l'EGAL peut préconiser :

- Un retour du patient à son domicile ou dans l'institution où il réside, avec fréquemment une ordonnance rédigée par le médecin des urgences et une demande de rendez-vous faite à l'UGOS afin que le patient bénéficie, dans un délai relativement court, d'un bilan médico-psycho-social ou d'une consultation mémoire
- Une hospitalisation en court séjour gériatrique, qui est le plus souvent facilitée lorsque l'EGAL est intervenue et a procédé à une première évaluation du patient
- Une hospitalisation dans un service de spécialité d'organe de court séjour, où l'équipe mobile sera certainement rappelée afin de revoir le patient.

L'intervention de l'EGAL aux urgences est fréquente : en 2005, alors qu'elle n'avait que deux mois d'ancienneté (elle a été créée en novembre 2004), l'EGAL est intervenue à 293 reprises aux urgences (soit 34% de l'ensemble de ses interventions sur l'année).

Cette intervention aux urgences de l'équipe mobile de gériatrie peut se faire en collaboration avec l'équipe psychiatrique de liaison. En effet, conformément aux SROS, une équipe mobile psychiatrique de liaison intervient au service d'accueil des urgences et dans les services de court séjour du Centre hospitalier de Chartres. Cette équipe mobile dépend du secteur de Chartres, rattaché au Centre hospitalier spécialisé en santé mentale de Bonneval. Ainsi, un médecin des urgences ou d'un service de court séjour peut demander une intervention de cette équipe auprès d'un patient nécessitant un diagnostic psychiatrique. Le développement de la démence due à l'âge va de plus en plus rendre nécessaire une intervention conjointe de l'EGAL et de cette équipe psychiatrique de liaison auprès de certains patients, comme l'indique la circulaire du 18 mars 2002.

2.3.2 Durant l'hospitalisation, le patient âgé est pris en charge par la filière gériatrique, soit dans le cadre du service de médecine gériatrique, soit du fait de l'intervention de l'EGAL dans un autre séjour de court séjour

A) Prise en charge par le service de court séjour gériatrique

Le service de court séjour gériatrique dispose de 28 lits d'hospitalisation complète. Ce service prend en charge les patients âgés d'au moins 60 ans, atteints de plusieurs pathologies chroniques invalidantes en phase aiguë, à l'origine d'une perte d'autonomie ou d'un risque de perte d'autonomie. Ces patients présentent fréquemment une intrication de pathologies neuro-dégénératives et somatiques.

Les deux modes d'admission dans ce service sont :

- L'admission d'un patient qui a auparavant été examiné par un médecin aux urgences qui, à la suite de cet examen, a préconisé une hospitalisation en médecine gériatrique ; l'EGAL peut être intervenue auprès du patient au service d'accueil des urgences et avoir préconisé cette hospitalisation.
- L'admission « directe » du patient âgé, sans passage par le service d'accueil des urgences. Ce mode d'admission, préconisé dans la circulaire du 18 mars 2002 et dans le *Programme pour la gériatrie*, est utilisé pour les résidents de l'EHPAD et pour les patients du service de SSR du Centre hospitalier qui nécessitent une hospitalisation en phase aiguë. Il est également facilité pour les résidents dont l'EHPAD ou la maison de retraite a signé une convention avec le Centre hospitalier. Enfin, les médecins généralistes, nombreux à connaître cette possibilité, n'hésitent pas à appeler le service afin de demander l'admission directe d'un de leurs patients.

Ainsi en 2005, 45% des admissions étaient des admissions directes, en provenance du domicile (23%), de l'EHPAD du Centre hospitalier (20%), d'un EHPAD extérieur (15%), d'un autre service du Centre hospitalier sans passage par les urgences (30%) et du service de SSR (7.5%).

La prise en charge dans ces services est, conformément aux textes, pluridisciplinaire, puisqu'en plus des personnels médicaux et soignants traditionnels (gériatres, infirmières, aides-soignantes, agents des services hospitaliers) interviennent d'autres professionnels

mutualisés avec l'EHPAD (masseur-kinésithérapeutes, diététicienne, assistante-sociale, psychologue, pédicure, orthophoniste) .

Les suites de l'hospitalisation se répartissaient comme suit en 2005 :

- Sorties Domicile / hébergement : 50%
- Sortie vers un autre établissement hospitalier : 29%
- Sortie en mutation : 13%
- Décès : 8%

B) L'intervention de l'EGAL dans les services d'hospitalisation de court séjour, à la demande d'un médecin du service

Selon les fiches définissant ses missions, l'EGAL intervient dans les services de court séjour de spécialité dans les cas suivants à la demande d'un médecin du service (fax ou appel téléphonique) :

- détérioration intellectuelle et/ou troubles psycho comportementaux
- perte d'autonomie
- symptômes physiques gênants
- devenir et orientation du patient
- informations ou formations en soins gériatriques pour les soignants (prévention ou soins d'escarres, soins de bouche, lutte contre la déshydratation, gestion des troubles du comportement, etc...)
- construction d'un projet de soins individualisé.

Conformément aux textes, il est bien précisé, et régulièrement rappelé, que la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé.

Les missions des trois acteurs de l'EGAL sont définies comme suit.

Le médecin gériatre :

- aide au diagnostic et au traitement
- participe à l'évaluation médico-sociale de la personne âgée avec l'infirmière et l'assistante sociale
- donne un avis sur la meilleure orientation du patient en accord avec les équipes et la famille
- a un rôle de conseil, d'information et de formation auprès de équipes soignantes.

L'infirmière :

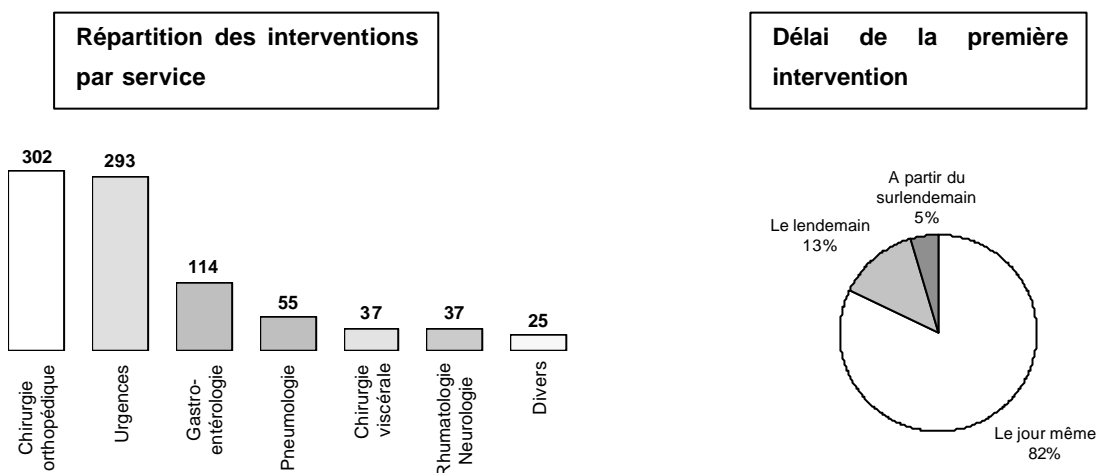
- participe à l'évaluation gériatrique de la personne âgée en collaboration avec le médecin et l'assistante sociale de l'EGAL

- participe à l'élaboration du projet de prise en charge spécifique de la personne âgée et propose des solutions en lien avec les équipes soignantes des unités d'intervention
- partage un savoir et un savoir-faire avec les équipes soignantes intra et extra hospitalières

L'assistante sociale :

- intervient auprès des personnes âgées et de leur entourage sur sollicitation des services médicaux ou du service social de Louis Pasteur après concertation avec les autres membres de l'EGAL
- évalue les problématiques de la personne âgée en fonction des pathologies et de l'environnement social
- propose des solutions adaptées mais leur mise en œuvre reste à la charge des services sociaux de Louis Pasteur.

En 2005, l'EGAL est intervenue en moyenne 18,8 fois par semaine, avec des interventions réparties comme suit :



Depuis sa mise en œuvre, les médecins des services de court séjour, tout comme ceux du service d'accueil des urgences se disent satisfaits des actions de l'EGAL, selon le Président de la Commission médicale d'établissement, le Dr Albert. Chacun reconnaît que la création de cette équipe mobile gériatrique a permis une amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes très âgées, particulièrement dans les services de chirurgie. Le Centre hospitalier connaît en effet des difficultés dans l'organisation de la prise en charge médicale des patients hospitalisés dans les services de chirurgie. Normalement, la prise en charge des patients relevant de la médecine et hospitalisés dans les services de chirurgie faute de place en médecine relève des médecins du service des urgences qui « montent » dans les étages. Celle des patients relevant de la chirurgie mais nécessitant une prise en charge médicale relève d'un médecin faisant fonction d'interne, ou des médecins anesthésistes lorsque le patient nécessite des soins

importants. Néanmoins, ces protocoles sont l'objet de nombreuses contestations et il en résulte une prise en charge médicale pas toujours adéquate des patients dans ces services.

Ces difficultés internes aux services de chirurgie expliquent le nombre d'interventions élevé de l'EGAL dans ces services. Ainsi, alors que les fiches de poste de l'EGAL indiquent que la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service dans lequel il est hospitalisé et que le médecin de l'EGAL conseille mais ne prescrit pas, dans les faits ce médecin prend en charge médicalement les patients âgés auprès desquels on lui demande d'intervenir. Bien souvent, il dicte le courrier de sortie, signe les prescriptions et c'est l'EGAL qui organise entièrement la sortie du patient. Si ces pratiques sont contraires aux missions de l'EGAL, il n'en demeure pas moins qu'elles permettent d'améliorer sensiblement la qualité de la prise en charge des patients âgés hospitalisés en chirurgie. Elles n'apparaissent donc pas condamnables tant que le problème plus global de la prise en charge médicale des patients hospitalisés dans les services de chirurgie ne sera pas résolu.

Enfin, les principaux griefs exprimés par les services de court séjour et d'accueil des urgences vis-à-vis de l'EGAL concernent ses périodes de fermeture, trop longues. L'EGAL ne fonctionne effectivement ni les week-ends, ni les jours fériés et ferme un mois durant l'été (de mi-juillet à mi-août) et durant les fêtes de fin d'année, sans qu'une permanence soit assurée par d'autres gériatres de l'établissement.

2.3.3 La filière intervient enfin à la sortie du patient du court séjour, permettant ainsi de réduire les DMS des patients « médicalement sortants »

A) Le service de SSR à orientation gériatrique permet au patient de suivre un programme de réadaptation adapté à ses besoins spécifiques

Actuellement, le service de SSR est un service de SSR polyvalents à orientation gériatrique. La composition de l'équipe médicale est exclusivement gériatrique et la moyenne d'âge y est très élevée. Les patients bénéficient de l'intervention de masseurs kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychologues et d'assistantes sociales. La DMS est de 41,1 jours, le taux d'occupation de 88% et la sortie se fait à 43% vers un autre établissement hospitalier et à 24% au domicile. L'âge moyen des patients hospitalisés dans le service SSR était en 2005 de 82,67 ans (contre 78,75 ans en 2004)

Dans le cadre des travaux actuels, l'autorisation d'implanter 25 lits supplémentaires est demandée à l'ARH de la région Centre. Cette extension de capacités s'inscrit dans les objectifs du SROS 3 qui mentionne la nécessité d'installer de nouveaux lits de SSR dans le département d'Eure-et-Loir afin de rendre la filière d'aval plus fluide. La question se pose actuellement de qualifier ces 25 nouveaux lits de lits SSR polyvalents à orientation gériatrique ou de SSR gériatriques.

- B) L'EHPAD du centre hospitalier, qui accueille des résidents très dépendants et poly-pathologiques, permet de rendre plus fluide la filière d'aval

Dans le schéma de présentation de la filière gériatrique, l'EHPAD du Centre hospitalier de Chartres n'est pas mentionné, bien qu'il fasse partie de la filière gériatrique. Il intervient au même niveau que la mention « Domicile / Hébergement ». L'EHPAD du Centre hospitalier a deux caractéristiques qui le rendent essentiel dans la filière gériatrique :

- Son nombre de lits très élevé, puisqu'il dispose de 449 lits occupés à 98,66%
- Sa capacité à accueillir des résidents très dépendants et poly-pathologiques.

La coupe PATHOS réalisée par la DRSM du Centre en juin 2006 dans l'EHPAD du Centre hospitalier a ainsi donné les résultats suivants :

- 125 résidents nécessitent des SMTI, soit 28% de la population résidente
- 379 résidents sont dans les GIR 1, 2 et 3, donc très dépendants, soit 84,4% de la population résidente
- le nombre moyen d'états pathologiques par patient est de 6,40
- 255 résidents sont atteints de démence, dont 124 avec des troubles du comportement.

Soit l'orientation suivante des résidents donnée par le logiciel :

- Court séjour et SSR gériatriques : 29 patients, soit 6,55% de la population
- USLD : 77 patients, soit 17,38 % de la population
- Géro-psycho-geriatrie : 25 résidents, soit 5,6% de la population
- EHPAD : 312 résidents, soit 70,4% de la population

Les résultats de cette coupe PATHOS témoignent du rôle important joué par l'EHPAD du Centre hospitalier dans la filière gériatrique : l'EHPAD intervient en effet en aval de l'hospitalisation, en accueillant certaines personnes âgées très dépendantes pour lesquelles la sortie d'un service de court séjour ou de SSR serait très difficile à organiser sinon.

- C) Le pôle d'évaluation gériatrique et les consultations mémoire sont un bon relais de prise en charge entre l'hôpital et la médecine de ville

L'ouverture de l'UGOS en 1998, associant un hôpital de jour (2 lits) et un centre de consultations gériatriques, a constitué une première étape de réalisation au bénéfice d'une population âgée dont les besoins se diversifient et s'amplifient. Son ouverture à temps plein depuis 2003 et la labellisation de la consultation mémoire viennent compléter utilement ce dispositif auquel l'ensemble des médecins du département ont recours, l'UGOS ayant encore actuellement une vocation départementale. Néanmoins, les délais d'attente encore très élevés (plus d'un mois d'attente pour un bilan complet) montrent la nécessité de multiplier ce type d'offre de soins dans le département. La création d'un pôle d'évaluation au Centre hospitalier de Dreux, ainsi que le développement de consultations avancées aux Centres hospitaliers de Châteaudun et de Nogent-le-Rotrou permettraient de faire face à une demande en constante augmentation, du fait du vieillissement de la population.

Actuellement, au sein de l'UGOS sont réalisés par des médecins gériatres, une infirmière, une neuropsychologue et une assistante sociale :

- Les consultations mémoire labellisées
- Des consultations gériatriques simples
- Les bilans complets médico-psycho-sociaux
- Des examens complémentaires, organisés notamment avec le service d'imagerie situé sur le site de l'hôpital Louis Pasteur

En 2005, l'âge moyen des patients reçus à l'UGOS était de 78,23 ans et 791 consultations ont eu lieu. Le problème majeur reste les délais d'attente trop longs pour obtenir un rendez-vous.

3 RECOMMANDATIONS VISANT À AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT DE LA FILIÈRE DE SOINS GÉRIATRIQUES DU CENTRE HOSPITALIER DE CHARTRES

3.1 Recommandations relatives à l'organisation intra-hospitalière de la filière

3.1.1 Elargir l'astreinte opérationnelle des médecins gériatres à des interventions aux urgences durant les plages de fermeture de l'EGAL

Ceci permettrait de répondre au principal grief des médecins des services de court séjour à l'égard de l'EGAL. Ainsi, les médecins urgentistes nécessitant en urgence un avis gériatrique pour un patient pourrait consulter le médecin gériatre d'astreinte (par téléphone et si nécessaire en lui demandant de se déplacer dans le service d'accueil des urgences) lors des plages de fermeture de l'EGAL.

Cette recommandation sera plus facilement applicable lorsqu'à l'issue des travaux en cours, le service de médecine gériatrique sera transféré sur le site de l'Hôpital Louis Pasteur qui réunit l'ensemble des services de court séjour et le service d'accueil des urgences.

3.1.2 Regrouper, à l'issue des travaux, sur le site de l'hôpital Louis Pasteur le service de médecine gériatrique et l'UGOS

Si le transfert du service de médecine gériatrique sur le site de l'Hôpital Louis Pasteur est d'ores et déjà prévu, celui de l'UGOS n'a pas encore été envisagé. Or il semblerait opportun de le prévoir, car ceci permettrait de mutualiser les ressources avec les autres services :

- Les consultations mémoire et consultations gériatriques pourraient se dérouler dans l'espace réservé aux consultations en cours de réorganisation
- Les rendez-vous d'imagerie pris dans le cadre des bilans médico-psycho-sociaux et des examens complémentaires seraient plus faciles à organiser puisqu'ils auraient lieu sur le même site, diminuant ainsi les délais d'attente de rendez-vous à l'UGOS et les coûts de transport des patients.

3.1.3 Dédier les 25 futurs lits de SSR à une prise en charge exclusivement gériatrique

La direction du Centre hospitalier de Chartres s'oriente en effet vers ce choix de faire des 25 nouveaux lits de SSR des lits SSR strictement gériatriques, appliquant ainsi l'une des recommandations du *Programme pour la gériatrie* (Recommandation 6).

3.2 Recommandations relatives à l'organisation extra-hospitalière de la filière

3.2.1 Créer deux équipes mobiles départementales intervenant au domicile des personnes âgées afin de réaliser des bilans

Il n'existe pour l'instant aucune équipe mobile gériatrique extra-hospitalières dans le département d'Eure-et-Loir. La mise en place d'une, voire deux équipes qui seraient chacune rattachée à un centre hospitalier de référence, permettrait que soient réalisés au domicile des patients des bilans médico-psycho-sociaux en collaboration avec les proches et le médecin généraliste, permettant ainsi de maintenir le plus longtemps possible la personne âgée à son domicile.

Ces équipes pourraient également intervenir à la demande des médecins coordonnateurs des EHPAD auprès des résidents afin de procéder à des bilans et de concourir à la diffusion de bonnes pratiques gériatriques.

3.2.2 Développer l'hospitalisation à domicile des personnes âgées

En Eure-et-Loir, malgré les recommandations de la circulaire du 8 mars 2002 et du SROS 3, l'offre d'HAD ne s'adresse pas aux personnes âgées. Les places d'HAD, gérées par un groupe mutualiste, sont avant tout destinées à la prise en charge des suites chirurgicales et des cancers. Or l'HAD apparaît comme un outil essentiel de maintien des personnes âgées à leur domicile, garante de leur autonomie. Certaines places devraient ainsi, conformément au SROS 3 et à la recommandation 10 du *Programme pour la gériatrie*, être réservée à la prise en charge à domicile des suites de l'hospitalisation des personnes âgées, afin de réduire le délai de l'hospitalisation.

3.2.3 Renforcer le réseau départemental, en développant des outils communs

Ces outils pourraient être une fiche de pré-admission et une fiche de liaison sociale communes. Par ailleurs, une réunion rassemblant tous les partenaires pourrait être organisée annuellement afin de faire état des dysfonctionnements et des avancées nécessaires. Enfin, la prise en charge sanitaire des personnes âgées se trouverait améliorée dans le département par le développement de dispositifs de consultations gériatriques dans les autres centres hospitaliers : pôle d'évaluation à Dreux et consultations gériatriques avancées à Châteaudun et Nogent-le-Rotrou. Un partenariat pourrait à cette fin être développé entre les Centres hospitaliers de proximité et le Centre hospitalier de Chartres.

3.3 Recommandations plus générales

3.3.1 Développer l'offre de formation pour les métiers de la gériatrie, notamment en formation continue

Concernant les personnels non médicaux, un module portant sur les spécificités de la prise en charge des personnes âgées devrait être mis en place dans toutes les formations. Par ailleurs, un des stages de formation devrait obligatoirement se dérouler dans un service prenant en charge des patients âgés.

Concernant les médecins, et conformément à la recommandation 18 du *Programme pour la gériatrie*, la capacité de gérontologie devrait être pérennisée et le nombre de postes ouverts au concours de praticien hospitalier en gériatrie devrait être augmenté.

Enfin, les diplômes universitaires en gériatrie devraient être développés, afin de permettre à chacun de se former en formation continue aux spécificités des personnes âgées. Un effort particulier de formation continue doit être également effectué à destination des médecins coordonnateurs des EHPAD.

3.3.2 Mieux valoriser financièrement l'activité gériatrique

Il apparaît en effet nécessaire, dans le cadre de la réforme de la tarification actuelle, de mieux valoriser le temps médical et soignant passé auprès des patients âgés. Comme nous l'avons montré, la prise en charge hospitalière des personnes âgées a des spécificités liées à leurs caractéristiques épidémiologiques : le diagnostic est plus long à faire en raison de la polyopathie ; les soins de nursing sont beaucoup plus importants ; certains soins infirmiers sont plus longs qu'avec d'autres patients, en raison de l'état de fragilité des patients âgés. La valorisation des séjours devrait donc tenir compte de cette complexité de prise en charge des patients âgés. Il en va de même pour la tarification des bilans médico-psycho-sociaux qui nécessitent plusieurs heures passées auprès de la personne âgée et qui parfois doivent se faire en deux fois en raison de la forte fatigabilité des personnes âgées. Un groupe de travail animé par la DHOS a été constitué afin de réfléchir à une tarification appropriée à la prise en charge des patients gériatriques.

CONCLUSION

La filière gériatrique, parce qu'elle permet d'adapter la prise en charge hospitalière aux besoins spécifiques des personnes âgées, est ainsi une organisation à privilégier afin de préparer l'hôpital au vieillissement massif à venir de la population. L'intervention de l'équipe mobile gériatrique, qui permet que soit donné dès l'arrivée du patient un avis gériatrique et qui le suit ensuite, et le service de court séjour gériatrique qui accueille en phase aiguë les patients les plus dépendants, sont deux éléments de la filière qui garantissent une prise en charge en court séjour de qualité. La fluidité et la qualité de la prise en charge dans la filière d'aval sont également nécessaires au bon fonctionnement de l'ensemble. Enfin, les consultations gériatriques permettent de maintenir la personne âgée à son domicile en mettant en œuvre toutes les aides nécessaires au vu des résultats de son évaluation.

Néanmoins, il importe de noter en conclusion que l'hôpital ne pourra pas tout face au vieillissement de la population. Ce phénomène concerne l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux et non exclusivement l'hôpital, et encore moins les seuls gériatres. Les Unions régionales des médecins libéraux doivent également prendre toute la mesure de ce phénomène et mettre en place les organisations nécessaires : former les médecins généralistes à la méthodologie de l'évaluation, mettre en place des équipes pluridisciplinaires pour évaluer les besoins de la personne âgée à son domicile. La constitution actuelle de certains réseaux, comme les réseaux Alzheimer, à l'initiative de neurologues libéraux, afin d'organiser des consultations mémoire témoigne de cette implication naissante des médecins libéraux dans la prise en charge gériatrique. Une complémentarité entre médecine de ville et hôpital sera ainsi à développer à l'avenir afin d'éviter que vieillissement de la population ne rime avec pénurie des soins et files d'attente interminables.

Bibliographie

1) Textes législatifs et réglementaires et plans ministériels

Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Circulaire n°2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Circulaire n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Circulaire n°2002/222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Circulaire n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital public

Circulaire n°2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile

Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, 2002-2005 présenté par Bernard KOUCHNER, Ministre délégué à la santé et Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, 20 mars 2002

Plan solidarité grand âge présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille le 27 juin 2006

2) Ouvrages et rapports

J. ANKRI, J.C. HENRAD, *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Editions ENSP, Rennes, 2003

C. JEANDEL (Dir.), *Vieillir au XXI^e siècle, une nouvelle donne*, Universalis – le tour du sujet, Manchecourt, 2004

M.F. MAUGOURD (Dir.), *Gérontologie fondamentale, clinique, sociale*, Duportet et Sauramps médical, Montpellier, 1992

Comité National des Retraités et des Personnes Agées, *Livre blanc pour une prestation d'autonomie*, 1999

Haut Comité de Santé Publique, *La santé en France en 2002*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002

C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER, P. VIGOUROUX, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, Rapport remis au Ministre de la santé et des solidarités, avril 2006

E. MOLINIE, *L'hôpital public en France: bilan et perspectives*, Etude du Conseil économique et social, 2005

D. POLTON, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? - Rapport préparatoire au Schéma de services collectifs sanitaires*, La Documentation française, Paris, 2000

3) Revues

G. ABRUZ, D. DEBROSSE, « Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, n°424, mars 2003

V. BARRESI, « Urgences gériatriques, bien choisir son hôpital », *Décision Santé*, n°194, avril 2003

E. CAUBET, J.M. DESPOISSE, E. JONCHERES, C. LAMBERT, R. MOULIAS, «Le problème du transfert du malade âgé », *Gérontologie*, n°104, 1997

O. DRUNAT, J. HOLSTEIN, P. LUTZLER, « Intérêt du concept « filières de soins » pour les établissements hospitaliers », *Gestions hospitalières*, n°362, janvier 1997

M. DUEE, C. REBILLARD, «La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données sociales – La société française*, Insee, Paris, Edition 2006

N. DUTHEIL, S. SCHEIDEGGER, «Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Etudes et Résultats de la Drees*, n°494, juin 2006

J. F. FRIES, «Aging, natural death and the compression of morbidity », *New England Journal of Medicine*, 1980, n°303:130-35

M. GRIGNON, « Les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé », *Questions d'économie de la santé*, n°66, mars 2003

J.M. HOURRIEZ, « La consommation médicale à l'horizon 2010 », *Economie et statistiques*, 1993, n°5

A. MIZRAHI, « Age et santé : des pathologies exemplaires liées au vieillissement », *Actualité et dossier en santé publique*, n°21, 1997

P. MORMICHE, J.M. ROBINE, «L'espérance de vie sans incapacité augmente », *Insee Première*, n°281, 1993

P. MORMICHE, « Le handicap se conjugue au pluriel », *Insee Première*, n°742, octobre 2000

F. PRADEAU, M.C. PRADEAU, « Intérêt des concepts « filières de soins » et « réseaux de soins » pour les établissements hospitaliers », *Gestions hospitalières*, n°379, octobre 1998

D. POLTON, C. SERMET, « Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ? », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°5-6, février 2006

I. ROBERT-BOBEE, « Projection de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 – La population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *Insee Première*, n°1089, juillet 2006

C. SERMET, « Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France, 1970-1996 », *Questions d'économie de la santé*, n°12, juin 1998

4) Enquêtes statistiques, mémoires, conférences

ARH Centre, CRAM Centre et DRSM Centre, *Flux des patients résidant en région Centre hospitalisés hors région*, 2003

Conseil national de l'Ordre des médecins, *Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2006*, Etude n°39, juin 2006

DRASS Centre, Service études statistiques régional, *Statistiques et indicateurs de la santé et du social 2006, Région Centre*, 2006

DRSM Rhône-Alpes, sous la direction de A.M. DOISE et J.L. GABAUDAN, *Enquête Médecine 2004, Données régionales*, 2005

INSEE, *Enquête Handicapés-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999*, Insee Résultats, Paris, 2002

M. BIDAULT, *La saturation chronique des lits en question. L'exemple du Centre hospitalier de Saint Brieuc*, mémoire ENSP, 2005

F. DELMAS, *Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au Centre hospitalier de Rodez et mise en perspective avec un réseau gérontologique dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital*, mémoire ENSP, 2003

F. LABRO-GOUBY, *La mise en place d'une filière gériatrique aux Hôpitaux Civils de Colmar. Illustration de la complémentarité des politiques sanitaires et médico-sociales sur un territoire de santé*, mémoire ENSP, 2003

C. MILLINER, *Vieillesse et prise en charge de la personne âgée à l'hôpital. L'exemple de la mise en place d'une filière gériatrique au Centre hospitalier de Landerneau*, mémoire ENSP, 2005

D. POLTON, Conférence « Sécurité sociale : quels défis pour demain ? » donnée le 17 octobre 2005

DRSM Centre, Présentation du Dr REA, « Les problématiques gériatriques en région Centre – SROS 3 », 9^{ème} Journée scientifique du CMUC, jeudi 18 mai 2006, Vierzon

5) Autres documents

Schéma régional d'organisation sanitaire 2 de la région Centre, volet Gériatrie, ARH Centre, 2003

Schéma régional d'organisation sanitaire 3 de la région Centre, 2006-2011, ARH Centre, 2006

Schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées du département d'Eure-et-Loir, 1997

Centre hospitalier de Chartres, *Projet d'établissement 2004-2008*

Centre hospitalier de Chartres, Direction du Centre de gérontologie, *Le projet de vie du Centre de gérontologie, 1994... Mode d'emploi*

Centre hospitalier de Chartres, Direction du Centre de gérontologie, *Le projet de vie de l'EHPAD, 2003*

Liste des annexes

ANNEXE I : Lettre d'accompagnement et questionnaire d'évaluation de la filière gériatrique envoyé aux partenaires

ANNEXE II : Tableau des conventions conclues avec les établissements partenaires de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Chartres

ANNEXE III : Convention type conclue entre le Centre hospitalier de Chartres et un établissement social et médico-social pour organiser l'hospitalisation des résidents

ANNEXE IV : Carte de la région Centre avec les différents territoires de santé et les centres hospitaliers de référence et de proximité, tirée du SROS 3 2006-2011

ANNEXE I

Lettre d'accompagnement et questionnaire d'évaluation de la filière gériatrique envoyé aux partenaires

CHARTRES, le 12 juillet 2006

DIRECTION DU CENTRE DE GERONTOLOGIE

Tél. : 02.37.30.31.95

Fax : 02.37.30.37.48

Réf. : FD/CM – 2006/108

OBJET : Evaluation de la filière gériatrique du Centre Hospitalier de CHARTRES

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

Le Centre Hospitalier de CHARTRES souhaite procéder à l'évaluation du fonctionnement de sa filière gériatrique dont les principaux outils sont :

- l'U.G.O.S. (Unité Gérontologique d'Orientation et de Soins) : pôle d'évaluation gériatrique disposant d'une consultation mémoire labellisée et d'un hôpital de jour,
- le service de médecine gériatrique,
- l'E.G.A.L. (Equipe Gérontologique d'Appui et de Liaison) : équipe intra-hospitalière composée d'un gériatre, d'une infirmière compétente en gériatrie et d'une assistante sociale, intervenant précocément à la demande des urgentistes pour évaluation psycho-médico-sociale des patients âgés de plus de 75 ans mais aussi dans les services de spécialités pour apporter son expertise gériatrique.

A cet effet, une enquête de satisfaction est jointe au présent courrier, afin de mesurer votre satisfaction et recueillir vos remarques quant à l'organisation de la prise en charge sanitaire de la personne âgée au Centre Hospitalier.

Elle vise également à évaluer la qualité de notre collaboration initiée en 2004 par la signature d'une convention.

Les résultats de cette enquête permettront d'envisager des actions visant à l'amélioration de la filière et à renforcer notre collaboration.

Je vous serais particulièrement reconnaissante de bien vouloir me retourner le questionnaire, après évaluation conjointe avec le corps médical de votre établissement, pour le vendredi 1^{er} septembre 2006 au plus tard.

Veillez agréer, Madame la Directrice, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes salutations distinguées.

**P/LE DIRECTEUR
LE DIRECTEUR-ADJOINT CHARGE DU
CENTRE DE GERONTOLOGIE**

Françoise DEBRAY

Enquête de satisfaction sur la filière gériatrique des Hôpitaux de Chartres

L'UGOS (Unité Gériatrique d'Orientation et de Soins)

Etes-vous satisfait des délais de RDV à l'UGOS ?	<input type="radio"/> très satisfait <input type="radio"/> satisfait <input type="radio"/> peu satisfait <input type="radio"/> mécontent
Dans quel délai souhaiteriez-vous obtenir un rendez-vous à l'UGOS pour l'un de vos résidents ?	<input type="radio"/> dans la semaine <input type="radio"/> dans les 15 jours <input type="radio"/> dans le mois <input type="radio"/> autre (à définir)
Etes-vous satisfait des délais d'envoi des comptes-rendus ?	<input type="radio"/> très satisfait <input type="radio"/> satisfait <input type="radio"/> peu satisfait <input type="radio"/> mécontent
Etes-vous satisfait de la qualité des échanges avec les différents professionnels de l'UGOS ?	<input type="radio"/> très satisfait <input type="radio"/> satisfait <input type="radio"/> peu satisfait <input type="radio"/> mécontent

L'admission directe en médecine gériatrique

Connaissez-vous les modalités d'accès direct en médecine gériatrique ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Pratiquez-vous usuellement ce mode d'admission ? ...	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Si non, quels obstacles rencontrez-vous ?	

L'admission des résidents par le service des urgences du Ch L PASTEUR

Comme le prévoit la convention de collaboration, l'admission des résidents par le service des urgences du Ch est-elle préparée en amont avec ce service ? (en dehors des situations d'urgence vitale)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Si non, quelle est la nature des difficultés rencontrées ?	
Indiquez votre niveau de satisfaction relatif aux informations délivrées quant à l'orientation du résident au sein de l'établissement :	<input type="radio"/> très satisfait <input type="radio"/> satisfait <input type="radio"/> peu satisfait <input type="radio"/> mécontent
Indiquez votre niveau de satisfaction quant à l'organisation du retour du résident vers votre établissement :	<input type="radio"/> très satisfait <input type="radio"/> satisfait <input type="radio"/> peu satisfait <input type="radio"/> mécontent
Justifiez votre réponse	

L'intervention de l'EGAL (l'Equipe mobile d'Appui et de Liaison gériatrique)

Connaissez-vous l'existence de l'EGAL ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Avez-vous été informé de l'intervention de l'EGAL auprès de vos résidents hospitalisés ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
De quelle manière ?	<input type="radio"/> par téléphone <input type="radio"/> par courrier <input type="radio"/> autre

Satisfaction globale

Etes-vous globalement satisfait de la filière gériatrique des Hôpitaux de Chartres ?	<input type="radio"/> très satisfait <input type="radio"/> satisfait <input type="radio"/> peu satisfait <input type="radio"/> mécontent
Etes-vous globalement satisfait du respect de la convention ?	<input type="radio"/> très satisfait <input type="radio"/> satisfait <input type="radio"/> peu satisfait <input type="radio"/> mécontent
Suggestions et/ou observations	

ANNEXE II

Tableau des conventions conclues avec les établissements partenaires de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Chartres

TITRE	NOM	GRADE	ETABLISSEMENT	ADRESSE	CODE POSTAL	VILLE
Madame	CALMON	Directrice	Centre Hospitalier Henri Ey	32 rue de la Grève	28800	BONNEVAL
Monsieur	TARTARIN	Directeur	Hôpital Local	6 avenue Georges Clémenceau	28120	ILLIERS COMBRAY
Madame	FROMONT	Vice-Présidente	CCAS	32 Boulevard Chasles BP 25	28001	CHARTRES CEDEX
Madame	AUMONT	Directrice	Hôpital	1 rue Marcel Bordet	28160	BROU
Monsieur	LE TILLY	Directeur par intérim	Fondation d'Aligre	10 rue Josaphat	28300	LEVES
Monsieur	GIGAREL	Directeur Général	Fondation Texier Gallas	41 rue du Docteur Maunoury	28000	CHARTRES
Madame	SORREL	Directrice	Maison de Retraite	Allée des Soufflets	28320	GALLARDON
Madame	PETER	Directrice	Maison d'Accueil Notre Dame de Joie	5 bis, rue de la Croix Jumelin	28000	CHARTRES
Madame	PERIS	Directrice	MAPADEX « les Acacias »	24 rue du Général Patton	28000	CHARTRES
Monsieur	DE BIZEMONT	Directeur	Maison de retraite	Les Jardins d'Ariane	28300	GASVILLE-OISEME
Monsieur	LEBAS	Directeur	Hôpital Local	Boulevard Jean Jaurès	28170	CHATEAUNEUF EN THYMERAIS
Madame	BROSSAUD	Directrice	Foyer Résidence Charles Péguy	2 Aristide Briand	28600	LUISANT
Madame	LE GALLOUDEC	Directrice par intérim	Maison de Retraite Départementale	rue Masselin	28190	COURVILLE SUR EURE
Madame	LE GALLOUDEC	Directrice	Maison de Retraite Communale	rue Saint Exupéry	28190	COURVILLE SUR EURE
Madame	LE GUYEC	Directrice	Maison de Retraite	31 rue du Général De Gaulle	28190	FONTAINE LA GUYON
Monsieur	CRESTA	Directeur	Hôpital Local	Avenue du Perche	28240	LA LOUPE
Madame	BALANCON-SARRALIE	Directrice	Maison de Retraite	12 rue des Georgeries	28130	MAINTENON
Madame	LE GUYADER	Directrice	Maison de Retraite	27 place des Halles	28190	PONTGOUIN
Monsieur	DEBIEZ	Directeur	Maison de Retraite	1 route de Dreux	28250	SENONCHES
Madame	MICHENAUD	Directrice	Maison de Retraite	136 rue Nationale	28390	TOURY

ANNEXE III

Convention type conclue entre le Centre hospitalier de Chartres et un établissement social et médico-social pour organiser l'hospitalisation des résidents

CONVENTION

Entre

M. , Directeur de ...

Et

Monsieur Michel CALMON, Directeur du Centre Hospitalier de CHARTRES (28)

Vu l'avis favorable du Docteur FAUDON-GIBELIN, médecin chef de service du Centre de Gériatrie,

Vu l'avis favorable du Docteur DURIEZ, médecin-chef de service des urgences,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Les objectifs

Cette convention a pour objet de développer une collaboration clairement identifiée et évaluée tendant à l'amélioration des prestations de soins et d'accompagnement rendues aux personnes âgées.

Elle vise à définir les modalités de coopération entre les deux établissements, notamment en cas d'urgence, et à instaurer de bonnes pratiques thérapeutiques pour prévenir les hospitalisations et pour accompagner les transferts en milieu hospitalier, quand ils s'avèrent indispensables.

Article 2 : Les modalités d'accueil et de soins des personnes âgées au Centre Hospitalier de CHARTRES

Elles s'articulent autour de trois axes :

- . l'Unité Gériatrique d'Orientation et de Soins (U.G.O.S.)
- . le service de Médecine gériatrique
- . le service des Urgences.

L'U.G.O.S. met à disposition de l'établissement ... les compétences de son secteur de consultations gériatriques et de son hôpital de jour ouvert à temps complet du lundi au vendredi.

Le service de Médecine gériatrique peut également, à la demande du médecin coordinateur, et après entretien téléphonique préalable avec le médecin gériatre, accueillir en admission directe des patients âgés pour un bilan diagnostique sur quelques jours et un traitement en phase aiguë de certaines pathologies lourdes.

Le service des Urgences accueille 24h sur 24h les patients âgés, assure leur prise en charge médicale urgente, et les oriente au sein de la filière des soins.

Article 3 : La procédure d'admission aux urgences

Dans la mesure du possible, le médecin coordinateur informe l'accueil des Urgences du besoin d'hospitalisation. Sur la base de cet échange téléphonique, il est convenu d'une heure de transfert du patient âgé.

L'accueil du patient est facilité grâce aux documents suivants qui l'accompagnent :

- une fiche de liaison,

- un document précisant les ressources de l'établissement en matière de médicalisation, afin d'évaluer les conditions du retour en institution,
- la liste des effets personnels.

Article 4 : *Le retour du patient âgé dans son institution d'origine*

Le Centre Hospitalier et, notamment, le service des Urgences s'engage à informer l'établissement d'origine du patient de son retour et à éviter les transferts nocturnes tardifs sauf situation exceptionnelle.

Article 5 : *Les conditions financières*

La prise en charge des frais de consultation et d'hospitalisation est assurée par les Caisses d'assurance maladie, les Mutuelles et la CMU.

Article 6 : *Le développement d'une coopération en matière de formation du personnel*

En matière de prévention des risques liés à la canicule, le Centre Hospitalier de CHARTRES et l'établissement ... s'engagent à étudier, pour 2006, l'opportunité d'une coopération en matière de formation des personnels aux bonnes pratiques gériatriques.

Article 7 : *Evaluation et suivi de la convention*

Les établissements signataires de la présente convention s'engagent à réaliser, annuellement, une évaluation de son fonctionnement.

CHARTRES, le

LE DIRECTEUR DE ...

LE DIRECTEUR DU
CENTRE HOSPITALIER
DE CHARTRES

ANNEXE IV

Carte de la région Centre avec les différents territoires de santé et les centres hospitaliers de référence et de proximité, tirée du SROS 3 2006-2011

