

CIRCULAIRE DHOS/O 2/DGS/SD 5 D N 2002-157 DU 18 MARS 2002 RELATIVE À L'AMÉLIORATION DE LA FILIÈRE DE SOINS GÉRIATRIQUE

Références:

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; Circulaire DH/EO4/97 n° 841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation ; Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile ; Complément à la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile ; Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge, avec une large part de polyopathologies chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de la vie. La survenue d'une maladie ou d'un accident peut rompre l'équilibre fragile en place. Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins. La présente circulaire s'attache plus particulièrement à établir un état des lieux et à décrire les voies d'amélioration de cette filière de soins. Cette évolution repose sur un renforcement de l'accès à des soins de proximité, le choix de filières courtes s'appuyant sur un développement du court séjour gériatrique, l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée. A tous ces niveaux, l'accent est mis sur l'importance

d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière. Enfin, sont précisées les conditions de mise en oeuvre de ce dispositif visant à une politique coordonnée de soins gériatriques.

1. Etat des lieux

1.1. Une population âgée en très forte augmentation

En 20 ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. Sauf rupture imprévisible, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les 20 ans à venir. A partir de 2020, les effets du « baby-boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3 %.

En même temps que la population vieillit, on assiste au développement des pathologies liées à l'âge. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polypathologiques. En ce qui concerne les pathologies démentielles, l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. 75 % des personnes souffrant de pathologies démentielles vivent à domicile y compris à un stade évolué de la maladie. Alors que les estimations actuelles évaluent à environ 400 000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les projections dont on dispose prévoient un doublement du nombre de malades entre 1990 et 2020.

1.2. Un dispositif de soins insuffisamment adapté aux besoins des personnes âgées

Près du tiers des séjours hospitaliers concerne les personnes âgées de 65 ans et plus ; cette part va croissant avec l'âge. Dans le même temps, on constate une progression du nombre de patients gériatriques hospitalisés. A l'occasion de leur séjour hospitalier, les patients gériatriques présentent des risques particuliers de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Or, trop souvent, l'offre de soins en milieu hospitalier reste limitée à une hospitalisation à temps complet majorant la survenue de tels risques, sans que soit envisagée une autre alternative. Alors que les modes de prise en charge permettant d'éviter ou de limiter ces risques sont validés, leur diffusion reste encore trop circonscrite.

Par ailleurs, une large proportion de personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences. L'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. De telles situations risquent d'entraîner des pertes de chance et un allongement injustifié des séjours, particulièrement péjoratif aux grands âges. En outre, le service des urgences oriente souvent davantage en fonction des lits disponibles que des besoins du patient. En l'absence de service de court séjour gériatrique, les services d'accueil des urgences manquent en effet bien souvent de solutions d'aval adaptées pour la prise en charge des patients gériatriques. A cet égard, il convient de souligner qu'une rapide enquête effectuée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins auprès des agences régionales de l'hospitalisation relève seulement 50 services de court séjour gériatrique dans les 207 établissements sièges de SAU. Ces difficultés récurrentes sont préjudiciables aux personnes âgées. Des études ont montré que des prises en charge hospitalières non

ajustées engendraient des hospitalisations à répétition et allongeaient inutilement les séjours. Enfin, les difficultés précitées se trouvent majorées par les ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication entre les professionnels de ville assurant la prise en charge ambulatoire et les équipes hospitalières.

2. Renforcer l'accès à des soins de proximité

Le patient gériatrique est très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel ; celle-ci est source de décompensation, tant au plan physique que psychique. Il convient donc, chaque fois que possible, de privilégier une prise en charge de proximité. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient gériatrique. Il joue donc un rôle essentiel et peut être aidé dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique, réalisée par une consultation ou un pôle spécialisé. Il s'appuiera également sur la structure de proximité que constitue l'hôpital local dont il peut être partie prenante, et sur un réseau de soins gériatrique, lorsqu'il existe.

2.1. Le médecin généraliste

Il importe de souligner le rôle capital du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées. Il constitue en effet le premier niveau de recours aux soins de la personne âgée ; sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours, en font un acteur privilégié de la prise en charge gériatrique. Il doit être en mesure d'utiliser au mieux les possibilités offertes par l'hôpital et, plus largement, par le réseau de santé. Son action est déterminante en matière d'orientation et de soins, ce qui implique qu'il soit parfaitement informé du fonctionnement du dispositif et sensibilisé à une approche gériatrique. Il doit pouvoir avoir accès, lorsqu'un bilan global est nécessaire, à des consultations d'évaluation

gériatrique ou aux pôles d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire, tout en restant le référent de la prise en charge du patient.

2.2. Les consultations et les pôles d'évaluation gériatrique

Selon leur localisation et leur importance, les hôpitaux sont invités à créer ou développer soit des consultations gériatriques avancées, soit des pôles d'évaluation gériatrique, auxquels les médecins généralistes pourront adresser leur patient. Les consultations gériatriques avancées sont des réponses de proximité, bien articulées avec le comité local d'information et de coordination ; elles permettent à la personne âgée de bénéficier d'un bilan médico-psycho-social. Les pôles d'évaluation gériatrique proposent des bilans approfondis réalisés de façon pluridisciplinaire. Ils collaborent au suivi du patient et proposent les aides utiles. Le cahier des charges de ces consultations et de ces pôles figure en annexe I. Ces consultations et ces pôles fonctionnent en étroite collaboration, dans un souci de complémentarité avec les consultations mémoire et les centres mémoire de ressources et de recherche de leur zone d'implantation (cf. programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées d'octobre 2001). Ces évaluations permettront ensuite aux médecins généralistes d'ajuster leur prise en charge et seront l'occasion pour eux et pour les équipes hospitalières de mieux se connaître. Dès lors, les admissions à l'hôpital pourront plus largement être négociées par les médecins de ville, évitant ainsi aux personnes âgées un passage par le service des urgences dont on connaît les effets trop souvent délétères. Le cas échéant, la prise en charge pourra être réalisée sous forme d'hospitalisation de jour.

2.3. L'hôpital local

L'hôpital local, lorsqu'il existe, constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques. Il intervient en avant de la chaîne des soins,

par des consultations avancées et/ou des actions de prévention, mais également en aval, en prenant en charge au plus près de son domicile un patient gériatrique transféré, limitant d'inutiles ruptures avec son environnement. Il permet de maintenir le lien ville/hôpital, notamment grâce à l'intervention du médecin traitant en son sein. L'hôpital local peut conclure des conventions de coopération avec les centres hospitaliers, afin de permettre à des spécialistes d'intervenir en appui des médecins généralistes. L'hôpital local trouve toute sa place dans une organisation graduée des soins.

2.4. Le travail en réseau

Le réseau de santé est défini par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui décrit ainsi ses missions :

- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ;
- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ;
- participer à des actions de santé publique ;
- procéder à des actions d'évaluation, afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont notamment constitués de :

- professionnels de santé libéraux ;
- établissements de santé ;
- centres de santé ;
- institutions sociales ou médico-sociales ;
- organisations à vocation sanitaire ou sociale ;

- représentants des usagers.

Le réseau est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter. Le dépistage, le traitement et le suivi préventif des affections liées à l'âge souvent aggravées, chroniques et multiples pouvant aller jusqu'à la dépendance, nécessitent en effet une prise en charge médico-sociale progressive, coordonnée et adaptée à chaque personne âgée considérée dans son environnement.

L'orientation du patient vers une réponse de soins de proximité adéquate, mise en oeuvre dans le cadre d'un partenariat et d'une complémentarité des intervenants en ville comme à l'hôpital, échangeant leurs informations et organisant liens et relais entre les différents temps de la prise en charge, est une priorité. Le réseau doit également assurer la continuité des soins sans rupture pendant toute la trajectoire du patient, de l'amont jusqu'à l'aval (consultation chez le généraliste et spécialistes, hospitalisations en court ou long séjour et, le cas échéant, en unités de soins psychiatriques, retour à domicile avec soins ambulatoires...). Le retour à domicile préconisé et souhaité de la personne âgée, pourtant souvent fragilisée par l'isolement, un contexte financier et social dégradé, une perte d'autonomie et de repères est au coeur de la problématique gériatrique. La prise en charge pluridisciplinaire nécessaire est par conséquent grandement facilitée par le réseau, généralement coordonnée par le médecin généraliste, et particulièrement indispensable lorsqu'il n'y a pas de réseau familial de solidarité. Elle nécessite une éducation thérapeutique du patient et de son entourage (utilisation du matériel, enseignements de pratiques curatives et préventives), l'analyse et la prise en compte de ses habitudes et conditions de vie ainsi que la mobilisation transversale corollaire et planifiée de ressources humaines des secteurs sanitaires et sociaux très qualifiées.

La cohérence des actions menées au sein du réseau est assurée par la rédaction de documents de suivi et la diffusion des informations concernant leurs interventions par les professionnels des réseaux, par une formation transprofessionnelle spécifique aux soins gériatriques, par de nouvelles pratiques professionnelles telles que la mise en commun de référentiels et de protocoles, la mise en oeuvre d'actions de prévention et de dépistage améliorant la prise en charge. Le plus souvent sollicité par le médecin généraliste, le réseau permet l'articulation - contractualisée - autour de la personne âgée fragile (et de son entourage) de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aides et de soins aux personnes âgées, usagers et famille. L'organisation de réunions de synthèse alliant tous les partenaires permet, à partir d'un bilan global, l'élaboration d'un plan d'intervention sanitaire adapté et personnalisé, proposé à l'usager ainsi responsabilisé ; celui-ci identifie clairement la filière à suivre pour répondre aux besoins de la prise en charge souvent complexe en gériatrie.

Ces réseaux de santé doivent au minimum s'articuler avec les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC). La circulaire du 18 mai 2001 précise les trois niveaux de labellisation de ceux-ci :

- label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ;
- - label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- - label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en oeuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. « Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques,

les services de transport, de menus travaux... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est complète, le suivi organisé, les situations d'urgence et de crise gérées. A terme, c'est à ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC ». Le CLIC de niveau 3 peut ainsi être le support du réseau.

3. Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique

Le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité. Cependant les personnes âgées entrent trop souvent dans ces services par défaut. Il importe donc de développer des unités de court séjour gériatrique destinées aux patients gériatriques et mieux adaptées à leurs besoins, c'est à dire à même d'apporter une approche globale, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance. Les établissements de santé devront également privilégier des prises en charge rapides et des circuits courts et veiller à ce que la dimension psychiatrique soit prise en compte.

3.1. Développer le court séjour gériatrique

Les patients gériatriques se caractérisent par un état de fragilité qui nécessite que leur prise en charge en milieu hospitalier soit assurée par des professionnels compétents en gériatrie. C'est pourquoi, l'accent doit être mis durant les prochaines années et ce, dès l'année 2002, sur l'individualisation de services de court séjour gériatrique, au moins, dans un premier temps, au sein des centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU). Leurs missions et leurs modalités de fonctionnement sont déclinées sous forme d'un cahier des charges, en annexe II. L'expérience montre que c'est à partir des compétences réunies par de tels services que se diffusent progressivement les bonnes pratiques gériatriques tant

en milieu hospitalier (délivrance d'avis gériatrique à la demande des services de spécialité) qu'en ville (structuration de l'interface ville-hôpital, actions de formation). Ces services ont vocation à accueillir, entre autres, des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées lorsque leur état de santé justifie une hospitalisation de courte durée. La configuration des locaux sera adaptée en conséquence. Pour aider les agences régionales de l'hospitalisation à amorcer ou développer les évolutions nécessaires dans ce sens, un crédit de 8,23 millions d'euros a été inscrit, au titre des mesures nouvelles, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. La répartition de ces crédits entre les régions sera effectuée en fonction de l'importance de la population de plus de 75 ans. Elle fait l'objet d'un tableau qui sera annexé à la circulaire budgétaire pour 2002 relative aux établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes. Les ouvertures de services ou d'unités de court séjour gériatrique résulteront de la transformation de lits d'autres disciplines, avec les redéploiements de personnels induits par de telles opérations. Les crédits susvisés, au titre des mesures nouvelles, doivent donc permettre de financer quelques créations de postes de professionnels formés à la gériatrie (gériatre, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien, psychologue, assistant de service social) au bénéfice de ces nouvelles unités ou pour renforcer celles qui ont besoin de l'être.

3.2. Favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique

L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, sans passage préalable par le service des urgences. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique. Dans cette optique, le service s'organisera pour répondre en permanence aux appels des médecins généralistes. La diffusion d'un numéro d'appel réservé aux médecins du secteur géographique desservi est de nature à faciliter cette coordination. Ainsi les

médecins traitants pourront négocier l'admission directe de leurs patients résidants à domicile ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en évitant des passages indus aux urgences. Dans l'immédiat, il apparaît indispensable de renforcer le partenariat entre les établissements de soins, plus spécialement les services de court séjour gériatrique, et les EHPAD, afin de faciliter la continuité de la prise en charge des personnes âgées. Le médecin coordonnateur sera un maillon important de cette coopération. La capacité en lits du service de court séjour gériatrique et son organisation interne devront être pensées de manière à pouvoir concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions par la filière courte. Le service se fixera des objectifs chiffrés pour chacun de deux modes d'admission et tendra, progressivement, à privilégier la filière courte. Toutefois, il reste des situations où le passage par le service des urgences ne peut être évité. C'est pourquoi, il est indispensable d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces services. L'objectif de doter à terme tous les établissements hospitaliers sièges d'un SAU d'un service de court séjour gériatrique devrait permettre aux médecins urgentistes de faire appel à l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique (cf. infra 3-3). Celui-ci pourra ainsi procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, souvent plus facile à réaliser au sein de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (lits portes) qu'aux urgences même. Cette évaluation permettra de mieux orienter le patient. Des hospitalisations ou ré-hospitalisations pourront ainsi être évitées en organisant le retour à domicile du patient avec les aménagements et les aides nécessaires, éventuellement en faisant appel à un service d'hospitalisation à domicile, tout en proposant, si nécessaire, un rendez-vous à l'hôpital de jour pour une évaluation gériatrique plus complète. L'admission du patient dans un service de gériatrie de court séjour ou son admission précoce en soins de suite et de réadaptation sera facilitée, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

3.3. Les équipes mobiles

Dans les centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers régionaux ainsi que dans les centres hospitaliers à forte capacité, il peut être utile de créer des équipes mobiles gériatriques. Toutefois, elles ne peuvent être mises en place que s'il existe un service de court séjour gériatrique dans l'établissement de rattachement. Ces équipes ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences. L'annexe III énumère l'ensemble de leurs missions ainsi que leurs moyens et leurs modalités.

3.4. La prise en charge des patients gériatriques relevant aussi de la compétence psychiatrique

Avec l'avancée en âge surviennent fréquemment des troubles psychiques et comportementaux nécessitant de faire appel à la compétence psychiatrique. Or, bien souvent, les poly-pathologies qui caractérisent les malades âgés nécessitent qu'ils soient soignés autant pour leurs pathologies somatiques que psychiques. Lorsqu'ils sont hospitalisés en service de gériatrie, l'interaction des deux types de pathologies rend obligatoire une étroite collaboration entre psychiatrie et gériatrie. Cette collaboration, inscrite dans la politique sectorielle, doit être fortement incitée, tant à l'intérieur d'un même établissement, dans le cadre d'un travail de liaison organisé entre les services, qu'entre plusieurs établissements de santé.

4. Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour

La suite d'une hospitalisation en court séjour gériatrique ou dans un autre service de spécialité doit être organisée le plus précocement possible. La sortie de l'hôpital, pour les personnes fragilisées en perte d'autonomie et de repères est au coeur de la problématique gériatrique. Le retour à domicile préconisé et souhaité de la personne

âgée doit être dans toute la mesure du possible favorisée en utilisant l'ensemble du dispositif de soins et d'aide à domicile. Des prises en charge graduées, associant professionnels libéraux, services de soins infirmiers à domicile, devront être mises en place selon les besoins de santé de la personne. Les réseaux de soins gériatriques lorsqu'ils existent répondent à cette logique de coordination des actions pluriprofessionnelles.

L'hospitalisation à domicile lorsque l'environnement le permet est une modalité de soins particulièrement pertinente vis-à-vis des personnes âgées fragiles, limitant la durée d'hospitalisation, tout en garantissant des soins de qualité à domicile. Il importe de la développer. Lorsqu'une phase de réadaptation est nécessaire, des soins de suite et de réadaptation appropriés, répondant à un cahier des charges précis, doivent être offerts.

4.1. L'hospitalisation à domicile (HAD)

Dans le cadre d'une meilleure articulation entre les structures de prise en charge, les services accueillant des personnes âgées à l'hôpital (services de médecine, de court séjour gériatrique, de soins de suite et de réadaptation...) doivent se rapprocher des structures d'hospitalisation à domicile, lorsque celles-ci existent, car elles peuvent offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein. Des conventions doivent être signées entre l'hôpital et ces structures. Quand l'établissement public de santé dispose d'un service d'hospitalisation à domicile, il doit prendre en compte celui-ci dans son projet d'établissement, notamment en ce qui concerne les personnes âgées.

En effet, les personnes âgées préfèrent être soignées chez elles, la limitation des ruptures avec leur environnement faisant partie de la qualité des soins. Par ailleurs, l'HAD est particulièrement adaptée à la prise en charge de maladies chroniques ou

évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phases de rémission comme les cancers ou les pathologies neurologiques, par exemple. La typologie des soins délivrés en HAD est aujourd'hui bien définie, il s'agit :

- des soins ponctuels : ce sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple) ;
- des soins continus : ils associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime ; ils concernent les patients ayant une pathologie évolutive ;
- des soins de réadaptation au domicile : ces soins sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une poly-pathologie.

L'hospitalisation à domicile permet de prendre en charge toutes les pathologies à des degrés divers, dans la mesure où les conditions médicales et familiales sont réunies, conformément à la circulaire n° 295 du 30 mai 2000. La coordination des soins, autour du médecin coordonnateur, l'évaluation de l'état du patient, les soins infirmiers quotidiens et l'intervention de professionnels paramédicaux sont les éléments d'un projet thérapeutique clinique et psychosocial adapté au patient gériatrique. Par conséquent, les équipes d'HAD sont en mesure de dispenser de soins complexes, techniques. Un plan de développement permettra de multiplier par deux le nombre de places d'HAD d'ici 2004.

4.2. Les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques

Il est important, lorsque le retour à domicile n'est pas immédiatement possible à l'issue de l'hospitalisation, de disposer de soins de suite et de réadaptation adaptés aux besoins du patient. Deux malades sur trois hospitalisés en soins de suite et de réadaptation sont âgés de 65 ans et plus, et un sur deux de 75 ans et plus. A elles seules, ces données chiffrées justifient qu'un effort substantiel soit réalisé pour que les établissements et services de soins de suite et de réadaptation offrent des prises en charge adaptées aux besoins spécifiques des patients gériatriques et leur permettent, grâce à une réadaptation ajustée, de recouvrer un maximum d'autonomie. Il s'agit donc que, symétriquement au développement et à la structuration des services de court séjour gériatrique, le dispositif de soins de suite et de réadaptation s'adapte pour dispenser des soins de qualité à une part significative de sa clientèle. Une bonne articulation, par voie de convention, entre les établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique et les structures d'aval de soins de suite et de réadaptation est donc vivement recommandée. Les modalités d'organisation des soins de suite et de réadaptation accueillant des patients gériatriques seront arrêtées en fonction de la densité de la population âgée du secteur d'implantation de la structure. Lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins d'une population à forte densité, on privilégiera la création de services de soins de suite et de réadaptation entièrement dédiés aux patients gériatriques. Ailleurs, les établissements ou les services de soins de suite et de réadaptation polyvalents s'organiseront pour mettre en place soit un pôle, soit une ou des unités spécifiques pour les personnes âgées gériatriques. Dans tous les cas, un projet gériatrique devra être élaboré et sa mise en oeuvre assurée par une équipe formée. Dans ce sens, l'annexe IV décline, sous forme d'un cahier des charges, les missions et les modes de fonctionnement des soins de suite et de réadaptation gériatriques. Elle constitue une avancée significative sur quelques points majeurs. En premier lieu, en ce qu'elle prévoit 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. Dans un second temps, en ce qu'elle donne la possibilité de réaliser ou de compléter des évaluations médico-psycho-sociale gériatriques et de pratiquer des admissions directes en soins de suite et de réadaptation, sans passage systématique par un service de court séjour. Toutefois, il est exigé que les personnes âgées dont on sollicite l'admission directe, aient préalablement bénéficié d'une évaluation complète permettant de justifier l'orientation en soins de suite et de réadaptation. Il faut rappeler, enfin, que les soins de suite et de réadaptation peuvent aussi prendre la forme d'une hospitalisation de jour, notamment pour compléter ou réévaluer des bilans.

5. La mise en oeuvre

Les schémas régionaux d'orientation sanitaire devront intégrer un volet spécifique entièrement consacré à la politique en faveur des personnes âgées, lorsque cela n'est pas déjà le cas. Cette problématique devra être abordée dans sa dimension la plus large et en concertation avec les conseils généraux chargés d'élaborer et d'arrêter, conjointement avec les services de l'Etat, les schémas gérontologiques départementaux.

Ainsi, la politique des personnes âgées sera traitée dans sa globalité, ne se limitant pas aux seuls aspects hospitaliers. Les volets personnes âgées aborderont les articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide à domicile et les établissements d'hébergement. Les objectifs stratégiques susmentionnés et leur déclinaison opérationnelle guideront utilement la démarche qu'il vous appartient d'engager à brève échéance. Au niveau de chaque établissement de santé, un projet gériatrique devra être formalisé et intégré au sein du projet d'établissement. Pour faciliter son élaboration et son suivi et pour faciliter la collaboration intra-hospitalière, la création d'une « commission personnes âgées », associant des représentants des usagers, peut s'avérer utile. Elle aura, alors, à

présenter annuellement, un rapport devant la commission médicale d'établissement pour rendre compte du degré et des modalités de mise en oeuvre du projet gériatrique. Elle pourra l'assortir de recommandations pour améliorer sa réalisation.

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty

Le directeur général de la santé, L. Abenhaim