



Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé

Master Santé – Sport, Mention Santé Publique, Spécialité Management, audit et conseil des
Entreprises et services de Santé

Année Universitaire 2007-2008

Prévenir et prendre en charge le vieillissement et la dépendance des personnes âgées : Comparaison des systèmes de soins Belges et Français

MAYEUX Aurore

Sous la direction de M. Pierre PELERIN
Mémoire soutenu le 14 Octobre 2008 à 14h00

Président de Jury : M. Pierre PELERIN

1^{er} membre de jury : Mme Anne-Marie DUROCHER

2^{ème} membre de jury : M. Rémy LOUVET

REMERCIEMENTS

Avant de présenter ce travail, je tiens à remercier tout particulièrement Monsieur Pierre PELERIN, directeur de mémoire et président du jury ainsi que Madame Anne-Marie DUROCHER, gériatre à l'hôpital gériatrique « Les bateliers » de Lille et Monsieur Rémy LOUVET, médecin coordonnateur à la résidence « Les Orchidées » de Lannoy qui ont accepté d'être membres de mon jury.

J'adresse aussi mes sincères remerciements à :

- L'équipe de liaison gériatrique de l'Association Inter hospitalière du Tournaisis (AIT) pour son aide précieuse, à savoir Anne VERMAUT, Infirmière, Coralie BARENGO, Ergothérapeute, Sophie PETILLON, Psychologue et Déborah LOWIE, Diététicienne.
- Madame Colette ROLAND, Assistante sociale et référent hospitalier pour le programme de soins gériatriques à l'AIT de Tournai.
- Madame Stéphanie DELAUNOY, Attachée à la direction financière à l'AIT de Tournai, pour ses connaissances sur le financement des hôpitaux belges ;
- Madame Sabine COTTON, Directrice Adjointe de l'hôpital gériatrique « les bateliers » et Directrice Qualité du CHRU de Lille pour sa présentation des structures de soins aux personnes âgées ;
- Monsieur Guy CLYNCKEMAILLIE, Coordinateur Qualité à l'AIT de Tournai pour ses conseils.

SOMMAIRE

INTRODUCTION : *L'augmentation attendue de la population âgée*

CHAPITRE I : Inventaire des problématiques posées par le
vieillissement

CHAPITRE II : Le modèle belge

CHAPITRE III : Comparaison avec le système français

CONCLUSION : *Synthèse*

INTRODUCTION :

L'augmentation attendue de la population âgée

L'espérance de vie en France évolue de manière constante augmentant chaque année d'un trimestre [¹].

En 2007, elle était de 77,6 ans pour un homme et 84,5 ans pour une femme [²]. L'amélioration des conditions de vie, la moindre exposition à certains facteurs de risque, une meilleure prise en charge des maladies chroniques peuvent expliquer cet allongement de la vie.

L'augmentation de la durée de vie engendre évidemment un vieillissement de la population et donc un accroissement de la part des personnes âgées dans la société.

Les projections pour 2050 prévoient 22,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans [³].

Ces chiffres peuvent s'expliquer notamment par l'arrivée à l'âge de la retraite des générations issues du " baby-boom ".

D'autre part, le vieillissement de la population conduira dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Ainsi, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040 (scénario central), contre 800 000 actuellement soit une hausse de 50% en un peu plus de 30 ans [⁴].

Aujourd'hui, en France, la prise en charge de ces personnes combine à la fois solidarité familiale, à travers l'aide apportée par les proches, et solidarité collective, par le biais de prestations comme l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). Ces deux formes de solidarité évolueront à l'avenir. D'une part, la solidarité familiale pourrait diminuer.

¹ BAS P., (27 juin 2006), *Plan Solidarité Grand Age*

² Données INSEE, (2007), *Bilan démographique, espérance de vie à la naissance*

³ ROBERT-BOBEE I., (juillet 2006), *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, Insee Première n°1089*

⁴ DUEE M., REBILLARD C., (2006) *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, données sociales INSEE, la société française

Selon l'INSEE, on devrait compter, en 2040, 2,2 aidants pour les hommes et 2 aidants pour les femmes dépendantes, contre aujourd'hui respectivement 2,8 et 2,2.

D'autre part, le montant de l'allocation risquerait de baisser.

Ce phénomène devrait toucher toutes les familles d'ici quelques années.

Ces chiffres suivent la même tendance dans toute l'Europe ce qui amène une réflexion à l'échelle internationale.

Comment prévenir et prendre en charge le vieillissement et la dépendance des personnes âgées dans le système de santé ?

Aujourd'hui, en France, l'espérance de vie en bonne santé, c'est à dire l'espérance de vie sans problèmes de santé majeurs ni incapacités est d'environ 63 ans ^[5].

A partir de cet âge, les fonctions physiques, physiologiques et psychiques de la personne peuvent se dégrader, entraînant bien sur, des conséquences pour la personne elle-même mais aussi sur le système de santé qui va être amené à s'adapter aux évolutions démographiques et enfin sur les actifs qui deviendront des financeurs potentiels de la dépendance.

Cette problématique fera l'objet d'une première partie où l'on définira les impacts du vieillissement d'un point de vue médical, social et économique.

Ensuite, nous étudierons l'hypothèse suivante : Le programme de soins gériatriques des hôpitaux belges permet-il une meilleure prise en charge du vieillissement et un dépistage efficace des facteurs de perte d'autonomie ?

Enfin, une comparaison avec le système français permettra de même en avant des similitudes mais aussi des approches différentes en termes de soins aux populations.

⁵ Données INSEE, (2007), *bilan démographique, espérance de vie à la naissance*

CHAPITRE I : Inventaire des problématiques posées par le vieillessement

I. CARACTERISTIQUES DU VIEILLESSEMENT

1) Définition du vieillissement

La vieillesse est une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par la baisse des différentes fonctions.

Le vieillissement normal ou sénescence désigne l'affaiblissement des capacités d'un individu, dû au vieillissement des tissus de son organisme et de son psychisme [6]. Les changements qui apparaissent lors du vieillissement normal prédisposent souvent à la maladie.

Le vieillissement pathologique signifie l'augmentation des maladies (morbidity) liées à l'âge.

On parle de sénilité dès lors qu'il y a affection physique et surtout intellectuelle reliées au vieillissement.

Les modifications liées à l'âge se manifestent par une altération des fonctions physiques, physiologiques et psychiques.

2) Changements fonctionnels

D'après l'INSEE, 85% des personnes âgées de plus de 75ans sont atteintes d'au moins une affection chronique⁷.

A. Changements physiques et physiologiques

1. Les fonctions physiques

Le vieillissement normal se caractérise par un affaiblissement des fonctions physiques du aux modifications musculaires, osseuses et articulaires normales liées à l'âge. Ce ralentissement

⁶ Encyclopédie VULGARIS Médical, <http://www.vulgaris-medical.com>, Définition du vieillissement normal et pathologique

⁷ Données INSEE extraites d'une conférence sur la prise en charge des personnes âgées aux urgences

du corps se manifeste par des mouvements plus hésitants, une diminution des réflexes, de l'équilibre et de la puissance musculaire (baisse de la force musculaire de 30% à 80 ans [⁸]).

Les problèmes locomoteurs les plus fréquents chez la personne âgée sont l'ostéoporose, l'arthrose, les maladies articulaires ou encore les fractures.

2. Les fonctions physiologiques

Au niveau physiologique, la personne âgée connaît bien souvent une diminution de son système sensoriel à savoir :

- Une baisse de l'ouïe se manifestant par une lente diminution de la fonction neurosensitive : perte progressive de l'acuité auditive atteignant 66% des personnes de 80 ans et plus et 90% des personnes institutionnalisées [⁹] ;
- Une baisse de la vue et l'apparition d'anomalies comme la presbytie due à une diminution de l'accommodation : vision trouble, rétrécissement du champ visuel ;
- Une perte de l'appétit et du goût : diminution et détérioration progressive des récepteurs gustatifs, les aliments paraissent alors souvent plus fades ;
- Une augmentation du seuil de la douleur et du besoin de toucher.

Le cerveau subit également des changements avec l'âge : perte de neurones et diminution du poids. Parmi les maladies neurologiques les plus fréquentes chez la personne âgée, on retrouve les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et la maladie de Parkinson.

Au niveau cardiaque, le vieillissement peut provoquer un épaissement des valves et ventricules cardiaques ou encore une dilation des veines et artères pouvant provoquer de l'athérosclérose ou des insuffisances cardiaques.

Les diminutions des capacités respiratoires et digestives sont responsables de petits dysfonctionnements comme des difficultés respiratoires ou encore une diminution du transit

⁸ Documentation LYCOS, <http://membres.lycos.fr/papidoc/580vieilliphysio.html>

⁹ STANLEY M., GAUNTLETT BEARE P., (2005), *Soins infirmiers en gériatrie, vieillissement normal et pathologique*,

intestinal. Peuvent aussi apparaître des tumeurs comme le cancer des bronches, poumons ou encore du colon.

B. Changements psychiques

Les fonctions cognitives (perception, orientation, jugement...) de la personne âgée, sont modifiées par des facteurs biologiques et psycho-sociaux.

Les fonctions intellectuelles baissent avec l'âge ainsi que l'attention et la concentration.

Les fonctions mnésiques connaissent une atteinte au niveau des trois stades : les messages perçus par les sens, la mémoire à court terme et la mémoire à long terme.

La personne âgée a plus de difficultés à mémoriser une information verbale et l'information visuelle et verbale s'imprègne moins facilement.

C. La prévention

La survenue de ces modifications organiques peut être retardée par la prévention de facteurs de risque comme le régime alimentaire, le mode de vie ou encore l'activité physique. Une alimentation équilibrée ni trop pauvre ni trop riche réduirait considérablement la survenue de pathologies cancers. Des expériences, tentées sur des souris, ont montré qu'une diminution de l'apport calorique multipliait par 1/2 la longévité de ces animaux [¹⁰].

L'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol ainsi que la consommation parfois excessive d'alcool ou de tabac sont également des facteurs de risque accentuant la sénilité.

La poursuite d'une activité intellectuelle, la concentration, un intérêt pour l'activité culturelle, la lecture, le bénévolat au sein d'une association constituent des facteurs qui permettent de préparer un vieillissement en bonne forme. Différentes études ont montré que les personnes âgées soumises à des stimulations de la mémoire conservent de meilleures performances cérébrales que celles qui ne sont pas soumises à ces stimulations mnésiques [⁹].

¹⁰ Encyclopédie VULGARIS Médical, <http://www.vulgaris-medical.com>, *La prévention du vieillissement*

II. LES PROBLEMATIQUES DU VIEILLISSEMENT

1) La dénutrition/déshydratation

La dénutrition est un état pathologique qui résulte d'un déficit persistant des apports nutritionnels par rapport aux besoins de l'organisme.

Le défaut d'apports entraîne obligatoirement des pertes tissulaires, notamment des fontes musculaires avec pour conséquences l'altération des capacités de l'organisme à répondre à certaines agressions (infections) et à une diminution de l'autonomie particulièrement chez le sujet âgé.

Chez la personne âgée, la dénutrition accompagne mais aussi génère le risque de perte d'autonomie et/ou des poly pathologies.

Il est donc indispensable d'évaluer régulièrement l'état nutritionnel de la personne âgée pour éviter la dégradation de son état de santé et éviter des hospitalisations.

La déshydratation est également une pathologie très fréquente en gériatrie liée notamment à une diminution de la sensation de soif due au vieillissement cérébral mais aussi à une diminution des fonctions rénales qui concentrent mal et avec retard les urines.

De plus, le sujet âgé est souvent en situation de fragilité et dans l'incapacité de s'hydrater seul, ce qui augmente le risque d'insuffisance hydrique.

2) La douleur

Le vieillissement est caractérisé par une augmentation de la fréquence et du seuil de la douleur mais aussi par l'apparition de douleurs provoquées par les pathologies elles-mêmes.

La douleur physique, à l'instar de la douleur morale, est banalisée et trop souvent assimilée au grand âge.

La personne âgée éprouve une difficulté plus importante que l'adulte et l'enfant à décrire la douleur et l'expression de celle-ci diffère également selon l'âge.

3) La dépression

La dépression est un trouble psychiatrique, elle peut raccourcir l'espérance de vie en précipitant une dégradation physique. Ce problème est souvent négligé chez la personne âgée car considéré comme un processus « normal » lié au vieillissement.

En effet, des études épidémiologiques réalisées aux Etats-Unis ont montré la présence de symptômes importants de dépression chez 10 à 15% environ des personnes de plus de 65 ans. Ces chiffres augmentent considérablement encore pour les personnes placées en institution : 50 à 75% des résidents dans les services de soins de longues durées présentent des symptômes de dépression légers à modérés [¹¹].

4) La maltraitance

La maltraitance est un véritable problème qui touche aujourd'hui 5% des personnes de plus de 65 ans, soit 600 000 personnes en France [¹²]. En Belgique, les chiffres sont encore plus critiques car une étude réalisée en 1998 à l'initiative du Ministère de la politique d'égalité des chances a révélé qu'une personne sur cinq serait victime de l'une ou l'autre forme de maltraitance après son soixantième anniversaire.

Le conseil de l'Europe définit la maltraitance comme étant tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière [¹³].

Cette définition est complétée par une typologie des actes de maltraitance :

- Violences physiques
- Violences psychiques ou morales

¹¹ STANLEY M., GAUNTLETT BEARE P., (2005), *Soins infirmiers en gériatrie, vieillissement normal et pathologique*, dépression et suicide

¹² Chiffres de l'Association Française et de Protection et d'Assistance aux Personnes âgées, (AFPAP), <http://www.afpap.org/>

¹³ Définition du conseil de l'Europe en (1987-1992)

- Violences matérielles et financières
- Violences médicales ou médicamenteuses
- Négligences actives
- Négligences passives
- Privation ou violation de droit

Les facteurs de risques de maltraitance sont le plus souvent la dépendance, les incontinences, les vomissements, les diarrhées, les troubles du comportement et les démences. Ainsi, 95,8% des personnes âgées maltraitées sont dépendantes ; dans 71% des cas, l'abuseur est un proche [14].

5) Les chutes

Les chutes sont un véritable problème de santé publique puisque qu'on estime qu'un tiers des personnes de plus de 65 ans et la moitié des personnes de plus de 85 ans en sont victimes.

Les chutes engendrent des conséquences néfastes pour la personne puisqu'elles sont responsables de fractures ou autres conséquences traumatiques.

En plus des conséquences sur les personnes, les chutes entraînent de lourdes charges pour les établissements de santé. Une estimation du coût médical de ces chutes, en France, est de 1 milliards 34 millions € pour l'année 1993, cette estimation ne comprenant pas le coût indirect de ces chutes (aide au domicile, placement en institution), pour un budget de santé avoisinant 96 milliards de € [15].

Il s'agit donc d'un problème de santé publique majeur, tant du point de vue humain que du point de vue financier qui doit faire l'objet d'une réflexion sur un plan de soins adaptés aux patients à fort risque de chutes.

¹⁴ Chiffre de l'association ALMA France, réseau d'écoute sur la maltraitance des personnes âgées

¹⁵ SFDRMG – HAS, (novembre 2005) *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Recommandations pour la pratique clinique*

6) Les démences

La démence est l'un des principaux syndromes en gériatrie.

La fréquence des démences augmente avec l'âge et représente une cause importante de morbidité, de mortalité et d'institutionnalisation.

La maladie la plus fréquemment rencontrée chez la personne âgée est la maladie d'Alzheimer. Elle est caractérisée d'abord par des troubles de mémoire portant sur les événements récents de la vie quotidienne jusqu'à toucher la mémoire à court et long terme. Ce trouble mnésique est accompagné de modifications du comportement à type d'apathie (baisse de motivation, émoussement affectif). L'atteinte fréquente du langage (aphasie), des réalisations gestuelles (apraxie), plus rarement de la reconnaissance des objets ou des visages (agnosie) y est souvent associée.

On dénombrerait, aujourd'hui, en Europe au moins 3 millions de personnes concernées par la maladie d'Alzheimer [¹⁶].

III. CONSEQUENCES ET IMPACTS DU VIEILLISSEMENT

1) Place de la personne âgée dans la société

Le vieillissement de la population, l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation de la part des personnes dépendantes amènent à poser une réflexion quant à la place qu'elle occupe aujourd'hui dans la société. La personne âgée doit être valorisée dans son ensemble et son rôle dans la société doit être reconnu.

La personne âgée a d'abord une fonction d'aide naturelle, de soutien affectif et matériel de sa famille et ses descendants. De plus, même si elles n'exercent plus d'activités rémunérées, elles s'investissent d'avantage dans des actions associatives, de bénévolat et d'utilité

¹⁶ JOEL M.E (juin-juillet 2002), *Le coût de la maladie d'Alzheimer : un problème économique délicat*, *Médecine/Sciences* n°6-7, vol 18, 757-9

publique. L'allongement de la durée de la vie pourrait devenir un atout pour la vie sociale et économique de notre pays.

Cette image positive du sujet vieillissant devra être renforcée si l'on veut éviter de mettre à l'écart cette part grandissante de la population.

2) Impacts sur le système de santé

A. Augmentation des dépenses de santé en faveur des personnes âgées

L'augmentation de la part des personnes âgées dans la société amènera des dépenses de santé plus importantes dans les années à venir. En effet, les plus de 65 ans représentent 40% à 50 % des dépenses de santé, et le montant par habitant de plus de 65 ans est trois à cinq fois supérieur à celui par habitant de moins de 65 ans [¹⁷].

Une étude menée par la commission européenne a montré que partant d'une richesse publique représentant 6% de la richesse nationale en 2000, il faudrait consacrer 9% de cette richesse nationale en 2050 à la santé pour maintenir intact à chaque âge le niveau actuel de la dépense [¹⁸].

L'augmentation du nombre de personnes âgées entraînera une hausse de la demande en soins et en consommation de médicaments ce qui aura une répercussion sur la branche maladie de la sécurité sociale en charge des remboursements des soins et traitements de ville et d'hospitalisation mais aussi des aides techniques et matériels visant spécifiquement à pallier les situations de perte d'autonomie. Les impacts financiers pourraient ainsi se répercuter sur l'ensemble des organismes en charge de la gestion des soins de santé.

En effet, le versement des prestations se fait au niveau départemental par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) directement aux assurés. Les moyens de l'assurance

¹⁷ OXLEY H., JACOBZONE S., (Novembre 2001), *L'Observateur de l'OCDE*, N°229

¹⁸ BARNAY T., SERMET C., (2007), *Le vieillissement en Europe, aspects biologiques, économiques et sociaux, les différents modèles de la prise en charge de la dépendance*

maladie sont alloués aux CPAM via l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) répartit les moyens financiers destinés à médicaliser les établissements d'hébergement ainsi que les services de soins à domicile pour personnes âgées, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) affecte aux établissements et services les moyens liés aux dépenses médicales et au personnel soignant. L'assurance maladie finance, par l'intermédiaire de la DDASS, la partie « soins » des budgets des établissements du secteur médico-social, comme les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), soit 2,5 millions d'Euros (en 2005), et des Unités de Soins de Longue Durée (USLD), soit 1,4 millions d'Euros. Elle prend aussi en charge l'intégralité des budgets des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), soit 763 millions d'Euros. Ainsi, le montant des dépenses pour les personnes âgées de plus de 75 ans présumées dépendantes fut estimé à 2,3 millions d'Euros en 2005. Enfin, les dépenses d'hospitalisation s'élèvent à environ 1,6 millions d'Euros pour cette même catégorie de personnes [¹⁹].

Au niveau des établissements de santé, les Agences Régionales de l'Hospitalisation allouent les ressources via la Tarification A l'Activité (T2A) qui permet de fonder la rémunération des structures selon le volume et la nature de leur activité mesurée, pour l'essentiel, par le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Pour cela, chaque établissement conclut avec le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui détermine les orientations stratégiques pour l'établissement en tenant compte des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

¹⁹ Rapport des comptes au président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, (novembre 2005), *les personnes âgées dépendantes*

Les Missions Régionales de Santé (MRS) renforcent les liens entre l'ARH et l'URCAM en coordonnant leurs interventions.

En cours de réflexion, la création des Agences Régionales de Santé permettrait d'assurer un pilotage général de la politique de santé à l'échelon régional et ainsi, coordonner les services déconcentrés de l'Etat, l'assurance maladie, l'ARH, les conseils généraux.

Les ARS pourraient notamment se substituer à d'autres dispositifs pour couvrir l'offre de soins dédiée à l'hospitalisation, à la médecine de ville et à l'activité sanitaire du secteur médico-social.

Près d'un tiers des séjours hospitaliers concerne les personnes âgées de 65 ans et plus ; cette part va croissante avec l'âge. On constate, dans un même temps, une progression du nombre de patients gériatriques hospitalisés [²⁰].

Le dispositif de soins hospitaliers en faveur des personnes âgées risque de manquer de places à l'avenir contenu des projections établies à ce jour.

En résumé, les différents acteurs du système de santé auront un grand défi pour les années à venir qui consistera à mettre en place des dispositions pour pallier au manque de lits pour personnes âgées aussi bien en institution de soins et médico-sociales mais aussi à prévoir une optimisation des dépenses en faveur des personnes âgées. Auquel cas, le déficit de l'état pourrait encore se creuser.

B. Augmentation du budget alloué à la dépendance

En France, le dispositif d'aides et de soins spécifiques pour les personnes âgées passe par l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Cette prestation sociale est mise en place depuis 2002 ; sa gestion est confiée aux conseils généraux.

²⁰ Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157, (18 mars 2002), *ministère de l'emploi et de la solidarité*

Le montant de l'APA est calculé selon le GIR (Groupe Iso Ressources) de la personne à partir de son degré de dépendance. L'évaluation se fait via la grille AGGIR et par une équipe médico-sociale départementale. L'allocation n'est pas soumise à condition de ressources mais dépend des ressources des bénéficiaires. Seules les personnes de plus de 60 ans et dont le GIR est compris entre 1 à 4 peuvent bénéficier de l'aide, ce qui correspond à la part des personnes les plus en perte d'autonomie [²¹].

L'aide sert à financer les aides médicales, matérielles ou familiales de la personne ; elle peut être versée directement aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Tout logiquement, le montant des dépenses de l'APA va augmenter. Il devrait atteindre les 5,4 milliards d'euros en 2040, contre 3,8 aujourd'hui. Pour palier cette hausse, les bénéficiaires devraient recevoir une aide moins importante. Ils devront régler 38% du montant des charges, contre 17% à l'heure actuelle.

Les départements verraient quant à eux leur charge augmenter de 400 millions d'euros [²²].

Le versement de la prestation est assuré par le conseil général, lui même financé par la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie (CNSA).

Mise en place en mai 2005, suite à la loi du 30 juin 2004, la CNSA rassemble l'essentiel des moyens financiers de l'État et de l'assurance maladie consacré à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Son budget pour 2006 était de 14 milliards d'euros : 3 milliards issus de la Contribution Solidarité Autonomie (CSA) et de la Contribution Sociale Généralisée (CSG), 11 milliards des crédits de l'assurance maladie destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées [²³].

²¹ BARNAY T., SERMET C., (2007), *Le vieillissement en Europe, aspects biologiques, économiques et sociaux, les différents modèles de la prise en charge de la dépendance*

²² Données INSEE, Résultats de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance

²³ Site internet de la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie, <http://www.cnsa.fr/>

Elle verse ensuite aux Conseils généraux dans les départements, une partie de ses ressources pour contribuer à financer la prestation sociale (1,4 milliard d'euros).

La CNSA répartit l'autre partie de ses ressources en matière d'offre collective : avec les services de l'Etat au niveau local, la CNSA identifie les priorités dans ce domaine. Elle arrête ensuite pour chaque département, sur la base d'une analyse régionale des besoins, le montant des dotations annuelles destinées aux établissements et services médico-sociaux, accueillant ou accompagnant des personnes âgées et des personnes handicapées (11 milliards d'euros). La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie est un nouvel établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions.

C. Problématiques des retraites

L'évolution du nombre de personnes âgées conduira à une augmentation du budget des retraites. Selon l'OCDE (Organisation de Coopération et de développement Economique), en 2001, les dépenses de retraite de ses pays membres représentaient en moyenne 7,5 % du Produit Intérieur Brut (PIB). Ces dépenses de retraite sont appelées à augmenter de 3 à 4 points de PIB d'ici 2050 [²⁴].

La rémunération des pensions se fait via la branche retraite de la sécurité sociale. Celle-ci est représentée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) qui s'occupe du paiement des retraites en île de France. Dans les autres régions, le versement se fait via les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM).

A l'avenir, il est fort probable de voir diminuer encore le montant des retraites et augmenter le nombre d'années de cotisation. De cette manière, les entreprises devront adapter leurs postes de travail à des salariés plus âgés.

²⁴ Données de l'OCDE, www.ocde.org/

La baisse des pensions, associée à l'augmentation du nombre de personnes âgées, pourrait voir grandir le nombre de bénéficiaires à d'autres prestations sociales.

La branche famille de l'assurance maladie est tenue par les Caisses d'Allocation Familiale (CAF) par Région qui attribue notamment les Aide Personnalisée au Logement (APL). L'augmentation de la part des personnes âgées et la diminution des pensions pourraient ainsi faire augmenter le nombre de bénéficiaires d'allocation au logement. Comme pour l'APA, il y a de forte chance pour que le montant de l'aide diminue.

D. Problème de démographie médicale

Le secteur de la gériatrie connaît déjà aujourd'hui un sous effectif du personnel, le secteur étant souvent mal perçu et très fatigant pour le soignant. En effet, contrairement aux autres secteurs de médecine, l'état de la personne a plus souvent tendance à se dégrader qu'à s'améliorer, ce qui rend le métier moins gratifiant pour celui qui l'exerce.

De plus, la gériatrie connaît des inégalités au niveau des rémunérations ; un directeur d'hôpital est mieux payé que celui d'une maison de retraite, ce qui diminue encore l'attraction vers ce secteur de santé.

Or, ce besoin en personnel augmentera avec l'augmentation de la part des personnes âgées et l'augmentation de la dépendance demandera également du personnel médical et paramédical plus qualifié à la prise en charge de personnes âgées.

3) Impacts sur les contribuables

En 2003, suite à la canicule, des financements supplémentaires notamment par la suppression d'un jour férié remplacé par une journée de travail non payée, font des contribuables des financeurs potentiels de la dépendance.

Ce type d'initiatives gouvernementales pourrait se développer dans les années à venir pour couvrir tous les frais du vieillissement de la population.

La part des actifs aura tendance à cotiser plus longtemps et se verra taxée d'avantage pour couvrir les frais de santé et d'allocation aux personnes dépendantes.

En effet, l'augmentation de la CSG pour financer l'APA, permettra de pallier à l'augmentation du nombre de bénéficiaires. De même, la diminution des moyens alloués aux personnes âgées pourrait contraindre les actifs à plus de solidarité envers leurs aînés.

D'autre part, les cotisations pour les assurances complémentaires pourraient augmenter et le nombre d'affiliés diminuer. Les organismes de protection complémentaire comme les mutuelles, les compagnies d'assurance privées et les institutions de prévoyance prennent en charge 7,1 % des dépenses de consommation de soins et biens médicaux [²⁵].

4) Synthèse (Figure 1)

²⁵ Données du Ministère de la santé, <http://www.sante.gouv.fr/>

Figure 1 : Synthèse des impacts économiques

ACTEURS	CONSEQUENCES ECONOMIQUES
Le patient	- Diminution des prestations sociales - Diminution du montant des retraites - Augmentation de la part des frais médicaux
CNSA	- Augmentation des budgets versés aux conseils généraux
Le conseil général	- Augmentation des dépenses de gestion de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie
La sécurité sociale	- Augmentation des dépenses dues au remboursement des soins et des médicaments - Augmentation du financement de la partie « soins » des EHPAD - Augmentation du financement des soins à domicile et des hospitalisations - Augmentation du financement des retraites - Augmentation du budget alloué aux aides pour le logement
CPAM et CRAM	- Gestion et remboursements des soins de santé aux bénéficiaires - Versement des retraites aux pensionnés
DDASS et DRASS	Répartition et affectation des moyens alloués aux EHPAD
Les actifs	- Augmentation de la durée de cotisation - Augmentation de la part des contributions (CSG, etc.) - Evolution de la solidarité familiale

IV. CHOIX STRATEGIQUES D'AVENIR

1) Au niveau national

A. Développer des alternatives à l'hospitalisation

A l'avenir, le domaine de la santé devra s'adapter aux évolutions de la démographie en créant une offre de soins plus diversifiées et répondant aux attentes de la population.

On voit de plus en plus apparaître dans le domaine de la santé des services de soins à domicile qui permettent un maintien de la personne chez elle tout en lui permettant de bénéficier de soins médicaux et infirmiers. Ce type de prise en charge aurait intérêt à s'étendre d'autant qu'il représente le mode de prise en charge le plus souhaité chez les personnes âgées. Cette alternative à l'hospitalisation permet de réduire les coûts des hospitalisations et de mieux gérer la disponibilité des lits en institution de soins.

Aussi, il serait intéressant de développer des centres de la mémoire pour une prise en charge préventive et anticipée des troubles mnésiques. Dans ces centres, y sont réalisés des tests et des examens (scanners, analyses sanguines) permettant de détecter des maladies responsables de perte de mémoire. Au delà du traitement médical, une prise en charge pourra être proposée par une équipe formée de plusieurs professionnels (infirmières, psychologues, assistantes sociales, etc.)

De même le développement de centres d'accueil de jour permettrait aux familles s'occupant de personnes démentes d'avoir des plages temporelles de répit tout en assurant la sécurité de leur proche. Ce type d'accueil permet également de maintenir l'autonomie de la personne en la stimulant via la participation à des activités diverses et de diminuer les risques de maltraitance du au burnout des aidants.

B. Organiser des dépistages pour les plus de 75 ans

Comme nous l'avons vu, les chutes représentent un coût sensiblement important dans les dépenses de santé car c'est la première cause d'hospitalisation chez les personnes âgées. Outre, les protocoles de prise en charge des patients chuteurs qui sont mis de plus en plus souvent en place dans les établissements de soins, il sera intéressant d'organiser des campagnes de dépistage pour les plus de 75 ans, comme c'est le cas actuellement pour le dépistage de certains cancers comme le cancer du sein ou encore de l'utérus.

C. Organiser des campagnes de prévention des maladies génératrices de dépendance

Une étude menée en 2002 auprès de 542 médecins a révélé plusieurs éléments en ce qui concerne les pathologies les plus génératrices de dépendance [²⁶].

Les médecins généralistes citent en priorité :

²⁶ Enquête URCAM Poitou-Charentes, (2002), piste de travail sur la prévention de la dépendance chez les personnes âgées

- L'ostéoporose et l'arthrose à 80%,
- Les maladies cardiaques à 54,9%,
- Les pathologies cancéreuses à 49,7%,
- Les démences à 9,8%.

Ainsi, des campagnes de prévention de ces maladies pourraient être menées notamment via la diffusion de bonnes conduites à tenir (consommation de produits laitiers et de fruits et légumes par exemple). Ce type de campagne peut être également réalisé par la création de brochures informatives pour les patients.

2) Au niveau des établissements

A. Recentrer la place des personnes âgées au cœur des établissements

La personne âgée doit être au centre de la politique d'établissement, des valeurs et de la stratégie d'entreprise. Ainsi, mettre en place des projets d'amélioration de la prise en charge du patient âgé et multiplier les protocoles de prévention pourrait contribuer à optimiser l'autonomie des personnes.

B. Former le personnel

La prise en charge des personnes âgées nécessite des connaissances sur le processus de vieillissement normal et pathologique, sur les caractéristiques liées à l'âge et les soins spécifiques qui y sont associés. Ainsi, il serait intéressant de développer dans les écoles d'infirmières et autres paramédicaux un programme consacré à la gériatrie ou encore créer une spécialisation à la gériatrie comme il en existe notamment en anesthésie, psychiatrie ou encore chirurgie. De même, l'organisation de formations en interne pourrait permettre la formation continue du personnel.

L'enseignement de la gériatrie aux médecins généralistes semble être également une perspective d'amélioration des soins aux patients âgés car les patients à risque pourraient être

détectés plus rapidement. Or, les médecins français sont peu formés à la prévention, comme à la gériatrie : la gériatrie ne fait pas partie des enseignements systématiques dans le cursus médical, et moins de 3 % des médecins généralistes sont titulaires de la capacité de gériatrie [27].

C. Valoriser la gériatrie

La gériatrie est une spécialité souvent mal perçue car le patient a plus souvent tendance à se dégrader, ce qui donne au métier un aspect peu valorisant.

De même, travailler en gériatrie demande un travail aussi bien physique que psychique car les personnes sont souvent en incapacités et demandent une assistance lourde. Il n'est pas simple de travailler avec des personnes en fin de vie, qu'il faut porter, nourrir, laver car cela renvoie à sa propre image dans l'avenir.

La revalorisation des salaires permettrait d'attirer plus de personnel dans cette spécialité.

D. Promouvoir la recherche sur le vieillissement

La recherche sur les pathologies du vieillissement permettrait de trouver des traitements pour guérir certaines maladies ou bien de ralentir la progression de celles-ci.

Face à ces problèmes de santé publique, il est plus que nécessaire de voir apparaître dans les hôpitaux des projets visant à apporter une meilleure prise en charge pour cette tranche de la population. Le modèle Belge propose un dépistage systématisé de tous les patients hospitalisés qui peut répondre à cette problématique. En voici le principe.

²⁷ FORETTE F., *Vers une prévention du vieillissement* ", in Cahiers de l'IAURIF, n° 121.

CHAPITRE II : Le modèle Belge

I. PARTICULARITES DU SYSTEME DE SANTE

Le contexte belge en matière de santé est complexe car le pays est divisé en trois régions (Wallonie, Flandre et région Bruxelloise) et trois communautés (francophone, flamande et germanophone), chacune ayant son propre gouvernement et parlement autonome.

1) Politique d'accès aux soins

Le régime belge de sécurité sociale des travailleurs salariés est d'ordre public et couvre aussi bien les travailleurs salariés, indépendants ou du secteur public que les chômeurs, pensionnés, handicapés, étudiants, orphelins ainsi que les personnes qui sont à leur charge.

Dans la pratique, on peut donc dire que toute la population belge, à part quelques exceptions, a accès aux prestations de santé.

L'autorité fédérale est compétente en matière de dispensation de soins, entre autres, une partie importante de la santé publique et des affaires intérieures et la sécurité sociale,...

L'Institut National d'Assurance Maladie et d'Invalidité (INAMI) a pour mission d'organiser le remboursement des frais médicaux afin de garantir l'accessibilité des soins de santé de qualité au plus grand nombre et aux tarifs adéquats. Les mutualités se chargent ensuite des remboursements aux assurés et font donc le relais entre l'INAMI et les bénéficiaires de soins [28].

L'INAMI assure un revenu de remplacement approprié en cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de maternité, de paternité ou d'adoption, élabore la réglementation relative à l'assurance soins de santé et indemnités (SSI) avec le Ministre des Affaires sociales et d'autres partenaires et organise la concertation entre les différents acteurs de l'assurance SSI.

²⁸ Site Internet de L'INAMI, www.inami.fgov.be/

Il veille aussi à un financement correct des activités des dispensateurs de soins (médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, hôpitaux, maisons de repos, etc.) et des mutualités et se charge de l'information, l'évaluation et contrôle les dispensateurs.

En Belgique, outre l'INAMI, d'autres instances fédérales, régionales et communautaires sont compétentes en matière de santé.

Les communautés ont leur rôle notamment dans le domaine de la politique de santé (médecine préventive et curative, application de la législation relative à la programmation et à l'agrément des institutions de soins) et l'aide aux personnes (protection de la jeunesse, aide à la jeunesse, aide sociale) ; les ministères régionaux organisent des contrôles au niveau des hôpitaux.

2) Budget des hôpitaux : 4 sources de financement

Le budget alloué aux hôpitaux belges est définit par la loi du 14/01/02 et l'Arrêté Royal du 25/04/02 qui introduisent une modernisation du financement des hôpitaux.

Il est essentiellement basé sur l'activité liée aux patients.

Le Résumé Clinique Minimum (RCM) résume, de façon anonyme, les pathologies présentées par le patient et les interventions ou techniques spéciales dont il bénéficie durant son séjour à l'hôpital. Toutes ces informations sont codifiées selon la Classification Internationale des maladies (ICD-9-CM) et sont envoyées chaque fin de semestre au Ministère de la Santé publique. Sur base des informations encodées, les patients sont classés dans des groupes homogènes de malades les AP-DRG (All Patients Diagnosis Related Groups), équivalent des GHM (Groupes Homogènes de Malades) pour les établissements de soins français.

Pour chaque groupe homogène de malades, le Ministère calcule une durée moyenne de séjour qui servira de référence pour l'année en cours.

Si la somme des durées de séjour de l'hôpital est inférieure à la somme des durées moyennes de séjour nationale qui servent de référence, l'hôpital est considéré comme performant et son

financement est partiellement augmenté. Dans le cas contraire, le financement de l'hôpital est partiellement diminué.

Le R.C.M. permet donc au Ministère de la Santé publique d'ajuster le financement de l'hôpital.

De même, les Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum (DIRHM) sont intégrées dans le financement sur base d'un système de points par lit justifié.

Le financement des hôpitaux s'inscrit dans les limites d'une enveloppe nationale de moyens budgétaires fermée, décidée en conseil des ministres et répartie sur les différents hôpitaux belges.

Quatre parties composent ce budget.

A. Le budget des moyens financiers

Chaque hôpital dispose d'une enveloppe budgétaire annuelle appelée « Budget des Moyens Financiers » (BMF) qui constitue le premier mode de financement des hôpitaux. Il représente 42 à 45% des recettes [²⁹].

Il couvre les frais résultant du séjour du malade dans une chambre à plus de deux lits et la dispensation des soins pour celui-ci.

Ce BMF comprend 3 parties, elles mêmes subdivisées de sorte qu'il y a au total 16 sous parties.

Certaines parties du budget sont variables car payées selon l'activité, d'autres comme les frais d'entretien ou les frais généraux sont financés par un forfait global fixe selon le nombre de lits de l'établissement.

La sous partie B4 du BMF finance :

- Le personnel paramédical de l'hôpital de jour gériatrique
- La fonction de liaison pilote

²⁹ DURANT G., (2006), Revue de Gestion, *Financement des hôpitaux : des divergences mais surtout des convergences*, n°1

- Le renforcement du programme de soins gériatrique (entretien, matériel, etc.)

La sous partie B9 prend en charge le personnel infirmier de l'hôpital de jour gériatrique.

B. Les honoraires médicaux, paramédicaux et les conventions INAMI

La deuxième source de financement correspond à la facturation des actes médicaux et de certains paramédicaux indépendants selon la prestation (42 à 45% des recettes en moyenne).

La loi sur les hôpitaux envisage plusieurs types de rémunération possibles du médecin hospitalier :

- la rémunération fondée sur la répartition d'un « pool » de rémunération à l'acte établit la rémunération à l'acte pour l'ensemble de l'hôpital ou par service ;
- la rémunération constituée d'un pourcentage, fixé contractuellement ou statutairement, de la rémunération à l'acte ou d'un « pool » de rémunération à l'acte ;
- la rémunération forfaitaire, constituée d'un salaire ;
- une indemnité fixe éventuellement majorée d'une fraction du «pool» des rémunérations à l'acte.

Certaines conventions avec l'INAMI permettent de financer des activités propres à l'institution comme la rééducation, la ventilation à domicile, etc.

C. Les spécialités pharmaceutiques et autres fournitures

La troisième source de financement est un forfait alloué pour les médicaments selon la consommation de l'établissement.

Le chiffre d'affaires des médicaments de l'hôpital est constitué des remboursements des médicaments distribués aux patients hospitalisés plus un forfait payé par le patient par journée d'hospitalisation.

Un forfait supplémentaire permet de financer d'autres fournitures comme les prothèses ou implants divers.

D. Remboursement des frais d'entretien

Enfin, l'hôpital reçoit une contribution pour couvrir d'autres frais comme les frais téléphoniques, pédicures, etc.

3) Les coûts à la charge du patient

Le patient hospitalisé prend à sa charge un certain nombre de frais définis légalement.

Les montants à charge du patient sont décomposés en coûts fixes ou variables qui ne dépendent pas de la durée d'hospitalisation, il s'agit :

- Des suppléments d'honoraires, d'honoraires forfaitaires (radiologie, biologie clinique, prestations techniques), de matériels, les médicaments de classe D (dits de « confort ») et autres suppléments divers : deuxième lit, téléphone, prestations paramédicales non remboursables ;
- Des tickets modérateurs des honoraires et des honoraires forfaitaires (radiologie, biologie clinique, prestations techniques).

Il existe également des coûts variables qui dépendent de la durée d'hospitalisation et qui sont

- Des suppléments de chambre, d'honoraires de surveillance ;
- Des tickets modérateurs sur le prix de la journée pour les médicaments remboursables par prix de journée, tickets modérateurs des honoraires de surveillance.

II. LE MANAGEMENT DE LA QUALITE

Il n'existe pas, en Belgique, de système d'accréditation des établissements de soins ; la démarche qualité se faisant sur des bases facultatives au bon vouloir des établissements.

Cependant, le Ministère de la santé, le SPF Santé Publique engage les établissements dans des contrats qualité comme c'est le cas actuellement pour le projet « qualité et sécurité du

patient ». Le SPF finance ainsi la coordination qualité en échange de quoi l'hôpital doit répondre à certains points repris dans un contrat entre les deux parties.

En Belgique, la démarche qualité à l'hôpital passe par l'implantation d'Itinéraires Cliniques (IC), plus connus en France sous le nom de chemin clinique, qui est une technique d'organisation du séjour du patient à l'hôpital.

Cette méthodologie est très appliquée en Belgique alors qu'elle est encore peu connue en France.

C'est en réalité une analyse des processus de prise en charge du patient depuis son entrée dans l'établissement jusqu'à sa sortie.

Les IC sont évidemment centrés sur le patient et se basent sur l'expérience d'une équipe pluridisciplinaire et interprofessionnelle et sur un ensemble de méthodes et d'instruments ; le but étant de mettre les membres d'accord sur les tâches à accomplir pour une population de patients spécifiques. La systématisation du parcours du patient dans l'hôpital permet d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction du patient en homogénéisant les pratiques médicales dans l'établissement et peut aboutir également à la création de brochures d'informations aux patients.

Ils ont également un objectif financier en permettant dans un certain nombre de cas, de réduire les risques, les durées de séjour et les coûts.

La méthodologie employée suit le principe du PDCA de la Roue de DEMING mais est subdivisée en 30 étapes. En effet, la mise en place d'un itinéraire clinique ne peut être réussie sans la fixation au préalable d'objectifs dit SMART (spécifiques, mesurables, acceptables, réalistes et définis dans le temps) et sans la réalisation de mesures après implantation du processus ; évaluation qui permettra ainsi la dernière phase de la roue consistant à améliorer le projet.

Le programme de soins gériatriques impulsés dans tous les hôpitaux disposant d'une unité de gériatrie aigue est, en soi un itinéraire clinique puisque c'est tout le parcours du patient qui est analysé et programmé. De plus, le programme informatisé est basé sur tout le processus de dépistage et de prise en charge du patient.

III. LE PROGRAMME DE SOINS GERIATRIQUES : UN OUTIL DE PRISE EN CHARGE GLOBAL

1) L'arrêté royal du 29 janvier 2007

L'Arrêté Royal du 29/01/07 (ANNEXE 1) prévoit, pour tous les hôpitaux qui ont une unité de gériatrie, la mise en place d'un Programme de Soins Gériatriques.

Ce programme consiste en un dépistage organisé et pluridisciplinaire de tous les patients de plus de 75 ans en vue de leur assurer une prise en charge personnalisée et une continuité des soins pour leur retour à domicile ou en institution.

« L'objectif principal du programme de soins est d'obtenir, à travers une approche pluridisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure qualité de vie de la personne âgée [³⁰]. »

A. Définition du patient gériatrique

La définition du patient gériatrique est un exercice complexe et diffère selon les organisations mondiales de gériatrie.

La définition reprise dans l'arrêté royal du 29 janvier 2007, chapitre II, Art 3, décrit un programme de soins s'adressant à la population des patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans. Ces patients requièrent une approche spécifique pour plusieurs raisons suivantes :

³⁰ SERVICE PUBLIC FEDERAL, SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, (29 janvier 2007), *Arrêté royal fixant d'une part, les normes auxquelles le programme de soins gériatriques doit répondre pour être agréé et d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers*

- Fragilité et homéostasie réduite ;
- Poly pathologie active ;
- Tableau clinique atypique ;
- Pharmacocinétique perturbée ;
- Risque de déclin fonctionnel ;
- Risque de malnutrition ;
- Tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ;
- Problèmes psychosociaux.

B. Contenu du programme

Ce programme de soins est un projet de prise en charge globale pour le patient associant toutes les composantes de la gériatrie, à savoir :

- Un service de gériatrie agréé ;
- La consultation gériatrique ;
- L'hôpital de jour pour le patient gériatrique ;
- La liaison interne représentée par l'équipe de liaison gériatrique ;
- La liaison externe représentée par les partenariats avec d'autres institutions de santé (EX : maison de repos).

C. Acteurs de soins

L'arrêté royal prévoit le financement de 4 ETP (équivalents temps plein) pour la constitution de l'équipe de liaison gériatrique.

Parmi ceux-ci, il doit y avoir au minimum 1 à 2 infirmières ainsi que des professionnels paramédicaux parmi lesquels il peut y avoir ergothérapeute, kinésithérapeute, logopède (orthophoniste), diététicienne, psychologue.

L'équipe de liaison de l'AIT de Tournai est composée :

- De deux infirmières à temps plein
- D'une ergothérapeute à temps plein
- D'une psychologue à mi temps
- D'une diététicienne à mi temps

L'équipe est supervisée par un médecin gériatre qui consulte le patient suite au passage de l'équipe et à la réalisation des différents bilans. Il a pour rôle de proposer un plan de soins et une prise en charge thérapeutique et peut également demander des examens complémentaires ou encore ajuster le traitement du patient.

D. Le volet qualité

Le programme de soins gériatriques comprend un volet « qualité » qui demande aux hôpitaux la réalisation d'un manuel gériatrique pluridisciplinaire. Ce document doit comprendre une série d'informations comme l'identification des composantes du programme de soins, la liste des responsables des différentes parties mais aussi un suivi qualité via des indicateurs gériatriques (le pourcentage de contentions, le pourcentage de patients admis directement de leur domicile ou via le service des urgences, le pourcentage de patients qui ont bénéficié systématiquement de l'évaluation gériatrique globale, etc.).

Ce document est en quelque sorte un « manuel qualité » spécifique à la gériatrie.

2) Organisation du dépistage

A. Dépistage préliminaire

La première phase du dépistage est prise en charge dans l'unité de soins dans laquelle le patient est hospitalisé ou plus rarement au service des urgences.

Elle consiste en la réalisation d'un test ISAR (Identification Systématique des Aînés à Risques) en 6 points (ANNEXE 2) qui ne requiert pas d'expérience particulière pour la

personne qui le réalise. Il est basé sur l'interrogatoire du patient et prend moins de cinq minutes.

L'ISAR est un outil canadien qui permet de prédire le risque de déclin cognitif, de dépression, de mortalité et d'institutionnalisation.

Si le résultat de l'ISAR est supérieur à 3/6, l'équipe de liaison gériatrique poursuivra la prise en charge.

B. Intervention de l'équipe de liaison gériatrique

L'équipe de liaison gériatrique intervient au chevet du patient pour une série de tests complémentaires, à la suite d'un test ISAR positif.

Elle réalise d'abord le SEGA (Sommaire Evaluation du Profil Gériatrique à l'Admission), outil évaluant les principaux facteurs de risques de déclin fonctionnel, la présence de syndromes gériatriques. Il anticipe les difficultés de planification de sortie. L'échelle mesure des critères globaux notamment les problèmes nutritionnels, les chutes ou encore l'humeur. Le test comprend deux volets (ANNEXE 2), un volet A qui porte le signalement et les caractéristiques relatives au patient gériatrique (âge, lieu de vie, médicaments, fonctions cognitives et fonctionnelles, humeur et comorbidité) et un volet B qui regroupe les facteurs susceptibles d'influencer le plan de sortie du patient ou le prolongement du séjour (aides existantes, perception de la charge en soins).

L'outil SEGA influence fortement le séjour du patient car le score obtenu reflète l'intensité du profil gériatrique.

Après ce test, d'autres évaluations supplémentaires sont réalisées de façon plus ou moins systématique :

- Le MNA (Mini Nutritional Assessment Test) évaluant l'état nutritionnel du patient à travers des données comme l'Indice de Masse Corporelle (IMC).
- Une évaluation du risque de chutes

- L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale), échelle d'autoévaluation de l'humeur en 30 questions.
- Le MMSE (Mini Mental State Examination) évaluant l'état de la mémoire du patient en 30 questions.
- L'échelle de risque d'escarres (Norton-Braden)
- Le KATZ : évaluation de l'état fonctionnel et comportemental (plusieurs critères comme se laver, s'habiller, etc.)
- L'IADL de Lawton (Instrumental Activities of Daily Living), essentiellement axée sur le comportement habituel de la personne et évaluant essentiellement le niveau de dépendance d'un patient à travers l'appréciation des activités de la vie quotidienne.

Les résultats de l'ensemble des tests permettront de juger du suivi du patient.

C. Organisation du suivi du patient

Si l'équipe le juge nécessaire, elle peut demander un avis médical ou un avis social.

La fonction de « référent hospitalier » a renforcé le rôle de l'assistant(e) social dans la prise en charge de la personne âgée.

Son rôle est de prévenir les ré hospitalisations et institutionnalisations des patients en situation de fragilité. Il s'agit de repérer et d'évaluer, dès leur entrée à l'hôpital et en collaboration avec les équipes soignantes, les patients « à risques de ré hospitalisation », de préparer, dès l'admission, en accord avec l'intéressé et l'entourage, un retour à domicile de qualité ou une orientation vers un établissement adapté et d'assurer la continuité des soins, entre l'hôpital et les structures de soins et d'aides extérieures, en favorisant la communication, la concertation et la transmission des données.

Ainsi, après concertation avec le médecin gériatre et l'équipe pluridisciplinaire, plusieurs propositions peuvent être faites.

1. Retour à domicile

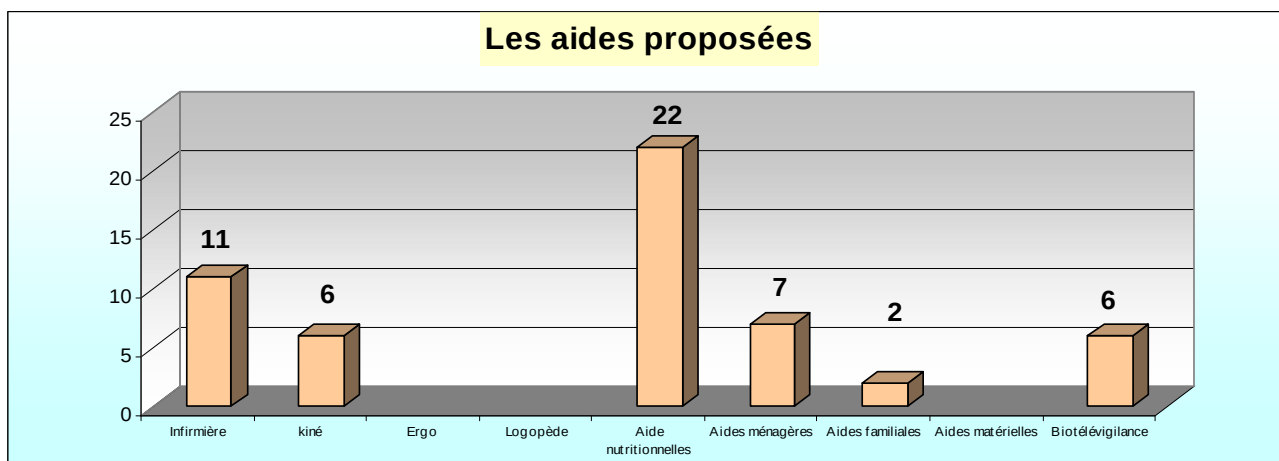
Le référent hospitalier pourra proposer au patient de retourner à son domicile avec un accompagnement médical (soins infirmiers, kinésithérapie, ergothérapie, logopédie), une aide nutritionnelle par intervention d'une diététicienne ou d'un traiteur à domicile.

L'accompagnement pourra également être sous forme de soutien à domicile via des aides matérielles ou encore des aides ménagères (aide à l'entretien) ou familiales (réalisation de tâche de la vie courante).

Un système de biotélégilance peut aussi être proposé au patient dans un souci de sécurité de la personne.

Les statistiques réalisées au mois de juin 2008 (figure 2) montrent que c'est l'aide nutritionnelle qui est le plus souvent proposée aux patients (22/54 aides proposées), ensuite le soutien d'une infirmière (11/54) et l'intervention d'une aide ménagère (7/54).

Figure 2 : Proposition d'aides aux patients en juin 2008



2. Entrée en institution

Le maintien à domicile, même s'il est bien organisé, a toutefois ses limites, liées premièrement à la situation médicale de la personne dépendante qui demande des soins plus importants, voire une surveillance continue.

Ainsi l'équipe sociale proposera différents types d'hébergements en fonction du patient. L'entrée du patient en maison de repos se fera en collaboration avec le patient, sa famille, l'hôpital et l'établissement d'accueil.

3. Hospitalisation

Selon la situation médicale du patient, une hospitalisation en service de gériatrie sera préférable avant d'envisager un retour au domicile ou en maison de repos.

3) Le programme informatique associé (ANNEXE 3)

Préalablement testée dans deux unités de soins pilotes à partir du 1er juillet 2007, l'informatisation du processus de prise en charge (figure 3) s'est vite révélée indispensable. Ainsi, l'AIT de Tournai a mis en place un programme de soins gériatriques informatisé depuis février 2008.

La réflexion d'un tel programme a demandé une collaboration interdisciplinaire de l'ensemble des acteurs de soins concernés et du chef de projet informatique pour la création d'une base facile d'utilisation.

Le projet mis en place se présente sous forme d'une application nommée « programme de soins gériatriques » qui se présente d'une façon différente pour les unités de soins et l'équipe de liaison gériatrique.

A chaque hospitalisation, le patient est recensé dans la base de données informatique « OAZIS » au niveau du service d'admission.

Le programme de soins gériatriques informatisé des unités de soins filtre les patients de plus de 75 ans hospitalisés dans leur service. Ainsi, l'unité connaît quotidiennement la liste des patients potentiellement gériatriques qu'elle héberge.

Le programme auquel l'unité a accès est composé de deux grandes parties, les ISAR non faits et les ISAR réalisés.

Pour chaque patient dont le test est non fait, l'infirmière du service doit imprimer l'ISAR vierge, le réaliser et ensuite le saisir dans l'application qui calcule automatiquement le score total du test.

La sauvegarde de la saisie permet de voir apparaître ensuite le patient dans la catégorie « ISAR réalisé ».

En fonction du score, un code couleur apparaît. Le score est de couleur rouge si le résultat est supérieur à 3, jaune si limite et vert si le test est négatif.

Les résultats des patients apparaissent automatiquement sur le programme de l'équipe de liaison gériatrique configuré pour celle-ci. Tous les patients de plus de 75 ans sont visibles et classés en trois catégories : les anomalies (ISAR+), les ISAR non faits, les ISAR - (<3).

La liaison gériatrique peut relancer l'unité de soins depuis l'application en cas d'ISAR non fait ; un mail est alors envoyé dans l'unité.

En cas d'anomalies, l'équipe de liaison gériatrique se déplace auprès des patients pour une série de tests complémentaires.

En fonction du score au SEGA, les différents acteurs de l'équipe de liaison interviennent au chevet du patient pour d'autres tests selon leurs spécialités (MNA pour la diététicienne, GDS pour la psychologue, etc.)

Les résultats de ces tests sont ensuite saisis sur le programme informatique.

Le programme informatique donne également accès à un grand nombre d'informations sur le patient comme par exemple l'historique des tests réalisés.

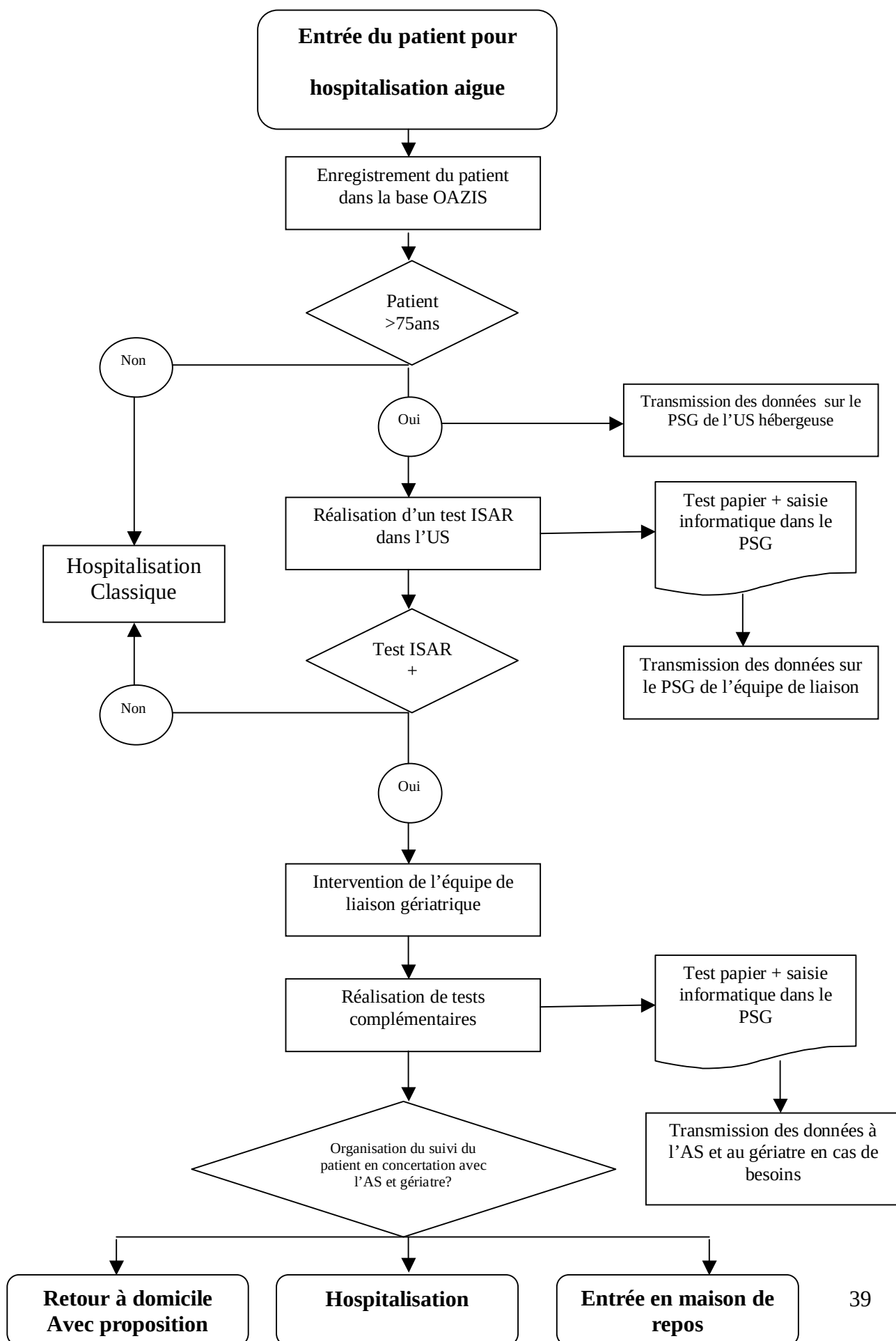
Tous les résultats sont envoyés au fur et à mesure sur C2M qui est le dossier médical informatisé du patient.

Quand ces tests sont positifs et que l'équipe le souhaite, elle peut demander un avis médical; un mail est alors envoyé au gériatre qui laissera un commentaire sur l'application ou verra directement le patient s'il le juge nécessaire.

Lorsqu'il y a eu retour du gériatre, l'équipe de liaison peut clôturer le fichier.

Depuis août 2008, le référent hospitalier aura accès également au programme depuis son poste et pourra y laisser sa proposition de suivi. Le service social clôture sa partie séparément du domaine médical.

Figure 3 : Processus de prise en charge du patient gériatrique



4) Apports du programme de soins

Il est encore difficile de démontrer que le programme de soins gériatriques, et en particulier la mise en place d'une équipe de liaison gériatrique, a pu avoir des impacts positifs en termes de prise en charge et de dépistage du vieillissement car le projet est trop récent.

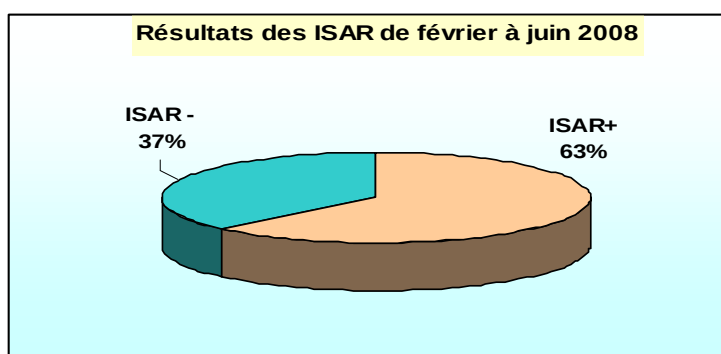
Cependant, les premières statistiques réalisées sur 5 mois (février à juin 2008), grâce au suivi de l'activité sur informatique, montrent qu'un grand nombre de personnes à risques a été dépisté.

A. Résultats ISAR

Sur l'ensemble des tests réalisés entre février et juin, 63% des patients de plus de 75 ans ont un score positif à l'ISAR soit un résultat supérieur ou égal à 3.

Ainsi, ce premier test permet de constater que presque 2/3 des patients de plus 75ans présentent un risque de dépendance qui n'aura pas été décelé auparavant (figure 4).

Figure 4 : Résultats ISAR



B. Résultats SEGA

Parmi les patients positifs au test ISAR, 97% étaient également positifs au SEGA, la valeur prédictive positive du test est ainsi considérée comme largement acceptable et montre une grande cohérence entre les deux échelles.

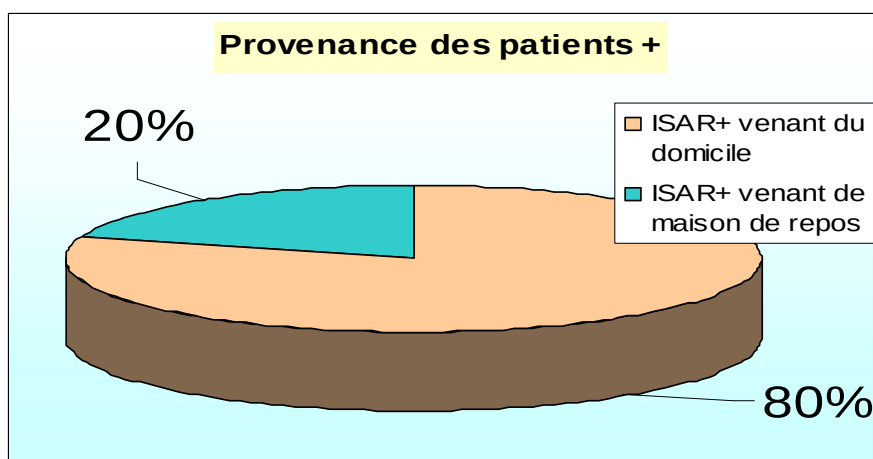
Le recours au service social a eu lieu pour 17% des patients de plus de 75 ans et 20% d'entre eux ont eu recours à la diététicienne durant leur prise en charge dans l'institution.

C. Provenance des patients

Parmi les patients positifs à l'ISAR, 80% venaient du domicile donc étaient pour la plupart peu suivis contre 20% qui venaient de maison de repos (figure 5).

Ainsi, sans le dépistage réalisé lors de leur séjour à l'AIT, la majorité des personnes seraient retournées chez elles sans suivi.

Figure 5 : Provenance des patients



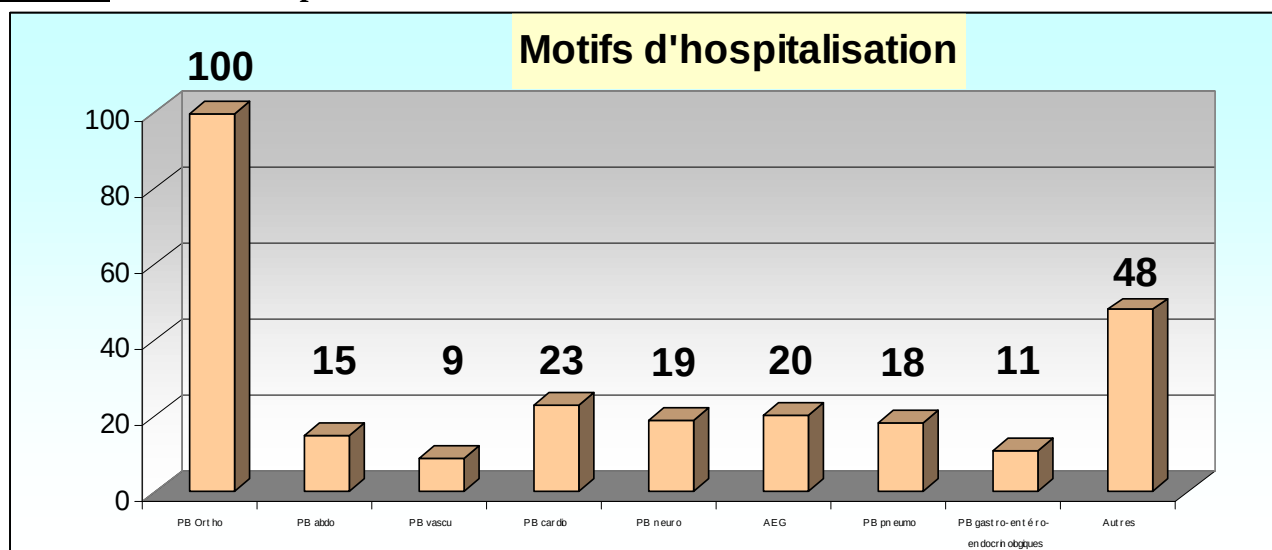
D. Motifs d'hospitalisation

Les motifs d'admission sont nombreux :

- Les problèmes orthopédiques
- Les problèmes abdominaux
- Les problèmes cardiaques
- Les problèmes vasculaires
- Les problèmes neurologiques
- Les altérations de l'état général
- Les problèmes pneumologiques
- Les problèmes gastro-entéro-endocrinologiques
- Autres

Les problèmes les plus récurrents semblent être orthopédiques (figure 6), c'est à dire les fractures, les chutes, d'où l'importance de dépister des chutes chez les patients de plus de 75 ans pour éviter les hospitalisations répétées. De même, il est indispensable d'avoir dans l'institution un protocole de prise en charge des patients chuteurs.

Figure 6 : Motifs d'hospitalisation



E. Première évaluation

De plus, une première évaluation a été menée afin de mesurer le taux de ré hospitalisations avant l'intervention de l'équipe de liaison et après.

Pour cela, nous avons mesuré le nombre de ré hospitalisations dans les 3 mois chez les patients sortant au mois d'avril 2007 et ceux sortant en avril 2008.

Par exemple, pour un patient sorti le 10 avril 2007, nous avons regardé s'il avait été ré hospitalisé avant le 10 juillet de la même année.

Les résultats ont montré que sur 101 patients sortant entre le 1^{er} et le 30 avril 2007, 25 ont été ré hospitalisés soit 24,7% de ré hospitalisations. Parmi ces 25 patients, 6 ont été hospitalisés deux fois soit 6%. En avril 2008, sur 137 patients, 27 ont été ré hospitalisés, soit 19,7% de ré hospitalisations. Parmi ces 27 patients, 6 ont été hospitalisés deux fois soit 4,4%.

Ainsi, depuis la mise en place d'une équipe de liaison gériatrique, on peut constater une baisse de 5% des patients ré hospitalisés une fois et 2,4% des ré hospitalisations supérieures à une fois.

Bien sur, cette mesure a été réalisée sur un petit échantillon sur une période d'un mois. Il serait évidemment judicieux de recommencer la procédure sur plusieurs mois et d'évaluer le nombre de ré hospitalisations sur une durée plus longue (de 6 mois par exemple).

Il n'en reste pas moins que ce premier résultat se révèle très encourageant pour les soignants et en particulier pour l'équipe de liaison gériatrique.

F. Autres données

Des études antérieures menées par Rubenstein et al. en 1984 ont pu montrer l'efficacité de la prise en charge des patients gériatriques, en comparant des patients gériatriques hospitalisés avec et sans équipe de professionnels spécialisés en gériatrie.

Ils ont observé en 1 an :

- Une diminution de 24% du taux de mortalité ;
- Une diminution du risque d'hospitalisation ;
- Une diminution de fréquence d'hospitalisation ;
- Une diminution du coût des soins ;
- Une diminution du degré de dépendance ;
- Une augmentation au niveau du moral de ces patients pris en charge par une équipe de spécialistes en gériatrie [³¹].

Il est fort à espérer que les mesures réalisées après plusieurs années d'utilisation du système de dépistage belge démontreront des bénéfices similaires autant pour les patients que pour l'établissement.

³¹ RUBENSTEIN LZ., JOSEPHSONJ KR., WIELAND GD., et al. (1984), *Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial*

5) Freins institutionnels et évolutions possibles

Le programme de soins gériatriques mis en place dans les hôpitaux belges et en particulier au niveau de l'AIT de Tournai est une avancée remarquable en terme de prise en charge des personnes âgées. Cependant comme tout projet qualité, des améliorations peuvent être apportées.

A. Généralisation du programme

A l'avenir, il serait intéressant d'étendre le projet au niveau des consultations afin de viser une plus grande tranche de patients âgées et d'organiser un dépistage à plus grande ampleur. L'ISAR pourrait également être réalisé chez les médecins traitants qui orienteraient ensuite les patients vers une consultation gériatrique.

De même, intégrer le dépistage du patient dénutris dans la base informatique permettrait une meilleure collaboration entre les différents acteurs du projet et la diététicienne.

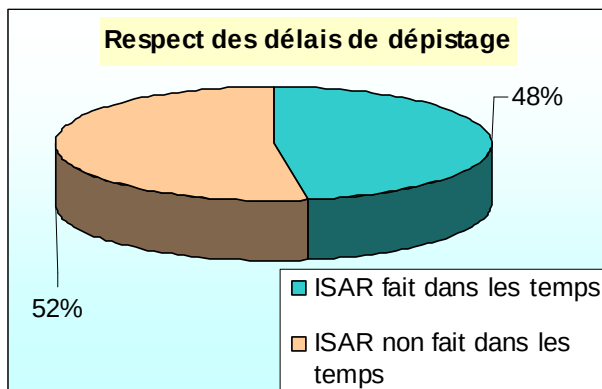
B. Communication et implication des acteurs

La participation active de tous les acteurs de soins est encore un travail de longue haleine notamment au niveau du suivi du patient après le passage de l'équipe de liaison gériatrique. On assiste à un grand nombre de services demandeurs de suivi pour le patient alors que d'autres n'ont pas encore intégré la notion de dépistage du patient gériatrique.

D'autre part les statistiques réalisées au mois d'avril montrent que les tests ISAR sont réalisés après 3 jours d'hospitalisation (figure 7) des patients dans de nombreux cas; ce qui montre que ce nouveau système n'est pas encore ancré dans la culture de travail et que la résistance au changement est encore un frein à l'implantation de projets. Il arrive également souvent que le patient sorte avant même que son test ISAR n'ait été réalisé.

Il en est de même au service des urgences où tous les soignants ne sont pas forcément convaincus de l'utilité du projet, utilité pourtant démontrée par les chiffres précédents.

Figure 7 : Respect des délais



C. Financement médical

Le projet présenté par le ministère ne comporte pas, actuellement, de financement prévu pour un médecin gériatre ; ce qui ne permet pas encore tout à fait une prise en charge optimale pour le patient. En effet, l'intervention du gériatre dans le cadre de la liaison gériatrique n'étant pas rémunérée, il est difficile pour le médecin de dégager du temps en plus de son exercice quotidien et sans perception d'honoraires.

Le problème pourrait être résolu par l'arrivée d'un médecin salarié au niveau des hôpitaux belges qui se consacrerait essentiellement au dépistage des patients à risques.

En attendant ce type de financement, l'AIT de Tournai a décidé d'attirer le projet à des médecins assistants (équivalents aux internes en France) à compter d'octobre 2008.

Le système Belge, que nous venons d'étudier, permet de mieux prendre en charge les patients de plus de 75 ans hospitalisés en service aigus pour éviter qu'ils ne soient ré hospitalisés par la suite.

La prise en charge en France est-elle similaire ? Quelle est la politique française en faveur des personnes âgées ? Y a-t-il des différences majeures ? Tel est l'objet de cette troisième partie.

CHAPITRE III : Comparaison avec le système français

I. LE FINANCEMENT DES HOPITAUX FRANÇAIS

Plusieurs statuts d'hôpitaux existent au niveau du secteur hospitalier français :

- Les hôpitaux publics
- Les hôpitaux privés à but non lucratif (PSPH)
- Les hôpitaux privés à but lucratif

La tarification à l'activité est née des défaillances du système antérieur qui comprenait d'une part, un système de la dotation globale pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH) et, d'autre part, un système de tarification à la journée et de forfaits liés aux actes réalisés pour les établissements privés à but lucratif.

Plusieurs freins, comme le manque de coordination entre les établissements, ont conduit à un mode de financement unique pour tous les hôpitaux.

La tarification à l'activité consiste en une rémunération des hôpitaux par rapport à leur activité réelle.

Chaque acte est répertorié dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui reprend l'ensemble des actes pouvant être réalisés.

Le patient est classé dans un Groupe Homogène de Malade (GHM) associé à son pendant financier le Groupe Homogène de Séjour (GHS).

Une autre source de financement repose sur le versement de dotation MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) qui permet de financer, soit des missions non directement reliées à la production de soins, comme la recherche, l'enseignement, l'innovation médicale, l'activité de recours, soit des activités de soins dispensés à certaines catégories spécifiques (SAMU, SMUR...).

II. LA POLITIQUE FRANÇAISE EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES

La France dispose également d'un dispositif de prise en charge globale des personnes âgées impulsé par une politique planifiée en faveur des personnes âgées.

1) Le Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012

Présenté en 2006 par le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, le plan Solidarité Grand Âge a pour but d'adapter les dispositifs de soins aux personnes âgées à l'évolution de la démographie, c'est à dire en organisant un réseau de soins entre le domicile, l'hôpital et les établissements médico-sociaux.

Ce programme est basé sur un ensemble de mesures contenues dans cinq grands axes que sont :

- Le libre choix du domicile ;
- Inventer la maison de retraite de demain ;
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées ;
- Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance ;
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

La mise en place de ce plan d'action est suivie d'une augmentation du financement de l'assurance maladie consacré aux personnes âgées. De ce plan, découlent une série de mesures dont celle de l'organisation d'une filière de soins gériatriques que nous verrons plus loin.

2) Le plan Alzheimer 2008-2012

En novembre 2007, le gouvernement s'est engagé dans le lancement d'un plan national pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés [³²].

En vigueur dès le 1er janvier 2008, il couvrira la période 2008-2012.

³² Plan « Alzheimer et maladies apparentées », (février 2008), <http://www.sante.gouv.fr/>

Les grandes orientations du plan Alzheimer 2008-2012 - présentées le 21 septembre 2007 à l'occasion de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer – portent notamment sur :

- Le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie ;
- Le développement de la recherche médicale ;
- La simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille, dans toutes ses dimensions ;
- L'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer d'apparition précoce (environ 10.000 nouveaux malades, chaque année, âgés de moins de 60 ans).

Des moyens nouveaux seront affectés au financement de ce plan. L'effort budgétaire de l'Etat et de l'assurance maladie sera ainsi complété par les ressources issues de la franchise mise en place par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2008.

Ce budget représente 1,6 milliards d'Euros sur 5 ans dont 300 millions dès 2008.

La répartition prévoit un volet médico-social financé par l'Assurance Maladie et la Caisse Nationale pour la Solidarité à l'Autonomie (1,2 milliards d'Euros), un volet « sanitaire » financé par l'Assurance Maladie (plus de 200 millions d'Euros) et un volet « recherche » financé par la création d'une fondation pour l'Alzheimer (200 millions d'Euros).

3) Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

" Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Il constitue, pour les établissements de santé publics et privés, la référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources [³³]. "

³³ Circulaire ministérielle du 26 mars 1998 relative au SROS

Il fixe notamment les objectifs prioritaires de la région dont la réalisation sera poursuivie, notamment avec la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens propres à chaque établissement.

Les recommandations stratégiques du SROS III pour le Nord-Pas-de-Calais comportent un volet spécifique pour la prise en charge des personnes âgées.

Celles-ci se déclinent en plusieurs orientations subdivisées en différents objectifs.

- **Orientation I** - Organiser des territoires de prise en charge cohérents ;
- **Orientation II** - Organiser la filière de soins des patients âgés dépendants ;
- **Orientation III** - Organiser la prévention de la perte d'autonomie dans les établissements de santé.

Ce plan d'action régional s'appuie sur une série de textes de loi comme les circulaires citées ci-après.

4) La filière de soins gériatriques

La circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 ^[34] relative à la filière de soins gériatriques vient renforcer les dispositions précédemment prises dans la circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 ^[35] et cherche à dynamiser les démarches entreprises dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

La filière de soins gériatriques définit un ensemble de systèmes de prise en charge qui peut être supporté par un seul complexe hospitalier, comme c'est le cas pour le CHRU de Lille, ou par plusieurs structures de plus petite taille en collaboration.

Afin de décrire la situation des hôpitaux français dans la prise en charge du grand âge, une rencontre avec une personne qualifiée du CHRU de Lille a été nécessaire. Une entrevue avec la Directrice Qualité du CHRU/Directrice Adjointe de l'hôpital gériatrique des Bateliers m'a

³⁴ Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007

³⁵ Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002

permis d'établir une comparaison avec le modèle Belge décrit précédemment et le système français.

A. Organisation

Cette filière passe en France par plusieurs instances, l'ensemble permettant une prise en charge complète du patient gériatrique.

1. Les courts séjours (gériatrie aigue)

L'unité de court séjour prend en charge les patients de plus de 75 ans en général polypathologiques et dépendants. Elle assure une hospitalisation directe ou une hospitalisation après les urgences et peut aussi permettre une période d'investigation ou d'orientation du patient.

2. Les consultations et l'hôpital de jour gériatrique

Ces deux modes de prise en charge constituent des services de courts séjours à l'interface de la médecine de ville et la médecine hospitalière. C'est un centre de prévention, diagnostic et d'évaluation du patient âgé sur le territoire.

3. Les Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique (SSR)

Les SSR ont pour objectif de promouvoir la réadaptation du patient en prévenant ou réduisant les conséquences fonctionnelles, physiques ou psychiques. Ils prennent en charge les patients de plus de 75 ans suite à une affection médicale aiguë ou une intervention chirurgicale afin d'optimiser les chances de récupération fonctionnelle.

4. Les unités de soins de longues durées (USLD)

Les Unités de soins de longues durées prennent en charge des personnes ayant perdu leur autonomie et nécessitant une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

B. Partenariat

1. Les médecins traitants

L'équipe gériatrique de la filière est l'interlocuteur direct des médecins traitants puisqu'elle répond à leurs questions concernant le suivi du patient mais collabore également avec eux à l'organisation de la sortie du patient.

2. L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'hospitalisation à domicile est une alternative à l'hospitalisation du patient puisqu'elle permet des soins directement au domicile du patient ou encore en Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.

3. Les établissements médico-sociaux (EHPAD)

Les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes agrandissent encore la filière de soins gériatriques en assurant l'accueil des personnes dépendantes physiques ou psychiques et en leur prodiguant des soins de base et de nursing nécessaires à leur état de santé.

5) L'équipe mobile de gériatrie

L'équipe mobile de gériatrie existe au cœur des hôpitaux depuis la circulaire du 18 mars 2002 et vient renforcer l'organisation de la filière de soins gériatriques.

Elle existe depuis février 2006 au CHRU de Lille et est constituée de :

- Un mi-temps gériatre assuré par plusieurs médecins ;
- Une infirmière à temps plein;
- Une secrétaire à temps plein ;
- Une ergothérapeute à 30-40%.

L'équipe mobile de gériatrie se déplace tous les matins sur appel des services (médecin) et de façon systématique dans les lits post-urgences.

Depuis un an, il y a présence d'un gériatre aux urgences tous les après-midi du lundi au vendredi.

Le financement se fait via la tarification à l'activité et le crédit fléché (MIGMERI).

L'évaluation de l'impact de cette équipe mobile sur plusieurs structures du Nord est en cours depuis mai.

L'évaluation par l'équipe mobile se fait de manière non standardisée. Certaines suspicions peuvent amener l'équipe à demander une consultation mémoire. Certains tests comme le MMS ou des tests de chutes peuvent être réalisés, le regard sur la personne restant très global.

L'aménagement du domicile se fait avec l'équipe de liaison, l'équipe d'hospitalisation et une assistante sociale qui est toujours présente. Une équipe sociale de la ville (Centre Communal d'Action Sociale) aidé par le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) peut se déplacer sur appel d'un voisin ou de la famille, depuis 2003.

Une réflexion est actuellement en cours avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) sur un diplôme universitaire de prise en charge gériatrique destiné aux formations paramédicales (infirmières, kinésithérapeutes).

III. DIFFERENCES FRANCE/BELGIQUE (FIGURE 1)

1) Contenu des filières de prise en charge

Les dispositifs de soins aux personnes âgées en France et en Belgique possèdent beaucoup de similitudes. Cependant, au niveau de la Belgique, les séjours de longues durées ne sont pas présents dans le programme. Le service de gériatrie agréé peut être assimilé aux courts séjours gériatriques en France mais on ne retrouve pas, à proprement dit, d'Unité de Soins de Longues Durées en Belgique. De plus, les services dits de « revalidation » belges ne sont pas contenus dans le programme alors qu'il existe notamment au sein de l'AIT de Tournai des services de soins palliatifs ou de psycho gériatrie étant des services de réadaptation.

2) Effectifs et acteurs de soins de l'équipe mobile

L'équipe de liaison gériatrique des hôpitaux belges compte quatre équivalents temps plein pour les structures disposant d'une unité de gériatrie aiguë quelque soit le nombre de lits.

Ainsi, pour l'AIT de Tournai, cinq personnes travaillent pour un nombre total de 406 lits.

Au niveau du CHR de Lille, il y a à peu près trois équivalents temps plein qui travaillent pour un complexe hospitalier d'environ 3000 lits. Ainsi, on peut dire que le financement en personnel dédié à la gériatrie est nettement inférieur en France qu'en Belgique.

De même, la prise en charge de la vieillesse en maison de repos est plus favorisée en Belgique, ce qui explique qu'un grand nombre de français frontaliers choisissent les structures d'hébergement belges. D'une part, les tarifs d'hébergement sont moins élevés qu'en France, d'autre part, l'encadrement en personnel soignant en Belgique est supérieur pour un même nombre de résidents.

De plus, la composition de l'équipe est différente. Les équipes en Belgique sont essentiellement formées par du personnel paramédical alors qu'en France, il existe une secrétaire et un encadrement supérieur au niveau médical puisque qu'un mi temps gériatre est dédié à l'équipe mobile. De plus, un autre gériatre assure un mi-temps tous les après-midi de la semaine au service des urgences, ce qui n'est pas le cas en Belgique.

3) Profil du patient

L'équipe mobile de gériatrie des établissements français ne prend pas en charge les patients sur un critère d'âge, ce qui veut dire que tous les patients de plus de 75 ans ne sont pas pris en charge mais que certains patients plus jeunes peuvent l'être. Néanmoins, la population touchée reste très souvent âgée et à grand niveau de dépendance.

Ainsi, l'équipe mobile en France a davantage un rôle de prise en charge que de dépistage.

4) Organisation de la prise en charge

La prise en charge du patient se fait différemment en France et en Belgique.

En Belgique, le dépistage est standardisé par l'intervention de plusieurs tests ayant chacun leur rôle spécifique. Tous les patients de plus de 75 ans ayant été positifs au test ISAR sont vus par l'équipe de liaison gériatrique ; en France, l'intervention de l'équipe se fait à la demande du service. Ainsi, en France, le regard sur la personne est plus global, les évaluations sont faites selon le profil du patient et après suspicions par les soignants.

Le retour du patient au domicile est également réalisé par des acteurs différents. En effet, selon le modèle français, peuvent intervenir les soignants du service hébergeur, de l'équipe mobile mais aussi les services de la ville et médico-sociaux. Le retour du patient belge, quant à lui se fait en concertation avec le référent hospitalier (assistante social du service hébergeur), l'équipe de liaison et le gériatre de l'établissement.

5) Formalisation du projet

L'hôpital de Tournai a choisi de formaliser la prise en charge du patient gériatrique via l'informatisation qui permet à la fois la communication entre les différents acteurs de soins mais aussi la saisie de toutes les données concernant le patient. L'informatique permet également d'établir des statistiques précises et de gagner du temps.

Figure 8 : Comparaison des modèles de prise en charge pour personnes âgées – France/Belgique

CRITERES	MODELE FRANCAIS	MODELE BELGE
Politique de soins aux personnes âgées	Filière de soins gériatriques	Programme de soins gériatriques
Date d'application et texte de loi	Circulaires du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007	Arrêté Royal du 29/01/07
Contenu de la filière	- Un court séjour gériatrique - Une équipe mobile de gériatrie - Une unité de consultations et hôpital de jour gériatrique - Les soins de suite et de réadaptation gériatriques (SSR) - Les unités de soins de longues durées (USLD)	- Un service de gériatrie agréée - La consultation gériatrique - L'hôpital de jour pour le patient gériatrique - La liaison interne : l'équipe de liaison gériatrique - La liaison externe : partenariat avec l'extérieur (MR, MRS, médecins traitants)
Acteurs de soins	Différents acteurs possibles EX : CHR Lille - Un mi-temps gériatre assuré par plusieurs médecins ; - Une infirmière à temps plein; - Une secrétaire à 75% ; - Une ergothérapeute à 30-40%	Différents acteurs possibles EX : AIT Tournai - Deux infirmières à temps plein - Une ergothérapeute à temps plein - Une psychologue à mi temps - Une diététicienne à mi temps
Effectifs	Selon l'établissement Environ 3 ETP pour 3000 lits environ	4 ETP quelque soit le nombre de lits 406 lits pour l'AIT de Tournai
Domaine d'intervention	A la demande des services et systématiquement au niveau des lits post-urgences	Tous les patients > 75 ans ayant eu un ISAR > ou = 3 dans les services de médecine, chirurgie et urgences
Financement	Tarification à l'activité + MIGAC (MERRI, recherche et innovation) Crédit fléché=financement d'une activité propre	Budget des Moyens financiers
Organisation de la prise en charge par l'équipe mobile gériatrique	Selon le profil du patient	Prise en charge standardisée Série de tests complémentaires SEGA, MMS, IALD, MNA, KATZ, etc.
Organisation de la sortie du patient	Collaboration avec le service hébergeur, l'équipe mobile, les réseaux de santé aux PA, les services sociaux de la ville et le CLIC	Collaboration entre le gériatre, l'équipe de liaison et le référent hospitalier
Formalisation du projet	Pas d'informatisation	Informatisation du projet Saisie des tests sur informatique Communication entre les acteurs de soins
Organisation de la prise en charge aux urgences	Présence d'un gériatre toutes les après-midi 5jours/7	Pas de gériatre

CONCLUSION

L'allongement de la vie s'accompagne souvent d'un état de dépendance qui engendre des conséquences à la fois pour la personne qui se voit perdre petit à petit son identité mais aussi pour l'économie des pays et notamment les systèmes de santé avec l'arrivée de dépenses supplémentaires.

La mise en œuvre du programme de soins gériatriques en Belgique ou de la filière de soins gériatriques française est une solution pour pallier au phénomène de vieillissement de la population et à l'augmentation de la dépendance.

Les équipes mobiles permettent une prise en charge du patient dans sa globalité par une équipe pluridisciplinaire spécialisée et compétente, leurs buts étant de maintenir le plus longtemps possible le patient à son domicile en prévenant les hospitalisations répétées.

Cette politique de soins en faveur du grand âge a pour objectif une meilleure qualité de vie tout en diminuant les coûts pour la société.

Les deux systèmes diffèrent cependant sur certains éléments qui ne permettent pas de juger d'une meilleure efficacité de l'un ou l'autre des modèles.

Une mesure des impacts de l'équipe mobile de gériatrie est en cours au CHRU de Lille. Il serait intéressant d'étudier la façon dont ils évaluent les bénéfices du projet afin de l'appliquer à l'hôpital de Tournai. La comparaison des résultats obtenus permettrait des ajustements au niveau des deux systèmes dans un but d'amélioration continue de la qualité des soins aux personnes âgées.

Il n'en reste pas moins que ces deux modèles ne permettront pas de résoudre l'ensemble des problématiques causées par le vieillissement.

En effet, les diminutions des montants des pensions et des allocations dépendance impliqueront de se prendre en charge avec moins de ressources et moins d'aides sociales. Ainsi, l'amélioration de la qualité de vie pendant la vieillesse ne pourra se faire qu'avec un changement des mentalités qui incitera davantage la population à anticiper le financement de leur retraite. De nombreux systèmes de prévoyance existent déjà et pourraient se développer dans les années à venir.

Cependant, il reste fort probable de voir naître de nouvelles disparités sociales dues notamment à l'augmentation des charges en soins chez les personnes à plus bas revenus.

BIBLIOGRAPHIE

- 1-BAS P., (27 juin 2006), *Plan Solidarité Grand Age*
- 2-Données INSEE, (2007), *Bilan démographique, espérance de vie à la naissance*
- 3-ROBERT-BOBEE I., (juillet 2006), Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, Insee Première n°1089
- 4-DUEE M., REBILLARD C., (2006) *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, données sociales INSEE, la société française
- 5-Données INSEE, (2007), *bilan démographique, espérance de vie à la naissance*
- 6-Encyclopédie VULGARIS Médical, <http://www.vulgaris-medical.com>, *Définition du vieillissement normal et pathologique*
- 7-Données INSEE extraites d'une conférence sur la prise en charge des personnes âgées aux urgences
- 8-Documentation LYCOS, <http://membres.lycos.fr/papidoc/580vieilliphysio.html>
- 9-STANLEY M., GAUNTLETT BEARE P., (2005), *Soins infirmiers en gériatrie, vieillissement normal et pathologique*,
- 10-Encyclopédie VULGARIS Médical, <http://www.vulgaris-medical.com>, *La prévention du vieillissement*
- 11-STANLEY M., GAUNTLETT BEARE P., (2005), *Soins infirmiers en gériatrie, vieillissement normal et pathologique, dépression et suicide*
- 12-Chiffres de l'Association Française et de Protection et d'Assistance aux Personnes âgées, (AFPAP), <http://www.afpap.org/>
- 13-Définition du conseil de l'Europe en (1987-1992)
- 14-Chiffre de l'association ALMA France, réseau d'écoute sur la maltraitance des personnes âgées

- 15-SFDRMG – HAS, (novembre 2005) Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Recommandations pour la pratique clinique**
- 16-JOEL M.E (juin-juillet 2002), Le coût de la maladie d'Alzheimer : un problème économique délicat, Médecine/Sciences n°6-7, vol 18, 757-9**
- 17-OXLEY H., JACOBZONE S., (Novembre 2001), *L'Observateur de l'OCDE*, N°229**
- 18-BARNAY T., SERMET C., (2007), Le vieillissement en Europe, aspects biologiques, économiques et sociaux, les différents modèles de la prise en charge de la dépendance**
- 19-Rapport des comptes au président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, (novembre 2005), les personnes âgées dépendantes**
- 20-Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157, (18 mars 2002), ministère de l'emploi et de la solidarité**
- 21-BARNAY T., SERMET C., (2007), Le vieillissement en Europe, aspects biologiques, économiques et sociaux, les différents modèles de la prise en charge de la dépendance**
- 22-Données INSEE, Résultats de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance**
- 23-Site internet de la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie, <http://www.cnsa.fr/>**
- 24-Données de l'OCDE, www.ocde.org/**
- 25-Données du Ministère de la santé, <http://www.sante.gouv.fr/>**
- 26-Enquête URCAM Poitou-Charentes, (2002), piste de travail sur la prévention de la dépendance chez les personnes âgées**
- 27-FORETTE F., Vers une prévention du vieillissement ", in Cahiers de l'IAURIF, n° 121.**
- 28-Site Internet de L'INAMI, www.inami.fgov.be/**
- 29-DURANT G., (2006), Revue de Gestion, Financement des hôpitaux : des divergences mais surtout des convergences, n°1**
- 30-SERVICE PUBLIC FEDERAL, SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT, (29 janvier 2007), Arrêté royal fixant d'une part,**

les normes auxquelles le programme de soins gériatriques doit répondre pour être agréé et d'autre part, des normes complémentaires spéciales pour l'agrément d'hôpitaux et de services hospitaliers

31-RUBENSTEIN LZ., JOSEPHSONJ KR., WIELAND GD., et al. (1984), Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial

32-Plan « Alzheimer et maladies apparentées », (février 2008), <http://www.sante.gouv.fr/>

33-Circulaire ministérielle du 26 mars 1998 relative au SROS

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

35-Circulaire n°DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION : L'augmentation attendue de la population âgée.....	4
CHAPITRE I : Inventaire des problématiques posées par le vieillissement	6
I. Caractéristiques du vieillissement.....	6
1) Définition du vieillissement	6
2) Changements fonctionnels	6
A. Changements physiques et physiologiques.....	6
1. Les fonctions physiques	6
2. Les fonctions physiologiques	7
B. Changements psychiques	8
C. La prévention.....	8
II. Les problématiques du vieillissement	9
1) La dénutrition/déshydratation	9
2) La douleur	9
3) La dépression	10
4) La maltraitance.....	10
5) Les chutes.....	11
6) Les démences	12
III. Conséquences et impacts du vieillissement	12
1) Place de la personne âgée dans la société.....	12
2) Impacts sur le système de santé.....	13
A. Augmentation des dépenses de santé en faveur des personnes âgées	13

B.	Augmentation du budget alloué à la dépendance	15
C.	Problématiques des retraites.....	17
D.	Problème de démographie médicale.....	18
3)	Impacts sur les contribuables	18
4)	Synthèse (Figure 1).....	19
IV.	Choix stratégiques d'avenir	20
1)	Au niveau national.....	20
A.	Développer des alternatives à l'hospitalisation	20
B.	Organiser des dépistages pour les plus de 75 ans.....	21
C.	Organiser des campagnes de prévention des maladies génératrices de dépendance	21
2)	Au niveau des établissements.....	22
A.	Recentrer la place des personnes âgées au cœur des établissements.....	22
B.	Former le personnel	22
C.	Valoriser la gériatrie	23
D.	Promouvoir la recherche sur le vieillissement	23
CHAPITRE II : Le modèle Belge		24
I.	Particularités du système de sante.....	24
1)	Politique d'accès aux soins	24
2)	Budget des hôpitaux : 4 sources de financement	25
A.	Le budget des moyens financiers	26
B.	Les honoraires médicaux, paramédicaux et les conventions INAMI	27
C.	Les spécialités pharmaceutiques et autres fournitures.....	27
D.	Remboursement des frais d'entretien	28
3)	Les coûts à la charge du patient	28

II. Le management de la qualité	28
III. Le programme de soins gériatriques : un outil de prise en charge global	30
1) L'arrêté royal du 29 janvier 2007.....	30
A. Définition du patient gériatrique	30
B. Contenu du programme.....	31
C. Acteurs de soins.....	31
D. Le volet qualité.....	32
2) Organisation du dépistage.....	32
A. Dépistage préliminaire	32
B. Intervention de l'équipe de liaison gériatrique.....	33
C. Organisation du suivi du patient.....	34
1. Retour à domicile.....	35
2. Entrée en institution	35
3. Hospitalisation.....	36
3) Le programme informatique associé (ANNEXE 3).....	36
4) Apports du programme de soins.....	40
A. Résultats ISAR	40
B. Résultats SEGA.....	40
C. Provenance des patients	41
D. Motifs d'hospitalisation	41
E. Première évaluation	42
F. Autres données	43
5) Freins institutionnels et évolutions possibles.....	44
A. Généralisation du programme	44
B. Communication et implication des acteurs	44

C. Financement médical	45
CHAPITRE III : Comparaison avec le système français	46
I. Le financement des hôpitaux français	46
II. La politique française en faveur des personnes âgées	47
1) Le Plan Solidarité Grand Âge 2007-2012.....	47
2) Le plan Alzheimer 2008-2012	47
3) Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire	48
4) La filière de soins gériatriques	49
A. Organisation	50
1. Les courts séjours (gériatrie aigue).....	50
2. Les consultations et l'hôpital de jour gériatrique	50
3. Les Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique (SSR)	50
4. Les unités de soins de longues durées (USLD).....	50
B. Partenariat	51
1. Les médecins traitants.....	51
2. L'Hospitalisation A Domicile (HAD)	51
3. Les établissements médico-sociaux (EHPAD).....	51
5) L'équipe mobile de gériatrie	51
III. Différences France/Belgique (figure 1).....	52
1) Contenu des filières de prise en charge	52
2) Effectifs et acteurs de soins de l'équipe mobile	53
3) Profil du patient	53
4) Organisation de la prise en charge	53
5) Formalisation du projet.....	54
CONCLUSION	56

BIBLIOGRAPHIE.....	58
TABLE DES MATIERES	61
ANNEXES.....	66
GLOSSAIRE.....	82

FIGURES

<u>Figure 1</u> : Synthèse des impacts économiques.....	20
<u>Figure 2</u> : Proposition d'aides aux patients en juin 2008.....	35
<u>Figure 3</u> : Processus de prise en charge du patient gériatrique.....	39
<u>Figure 4</u> : Résultats ISAR.....	40
<u>Figure 5</u> : Provenance des patients.....	41
<u>Figure 6</u> : Motifs d'hospitalisation.....	42
<u>Figure 7</u> : Respect des délais.....	45
<u>Figure 8</u> : Comparaison des modèles de prise en charge pour personnes âgées – France/Belgique.....	55

ANNEXES

Annexe 1 : Arrêté royal du 29 janvier 2007

Annexe 2 : Tests ISAR et SEGA

Annexe 3 : Programme informatique de liaison gériatrique

Annexe 4 : Circulaire de 28 mars 2002 relative à la filière de soins gériatrique

Annexe 1 : Arrêté royal du 29 janvier 2007

CHAPITRE I. Dispositions générales.

Article 1. Pour être agréé, le programme de soins pour le patient gériatrique doit répondre aux normes fixées dans le présent arrêté.

Art. 2. § 1er. A l'exception des services de gériatrie isolés, tout hôpital général disposant d'un service de gériatrie agréé, doit disposer d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

A l'exception des hôpitaux qui disposent uniquement de services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), combinés ou non à des services d'hospitalisation simple (indice H), ou à des services neuropsychiatriques pour le traitement de maladies adultes (indice T), tout hôpital général ne disposant pas d'un service de gériatrie agréé, doit disposer d'un accord de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital général le plus proche disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

Tout service de gériatrie isolé, combiné ou non avec des services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer soit d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique soit d'un accord de collaboration fonctionnelle avec l'hôpital général le plus proche disposant d'un programme de soins agréé pour le patient gériatrique.

§ 2. Si l'hôpital, en application du § 1er, dispose d'un accord de collaboration fonctionnelle, cet accord de collaboration doit comprendre les règles requises concernant la manière dont la liaison interne, la liaison externe et la consultation gériatrique sont garanties pour les patients de cet hôpital.

Ces règles sont également mentionnées explicitement dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire tel que visé à l'article 23.

CHAPITRE II. Groupe cible.

Art. 3. Le programme de soins pour le patient gériatrique s'adresse à la population de patients gériatriques ayant une moyenne d'âge de plus de 75 ans et qui requiert une approche spécifique pour plusieurs des raisons suivantes :

- 1° fragilité et homéostasie réduite;
- 2° polypathologie active;
- 3° tableau clinique atypique;
- 4° pharmacocinétique perturbée;
- 5° risque de déclin fonctionnel;
- 6° risque de malnutrition;
- 7° tendance à être inactif et à rester alité, avec un risque accru d'institutionnalisation et de dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne;
- 8° problèmes psychosociaux.

Art. 4. Tout patient de plus de 75 ans admis à l'hôpital, fait l'objet d'un dépistage permettant de déterminer s'il répond à un des critères visés à l'article 3 et s'il doit être inclus ou non dans le programme de soins.

CHAPITRE III - Nature et contenu de soins.

Art. 5. Le programme de soins pour le patient gériatrique est axé sur le processus pluridisciplinaire diagnostique, thérapeutique ainsi que sur la réadaptation fonctionnelle et le suivi du patient gériatrique. Le programme de soins garantit également le dépistage des patients gériatriques et la continuité des soins, en concertation avec le médecin généraliste et

les autres prestataires de soins. L'objectif principal du programme de soins est d'obtenir, à travers une approche pluridisciplinaire, la récupération optimale des performances fonctionnelles et de la meilleure autonomie et qualité de vie de la personne âgée.

Art. 6. Le programme de soins pour le patient gériatrique se compose :

- 1° d'un service de gériatrie agréé (indice G) tel que visé à l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre;
- 2° d'une consultation de gériatrie telle que visée à l'article 14;
- 3° d'un hôpital de jour pour le patient gériatrique tel que visé à l'article 15;
- 4° d'une liaison interne telle que visée à l'article 16;
- 5° d'une liaison externe telle que visée à l'article 20.

Art. 7. L'ensemble des composantes reprises dans l'article 6 est, au minimum sur un des sites, offert comme programme global.

CHAPITRE IV - L'expertise et les effectifs médicaux et non médicaux requis.

Section Ire. - La coordination du programme de soins.

Art. 8. La coordination et l'organisation du programme de soins incombent au médecin chef de service du programme de soins et à l'infirmier en chef du programme de soins, désignés par le directeur sur proposition du médecin chef et du chef du département infirmier.

Art. 9. Le médecin chef de service du programme de soin est un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché à temps plein à l'hôpital.

Il organise les aspects médicaux du programme de soins.

Il consacre plus de la moitié de son temps de travail aux activités du programme de soins et à la formation permanente du personnel du programme de soins. Il peut également exercer la fonction de médecin chef du service de gériatrie, tel que visé à l'article 6.

Art. 10. L'infirmier en chef du programme de soins pour le patient gériatrique est également infirmier en chef d'une des composantes du programme de soins telles que visées dans l'article 6. Il doit être porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie.

La fonction d'infirmier en chef du programme de soins pour le patient gériatrique peut également être assurée par un cadre intermédiaire, tel que visé au point 2° de la rubrique " III. Normes d'organisation " de la partie " Normes générales applicables à tous les établissements ", figurant en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. Il organise les aspects infirmiers, paramédicaux et soignants du programme de soins.

Art. 11. Le médecin chef de service et l'infirmier en chef du programme de soins, en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, veillent :

- 1° à la rédaction et à l'actualisation du manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 2° à la rédaction et à la réalisation de la politique en matière de qualité, telle que définie dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire;
- 3° au respect des normes fixées dans le présent arrêté;
- 4° à l'enregistrement des données gériatriques;
- 5° à la continuité des soins, notamment par la circulation de données sur les patients;
- 6° à l'organisation pratique de la concertation pluridisciplinaire et au compte rendu de celle-ci.

Section II. - Expertise médicale, infirmière, paramédicale et soignante requise.

Art. 12. Le programme de soins dispose d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette équipe est composée, au moins, des personnes ayant les qualifications suivantes :

- 1° au moins, un équivalent temps plein médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie, attaché au programme de soins;
- 2° infirmier;
- 3° assistant social ou un infirmier gradué/bachelier social;
- 4° gradué/bachelier en kinésithérapie ou licence/master en kinésithérapie;
- 5° gradué/bachelier en ergothérapie;
- 6° gradué/bachelier en logopédie ou licence/master en logopédie;
- 7° gradué/bachelier en diététique;
- 8° licence/master en psychologie.

CHAPITRE V. Composantes du programme de soins pour le patient gériatrique.

Section Ire. - Un service de gériatrie agréé.

Art. 13. Le programme de soins comprend un service de gériatrie (indice G), tel que visé à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Section II. - La consultation gériatrique.

Art. 14. La consultation gériatrique permet, de préférence à la demande du médecin généraliste traitant, de donner un avis gériatrique.

Section III. - L'hôpital de jour pour le patient gériatrique.

Art. 15. L'admission en hôpital de jour pour le patient gériatrique se fait à la demande du médecin généraliste, d'un médecin spécialiste ou après une consultation gériatrique. L'objectif est d'organiser, de manière pluridisciplinaire, l'évaluation diagnostique, la mise au point thérapeutique et la réadaptation fonctionnelle.

Section IV. - La liaison interne.

Art. 16. La liaison interne permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin spécialiste traitant et des équipes, pour les patients gériatriques, hospitalisés dans l'ensemble de l'hôpital.

Art. 17. La liaison interne est constituée d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire. Cette liaison est organisée de telle sorte qu'il soit possible, pour les patients gériatriques séjournant dans des services autres que le service de gériatrie de l'hôpital, d'avoir recours à l'expertise de chacune des qualifications de cette équipe. Cette équipe vient en soutien et sur appel de l'équipe d'un de ces services.

Art. 18. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire de la liaison interne est composée des personnes ayant des qualifications mentionnées à l'article 12, points 2, 5, 6, 7 et 8, étant entendu que cette équipe doit être constituée d'au moins 4 équivalents temps pleins et que son nombre dépend du nombre de patients gériatriques théoriques admis annuellement à l'hôpital.

Art. 19. § 1er. A l'exception du service de pédiatrie (indice E), du service de néonatalogie intensive (indice NIC), du service de neuropsychiatrie pour l'observation et le traitement d'enfants (indice K) et du service maternité (indice M), chaque unité de soins ainsi que les fonctions de première prise en charge des urgences, de soins urgents spécialisés, de soins intensifs et d'hospitalisation chirurgicale de jour, disposent, d'au moins, un infirmier relais pour les soins gériatriques, désigné parmi le personnel de l'unité par le chef du département infirmier.

L'infirmier relais dispose d'une formation et/ou d'une expérience spécifique dans les soins

gériatriques.

§ 2. Au sein de son équipe, cet infirmier relais, en collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire de la liaison interne, favorise le développement de l'approche gériatrique et facilite le dépistage, sur base d'outils validés, des patients gériatriques. L'infirmier relais pour les soins gériatriques peut, soit de sa propre initiative soit en collaboration avec le médecin spécialiste responsable, faire appel à la liaison interne du programme de soins à l'intérieur de laquelle le médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou le médecin spécialiste agréé en gériatrie est appelé en consultation.

Section V. - La liaison externe.

Art. 20. La liaison externe permet de mettre les principes gériatriques et l'expertise pluridisciplinaire gériatrique à la disposition du médecin généraliste, du médecin coordinateur et conseiller et des prestataires de soins pour le groupe cible.

Elle vise à optimiser la continuité des soins, à éviter des admissions inutiles et à développer des synergies et des réseaux de collaboration fonctionnels.

Art. 21. La liaison externe dispose d'au moins un mi-temps infirmier gradué/bachelier social ou assistant social assurant la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins. Il doit justifier d'une formation relative à la continuité des soins. En collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins, le référent hospitalier pour la continuité des soins est chargé des missions de continuité des soins visées aux articles 27 et 28.

Art. 22. Chaque programme de soins instaure dans le cadre de la liaison externe du programme de soins une collaboration formelle avec :

- 1° un ou des services intégrés de soins à domicile;
- 2° des cercles de médecins généralistes;
- 3° des maisons de repos et de soins;
- 4° des centres de soins de jour.

CHAPITRE VI. - Les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité.

Section Ire. - Normes de qualité.

Sous-section Ire. - Le manuel gériatrique pluridisciplinaire.

Art. 23. § 1er. Le programme de soins conclut une série d'accords de collaboration entre les acteurs internes et externes, qui sont mentionnés dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire. Ce manuel comprend les données suivantes :

- 1° les modalités de collaboration reprises dans l'accord de collaboration fonctionnelle tel que visé à l'article 2. Ces modalités concernent, notamment, la référence des patients au programme de soins;
- 2° les modalités selon lesquelles l'expertise pluridisciplinaire du programme de soins peut être mise à disposition, sous la forme d'une consultation gériatrique pluridisciplinaire ou d'une admission en hôpital de jour pour le patient gériatrique, pour le patient gériatrique séjournant à domicile ou dans une institution de soins;
- 3° les modalités de formulation d'avis, par l'équipe du programme de soins, afin d'optimiser la qualité des soins à l'intérieur des institutions de soins pour lesquelles une collaboration existe;
- 4° la composition de l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins ainsi que leur répartition dans les différentes composantes du programme;
- 5° la définition du projet pluridisciplinaire et de la politique de qualité que le programme de

soins poursuit (valeurs, objectifs, missions);

6° une description de l'organisation de la liaison interne pour l'ensemble des services et fonctions visés à l'article 19, y compris les directives pour le dépistage des patients gériatriques admis à l'hôpital;

7° une description de l'organisation de la liaison externe;

8° les modalités spécifiques d'organisation du programme de soins.

Plusieurs trajets de soins cliniques sont insérés progressivement dans le manuel gériatrique pluridisciplinaire, ce qui permet d'accroître la qualité et l'efficacité des soins gériatriques pluridisciplinaires.

§ 2. Le manuel gériatrique pluridisciplinaire est mis à disposition de tous les collaborateurs du programme de soins. Il peut être consulté à l'hôpital par l'ensemble des prestataires de soins de l'hôpital et par des autres prestataires associés au programme de soins en raison de la collaboration, ainsi que par le patient ou son représentant.

Sous-section II. - Le plan de soins et la concertation pluridisciplinaires.

Art. 24. Pour chaque patient gériatrique, admis au service de gériatrie, à l'hôpital de jour pour le patient gériatrique ou dans un autre service, l'équipe concernée établit un plan de soins pluridisciplinaire, le cas échéant en collaboration avec l'équipe de liaison interne lorsqu'elle a été conviée à intervenir, concernant le diagnostic, le traitement et la réadaptation fonctionnelle éventuelle. Ce plan de soins fait intégralement partie du dossier du patient.

Art. 25. § 1er. L'équipe gériatrique pluridisciplinaire organise, au moins chaque semaine, une concertation pluridisciplinaire concernant les patients gériatriques.

Peuvent également participer à cette concertation, pour les patients qui les concernent, le médecin généraliste traitant et d'autres médecins ou prestataires de soins associés au traitement du patient. S'il s'agit d'un patient gériatrique hospitalisé dans un autre service que le service de gériatrie, l'infirmier relais et le médecin du service concerné peuvent également participer à la concertation.

§ 2. Si, dans le cadre de la mission de liaison externe, l'équipe gériatrique pluridisciplinaire a réalisé une évaluation, le médecin généraliste et d'autres médecins ou prestataires ayant dispensé les soins au patient, peuvent prendre part à la concertation organisée au sein de l'hôpital.

Sous-section III. - La continuité des soins.

Art. 26. De manière à favoriser la continuité des soins, la préparation de la sortie du patient débute dès son admission à l'hôpital. Une feuille de liaison, mentionnant l'ensemble des éléments requis à la continuité des soins, est établie pour chaque sortie d'un patient gériatrique de l'hôpital. Cette feuille de liaison est remise au médecin généraliste désigné par le patient et, le cas échéant, à d'autres prestataires de soins importants pour la continuité des soins.

Art. 27. § 1er. Le référent hospitalier pour la continuité des soins, tel que visé à l'article 21, en collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins, prend toutes les mesures nécessaires à la préparation du retour à domicile de qualité, et ce dès l'admission à l'hôpital. De manière générale, il assure la promotion de la continuité des soins. A cet effet, il élabore des processus de collaboration pluridisciplinaire au sein de l'hôpital et entre l'hôpital et les structures de première ligne.

§ 2. A cet égard, l'équipe gériatrique pluridisciplinaire du programme de soins et le référent hospitalier pour la continuité des soins sont responsables :

1° de la détection des patients à haut risque pour lesquels un retour à domicile peut être envisagé;

2° de l'évaluation des patients détectés, ainsi que de leur accompagnant principal;

3° de l'information au patient et à son accompagnant principal en ce qui concerne les soins et services à domicile;

4° de la proposition et de la coordination des plans de soins individualisés, en collaboration avec les structures de première ligne;

5° de l'organisation de réunions pluridisciplinaires visant la continuité des soins.

Art. 28. § 1er. Au niveau organisationnel, la mission des liaisons interne et externe consiste à :

1° contribuer à la culture de la continuité des soins;

2° proposer et d'élaborer des actions relatives à la politique menée par l'hôpital en matière de continuité des soins;

3° participer à la formation continue pour le personnel sur les principes de la continuité des soins;

4° élaborer des synergies de collaboration pluridisciplinaires dans l'ensemble des unités de l'hôpital;

5° proposer des initiatives en matière de continuité des soins.

§ 2. En outre, la liaison externe est responsable de :

1° 'élaboration des accords de coopération avec les services intégrés de soins à domicile, et les structures d'aides et de soins à domicile, notamment par la mise en place et la participation à des comités pluridisciplinaires pour la continuité des soins;

2° 'élaboration de synergies de collaboration avec les autres institutions de soins.

Section II. - Suivi de la qualité.

Art. 29. Le programme de soins pour le patient gériatrique collabore à l'évaluation interne et externe de l'activité médicale, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

A cet effet, il est créé un Collège pour le patient gériatrique chargé d'évaluer le processus de soins décrit à l'article 5 du présent arrêté. Pour cela, le Collège collaborera avec l'ensemble des disciplines visées à l'article 12. Outre les missions indiquées à l'article 8 de l'arrêté précité du 15 février 1999, sont également dévolues au Collège les missions suivantes :

1° soutenir les hôpitaux dans la réalisation et l'adaptation d'un manuel gériatrique pluridisciplinaire;

2° proposer des directives pour établir et évaluer le plan de soins cité à l'article 24 du présent arrêté et la feuille de liaison citée à l'article 26 du présent arrêté;

3° élaborer un modèle d'enregistrement interne visé à l'article 3 de l'arrêté royal précité du 15 février 1999 prenant en compte les spécificités et les risques du patient gériatrique.

L'enregistrement doit permettre, sur base d'indicateurs mesurables, d'évaluer le plan de soins pluridisciplinaire et les objectifs de soins et de continuité, précisés respectivement à l'article 24 et 26 du présent arrêté.

CHAPITRE VII. - Normes architecturales.

Art. 30. L'hôpital de jour pour le patient gériatrique constitue une entité reconnaissable et distincte. Il comporte au moins les locaux suivants :

1° un local d'examen;

2° un local de soins;

3° un local de repos avec des fauteuils adaptés;

4° une salle à manger;

5° une salle pour les activités thérapeutiques individuelles ou de groupe;

6° un nombre suffisant d'installations sanitaires pour les patients.

Les locaux visés aux 3° et 4° peuvent être aménagés dans la même pièce.

L'infrastructure nécessaire pour une réadaptation fonctionnelle doit être accessible aux patients admis dans l'hôpital de jour.

Art. 31. L'hôpital de jour pour le patient gériatrique dispose d'un nombre suffisant de chambres adaptées aux patients gériatriques admis en hospitalisation de jour. Elles sont spécifiquement réservées aux patients admis en hospitalisation de jour.

Art. 32. Les locaux de l'hôpital de jour pour le patient gériatrique sont facilement accessibles, notamment aux fauteuils roulants, et adaptés au confort et à la sécurité du patient gériatrique. Dans les couloirs et dégagements de l'hôpital de jour, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves, sont évitées. En outre on préviendra tout risque de glissement.

Les déplacements des patients dans l'hôpital de jour seront facilités par l'installation de mains courantes et de poignées. Les installations sanitaires seront également dotées de poignées. Des aires de repos suffisantes seront prévues dans les couloirs.

Art. 33. Un système d'appel efficace est prévu dans tous les locaux.

CHAPITRE VIII. - Dispositions modificatives.

Art. 34. A la rubrique " Normes spéciales pour le service de gériatrie " de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 12 avril 1984 et 25 juin 1985, les modifications suivantes sont apportées :

1° Le point 1 est remplacé par la disposition suivante :

L'agrément comme service de gériatrie peut être accordé au service d'un hôpital général qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic de gériatrie, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation, dans les meilleures conditions, de patients gériatriques.

Un service de gériatrie isolé, associé ou non à un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer d'une liaison fonctionnelle avec le service de gériatrie de l'hôpital le plus proche. Cette liaison fonctionnelle doit faire l'objet d'une convention écrite qui précisera les modalités :

- de collaboration entre les services de gériatrie, notamment en ce qui concerne la politique d'admission et de transfert des patients gériatriques;
- de recours aux services médico-techniques;
- de collaboration médicale, infirmière et paramédicale, notamment dans une politique de concertation et de formation permanente.

La liaison fonctionnelle susmentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services de gériatrie concernés n'appartiennent pas au même pouvoir organisateur. ";

2° Au point 4, troisième alinéa, les mots " ne peut être supérieure à trois mois " sont remplacés par les mots " ne peut être supérieure à 45 jours ".

Art. 35. A la sous-rubrique " II. Normes fonctionnelles " de la rubrique " Normes spéciales pour le service de gériatrie " de l'annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées au point 4 :

1° Le second alinéa est remplacé comme suit :

" Le médecin dressera, en concertation avec les personnes concernées par le traitement, un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements spéciaux médicaux, infirmiers, paramédicaux et psychologiques que les possibilités de réadaptation fonctionnelle. ";

2° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots " le psychologue, " sont insérés entre les mots "

l'ergothérapeute " et " l'assistant social ".

Art. 36. A la sous-rubrique " III. Normes d'organisation " de la rubrique " Normes spéciales pour le service de Gériatrie " de l'annexe du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° L'alinéa 1er du point 1 est remplacé comme suit :

" La direction médicale du service de gériatrie est confiée à un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie. ";

2° Le point 3 est remplacé comme suit :

" 3. Le service dispose d'au moins 14,13 équivalents temps plein membres de personnel infirmier, paramédical et/ou soignant pour 24 lits agréés dont au moins :

1° un infirmier en chef par unité, porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie;

2° 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier pour 24 lits G agréés;

3° 4 équivalents temps plein infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, pour 24 lits G;

4° dans chaque unité de soins, au moins un(e) infirmier(ère) doit être présent(e) en permanence;

5° 1,33 équivalents temps plein membres de personnel ayant comme qualification gradué/bachelier en ergothérapie, gradué/bachelier en logopédie, licence/master en logopédie ou licence/master en psychologie. ";

3° Au point 4, les mots " ergothérapeutes, logopèdes, " sont supprimés.

CHAPITRE IX. - Dispositions finales et transitoires.

Art. 37. Les infirmiers qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, ont exercé au moins pendant 5 ans équivalent temps plein dans un service de gériatrie (indice G), dans un hôpital de jour pour le patient gériatrique ou dans un service Sp affections psychogériatriques entrent en ligne de compte pour les fonctions visées au point 3° du point 3° de la sous-rubrique " III. Normes d'organisation " de la rubrique " Normes spéciales pour le service de Gériatrie " de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Art. 38. Les infirmiers qui, à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, exerçaient déjà la fonction d'infirmier en chef peuvent continuer à exercer leur fonction dans un service de gériatrie (index G).

Art. 39. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du sixième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge, à l'exception des articles 2, 6, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 23, § 1er, 1°, 30, 31, 32 et 33 qui entrent en vigueur à une date à fixer par Nous.

Art. 40. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 29 janvier 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE.

Annexe 2 : Tests ISAR et SEGA

A.L.T. Processus d'évaluation gériatrique

Identification Systématique des Aînés à Risque => I.S.A.R.

	Oui	non	score
1. Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené, avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière ?	1	0	
2. Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour prendre soins de vous ?	1	0	
3. Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des 6 derniers mois (excluant un séjour à l'urgence) ?	1	0	
4. En général, voyez-vous bien ?	0	1	
5. En général, avez-vous des problèmes de mémoires ?	1	0	
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour ?	1	0	

Si le score est supérieur ou égal à 3, il a lieu de réaliser une évaluation brève des besoins psychosociaux

Total :

Sommaire Evaluation du profil Gériatrique à l'Admission => S.E.G.A.

Volet A Signalisation du profil gériatrique et des facteurs de risques				Volet B Données complémentaires			
	0	1	2		0	1	2
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans et plus	Accompagnant	Personne de référence ou pas utilisé	Personne de référence absente	Personne de référence épuisée
Provenance	Domicile	Domicile avec aide	MR ou MRS	Hospitalisation récente	Pas ces 6 derniers mois	Oui, il y a moins de 6 mois	Dans le mois qui précède
Médicaments	3 ou moins	4 ou 5	6 et plus	Vision et/ou audition	Normale	Diminuée et appareillée	Très diminuée
Fonctions cognitives	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion, démence)	Habitat	Couple (famille)	Seul avec aide	Seul sans aide
Humeur	Normale	Parfois angoissée	Souvent triste et déprimé	Aide existante à domicile	Aucune	Proches	Professionnelles (nom, tél.)
Perception de santé	Meilleure	Bonne	Moins bonne	Projet de sortie pour les proches	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune	Une sans gravité	Chute(s) compliquée(s) ou comme motif d'hospitalisation	Projet de sortie pour le patient	Retour à domicile	Institutionnalisation	Incertitude ou alternative
Nutrition	Normale, poids stable, apparence normale	Perte d'appétit, de poids (3kg/3 mois)	Franchement dénutri (BMI < 21)	Perception de la charge (proches)	Normale	Importante	Trop importante
Maladies associées (comorbidité)	Pas en dehors de l'affection actuelle	De 1 à 3	Plus de 3, AVC, cancer, BPCO, ins. card. cong.				
AVI Mobilité	Autonome	Soutien	Incapacité				
AVI continence	Autonomie	Incontinence accidentelle	Incontinence				
AVI manger	Autonomie	Préparation	Assistance				
AVI instrumentales (cuisine, lessive, ...)	Autonomie	Aide	Incapacité				
/26							

On peut considérer que le profil est peu gériatrique <8, moyen entre 9 et 11, et franc >12.

Annexe 3 : Programme informatique de liaison gériatrique

Programme de soins gériatriques des unités de soins

Liaison Gériatrie - US Liste patients

Liaison Gériatrie

DC5 - Chirurgie Générale

ASSOCIATION INTERHOSPITALIERE DU TOURNAISIS a.s.b.l.

ISAR non faits

Id Patient	Nom Prénom	Date Naiss.	Date Adm.	Nb Jours Hospi
3112144002	BRULON JACQUELINE MARIE	14/12/1931	28/07/2008	1
2807231000	MAUET MARCEL	23/07/1928	30/07/2008	-1

Quitter

ISAR réalisés

Id Patient	Nom Prénom	Date Naiss.	Date Adm.	Nb Jours Hospi	Score Isar
3205191002	WAPLET HENRI EDMOND	19/05/1932	07/07/2008	22	4
3003211003	COINNE JEAN ALEXANDRE	21/03/1930	03/07/2008	26	2
3209291002	DERLOIS JEAN JEROME	29/09/1932	14/07/2008	15	1
2709191000	LEBOY EDMOND CLEMENT	19/09/1927	28/07/2008	1	4

Programme de soins gériatriques de l'équipe de liaison

Liaison gériatrie - Ecran Principal

Liaison Gériatrie ASSOCIATION INTERHOSPITALIERE DU TOURNAIS a.s.b.l.

Cellule Liaison Gériatrie

Anomalies Clôturées (47) Anomalies non Clôturées (5) ISAR non faits (18) ISAR Ok (14)

Quitter

Id Patient	Nom Prénom	Date Naiss.	Date Adm.	Score Isar	Nb Jours Hospi	US	Dem. Test	Clôturé
3108284002	BOURGOIN ANNE	28/08/1931	25/07/2008	4	4	HD5		
2704244001	BASTIN MICHELLE ANNE	24/04/1927	24/07/2008	3	5	HD3		
3206241002	VAN TRAMONT OSCAR	24/06/1932	22/07/2008	4	7	DC6		
2902241001	VANDEWYNDEN JEAN MARIE	24/02/1929	22/07/2008	6	7	HI6		
3206074000	MUYENNE CLAUDE	07/06/1932	18/07/2008	4	11	HD2		

Résumé des tests

Liaison Gériatrie - Résumé ASSOCIATION INTERHOSPITALIERE DU TOURNAIS a.s.b.l.

2709191000 19/09/1927 LEROY EDMOND CLEMENT

Médecin Traitant : Dr Dumortier
 Date d'admission : 28/07/2008
 Médecin Titulaire : PIETQUIN THIERRY
 Personne de référence :
 Téléphone :
 Lien de parenté :
 Motif d'admission : cystectomie

Plaintes
 motricité de la main droite déficiente suite à ancien trauma.

Antécédents
 PTG D, FA, PTH G, syndrome restrictif, hernie hiatale, amputation jambe gauche suite traumatisme, broncho pneumopathie, apnée du sommeil, excès pondéral

Eléments Particuliers
 Dît vivre avec frères et mamant!!!!, une fois dans une maison, une fois dans un appartement ?!
 Pas cohérent dans le dialogue, situation impossible ?!

Imprimer Clôture Avis Médical Sauvegarder Quitter

Résumé Conclusion Paramètres

Test	Score	Remarques	Normal	Moyenne	Pathologique
ISAR	4 / 6	Ancien policier, aîné de la famille.	< 3	3 à 5	6
SEGA	14 / 26	Profil gériatrique franc. Vit dans le passé. Se déplace en chaise roulante. Excès pondéral. Prétend qu'il était autonome pour sa toilette, mais ne refuserait pas de l'aide pour son retour.	< 7	8 à 11	> 11
MMSE	20 / 30	Désorientation dans le temps 1/5, orientation dans l'espace 4/5, calculs corrects 5/5, rappel des mots impossible, langage correct 7/8, praxie impossible (signale que main droite déficiente et droitier)	24 à 30		< 24
LAWTON	34 / 36	Ménage assuré par femme de ménage et pour tout le reste c'est MAMAN !!!!! Impossible, d'où nécessité de connaître comment se déroule réellement la prise en charge de ce monsieur.			
Audition / Vision		port de lunette pour lire.			

Annexe 4 : Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques



Ministère de la Santé et des Solidarités
Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées,
aux Personnes Handicapées et à la Famille

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET
DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de l'organisation
du système de soins
Bureau de l'organisation régionale des
soins et populations spécifiques (O2)

Dominique Lelièvre
Tel : 01 40 56 65 47

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 œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de
département
Directions départementales des affaires sanitaires
et sociales
(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Date d'application : Immédiate

NOR : SANH0730182C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Etablissements de santé

Mots clés : filière, patients gériatriques, référentiel d'organisation des soins, court séjour gériatrique, équipe mobile de gériatrie, unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, soins de suite et de réadaptation gériatriques, SROS, CPOM

Textes de référence :

- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD6D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Annexe :

Annexe 1 : référentiel d'organisation des soins pour la filière de soins gériatriques

Annexe 2 : référentiel d'organisation des soins pour le court séjour gériatrique

Annexe 3 : référentiel d'organisation des soins pour l'équipe mobile gériatrique

Annexe 4 : référentiel d'organisation des soins pour l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique

Annexe 5 : 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 6 : 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 Plan Solidarité Grand Age 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 75 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 60 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 Age 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 œuvre des volets des SROS III consacrés aux personnes âgées.

1. GENERALISER 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 ré-hospitalisation.

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 FILIERES DE SOINS GERIATRIQUES DANS UNE DYNAMIQUE D'ORGANISATION TERRITORIALE NEGOCIEE DANS LE CADRE DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS SUR LA BASE DE REFERENTIELS 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 Age 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 œuvre 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 œuvre 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 œuvre du contrat passé entre l'Etat et l'ARH et à faire l'objet d'un suivi dans le cadre du tableau de bord Prodigé.

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 œuvre de cette circulaire.

Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

signé

Annie PODEUR

GLOSSAIRE

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource

AIT : Association Interhospitalière du Tournaisis

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accidents vasculaires Cérébraux

APDRG : All Patients Diagnosis Related Groups

BMF : Budget des Moyens Financiers

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CLIC : Centre Local d'information et de coordination

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CSA : Contribution Solidarité Autonomie

CSG : Contribution Sociale Généralisée

DIRHM : Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

GDS : Geriatric Depression Scale

GHM : Groupe Homogène de Malades

GHS : Groupe Homogène de Séjours

GIR : Groupe Iso Ressource

HAD : Hospitalisation A Domicile

IALD : Instrumental Activities of Daily Living

IC : Itinéraires Cliniques

IMC : Indice de Masse Corporelle

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie et d'Invalidité

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

ISAR : Identification Systématique des Aînés à Risques

MERI : Missions de Recherche et d'Innovation

MIGAC : Missions d'Interêt Général et d'Aide à la Contractualisation

MMSE : Mini Mental State Examination

MNA : Mini Nutritional Assessment

MRS : Mission Régionale de Santé

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

PIB : Produit Intérieur Brut

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSPH : Participant aux Services Publics Hospitaliers

RCM : Résumé Clinique Minimum

SEGA : Sommaire Evaluation du Profil Gériatrique à l'Admission

SSI : Soins de Santé et Indemnités

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification A l'Activité

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

USLD : Unité de soins de longues durée

PREVENIR ET PRENDRE EN CHARGE LE VIEILLISSEMENT ET LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES : COMPARAISON DES SYSTEMES DE SOINS BELGES ET FRANCAIS

Les constatations démographiques prévoient un nombre de personnes âgées croissant dans les années à venir.

Ce vieillissement de la population est associé à une augmentation du nombre de personnes dépendantes.

En France, cette hausse pourrait atteindre 50% entre 2007 et 2040.

Ce phénomène connaîtra de lourdes conséquences, notamment en termes de **dépenses de santé**.

Les répercussions toucheront bien évidemment la personne elle-même mais aussi l'assurance maladie et ces services déconcentrés au niveau des régions (CRAM) et départements (CPAM) ou encore les entités en charge de la gestion des budgets alloués à la dépendance (CNSA, conseil général).

La création de l'Agence Régionale de Santé pourrait coordonner de manière plus efficace les soins dans les régions.

Face au vieillissement de la population, des systèmes de prise en charge se mettent en place dans les différents pays européens pour tenter de prévenir les patients à risques gériatriques.

Le Belgique dispose d'un programme de soins gériatriques composé de différentes structures de prise en charge et d'une équipe de liaison gériatrique qui a pour rôle de dépister les patients gériatriques à l'aide de différentes échelles d'évaluation mais aussi d'organiser la sortie du patient vers son domicile ou une structure adaptée en évitant les hospitalisations répétées.

Les premières statistiques, extraites grâce à l'informatisation du **processus de soins**, sont encourageantes puisqu'elles démontrent un grand nombre de patients dépistés positifs. De même, une mesure des ré hospitalisations dans les trois mois a été effectuée en 2007 et 2008 afin de mettre en évidence une potentielle évolution.

Une baisse de 5% des ré hospitalisations dans les trois mois a été constatée.

La politique en faveur des personnes âgées en France est abordée à travers plusieurs programmes comme le plan solidarité-grand âge et Alzheimer mais aussi au niveau des établissements de soins à travers les **Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires** (SROS) et les **Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens** (CPOM).

Au niveau des hôpitaux Français, une **filière de soins gériatriques** est également en place depuis 2002.

Des différences existent entre les systèmes français et belges : Contenu des soins, domaine d'intervention des équipes mobiles, effectifs soignants ou encore prise en charge aux Urgences.

Ces divergences ne permettent pas pour autant de juger de la meilleure efficacité de l'un ou l'autre des systèmes ; une évaluation parallèle des impacts des équipes mobiles permettrait de réajuster et d'améliorer le fonctionnement des prises en charge dans un souci d'amélioration continue de la **qualité des soins** aux personnes âgées.

Mots-Clés : Dépenses de santé, processus de soins, SROS, CPOM, filière de soins gériatriques, qualité des soins

PREVENT AND DEAL WITH THE AGEING AND THE DEPENDENCE OF THE OLD PEOPLE: COMPARISON OF THE BELGIAN AND FRENCH CARE SYSTEMS

The demographic observations predict that the number of elderly people will continue to rise in the coming years.

Ageing of the population is associated with an increase of with the dependence increase.

In France, dependency will reach 50% between 2007 and 2040.

This phenomenon will lead to large consequences, most notably in dealing with **health budget**.

The repercussions will not only affect the person itself, but also the health insurance and its regional (CRAM) and departmental (CPAM) entities as well as organizations involved with the management of the dependency budget (CNSA, general council).

Creation of the Regional Health Agency could most effectively coordinate healthcare within the regions.

Responding to the aging of the population, healthcare systems are being introduced in various European countries to help deal with patients with geriatric risks.

Belgium has a healthcare structure for geriatrics composed of different structures of care and a geriatric liaison team which diagnoses geriatric patients with the help of different rating scales and also organizes the patient's discharge and return home or implements an adapted plan of care to prevent repeated hospitalization.

The first statistics, thanks to the computerization of the **healthcare process**, are encouraging as they showed a large number of patients had been properly diagnosed.

Also, a three month re-hospitalization measurement was taken in 2007 and 2008 in order to show a potential evolution.

A 5% decrease of three-month re-hospitalizations was shown.

Policy dealing with the elderly in France is approached using several programs such as the old age solidarity plan or Alzheimer's plan but also in healthcare establishments with the **Regional Sanitary Organization Schemes** (SROS) and **Multiannual Objectives and Means Contracts** (CPOM).

In French hospitals, a **geriatric care unit** is also in place since 2002.

Differences exist between the French and Belgian systems: content of care, intervention of mobile teams, healthcare staff itself, and Emergency Department care.

These differences cannot be used in any way to determine if one of the two systems is better than the other; a parallel evaluation of the impact of mobile would allow both the readjustment and improvement of the healthcare system as more become concerned about the **quality of care** given to elderly people.

Key Words: Health budget, healthcare process, SROS, CPOM, geriatric care unit, quality of care