

Le manifeste des gériatres en 22 mesures Contribution des instances gériatriques nationales au Ségur de la Santé

Un manifeste révisé à l'épreuve de la Covid 19 pour relever le défi de la transition démographique

Confronté aux effets déjà présents et futurs de la double transition démographique et épidémiologique des maladies et à la hausse significative du nombre de personnes âgées dépendantes, notre système de santé et notre système de protection sociale doivent nécessairement s'adapter afin d'apporter les réponses les plus appropriées aux enjeux éthiques de l'avance en âge.

Expression d'une réflexion collégiale et concertée issue des 8 composantes constitutives du Conseil National Professionnel (CNP) de Gériatrie (*), ce manifeste souhaite mettre plus particulièrement l'accent sur les 15 mesures phares que les représentants de la spécialité de gériatrie considèrent comme devant être prioritaires dans le cadre du Ségur de la Santé.

Issue des représentations académiques, professionnelles et syndicales de la gériatrie française, ce manifeste souhaite contribuer à enrichir et à renforcer les mesures énoncées dans les rapports de Dominique Libault et Myriam El Khomri et à alimenter plus particulièrement les réflexions instruites dans le cadre du **pilier 1** (Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent) et du **pilier 4** (Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers) du Ségur de la Santé.

Pr Claude JEANDEL, Président du CNP de gériatrie



Président : Dr Matthieu PICCOLI



Président : Dr Christophe DE JAEGER



Président : Pr Gaëtan CAVAZZI



Président : Dr Pierre-Marie COQUET



Présidente : Dr Nathalie MAUBOURGUET



Président : Dr Gaël DUREL



Président : Pr Olivier GUERIN



Président : Dr Anne DAVID-BREARD

*Le Conseil National Professionnel (CNP) de Gériatrie fédère les 8 composantes nationales de la gériatrie française : le Collège National des Enseignants de Gériatrie (CNEG), la Société Française de Gériatrie et Gériatologie (SFGG), le Syndicat National de Gériatologie Clinique (SNGC), l'Association de Jeunes Gériatres (AJG), l'Association Nationale des Médecins Coordonnateurs et du secteur médico-social (MCOOR), la Fédération française des Associations de Médecins Coordonnateurs d'EHPAD (FFAMCO), le Syndicat CSMF des médecins coordonnateurs en EHPAD (SMCG-CSMF) et l'Association Nationale des Gériatres et Gériatologues Libéraux (ANGGEL).

En établissement de santé : Personnaliser l'accueil des patients âgés dépendants relevant d'une hospitalisation non programmée et réduire les risques des dépendances acquises lors d'une hospitalisation (piliers 3 et 4 du Ségur).

Mesure 1 - Doter l'ensemble des établissements de santé autorisés à assurer l'accueil des urgences d'une filière gériatrique au sens de la circulaire du 28 mars 2007 : ces établissements doivent disposer d'une unité de médecine gériatrique clairement identifiée (ne devant pas être confondue avec la médecine polyvalente), d'une unité de SSR gériatrique (ne devant pas être confondue avec le SSR polyvalent) et d'une plateforme d'évaluation gériatrique intégrant une unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatriques et une équipe mobile de gériatrie (EMG) intervenant en intra-hospitalier et en extra-hospitalier (EHPAD, domicile). Les unités constitutives de cette filière doivent si possible être regroupées géographiquement. L'unité de médecine gériatrique doit idéalement être située à proximité des plateaux techniques et des urgences. Les unités de médecine et de SSR gériatriques doivent essentiellement comporter des chambres individuelles. La filière gériatrique doit être clairement identifiée au sein d'un département ou d'un pôle gériatrique. Afin d'optimiser

Mesure 2 - Adapter le nombre de lits de **médecine gériatrique** afin de permettre l'admission directe des patients âgés gériatriques (c'est sur le court séjour gériatrique que s'ancre la filière gériatrique) : atteindre au minimum 1 lit et tendre plutôt vers 2 lits pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Les ratios en personnel médical et non médical des unités de médecine gériatrique doivent être mis en conformité avec ceux mentionnés dans la circulaire du 28 mars 2007 (cf annexe 2 de la circulaire jointe). La pertinence de ces unités est d'accueillir des patients présentant une perte aigüe d'autonomie résultant de l'interaction d'une maladie aigüe intercurrente et de leur polypathologie. Par conséquent, elles doivent être dotées des professionnels en nombre et en compétence nécessaires à une réhabilitation la plus précoce possible. Pour cette même raison, la communauté gériatrique propose qu'une tarification intégrant les activités de médecine et de SSR au sein du même séjour fasse l'objet d'une étude pilote visant à en démontrer l'efficacité en terme médico-économique.

Mesure 3 - Garantir un aval du court séjour efficient et pertinent par une filière territoriale de **Soins de Suite et Réadaptation gériatrique** adaptée assurant une offre d'au moins 4 lits de SSR gériatrique pour 1 lit de court séjour gériatrique. Les ratios en personnel médical et non médical du SSR gériatrique doivent être mis en conformité avec ceux mentionnés dans la circulaire du 28 mars 2007 (cf annexe 5 de la circulaire jointe).

Mesure 4 - Organiser les plateaux techniques afin de planifier des plages horaires dédiées aux patients relevant d'une hospitalisation non programmée. Cette organisation doit faciliter l'accès aux plateaux techniques et adapter les conditions de réalisation des explorations (transport, préparation, temps de réalisation, précautions particulières...) dédiées aux patients âgés fragiles ou polypathologiques.

Mesure 5 - Instaurer (si possible par décret ou circulaire) dans chaque établissement de santé (CHU, CH, hôpitaux de proximité...) une commission de coordination gériatrique pluri-disciplinaire (ou cellule de veille) auprès de la CME et de la Direction des soins. Cette commission aurait pour mission, en incluant les acteurs intra- et extrahospitaliers du territoire de santé, d'impliquer les établissements au niveau stratégique et opérationnel dans une conduite du changement visant à :

- o. Améliorer les prises en charges hospitalières et les transitions ville-hôpital (entrées et sorties).

- Favoriser une acculturation gériatrique au sein de l'ensemble des unités de soins accueillant des patients âgés de 75 ans et plus.
- Appliquer les référentiels qualité de bonnes pratiques gériatriques
- Réduire le taux de ré-hospitalisation et les hospitalisations non programmées
- Participer à la réflexion stratégique instruite dans le cadre de la politique gériatrique territoriale (le cas échéant au sein du GHT).

Mesure 6 - Prévenir la dépendance iatrogène

- o. Instaurer la pratique de l'ADL pour chaque patient de 75 ans et plus, en début et fin de séjour hospitalier, en tant que critère de certification des établissements de santé.
- o. Mettre en œuvre les mesures et procédures énoncées dans le référentiel « *prévention de la dépendance nosocomiale ou iatrogène en établissement de santé* » HAS 2017 :
 - Procéder à l'évaluation systématique de la dépendance à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation.
 - Organiser des interventions spécifiques de prévention et prise en charge précoces en présence d'un risque de déclin fonctionnel identifié.
 - Assurer l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie en cas de confusion, syndrome d'immobilisation, dénutrition, chute grave sans amélioration malgré les interventions précédentes.

En EHPAD : Réunir les conditions d'une prise en soin adaptée à la complexité des situations rencontrées (pilier 4 du Ségur) :

L'impact de l'épidémie Covid-19 a révélé une grande disparité de fonctionnement entre les EHPAD. Au regard des profils de soins caractérisant désormais les résidents hébergés au sein de ces établissements, il devient indispensable de considérer les EHPAD comme des lieux de vie au sein desquels doivent être assurés des soins continus pour des patients à haut risque de décompensation du fait de leur polypathologie et de leur haut niveau de dépendance.

Mesure 7 - Réévaluer l'équilibre entre les capacités actuelles de l'offre en soins de longue durée et de l'offre en EHPAD et définir un ou plusieurs modèles devant préfigurer l'EHPAD de demain. Ceci implique de réviser les critères d'éligibilité (Gir, Pathos, SMTI...) à ces futurs modèles

Mesure 8 - Créer une fonction médicale statutaire au sein de l'EHPAD à l'instar de la fonction qu'exercent les responsables d'unité ou de service de soins de longue durée.

Mesure 9 - Renforcer l'interface EHPAD-filière gériatrique hospitalière qui s'est avérée essentielle dans la gestion de la crise épidémique. Cela implique de formaliser les conventions entre les parties prenantes (en se référant à l'annexe 6 de la circulaire du 28 mars 2007) et à en vérifier l'application à partir d'indicateurs de « process » et de résultats. Cette mesure doit être inscrite comme une des priorités de mise en œuvre et de suivi de la commission gériatrique mentionnée en mesure 5. Sa mise en œuvre effective doit être coordonnée par l'établissement exerçant les fonctions de pilotage du GHT ou de son équivalent sur le territoire et validée par l'ARS. Cette interface implique :

- La consolidation des « hotlines » ou plateformes téléphoniques gériatriques de territoire portées par l'établissement siège de la filière gériatrique
- L'intervention de l'équipe mobile de gériatrie (EMG) de l'établissement pilote au sein des EHPAD du territoire et donc son renforcement en ressources humaines
- Le déploiement de la télé-santé (télé-consultation, télé-expertise, télé-surveillance, télé-soin) au sein du territoire

- L'établissement d'une convention obligatoire fixant l'intervention d'équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) ou d'équipes CPIAS dans les EHPAD
- L'établissement d'une convention obligatoire avec les équipes de soins palliatifs du territoire

Mesure 10 - Doter les EHPAD des ratio soignants minimaux suivants :

Ces seuils minimums sont définis sur la base du GIR Moyen Pondéré (GMP) National et du Pathos Moyen Pondéré (PMP) National, dans un EHPAD de 80 à 90 places, sans tenir compte des dotations spécifiques liées à des activités supplémentaires comme un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA), une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) ou la permanence des soins :

- 0,6 ETP Médecin coordonnateur
- 0,6 ETP Médecin de soins
- 7 ETP Infirmiers (dont 1 IDEC et 1 Infirmière de Pratique Avancée en Gériatrie «IPAG »)
- 26 ETP d'Aides-soignants (dont 20 % d'ASG)
- 1 ETP Psychologue
- 1 ETP Ergothérapeute
- 0,5 ETP Psychomotricien
- 0,5 ETP Kinésithérapeute distinct d'un temps d'Enseignant en Activités Physiques Adaptées (EAPA)
- 18 ETP Agents des Services Hospitaliers (ASH)
- 4 ETP Administratifs (secrétariat, direction)

Mesure 11 - Fusionner la tarification des sections « soins » et « dépendance » et attribuer l'enveloppe correspondante à partir d'un outil de tarification révisé afin qu'il soit plus fidèle à la complexité des profils de soins des résidents, harmoniser cette tarification sur le territoire national et confier le pilotage de cette enveloppe à un acteur unique issu du secteur sanitaire (ARS).

Mesure 12 - En fonction du lieu d'implantation de l'EHPAD et de l'offre sanitaire et médico-sociale du territoire, élargir les missions de l'EHPAD afin qu'il constitue une véritable plateforme de services intervenant dans les champs de la prévention de la perte d'autonomie, du soutien à domicile et du soin dédié aux personnes âgées polypathologiques dépendantes. Cet EHPAD « plateforme » peut être le lieu d'ancrage d'une MSP, s'inscrire en partenariat avec le CCAS comme acteur du repérage et de la prévention de la fragilité, assurer la gestion ou être partenaire de SAD, SSIAD ou SPASAD ou encore de prestations à domicile s'apparentant à un EHPAD « hors les murs ».

En ville et à domicile : Identifier et prévenir les risques de décompensations et de situations de crise chez les plus de 75 ans à risque de perte d'autonomie ou dépendants (pilier 4 du Ségur).

L'immense majorité des Français souhaite vivre le plus longtemps possible à domicile en repoussant le plus tardivement possible l'entrée en EHPAD tout en bénéficiant de soins continus.

L'accroissement de l'espérance de vie entraîne une augmentation de personnes âgées fortement dépendantes du fait de polypathologies souvent décompensées.

L'expérience de l'organisation des soins en EHPAD pilotée par un médecin coordonnateur peut servir d'appui pour la mise en place de dispositifs pertinents.

La priorité est de s'inscrire dans une médecine de parcours centrée sur les personnes âgées fragiles ou dépendantes.

Il convient désormais d'admettre la carence de prise en soin des patients âgés au domicile par la seule médecine de ville. La complexité des situations observées au domicile (comme en EHPAD) implique une approche s'appuyant sur le modèle bio-médico-psycho-socio-environnemental et

donc sur une évaluation pluri-professionnelle réalisée si possible en milieu domiciliaire. Cette dernière doit pouvoir recourir à l'expertise gériatrique présente soit au sein d'un Dispositif d'Appui la Coordination (DAC), soit au sein d'une EMG, soit encore délivrée par un médecin gériatre libéral ou par l'équipe d'un EHPAD de proximité.

Mesure 13 - Généraliser et valoriser la pratique des plans personnalisés de santé (PPS) pour toute personne de 75 ans et plus (*cf rapport Parcours de santé des PAERPA et rapport Libault*).

Mesure 14 - Revaloriser les actes et visites à domicile des médecins traitants auprès des patients âgés dépendants (GIR 1 à GIR 4) ainsi que les actes de concertation pluridisciplinaires.

Mesure 15 - Reconnaître et promouvoir la gériatrie libérale par une nomenclature adaptée, sortie d'une logique unique de paiement à l'acte.

Mesure 16 - Externaliser les équipes mobiles de gériatrie (EMG) afin qu'elles puissent intervenir au domicile et en EHPAD dès lors qu'une expertise gériatrique est indiquée et ce jusqu'à ce que la compétence gériatrique communautaire ait atteint un degré de développement suffisant.

Mesure 17 - Réunir les conditions afin de rendre la coordination territoriale d'appui (CTA) du parcours de santé à la fois opérationnelle, efficiente et durable.

Ceci implique :

- de réunir les dispositifs actuels de coordination dédiés aux personnes âgées de 60 ans et plus (CLIC, MAIA, réseaux de santé, PTA, CTA/PAERPA...) au sein de DAC spécifiques à cette tranche d'âge.
- de confier ces futurs DAC « Personnes Agées » à une gouvernance intégrant la représentation du GHT ou de l'établissement sanitaire pilote de la filière gériatrique, la CPTS, et les EHPAD du territoire.
- de doter ces futurs DAC d'une expertise médicale gériatrique (médecin gériatre ou issu de la formation requise, cf infra).
- de s'appuyer sur les métiers de gestionnaire de cas MAIA et d'IPAG.

Mesure 18 - Équilibrer le modèle de financement des services d'aide à domicile pour permettre des temps d'intervention suffisants auprès des personnes et fixer une durée minimale pour les interventions à domicile. Procéder à la fusion des SAD et des SSIAD sur le modèle des SPASAD ou de tout autre dispositif d'intégration afin de rendre ces derniers plus agiles et efficaces.

Mesures transversales : Adapter les métiers du soin et le nombre de professionnels aux enjeux de l'avance en âge (pilier 1 du Ségur).

Mesure 19 : Promouvoir la découverte de la gériatrie dans les formations initiales :

- o. Médicales : généraliser, au terme des 5 prochaines années, la pratique d'un stage en gériatrie pendant le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales (DFASM).
- o. Paramédicales : repenser la formation pratique et théorique au sein des Instituts de Formations en Soins Infirmiers (IFSI) et d'Aides-Soignants (IFAS).

Mesure 20 : Promouvoir la spécialisation en gériatrie des professionnels paramédicaux :

- o. Reconnaître par décret le métier d'infirmier en pratique avancée en gériatrie (IPAG) en raison des spécificités de cet exercice.

- o. Etendre l'accès aux fonctions d'assistant de soins en gérontologie à l'ensemble des aides-soignants ou AMP exerçant auprès des patients âgés dépendants, en EHPAD, en établissements de santé ou à domicile, sous condition de satisfaction à la formation requise.

Mesure 21 : Accroître le nombre de gériatres :

- o. Atteindre à l'horizon 2025 le nombre de 300 postes de DES de gériatrie et faire tendre ce nombre à 400 postes à horizon 2030.
- o. Augmenter parallèlement le nombre d'enseignants titulaires en gériatrie et pourvoir chacune des universités d'au moins un poste de Chef de Clinique en gériatrie.
- o. Permettre à tous les médecins l'accès à une formation en gériatrie au cours de leur parcours professionnel par la création d'un Diplôme National aux métiers de médecin coordonnateur d'EHPAD et de médecin des dispositifs de coordination dédiés aux personnes âgées accessible aux médecins de médecine polyvalente.

Mesure 22 : Mettre un accent fort sur la prévention :

- o Développer la médecine préventive du déclin fonctionnel, la médecine intégrée en communauté et La prévention de la "dépendance iatrogène" dans l'ensemble des unités de soins des établissements sanitaires.
- o Communiquer et agir auprès de la personne âgée : savoir-être, savoir-faire et lutte contre l'âgisme.
- o Promouvoir l'activité physique & le dépistage des fragilités le plus précocement possible.
- o Rendre la vaccination anti-grippale obligatoire pour l'ensemble des professionnels intervenants auprès des résidents d'EHPAD ou des patients âgés hospitalisés.

