

La prise en charge sanitaire des personnes âgées de 75 ans et plus : réflexion sur l'organisation des soins dans le cadre des territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais en 2007-2008

Le Schéma Régional de l'Organisation des Soins de troisième génération (SROS III) a fixé un certain nombre d'orientations pour la mise en œuvre de la filière gériatrique dans les établissements de soins dans le Nord-Pas-de-Calais. Elles sont déclinées en objectifs à atteindre (cf. encadré).

Objectifs et orientations du schéma régional Nord Pas de Calais 2006-2010 en matière d'organisation des soins aux personnes âgées

Orientations	Objectifs
Définir des territoires de prise en charge cohérents	<ol style="list-style-type: none"> 1 Réaffirmer la zone de proximité comme le niveau d'expertise en gérontologie 2 Définir des secteurs gérontologiques de coordination des soins à la personne selon que les zones de proximité sont plus denses ou plus étendues
Organiser la filière de soins des patients âgés dépendants	<ol style="list-style-type: none"> 1 Optimiser la prise en charge à domicile en évitant les hospitalisations prolongées ou injustifiées et les ré-hospitalisations précoces 2 Permettre le recours à une hospitalisation de qualité aux patients gériatriques
Améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs auprès des personnes âgées et de leurs aidants	<ol style="list-style-type: none"> 1 Impliquer les usagers et les aidants dans le dispositif de prise en charge des aînés 2 Faciliter les liens entre acteurs de santé et CLIC (Comités Locaux d'Information et de Coordination pour personnes âgées) 3 Favoriser la coordination des soins à domicile 4 Promouvoir la création de réseaux de santé gérontologiques et faire le lien avec les réseaux thématiques
Organiser la prévention de la perte d'autonomie dans les établissements de santé	<ol style="list-style-type: none"> 1 Informer et former dans les établissements de santé 2 Repérer les situations de fragilité dans les établissements de santé 3 Informer, former et éduquer les patients et leur entourage 4 Développer des actions spécifiques de la perte d'autonomie selon des thèmes prioritaires

L'enquête annuelle réalisée par la Direction d'Hospitalisation et d'Organisation des Soins du Ministère de la Santé (DHOS) permet de faire le bilan de la mise en œuvre de la filière gériatrique dans la région depuis 2006.

En 2007, quatre filières de gériatrie pour quinze zones de proximité dans le Nord-Pas-de-Calais

La filière gériatrique doit comprendre au moins un court séjour gériatrique (CSG) avec un hôpital de jour, une équipe mobile de gériatrie (EMG) et des consultations. Par ailleurs, des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques, des unités de soins de longue durée (USLD) et des consultations mémoire pour le diagnostic et le suivi des maladies d'Alzheimer et autres démences complètent le dispositif dans l'établissement lui-même ou dans un établissement voisin.

Les filières gériatriques doivent être implantées sur les territoires définis pour l'organisation de la gériatrie : dans la région, au moins une filière par zone de proximité doit être développée selon la densité de la population âgée. Actuellement, il existe quatre filières pour quinze zones de proximité. Pour mémoire, il en existait une seule en 2003 et deux en 2006 dans la région. En 2008, la montée en charge des éléments constitutifs des filières gériatriques se poursuit.

Sur quatre-vingt-trois établissements de santé interrogés dans la région par l'enquête de 2007, soixante-deux déclarent une activité de soins gériatriques (court, moyen ou long séjour).

Seules les unités de court séjour constituent les pivots de la mise en place de la filière gériatrique

En 2007, dix-sept établissements déclarent un service de court séjour gériatrique accompagné de consultations gériatriques dont 33% ont une équipe mobile de gériatrie, 19% un hôpital de jour, 48% des consultations mémoire.

En matière de court séjour, onze zones de proximité de la région sur quinze disposent d'au moins une unité. La capacité totale des lits de court séjour déclarés dans le Nord-Pas-de-Calais en 2007 est de 327 lits soit une moyenne de 20 lits par service, ce qui correspond au minimum réglementaire requis. Ce sont les zones de proximité du bassin de vie du littoral (Boulogne, Calais, Berck-Montreuil,

Saint-Omer et Dunkerque) et de celui de l'Artois (Béthune-Bruay, Lens-Hénin, Douai et Artois-Ternois) qui sont les moins bien dotées en lits par rapport au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus.

Le gériatre est coordonnateur du service de court séjour gériatrique

Pour remplir ses missions, le court séjour gériatrique (CSG) doit pouvoir disposer d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un gériatre : l'ensemble des CSG de la région sont coordonnés par un gériatre, avec une moyenne de 1,5 équivalents temps plein (ETP) pour 20 lits.

Seul le bassin de vie du Hainaut regroupant les zones de proximité de Valenciennes, de la Sambre-Avesnois et de Cambrai, est déficitaire par rapport à la moyenne régionale avec 0,9 ETP pour 20 lits. Bien qu'elles soient moins bien dotées en nombre de lits pour 10 000 habitants âgés de 75 ans ou plus, les zones de proximité des bassins de vie de l'Artois et du Littoral sont dans l'ensemble les mieux pourvues en nombre de gériatres : respectivement, en moyenne 1,6 ETP pour 20 lits et 1,8 ETP pour 20 lits.

Le bassin de vie de la métropole comprenant Lille, Roubaix-Tourcoing et Flandre-Lys se situe au niveau moyen de la région avec 1,5 ETP pour 20 lits.

Des infirmières et aides soignantes inégalement réparties entre les zones de proximité

Entre la zone de proximité de Béthune-Bruay et celle de Valenciennes, l'écart entre le nombre d'infirmières en ETP pour 20 lits est de plus de 8 (3,5 contre 11,6 ETP pour 20 lits) alors que la moyenne régionale est de 8,7 ETP pour 20. De manière plus globale, le bassin de vie de la Métropole est le plus privilégié avec 9,9 ETP pour 20, vient ensuite celui de l'Artois (8,2 ETP). Les deux bassins de vie les plus démunis sont le Littoral et le Hainaut.

Dans les zones où la présence des infirmières au service des aînés fait défaut, c'est le cas également pour les aides-soignants.

Effectifs déclarés des gériatres, infirmières diplômés d'État (IDE) et aides-soignants des courts séjours gériatriques en 2007

Unité : équivalent temps plein

Bassin de vie	Nombre de gériatres	Nombre gériatres/ pour 20 lits	Nombre IDE	Nombre IDE/ pour 20 lits	Nombre aides soignantes	Nombre aides soignantes/ pour 20 lits	Nombre lits
Littoral	3,9	1,8	15,8	7,5	22,0	10,5	42,0
Artois	5,3	1,6	26,5	8,2	29,3	9,0	65,0
Hainaut	4,8	1,1	40,0	7,9	42,5	9,0	88,0
Métropole	10,1	1,5	69,6	9,9	73,0	10,4	135,0
TOTAL	24,1	1,5	151,9	9,2	166,8	10,1	330,0

Source : Ministère de la santé, Enquête DHOS2007 - DRASS, ARH Nord-Pas-de-Calais

Présences de personnels paramédicaux spécialisés déclarés dans les unités de courts séjours gériatriques en 2007

Unité : équivalent temps plein

Bassin de vie	Kinésithérapeutes		Diététiciens		Psychologues		Ergothérapeutes		Orthophonistes	
	Nombre en ETP	Nombre/ pour 20 lits	Nombre en ETP	Nombre/ pour 20 lits	Nombre en ETP	Nombre/ pour 20 lits	Nombre en ETP	Nombre/ pour 20 lits	Nombre en ETP	Nombre/ pour 20 lits
Littoral	1,3	0,6	0,2 + à la demande	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0
Artois	0,4	0,1	À la demande	Non précisé	0,3	0,1	0,5	0,2	0,5	0,2
Hainaut	2,1	0,5	0,6	0,1	1,1	0,3	1,8	0,4	Vacations	Non précisé
Métropole	3,0	0,4	0,5	0,5	0,6	0,1	0,4	0,7	0,1	0,0
TOTAL	6,8	0,4	1,2	0,1	2,2	0,1	2,9	0,2	0,8	0,1

Source : Ministère de la santé, Enquête DHOS2007 - DRASS, ARH Nord-Pas-de-Calais

En 2007, la pluridisciplinarité au service des personnes âgées s'améliore dans les services

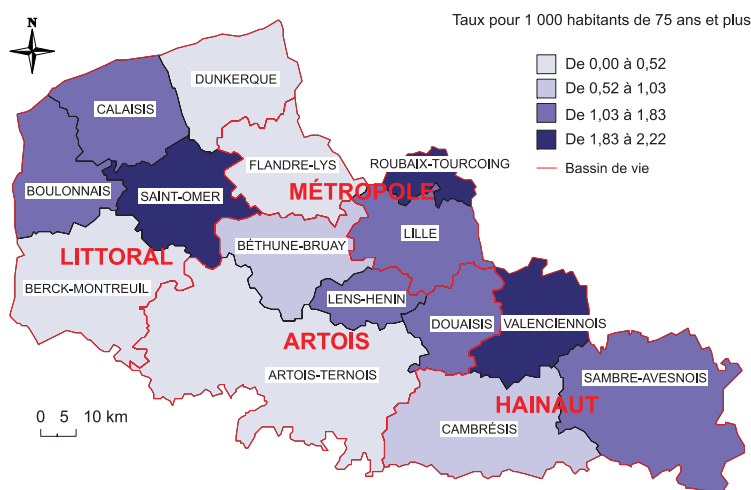
Les unités de court séjour gériatriques en région respectent la pluridisciplinarité. En effet, 47% d'entre elles disposent, en 2007, d'une équipe pluridisciplinaire composée de masseurs-kinésithérapeutes, d'assistantes sociales, de diététiciens, de psychologues et d'ergothérapeutes, soit plus du double de 2006.

En 2007, 82% des unités de court séjour disposent de la présence de kinésithérapeutes, 94% d'assistantes sociales, 64% de diététiciens, 65% de psychologues et 59% d'ergothérapeutes.

Une progression du court séjour gériatrique significative en région avec une disparité territoriale marquante

L'activité des services de court séjour gériatrique est de 40 séjours¹ pour 1 000 habitants de 75 ans et plus dans le Nord-Pas-de-Calais en 2007 soit plus de 40% d'augmentation par rapport à 2006. À titre indicatif,

Taux d'équipement en lits de court séjour gériatrique par zones de proximité en 2008



Source : Drass Nord-Pas-de-Calais, DHOS - Enquête nationale sur la filière gériatrique 2007

¹ Le séjour représente l'hospitalisation d'une personne, qui peut varier en gériatrie d'une durée de 1 à environ 10 jours. C'est l'unité de mesure de l'activité des services de médecine ou de chirurgie.

² La journée : un hôpital de jour fonctionne uniquement dans la journée de 8h à 18h. les personnes sont donc hospitalisées à la journée ou la demi-journée pour effectuer bilan ou soins. L'unité de mesure de l'activité est donc appelée la journée.

les textes en vigueur préconisent la réalisation d'au moins 25 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus par zone de proximité.

La disparité régionale reste encore très marquante : 70‰ dans le Valenciennois, 60‰ dans les zones de proximité de Lille, Roubaix-Tourcoing, 50‰ dans le Sambre-Avesnois contre 30‰ dans le Lensois et 10‰ dans le Béthunois et le Douaisis. Les taux les plus faibles sont dus au manque de lits sur les territoires concernés, au vu de la densité de population âgée qui y réside.

Peu de places en hôpital de jour

À côté des unités de court séjour, la présence d'un hôpital de jour est recommandée, or la région Nord-Pas-de-Calais n'en compte que cinq pour un total de huit places.

Le bassin de vie du Hainaut n'en possède aucun, la métropole trois (CH Roubaix, CHRU et CH Seclin), l'Artois un seul (CH Lens), de même que le littoral (CH Calais).

Le nombre total de journées² réalisées est de 1 175, soit onze journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus alors que les textes officiels préconisent cent vingt journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Ces structures sont les plus complexes à organiser. Elles sont très consommatrices de temps de secrétariat et d'infirmières pour organiser l'ensemble des examens et bilans à réaliser et prendre les contacts avec les familles.

Des équipes mobiles viennent compléter le dispositif

Les équipes mobiles³ intervenant aux urgences et dans les autres services se développent progressivement depuis 2003 : elles sont passées de trois en 2003 à douze en 2007. Cependant sept zones de proximité sur quinze n'en sont pas encore pourvues.

Elles sont inégalement développées sur les différents bassins de vie : cinq en métropole, quatre en Artois, deux sur le Littoral et une seule dans le Hainaut.

Elles ont réalisé 24 792 évaluations gériatriques⁴ en 2007, soit 2 066 par équipe mobile de gériatrie (EMG). En moyenne sont réalisées 955 évaluations pour 1 ETP gériatre.

La labellisation des filières gériatriques

La labellisation est une véritable valorisation de l'activité de gériatrie et une aide au développement.

La labellisation de la filière est conditionnée par la mise en conformité de chacun de ses éléments constitutifs (court séjour gériatrique, hôpital de jour, équipe mobile de gériatrie, soins de suite gériatrique, unité de soins de longue durée) à partir d'une grille d'auto-évaluation et d'une visite sur site par des membres de l'ARH. La structuration hospitalière de la gériatrie respectant les bonnes pratiques est un préalable essentiel. Une réflexion médico-administrative formalisée en est le socle.

L'établissement labellisé s'engage à entraîner une dynamique de territoire avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès de la personne âgée.

Ainsi, la labellisation doit favoriser la formalisation de coopérations sur les territoires, entre les différents partenaires de gérontologie sanitaires et médico-sociaux par le biais de conventions, groupements de coopération sanitaire (GCS) ou autres.

En 2008, l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) a validé une procédure de labellisation

La filière s'inscrit dans une logique de travail en partenariat des établissements de santé. Elle doit servir de levier à une collaboration efficiente de l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge de la personne âgée. La mise en place d'une filière gériatrique requiert une réelle implication de la part des établissements hospitaliers. Cette volonté nécessite d'être encouragée et accompagnée par l'ARH. Cet accompagnement s'est concrétisé dans la région par le développement d'une procédure de labellisation telle que la proposaient le plan solidarité grand âge et le programme pour la gériatrie de 2006. Elle s'inscrit dans une volonté de territorialisation des soins : c'est en cela un réel outil de mise en œuvre du SROS III.

Selon les données 2007 de l'enquête DHOS, les filières proposées à la labellisation en 2008 ont été celles des centres hospitaliers (CH) de Lens et Seclin et du CHRU de Lille. La synthèse des trois visites de 2008 a permis l'ajustement de la procédure et l'identification des forces et difficultés de la mise en place des filières.

Dr Marguerite-Marie DEFEBVRE - Inspection régionale de la santé
René DANG - Service Études et Statistiques
Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (DRASS)

Pour en savoir plus

- 📖 Les personnes âgées dépendantes à l'hôpital en 2003 dans le Nord-Pas-de-Calais - Drass Nord-Pas-de-Calais - Lettre thématique n°22, décembre 2007.
- 📖 Vieillesse et dépendance : la prise en charge des personnes âgées dans le Nord-Pas-de-Calais - Drass Nord-Pas-de-Calais - Dossier thématique, décembre 2006.
- 📖 Mise en œuvre du schéma régional d'organisation de soins (SROS) en gériatrie - Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), septembre 2006.
- 📖 Enquête sur la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus dans les services de court séjour "Médecine" de la région Nord-Pas-de-Calais, Santé Publique, avril 2007.

³ Les équipes mobiles de gériatrie sont composées d'un temps de gériatre, secrétaire, infirmière et assistante sociale, auxquels peuvent s'adjoindre un temps de psychologue ou d'ergothérapeute selon les besoins. Ces équipes prennent en charge les personnes âgées dès leur venue aux urgences, mais aussi dans les autres services de l'hôpital et font le lien avec le médecin traitant.

⁴ L'évaluation gériatrique est l'activité de base de l'équipe mobile de gériatrie. C'est une synthèse de l'évaluation médico-psycho-sociale réalisée par les différents professionnels de l'équipe et qui permet de proposer un plan de soins de la personne ainsi évaluée.