

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007

relative à la filière de soins gériatriques

NOR : SANH0730182C

Date d'application : immédiate.

Références :

Plan solidarité grand âge 2007-2012.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD. 5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

Annexe :

Annexe I. - Référentiel d'organisation des soins pour la filière de soins gériatriques ;

Annexe II. - Référentiel d'organisation des soins pour le court séjour gériatrique ;

Annexe III. - Référentiel d'organisation des soins pour l'équipe mobile gériatrique ;

Annexe IV. - Référentiel d'organisation des soins pour l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique ;

Annexe V. - Référentiel d'organisation des soins pour les soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (soins de suite et de réadaptation gériatriques) ;

Annexe VI. - Convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

Le ministre de la santé et des solidarités, le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour diffusion et mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]).

Le Plan solidarité grand âge 2007-2012, présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille est destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique dans le respect du libre choix des personnes en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé.

Dans cet objectif le système hospitalier doit pouvoir faire face, non seulement à l'accroissement du nombre de personnes âgées, notamment des personnes de plus de soixante-quinze ans, mais aussi répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, souvent

polypathologiques et fragiles et ainsi prévenir la perte d'autonomie qui touche aujourd'hui 6 à 7 % des personnes âgées de plus de soixante ans.

Les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis. Seule une offre de soins adaptée est susceptible de leur assurer un parcours sans perte de chance et de réduire le risque d'installation ou d'aggravation d'une dépendance.

L'axe 3 du Plan solidarité grand âge propose les mesures permettant la poursuite de cette politique.

Ces mesures visent à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés grâce au développement de filières gériatriques hospitalières intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les dispositions de la présente circulaire viennent conforter l'organisation des soins mentionnée dans la circulaire du 18 mars 2002 et cherchent à dynamiser les démarches entreprises en ce sens dans le cadre de la mise en oeuvre des volets des SROS III consacrés aux personnes âgées.

1. Généraliser et renforcer les dispositions

de la circulaire du 18 mars 2002

La filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique.

Sur son territoire d'implantation, une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé. Elle assure ainsi les évaluations gériatriques adaptées aux différentes situations cliniques et sociales et à l'objectif diagnostique et thérapeutique poursuivi, qu'il s'agisse de prévenir, de gérer une crise aiguë ou de réinsérer. Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique.

Au sein d'une filière gériatrique, le patient âgé peut ainsi bénéficier :

- d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées en fonction du niveau de complexité de sa situation clinique et sociale. Ces prises en charge sont assurées en consultations, en hospitalisation de jour, en hospitalisation complète d'une durée plus ou moins longue suivant qu'il s'agit d'une situation clinique aiguë relevant d'un bilan court programmable et d'une réinsertion rapide ou bien d'une situation clinique aiguë nécessitant un bilan approfondi ou une réadaptation, voire une institutionnalisation ;

- d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel il sera hospitalisé, si possible préalablement à l'hospitalisation quand celle-ci est programmée ;
- d'un accès aux plateaux techniques dans les délais requis par son état de santé pour éviter toute perte de chance ;
- d'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de réhospitalisation.

Outre ces missions, une filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels de l'établissement de santé et des acteurs externes à l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées.

Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée. L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement.

Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation. Le développement des conventions de coopération entre établissement de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif.

2. Inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale négociée dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur la base de référentiels d'organisation des soins

Une filière de soins gériatriques revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes, une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soins.

En ce sens la valeur ajoutée d'une filière est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées et de servir de levier à la coordination de leurs actions au service des personnes âgées. Elle doit ainsi contribuer à fournir le juste niveau de prise en charge en rappelant le rôle essentiel joué par le médecin traitant et celui de premier niveau d'hospitalisation assuré par les hôpitaux locaux en cohérence avec le projet médical de territoire. Les réseaux de santé « personnes âgées » peuvent aussi venir très utilement compléter l'organisation territoriale en filière et favoriser la mise en place d'une réelle coordination des professionnels.

Le Plan solidarité grand âge vise à impulser un engagement fort des communautés hospitalières afin qu'elles contribuent activement, en collaboration avec les partenaires concernés, à une organisation en filière avec le souci de résultats concrets et lisibles pour les usagers.

Dans le prolongement et en application des SROS III, cette reconnaissance donnera lieu à la définition de plans d'actions dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements de santé contribuant à la filière, sur la base des référentiels d'organisation des soins relatifs à la filière gériatrique dans son ensemble et à chacune de ses composantes (*cf.* annexes).

Plutôt que de se limiter au seul constat statique et réducteur d'un taux d'équipement ou d'un ratio d'encadrement conforme aux préconisations, le plan d'action contractualisé prendra en compte l'aspect dynamique de la démarche de création ou d'amélioration d'une filière, en considérant la situation initiale de l'équipement et les actions mises en oeuvre pour structurer l'offre de soins, afin d'assurer une prise en charge graduée de qualité aux patients âgés et atteindre ainsi progressivement les cibles mentionnées dans les référentiels.

A noter que ces cibles concernent à la fois les locaux, les équipements et les personnels ne constituent en aucun cas des normes opposables.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens que vous serez amenés à négocier avec les établissements de santé devront ainsi préciser, pour chaque établissement de santé concerné, ses missions au sein d'une filière de soins gériatriques, les actions programmées, le calendrier de mise en oeuvre et les modalités d'évaluation.

Vous devrez fournir pour le 1^{er} décembre de chaque année un état des lieux des filières de soins gériatriques. Ce bilan a vocation à être articulé avec le dialogue de gestion annuel au cours duquel est examinée la mise en oeuvre du contrat passé entre l'Etat et l'ARH et à faire l'objet d'un suivi dans le cadre du tableau de bord prodige.

Je vous demande de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de ses annexes aux établissements de santé.

Je vous saurais gré de bien vouloir me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de cette circulaire.

*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
A. Podeur*

ANNEXE I

FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES

Référentiel d'organisation des soins

1. Préambule

La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées.

2. Zone de couverture

Les ARH sont chargées de définir le territoire d'implantation des filières de soins gériatriques en fonction des caractéristiques de chaque région et du découpage territorial retenu dans les SROS III en tenant compte de l'offre gériatrique existante et de l'organisation territoriale du secteur médico-social arrêté dans les schémas gérontologiques.

La région doit être couverte en totalité par plusieurs filières des soins gériatriques.

Une filière doit s'attacher à prendre en charge en priorité les personnes âgées résidant sur son territoire d'implantation.

3. Missions

Sans prétendre à l'exhaustivité, trois grandes catégories de besoins ont pu être identifiées que la filière doit être en mesure de prendre en charge :

- les hospitalisations non programmables pour lesquelles les services d'urgence associés aux équipes mobiles de gériatrie et les courts séjours gériatriques joueront un rôle de tout premier plan ;
- les hospitalisations programmables, qui vont mobiliser en première intention, en fonction de la pathologie observée et du niveau de recours nécessaire au plateau technique, les services de courts séjours gériatriques, les lits de médecine des hôpitaux locaux ou les lits de SSR. Ces hospitalisations programmées peuvent être poursuivies au sein des unités de soins de longue durée. Par ailleurs une hospitalisation à domicile ou une HAD en EHPAD peut prendre le relais ;
- les bilans réalisés à froid, qui relèvent de l'hôpital de jour ou de la consultation gériatrique. Les services de court séjour peuvent le cas échéant être sollicités pour des hospitalisations de bilan très courtes au bénéfice de personnes dont l'isolement n'est pas compatible avec une prise en charge en hôpital de jour.

Au-delà de ces trois grandes catégories, il convient d'ajouter l'obligation pour la filière d'être en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes de l'avis gériatrique d'une équipe mobile quel que soit le service d'hospitalisation demandeur dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière mais qu'il ne comporte pas en propre de compétence gériatrique. Cette obligation doit pouvoir être mise en oeuvre à toutes les phases du séjour, y compris préalablement à une hospitalisation programmée.

Au sein de la filière gériatrique les soins palliatifs doivent être mis en oeuvre pour répondre aux besoins des personnes âgées. Cette prise en charge doit s'appuyer sur le dispositif mis en place dans les régions en matière de soins palliatifs, en s'appuyant notamment sur les équipes mobiles et l'unité de soins palliatifs.

Afin de répondre aux besoins des personnes prises en charge par la filière gériatrique, il est nécessaire que ses différents éléments comportant de l'hospitalisation complète disposent de lits identifiés, qu'il s'agisse d'unité de court séjour gériatrique, de soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée.

Une bonne articulation territoriale entre les réseaux de santé « personnes âgées », de soins palliatifs et le cas échéant les réseaux de cancérologie est en outre indispensable.

La filière doit également organiser l'accompagnement et les soins pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Il apparaît clairement que la filière gériatrique ne peut être résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent et qu'elle revêt une dimension fonctionnelle majeure qui doit se traduire par une amélioration effective de la prise en charge des personnes, une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soins. L'accompagnement de la sortie d'hospitalisation doit notamment contribuer à réduire les taux de réhospitalisations précoces.

La filière a également vocation à prendre en charge les problèmes psychogériatriques.

Elle doit de surcroît s'articuler avec les structures psychiatriques pour la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées afin de proposer un dispositif gradué reposant sur les équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles composées de professionnels de la psychiatrie susceptibles d'intervenir à la demande au sein de la filière. Ce dispositif doit par ailleurs être associé à de petites unités de gériopsychiatrie, au sein des établissements psychiatriques, destinées à prendre en charge en milieu spécialisé et pour des durées courtes, les personnes présentant une symptomatologie trop importante pour relever des seuls soins ambulatoires.

Les partenaires de la filière sont multiples et de compétences diverses. Le rôle d'expertise de la filière et sa reconnaissance pour la prise en charge des situations complexes peut favoriser des partenariats et par suite l'organisation de réseaux de santé « personnes âgées » associant notamment les hôpitaux de jour, les professionnels de ville et les établissements médico-sociaux. Elle joue un rôle dans la diffusion de la culture gériatrique et dans la formation des personnels des établissements de santé voire celle des acteurs extérieurs à l'hôpital intervenant dans les prises en charge des personnes âgées.

4. Organisation

Puisqu'une structure de soins donnée de la filière contribue à plusieurs missions et qu'une mission donnée nécessite en règle générale l'intervention successive de plusieurs « maillons », il est recommandé qu'une filière gériatrique comprenne les structures de soins suivantes :

- un court séjour gériatrique situé dans l'établissement de santé support de la filière ;
- une équipe mobile de gériatrie ;
- une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique de court séjour ;
- un ou plusieurs soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques) à temps complet ou en hôpital de jour ;

- un ou plusieurs soins de longue durée (SLD) redéfinis au sens de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

Une filière de soins gériatriques implique un ou plusieurs établissements de santé quel que soit le statut ou la catégorie de l'établissement. La mission de chacun d'entre eux, au sein de la filière, dépend du type de structures de soins dont il dispose.

Pour chaque filière, le rôle et les obligations réciproques des établissements qui en sont membres sont formalisés par convention. Cette dernière prévoit une coordination administrative de la filière ainsi qu'une coordination médicale qui doit être assurée par un gériatre. Cette coordination peut être commune avec celle du réseau de santé « personnes âgées ». La convention précise notamment les conditions d'admission et de sortie des patients gériatriques, les délais cible en termes de prise en charge, les procédures de transfert. Elle définit les supports d'informations médicales communes (notamment fiches de liaison médicale et infirmière). Elle garantit également l'accès des patients gériatriques aux spécialités non gériatriques dont la psychiatrie.

L'établissement de santé support de la filière :

C'est l'établissement qui comporte le court séjour gériatrique.

Outre le court séjour gériatrique, il doit comporter une équipe mobile et une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

Il doit disposer d'une structure des urgences ou être conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure.

Il peut lui-même disposer de soins de suite et de réadaptation gériatrique ainsi que de soins de longue durée.

Les autres établissements, membres de la filière de soins gériatriques :

Ces établissements dont les hôpitaux locaux disposent au minimum de lits de SSR gériatriques ou de SLD.

Il est vivement recommandé que l'établissement de santé support de la filière passe convention avec d'autres établissements publics ou privés du territoire d'implantation de la filière disposant de structures prenant en charge des personnes gériatriques, afin de fédérer ces établissements au sein de la filière. La convention devient en outre obligatoire lorsque l'établissement de santé support ne dispose pas en propre de l'intégralité de l'offre de soins gériatrique.

Les hôpitaux locaux :

Les hôpitaux locaux, au sein de la filière, participent à la prise en charge des patients en amont dans leurs lits de médecine au titre d'une immédiate proximité et d'une prise en charge de premier niveau ne justifiant pas d'une hospitalisation en court séjour gériatrique et en aval à l'issue d'une hospitalisation dans l'établissement de santé support de la filière, au sein de leurs lits de SSR ou de SLD.

5. Partenariats et articulation avec les réseaux de santé

« personnes âgées »

Une filière de soins gériatriques doit organiser au niveau de son territoire d'implantation des partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sortie d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile.

Partenariat avec l'HAD :

L'HAD est l'un des partenaires naturels de la filière dans la mesure où il peut offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein pour des personnes âgées à leur domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur la base d'indications protocolisées.

Partenariat avec les médecins traitants :

L'équipe gériatrique de la filière est l'interlocuteur direct des médecins traitants. Elle répond à toutes leurs demandes concernant l'admission, le séjour et la sortie du patient. Elle collabore avec lui pour mettre en place les dispositifs permettant le retour du patient à domicile ou en établissement médico-social.

Afin de mettre en oeuvre ou d'améliorer ce partenariat, le médecin gériatre organisateur de la filière prévoit au moins une fois par an une réunion d'échange avec les médecins traitants du territoire.

Partenariat avec les acteurs médico-sociaux :

L'établissement de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes élargissent à la filière de soins gériatriques le champ des conventions prévues dans le cadre des Plans bleus. Ces conventions doivent définir :

- les modalités d'admission des résidents des établissements médico-sociaux au sein de la filière ;
- les modalités de retour des résidents en établissement médico-social après une hospitalisation ;
- les modalités et outils de partage des informations médicales ;
- les partenariats envisageables : formations communes, modalités d'accès à l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, modalités d'intervention à titre expérimental de l'équipe mobile gériatrique au sein de l'établissement médico-social.

Une coopération peut également se mettre en place au sein de GCS ou de GCSM.

Des partenariats avec les structures médico-sociales pour personnes handicapées vieillissantes sont susceptibles d'être développés.

Partenariat avec les structures de coordination :

La filière de soins gériatriques doit élaborer, avec les structures de coordination (CLIC ou coordination gérontologique, réseaux de santé), des procédures de prise en charge et de partage d'informations notamment pour l'organisation du retour à domicile des patients hospitalisés dans la filière. A ce titre la collaboration avec les SSIAD est recommandée.

6. Une démarche progressive dans le cadre des contrats

pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

L'ARH contractualise avec les établissements de santé membres d'une filière de soins gériatriques dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur les missions que ceux-ci s'engagent à assurer pour la filière, les actions programmées, le calendrier de mise en oeuvre et les modalités d'évaluation. Les objectifs fixés à ce titre par l'ARH aux établissements de santé doivent se référer aux référentiels d'organisation des soins des différentes structures de soins de la filière qui représentent l'optimum à atteindre.

Les ARH fournissent à la DHOS chaque 1^{er} décembre un état des lieux des filières.

ANNEXE II

COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques (cf. note 1) , généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés.

Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

L'unité de court séjour gériatrique répond à trois fonctions :

- assurer une hospitalisation directe ;
- assurer, le cas échéant, une hospitalisation après passage aux urgences ;
- assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement ;
- assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours.

L'unité de court séjour gériatrique dispose d'un savoir faire gériatrique permettant une approche globale des patients, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance. Chaque patient y bénéficie d'une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en charge gérontologique.

2. Missions

- assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences ;
- procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale ;
- établir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire ;
- traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées ;
- envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation ;
- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

3. Place dans la filière

Le court séjour gériatrique est l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière.

Mode d'entrée des patients :

L'accès direct des patients en court séjour gériatrique sans passage aux urgences est le mode d'entrée à privilégier.

L'admission directe en court séjour gériatrique donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du court séjour gériatrique. Le court séjour gériatrique est organisé pour répondre durant la journée aux appels des médecins généralistes.

Cette admission peut être programmée.

Les patients peuvent aussi être admis par le biais de la structure des urgences.

Mode de sortie :

La préparation de la sortie est réalisée le plus tôt possible au cours du séjour dès qu'il est légitime de s'interroger sur l'avenir du patient. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé.

Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière concernée et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées ».

Recours à des avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

4. Implantation

Elle répond au critère suivant :

- offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière.

L'implantation se fait dans les établissements de santé disposant d'une structure des urgences ou ayant conventionné avec un établissement de santé disposant de cette structure, afin de privilégier la qualité du plateau technique du fait de l'intrication fréquente des pathologies et de la nécessaire mise en oeuvre de stratégies de prise en charge validées.

5. Moyens de fonctionnement

Dimensionnement :

Le court séjour gériatrique doit disposer au minimum de 20 lits.

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions, un court séjour gériatrique devrait pouvoir disposer d'une équipe pluri disciplinaire composée d'au moins :

- deux équivalents temps plein de médecin gériatre ;
- douze équivalents temps plein d'infirmiers et douze équivalents temps plein d'aide soignants ;
- du temps de psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistant social.

Une permanence médicale, infirmière et aide soignante est assurée 24 heures sur 24.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

Coordination du court séjour gériatrique :

Elle est assurée par un gériatre. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie ou d'un PU-PH de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

Locaux et équipement :

Les courts séjours gériatriques disposent des locaux et des équipements adaptés aux patients âgés présentant une dépendance physique ou psychique, et notamment :

- des chambres à un ou deux lits équipées en vide et en oxygène et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...) disposant d'un cabinet de toilettes avec WC, douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant ;
- des espaces de circulation équipés de mains courantes ;
- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche...).

Le court séjour gériatrique doit garantir l'accessibilité à un plateau technique comportant un équipement de radiologie standard, échographie, doppler veineux et artériel, échocardiographie, tomodensitométries, analyses biologiques et d'anatomie pathologique, endoscopies digestives, dans des délais compatibles avec la pathologie du patient.

Il doit pouvoir accéder en urgence au plateau technique dans les mêmes conditions que les autres spécialités.

6. Indicateurs annuels de suivi

- nombre de séjours ;
- index de performance (durée moyenne de séjour observée rapportée à la durée moyenne de séjour nationale par GHS) ;
- composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein ;
- composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein ;
- répartition des modes d'entrée (nombre de séjours avec admission directe, nombre de séjours après passage par la structure des urgences, nombre de séjours programmés, nombre de séjours non programmés...) ;
- répartition des modes de sortie ;
- pourcentage de réhospitalisations non programmées survenant dans les soixante jours suivant la sortie.

ANNEXE III

ÉQUIPE MOBILE GÉRIATRIQUE

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé « personnes âgées ».

Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

2. Missions

Missions de soins :

L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :

- dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;
- les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux ;
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées ») ;
- conseiller, informer et former les équipes soignantes.

Il est recommandé que l'équipe mobile intervienne dans la structure des urgences dès l'entrée d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée. Dans cette structure des urgences, son rôle est de faciliter l'entrée directe du patient dans le court séjour gériatrique et, le cas échéant, vers les soins de suite et de réadaptation, d'organiser des retours à domicile ou en structure en collaboration avec la structure des urgences ou, à défaut, une consultation externe, voire une hospitalisation programmée en court séjour gériatrique et d'effectuer la liaison avec les services de spécialités, le médecin traitant et le réseau de santé s'il existe.

En fonction du contexte local, il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique :

- assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux. Ces consultations sont destinées à effectuer une première évaluation médico-psychosociale pour repérer les incapacités potentielles à brève échéance, proposer un ajustement des traitements en cours, un plan de soins et, éventuellement, un plan d'aide, anticiper les limites du maintien à domicile et programmer, si nécessaire, une hospitalisation en court séjour gériatrique, en SSR gériatriques ou en hôpital de jour.
- intervienne dans un cadre expérimental au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant, au domicile du patient lorsque ce dernier est pris en charge dans le cadre d'un SSIAD ou d'un réseau de santé « personnes âgées », afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.

Autre mission :

- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

3. Place dans la filière

L'équipe mobile gériatrique est adossée à un court séjour gériatrique. Elle peut constituer une interface entre, d'une part, la filière de soins gériatriques et, d'autre part, les établissements médico-sociaux et les intervenants au domicile.

Modalités d'intervention de l'équipe mobile :

L'équipe mobile intervient sur appel du service hospitalier et, le cas échéant, dans le cadre d'une expérimentation, de l'établissement médico social, des intervenants à domicile, du CLIC ou du réseau de santé « personnes âgées ».

La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant.

Les patients sont adressés par leur médecin traitant aux consultations avancées des hôpitaux locaux.

Pour préparer la sortie du patient, l'équipe mobile intervient en collaboration avec le CLIC et/ou le réseau de santé « personnes âgées ». En tout état de cause la sortie du patient s'effectue sous la responsabilité du médecin du service d'hospitalisation, selon les recommandations émises par l'équipe mobile gériatrique dans son projet d'accompagnement de la sortie.

Recours aux avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

4. Implantation

L'équipe mobile de gériatrie est installée au sein d'un établissement siège d'un court séjour gériatrique.

5. Moyens de fonctionnement

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions intra-hospitalières il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique pluridisciplinaire comprenne au minimum :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- un équivalent temps plein d'infirmier ;
- un équivalent temps plein d'assistante sociale ;

- du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire.

Cet effectif est à moduler en fonction de la taille de l'établissement.

Lorsque l'équipe mobile effectue une consultation avancée, cette dernière doit au minimum disposer d'un temps de gériatre et de secrétariat. Elle doit pouvoir faire appel à un psychologue et/ou à un personnel paramédical et social.

L'ensemble de l'équipe doit être formé spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique.

Coordination de l'équipe mobile de gériatrie :

Elle est assurée par un gériatre de la filière gériatrique. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

6. Indicateurs de suivi annuel

Nombre d'évaluations réalisées (en intra par service hospitalier et en extra hospitalier).

Pourcentage de réhospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie des patients évalués par l'équipe mobile en intra-hospitalier.

Composition de l'équipe médicale en équivalent plein temps.

Composition de l'équipe non médicale en équivalent plein temps.

ANNEXE IV

UNITÉ DE CONSULTATIONS

ET D'HOSPITALISATION DE JOUR GÉRIATRIQUE

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

L'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique est une structure de soins de court séjour de la filière de soins gériatriques située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques.

Elle comporte des consultations et un hôpital de jour gériatrique.

La consultation mémoire labellisée, lorsqu'elle existe, lui est intégrée.

2. Missions

Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée ;

Etre un recours pour le médecin traitant après repérage de problèmes durant la consultation de prévention dispensée aux personnes âgées de 70 ans et plus ;

Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées ;

Proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et notamment un bilan gériatrique médico-psycho-social aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur ;

Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, et surtout surveiller et ajuster les thérapeutiques ;

Pratiquer des soins lourds (transfusions, plaies complexes...) ;

S'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, centres médico-psychologiques, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour ;

Participer à l'organisation du soutien au domicile ;

Participer à la diffusion des bonnes pratiques.

3. Place dans la filière

Modalités d'accès :

Le patient est adressé à la consultation gériatrique par son médecin traitant. La consultation gériatrique fonctionne en lien étroit avec l'ensemble des acteurs du soutien à domicile et notamment le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées ».

L'accès à l'hôpital de jour est conditionné par une consultation ou l'avis d'un gériatre de la filière après accord du médecin responsable de l'hôpital de jour.

L'accès à la consultation ou à l'hôpital de jour est également ouvert aux médecins généralistes et/ou aux coordonnateurs des hôpitaux locaux en lien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

Les objectifs attendus en termes de gain thérapeutique d'une prise en charge en hôpital de jour gériatrique sont déterminés et régulièrement réévalués.

Recours aux avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

Relation avec le médecin traitant

Afin d'assurer la liaison avec le médecin traitant, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique adresse le jour même au médecin traitant un compte rendu complet mentionnant les résultats de l'évaluation gériatologique, les diagnostics retenus, les orientations thérapeutiques et modalités de prise en charge issus de la réunion de concertation pluriprofessionnelle.

4. Implantation

Elle répond aux critères suivants :

- disposer au minimum d'une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique au sein de l'établissement de santé, siège d'un court séjour gériatrique ;
- offrir au moins 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière.

5. Moyens de fonctionnement

Dimensionnement :

Il est recommandé que l'hôpital de jour comporte au minimum cinq places.

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions, une unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- 1,5 équivalent temps plein d'infirmiers et 0,5 équivalent temps plein d'aide soignant
- temps de psychologue, diététicien, podologue, assistant social et secrétaire.

Les consultations sont assurées par les médecins de la filière de soins gériatriques.

Les consultations mémoire respectent le cahier des charges annexé à la circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement aux techniques d'évaluation gériatrique et à la prise en charge des patients gériatriques.

Coordination de l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique :

Elle est assurée par un gériatre. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

Equipement :

La structure comprend des locaux d'accueil, de consultations et de rééducation.

L'accès au plateau technique (laboratoire et imagerie) est organisé soit sur le site, soit par conventionnement. Cet accès concerne la radiologie standard, l'échographie doppler veineux et artériel, l'échocardiographie, TDM, IRM, les analyses biologiques complétées éventuellement par les explorations fonctionnelles respiratoires, les endoscopies digestives, bronchiques et les explorations urodynamiques.

6. Indicateurs annuels de suivi

File active des consultations par type de consultation.

File active de l'hôpital de jour.

Nombre de nouveaux patients en consultation par type de consultation.

Nombre de nouveaux patients en hôpital de jour.

Nombre d'évaluations médico-psycho-sociales réalisées.

Nombre de bilans gériatologiques réalisés pour les résidents des EHPAD.

Composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein.

Composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein. ANNEXE V

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES ÂGÉES POLYPATHOLOGIQUES DÉPENDANTES OU À RISQUE DE DÉPENDANCE (SSR GÉRIATRIQUES)

Référentiel d'organisation des soins

1. Définition

Les SSR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient.

Les SSR gériatriques accueillent en hospitalisation complète ou partielle en hôpital de jour des patients âgés, généralement de plus de 75 ans, présentant des risques particuliers de décompensation, pouvant relever d'une ou de plusieurs pathologies chroniques ou invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une déficience source de dépendance physique ou psychique difficilement réversible.

Les SSR gériatriques prennent en charge des patients soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, notamment dans les suites d'une affection médicale aiguë ou d'une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle garantissant le retour dans le milieu de vie, domicile ou substitut du domicile (EHPAD, USLD...), ou en cours de séjour dans une structure médico-sociale, soit directement du domicile dans une approche programmée.

Les SSR gériatriques formalisent toutes les coopérations nécessaires à la mise en oeuvre de leurs missions.

2. Missions

Une double mission :

- assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées ;
- assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique, en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.

Mais aussi :

- prévenir l'apparition d'une dépendance ;
- maintenir ou redonner de l'autonomie ;
- assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dans des domaines tels que les troubles sensoriels et de l'équilibre, le diabète, la nutrition, la maladie d'Alzheimer ;
- assurer l'information et le soutien des aidants ;
- assurer le maintien de la socialisation de la personnes âgée ;
- assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale.

3. Modalités de prise en charge

Les patients sont pris en charge dans des unités assurant essentiellement une activité de SSR gériatriques.

Les modalités de prise en charge répondent aux critères de bonnes pratiques dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les étapes clés sont :

- assurer ou réévaluer le bilan médico-psycho-social ;
- rédiger un projet thérapeutique personnalisé (plan de soins, plan d'aide) et assurer sa réévaluation périodique ;
- accompagner l'acceptation de la perte d'autonomie ;

- accompagner la phase de retour dans le milieu de vie en collaboration avec le patient et son entourage.

4. Place dans la filière

Les SSR gériatriques assurent la prise en soins des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation en court séjour, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence ils permettent notamment d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour.

L'articulation des SSR gériatriques avec les autres structures de soins de la filière et leurs obligations réciproques sont formalisées au sein de la convention constitutive de la filière.

Mode d'entrée des patients :

L'admission s'opère à l'issue d'une procédure de pré-admission, après l'accord du médecin assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation réalisée notamment par l'équipe mobile ou l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

L'admission est réalisée sur la base d'un dossier médical et d'une fiche d'orientation comportant des données médico-psycho-sociales et une évaluation de l'autonomie.

Mode de sortie :

La préparation de la sortie est réalisée très en amont au cours du séjour. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé.

Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière concernée et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC ou le réseau de santé « personnes âgées » et les proches du patient.

Recours à des avis spécialisés :

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités, y compris la psychiatrie.

5. Implantation géographique

Elle répond aux critères suivants :

- offrir au minimum 1 000 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques,
- offrir au maximum 2 600 journées d'hospitalisation de SSR gériatriques pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques.

6. Moyens de fonctionnement

Dimensionnement :

Une unité de SSR gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits. Ces lits sont regroupés, ils peuvent constituer une unité au sein d'une structure de SSR.

Personnel médical et non médical :

Pour remplir ses missions, une unité de SSR gériatriques devrait pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de :

- un équivalent temps plein de médecin gériatre ;
- huit équivalents temps plein d'infirmiers et douze équivalents temps plein d'aides soignants ;
- temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de podologue, de psychologue, de diététicien et d'assistant social.

Une présence infirmière et aide soignante est assurée 24 h sur 24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

Coordination des soins de suite et de réadaptation gériatriques :

Elle est assurée par un gériatre. Dans un établissement public de santé, il s'agit d'un praticien hospitalier de gériatrie, d'un assistant ou d'un chef de clinique assistant inscrit en DESC de gériatrie.

Locaux et équipements :

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

- des chambres à un ou deux lits équipées en vide et en oxygène et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...) disposant d'un cabinet de toilette avec WC, douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant ;
- des espaces de circulation équipés de main courante ;
- des locaux de rééducation : kinésithérapie, ergothérapie, rééducation d'incontinence, psychomotricité... ;
- des locaux polyvalents de consultations, entretiens, éducation ;
- un lieu de réception des familles ;

- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche...);

- des lieux de convivialité (salons, salles à manger...).

Certaines unités doivent être adaptées à la prise en charge de patients déments en état de crise.

Les SSR gériatriques disposent sur place ou par convention avec un autre établissement de santé d'un plateau technique d'imagerie ou de biologie.

7. Indicateurs annuels de suivi

Nombre de journées réalisées en hospitalisation complète.

Nombre de journées réalisées en hospitalisation partielle.

Nombre d'admissions en hospitalisation complète.

Nombre d'admissions en hospitalisation partielle.

Composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein.

Composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein.

Répartition des modes d'entrée.

Répartition des modes de sortie.

Pourcentage de ré-hospitalisations non programmées survenant dans les 60 jours suivant la sortie.

ANNEXE VI

CONVENTION TYPE RELATIVE AUX MODALITÉS DE COOPERATION ENTRE UN ETABLISSEMENT DE SANTE ET UN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES DANS LE CADRE D'UNE FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES

Entre :

- nom de l'ES (établissement de santé), représenté par

Et :

- nom de l'EHPAD, représenté par

Vu l'article L. 6134-1 du code de la santé publique ;

Vu l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles,

Il est convenu ce qui suit :

Exposé des motifs (ou Préambule) :

Afin d'assurer aux personnes âgées une prise en charge graduée, adaptée à l'évolution de leur état de santé, il convient, conformément aux dispositions prévues par le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, de formaliser les obligations réciproques des établissements de santé et des EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

Article 1^{er}

Objet de la convention

La présente convention a pour but de décrire de façon opérante les engagements réciproques ou partagés de l'ES et de l'EHPAD afin de :

- faciliter les flux de patients et optimiser la prise en charge gériatrique ;
 - en faisant bénéficier les résidents de l'EHPAD de bilan de santé, notamment psycho gériatrique ;
 - en évitant aux résidents, en cas de transfert à l'ES, de transiter par la structure d'urgences ;
 - en garantissant aux résidents des hospitalisations personnalisées et ciblées ;
 - en facilitant leur retour dans l'EHPAD après une hospitalisation ;
 - en permettant aux personnes âgées, suite à une hospitalisation, d'être prises en charge dans un EHPAD proche de leur domicile.
- favoriser la communication des informations relatives aux résidents entre l'ES et l'EHPAD ;
- favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des résidents en milieu hospitalier ;
- développer une culture gériatrique commune.

Article 2

Engagement de l'ES

L'ES s'engage à faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD, quel que soit leur niveau de couverture sociale, aux structures sanitaires requises par leur état de santé :

- consultations gériatriques ;
- consultations mémoire ;

- consultations de spécialités ;
- hôpital de jour gériatrique ;
- court séjour gériatrique ;
- services de spécialités ;
- soins de suite et de réadaptation ;
- soins de longue durée ;
- hospitalisation à domicile ;
- dans un cadre expérimental, équipe mobile gériatrique.

(Liste à établir en fonction des structures présentes dans l'ES)

2.1. Accès aux consultations et à l'hôpital de jour gériatrique

L'accès aux consultations gériatriques et aux consultations mémoire ainsi qu'aux autres consultations externes délivrées par l'ES est facilité pour les résidents de l'EHPAD.

Le médecin traitant du résident, sur conseil ou demande du médecin coordonnateur, peut y faire appel. Il peut également faire appel à l'hôpital de jour gériatrique pour des évaluations gériatriques et multidisciplinaires programmées.

En accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur, l'ES réalise les bilans d'entrée des résidents avec un suivi à 6 mois.

En accord avec le médecin traitant, une hospitalisation de jour gériatrique est proposée par l'ES à chaque résident dont l'état de santé le justifie.

2.2. Recours à l'hospitalisation

Le résident présentant une pathologie aiguë et nécessitant des soins techniques et continus ne relevant pas d'une structure médico-sociale est pris en charge dans les plus brefs délais dans le service de l'ES dont il relève, soit court séjour gériatrique, soit service de spécialités, chirurgie notamment, après contact entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur et l'équipe concernée de l'ES. Les cas d'urgence vitale peuvent justifier un passage par la structure des urgences.

En cas d'impossibilité exceptionnelle de l'ES à assumer sa mission, celui-ci s'engage à proposer à l'EHPAD et à mettre en oeuvre des solutions alternatives.

Cas d'un ES disposant de SSR gériatriques :

L'ES assure la prise en charge du résident en SSR gériatriques, soit suite à son hospitalisation dans l'un des services de l'ES, soit directement en provenance de l'EHPAD. L'admission s'opère à l'issue d'une procédure de pré-admission, après l'accord du médecin

assurant la coordination de la prise en charge des patients ou d'une évaluation réalisée notamment par l'équipe mobile ou l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique.

L'admission d'un résident au sein de l'ES se fait selon le protocole joint en annexe.

L'ES s'engage à préparer la sortie du résident en collaboration avec l'EHPAD selon le protocole joint en annexe. En tout état de cause, l'EHPAD est informé du retour du résident dans un délai négocié entre les deux parties au moment de l'hospitalisation.

2.3. Dans un cadre expérimental, recours

à l'équipe mobile gériatrique

L'équipe mobile répond aux demandes d'informations des médecins traitants et du médecin coordonnateur.

A la demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur, l'équipe mobile intervient dans l'EHPAD, notamment pour conseiller les personnels dans la gestion des situations de crise.

Le cas échéant, les modalités de recours à l'équipe mobile gériatrique sont définies dans le protocole joint en annexe.

Article 3

Engagement de l'EHPAD

3.1. Retour d'un résident hospitalisé dans l'EHPAD

L'EHPAD s'engage à reprendre dans un délai négocié le résident selon le protocole joint en annexe, dès que le praticien, responsable de son hospitalisation, estime qu'il ne nécessite plus une prise en charge hospitalière et que son état de santé est compatible avec les possibilités de soins techniques de l'EHPAD.

Après évaluation et concertation avec le médecin coordonnateur, lorsque l'état de santé du résident n'est plus compatible de façon transitoire ou définitive avec le niveau de soins possible au sein de l'EHPAD, une nouvelle orientation dans la filière de soins gériatriques est recherchée conjointement.

L'EHPAD s'engage, dans le cas où l'état de santé du résident ne permettrait pas son retour à l'EHPAD, après avis du médecin coordonnateur et décision du directeur de l'EHPAD, à accueillir un autre patient provenant d'un service de court ou de moyen séjour de l'ES, et ayant une origine géographique proche de celle de l'EHPAD, dans la mesure où le patient et ses proches en sont d'accord.

3.2. Accès des personnes âgées hospitalisées

dans un des services de l'ES, à l'EHPAD

L'EHPAD favorise l'accueil de personnes âgées hospitalisées dans l'ES dont l'état de santé ne justifie plus le maintien dans la filière hospitalière.

Le transfert à l'EHPAD s'effectue selon le protocole joint en annexe.

Article 4

Engagements partagés par l'ES et l'EHPAD

4.1. Supports communs d'information

L'ES et l'EHPAD s'engagent à élaborer conjointement les protocoles prévus par la présente convention :

- un protocole relatif aux modalités d'admission dans l'ES précisant les conditions d'admission ainsi que les modalités d'information réciproque auxquelles s'obligent les parties, à l'entrée du résident et au cours de son séjour. Il comprend notamment une fiche d'admission type précisant les renseignements à fournir par l'EHPAD lors de l'admission d'un résident à l'ES (personne à prévenir, médecin traitant, médecin coordonnateur, traitement en cours, antécédents, motifs du transfert) ainsi qu'une fiche type de liaison de soins infirmiers ;
- un protocole relatif aux modalités de retour d'un résident à l'EHPAD après une hospitalisation dans l'ES. Il organise le retour du résident dans l'EHPAD selon des modalités conformes au fonctionnement de l'EHPAD. Il prévoit notamment qu'à la sortie du résident l'ES adresse au médecin traitant et au médecin coordonnateur de l'EHPAD un compte rendu d'hospitalisation. Il est recommandé que ce document précise les ressources de l'établissement en matière de médicalisation, afin d'évaluer les conditions du retour dans l'EHPAD ;
- le cas échéant, un protocole fixant les modalités de recours de l'EHPAD à l'équipe mobile gériatrique. Il mentionne notamment les modalités de contact téléphonique de l'équipe mobile (numéro de téléphone, jours et heures) ainsi que ses modalités d'intervention dans l'EHPAD ;
- un protocole définissant les conditions d'admission de personnes âgées hospitalisées dans l'ES, dans l'EHPAD.

Par ailleurs, l'ES et l'EHPAD s'engagent à définir conjointement des indicateurs annuels destinés à l'évaluation de la présente convention. Ceux-ci visent notamment à mesurer le degré de satisfaction des résidents et des équipes, évaluer les délais de prise en charge des résidents, signaler tout dysfonctionnement du dispositif.

4.2. Mise en place de bonnes pratiques

L'ES et l'EHPAD s'engagent à permettre à leurs personnels de participer à des actions d'information et de formation réciproques relatives à la prise en charge spécifique des personnes âgées, afin de diffuser les recommandations de bonnes pratiques de soins aux personnes âgées. Les stages de professionnels au sein des différentes structures sont recommandés.

Les protocoles spécifiques élaborés en ce domaine sont disponibles au sein des services prenant en charge la personne âgée. Ils font l'objet d'une mise à jour régulière.

Article 5

Information des instances de l'ES

et de l'EHPAD

La présente convention est soumise à l'information des Conseils d'Administration des deux établissements et du conseil de la vie sociale de l'EHPAD et pour avis à la Commission Médicale d'Etablissement de l'ES.

Article 6

Modification de la convention

Toute évolution des actions de coopération nécessite un avenant à la présente convention.

Article 7

Evaluation et suivi de la convention

La présente convention fait l'objet annuellement :

- d'un suivi s'appuyant sur les indicateurs joints en annexe ;
- d'une évaluation des protocoles joints en annexe ;
- d'une réunion de concertation entre les parties permettant d'apporter toutes modifications nécessaires à son application.

Article 8

Durée de la convention

La présente convention prend effet à compter du.....pour une durée de trois ans. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée trois mois avant l'échéance.

Fait à , le .

Pour l'EHPAD Pour l'ES

NOTE (S) :

(1) cf. «Un programme pour la gériatrie» : C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux.

