

## ANNEXE 1

### Les filières de soins gériatriques de territoire Socle commun

#### DEFINITION

La filière de soins gériatriques constitue une modalité d'organisation locale, cohérente et graduée des soins aux personnes poly-pathologiques âgées de 75 ans et plus, sur un des 23 territoires définis à cet effet dans le document général de cadrage de l'appel à projets. Elle a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles de ces personnes en tenant compte du caractère évolutif de leurs besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique.

#### POSITIONNEMENT DES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS DANS LA FILIERE

Le ou les établissements de santé **référents** de la filière de territoire :

C'est un établissement qui dispose de tous les éléments constitutifs d'une filière gériatrique dont un court séjour gériatrique d'au moins 20 lits et une activité autorisée de médecine d'urgence. Un d'entre eux est porteur de la structuration de la filière de territoire.

Les établissements **partenaires** de la filière de soins gériatriques :

Ces établissements, dont font partie les établissements de santé ne disposant pas de toute la palette de l'offre gériatrique, les structures d'HAD et l'offre de psychiatrie, participent à la prise en charge des patients âgés au titre d'une immédiate proximité. Ils concourent à une prise en charge non spécialisée en gériatrie. Ils sont également sollicités pour le parcours de soins en amont et en aval du ou des établissements de santé référents de la filière de territoire à laquelle ils appartiennent.

#### TERRITOIRE DE FILIERE

La filière doit s'attacher à prendre en charge en priorité la population résidant sur son territoire d'implantation tel que défini dans le document général de cadrage du présent appel à projets. La filière de territoire s'inscrit dans les projets de PTA ou tout dispositif de coordination territoriale existant.

## MISSIONS DE LA FILIERE INTERNE A L'ETABLISSEMENT REFERENT

La circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques précise les modalités d'organisation de ces filières et indique les référentiels d'organisations des soins des maillons de cette filière.

La ou les filière(s) gériatrique(s) interne(s) s'engage(nt) dans la diffusion de la culture gériatrique et dans la formation des personnels de leurs établissements.

La ou les filière(s) gériatrique(s) interne(s) développe(nt) des actions concourant au bon usage du médicament et les diffuse dans les services non gériatriques.

La ou les filière(s) gériatrique(s) interne(s) s'engage(nt) dans l'amélioration de 2 à 3 trajectoires de soins prioritaires de son établissement. Ces priorités sont reprises et développées dans les annexes II, III, IV.

## OBJECTIFS DE LA FILIERE DE TERRITOIRE

Les engagements sur le territoire porteront sur les objectifs suivants :

1. Favoriser la fluidité des parcours entre sanitaire/médico-social, hôpital/domicile :
  - mettre en place une permanence téléphonique gériatrique en heures ouvrées pour faciliter l'accès aux partenaires externes dans chaque établissement référent ;
  - mettre en place une astreinte territoriale le week-end en journée, le cas échéant dans une configuration mutualisée avec une ou deux filières géographiquement voisines ;
  - favoriser l'accès à l'information (participation au guichet unique et aux dispositifs d'appui à la coordination,
  - mise à disposition d'accès direct à la filière interne pour les médecins traitants et partenaires ;
  - améliorer le partage d'information à des moments clefs du parcours sur le territoire (dont participation au projet SNACs quand il se déploie sur le territoire) ;
  - améliorer l'anticipation des sorties d'hospitalisation ;
  - faciliter l'accès aux solutions de répit et à l'aide aux aidants ;
  - participer au déploiement de la télémédecine en particulier en EHPAD.
2. Développer des accompagnements de qualité sur le territoire :
  - favoriser l'accès à l'avis spécialisé gériatrique à l'hôpital, à domicile ou en EHPAD au travers d'équipes mobiles ;
  - promouvoir la bientraitance et la réflexion éthique ;
  - renforcer avec les partenaires la formation des soignants aux bonnes pratiques gériatriques ;
  - faciliter l'éducation thérapeutique des aidants.
3. Contribuer à la prise en charge des personnes âgées dans les trajectoires de soins spécifiques, en particulier :
  - les soins palliatifs et l'accompagnement à la fin de vie,
  - la psychogériatrie dont malades Alzheimer et apparentés,
  - les urgences,
  - l'oncogériatrie,
  - l'orthogériatrie.

La filière de territoire déploie un parcours cohérent d'accompagnement des malades Alzheimer et apparentés, en lien avec la psychiatrie et la neurologie en interne à ou aux établissement(s) référent(s) et du territoire. Les activités relatives au parcours des patients atteints de MAMA sont : consultation mémoire, bilans mémoire en HDJ, UCC, UHR, PASA, ESA, UPG. Des protocoles ou procédures de relai entre ces activités sont mises en place pour assurer une bonne continuité des prises en charge. Certaines activités peuvent être situées sur un territoire connexe.

## PARTENARIATS

Une filière de soins gériatriques de territoire implique la participation de tous les établissements de santé, dont les HAD, concourant à la prise en charge des personnes âgées quel que soit leur statut. La mission de chacun d'entre eux, au sein de la filière gériatrique de territoire, dépend des autorisations d'activités de soins ou de reconnaissances dont il dispose.

Cette filière doit également associer l'ensemble des partenaires de la Ville et du secteur médico-social. La forme et le rythme de la concertation avec les partenaires peuvent être différentes d'un territoire à l'autre, selon les forces en présence et l'historique de la coopération.

Si cette concertation régulière est déjà installée, le coordonnateur de filière devra y être pleinement associé ; il veillera à ce que l'ensemble des partenaires y soient représentés et que les axes d'amélioration pour la filière y soient clairement identifiés et pris en compte. Le partage des tâches sera clarifié dès le recrutement du coordonnateur et proposé à l'ARS (reprise de groupes de travail, développement d'actions spécifiques, etc...).

Si cette concertation territoriale n'est pas suffisamment structurée au regard des ambitions de la filière, le coordonnateur fera des propositions pour la renforcer, en lien avec les partenaires. Ces propositions seront transmises à l'ARS.

### 1. Partenariat avec les médecins traitants

L'équipe gériatrique de la filière interne est l'interlocutrice directe des médecins traitants. Elle répond à leurs demandes concernant l'admission, le séjour et la sortie du patient et **met pour cela à disposition un numéro de téléphone en heures ouvrées**. Elle collabore avec lui pour mettre en place les dispositifs permettant le retour du patient à domicile ou en établissement médico-social. Afin de mettre en œuvre ou d'améliorer ce partenariat, le médecin gériatre pilote de la réflexion de la filière territoriale prévoit au moins une fois par an une réunion d'échanges avec les médecins traitants du territoire, avec l'instance de coordination de la PTA si elle existe ou de tout autre dispositif de coordination sur le territoire.

La filière gériatrique de territoire favorise les démarches de **repérage de la fragilité** au sein des projets territoriaux en lien avec la PTA quand elle existe, ou les CPTS ou MSP qui le souhaiteraient. Le repérage de la fragilité ne s'adresse pas aux patients atteints d'une pathologie sévère source de perte d'autonomie. Il est préférable que les professionnels y soient formés.

Les établissements favorisent **la mobilisation de l'expertise gériatrique (EGS)** : EMG ou réseau pour les personnes polypathologiques et/ou complexes chaque fois que nécessaire. Les conditions en sont fixées dans les cadres de missions respectifs. Les établissements favorisent également le déploiement de ces expertises au travers de téléconsultations ou télé-expertises. Le médecin généraliste de la personne âgée est l'acteur de première ligne de cette prise en charge, intervenant dans le suivi des actions thérapeutiques. C'est lui qui sollicite ou valide l'intervention.

### 2. Partenariat avec les structures de coordination

La filière de soins gériatriques doit élaborer, avec les structures de coordination, des procédures de prise en charge et de partage d'informations notamment pour l'organisation du retour à domicile des patients hospitalisés dans la filière.

### **3. Partenariat avec les dispositifs de soins**

L'HAD est l'un des partenaires naturels de la filière dans la mesure où il peut offrir un relai adéquat à l'hospitalisation à temps plein pour des personnes âgées à leur domicile ou en EHPAD sur la base d'indications protocolisées et du conventionnement. La filière s'attachera à développer des protocoles de prise en soins en relai de l'hôpital ou pour éviter l'hospitalisation.

Les réseaux gériatriques de territoire contribuent à la diffusion de l'expertise gériatrique à domicile et favorisent le lien ville-hôpital quand ils existent.

Les liens avec les établissements titulaires d'autorisation de psychiatrie adulte sont formalisés et les coopérations organisées.

### **4. Partenariat avec les acteurs médico-sociaux**

L'établissement de santé et les EHPAD peuvent signer des conventions spécifiques ou élargissent le champ des conventions prévues dans le cadre des Plans bleus.

Ces conventions doivent définir :

- les modalités d'admission des résidents des établissements médico-sociaux au sein de la filière,
- les modalités de retour des résidents en établissement médico-social après une hospitalisation,
- les modalités et outils de partage des informations médicales.

### **5. Partenariat inter-établissement par la mise en place d'une astreinte gériatrique**

Une astreinte gériatrique est mise en place le week-end de 9h à 20h pour répondre aux demandes des EHPAD et des professionnels de ville. Cette astreinte gériatrique est territoriale (les territoires sont définis dans le document de cadrage général de l'appel à projets) mais peut être mutualisée entre deux voire trois filières gériatriques. L'astreinte répond aux EHPAD (sous la responsabilité des médecins traitant ou coordonnateur) et aux médecins traitants pour les patients en ville. Cette astreinte est organisée avec les gériatres (capacitaires, DESCQ ou DES) en inter-établissements. Les établissements concernés sont au moins ceux possédant des unités gériatriques (CSG, EMG, HDJ, SSR ou USLD).

L'établissement organisateur de l'astreinte est l'établissement de plus grosse capacité de son territoire. L'animateur de filière organise cette astreinte et l'anime avec les établissements concernés (chefs de pôle/service et administration).

Des procédures (système de transmission sur les événements de la semaine, transfert d'appels, dossier numérique commun, relevé d'activité commun...) et protocoles de recueil d'information (données sur les possibilités d'hospitalisation le week-end dans les différents établissements gériatriques, lits disponibles, liens avec le SAMU/centre 15 et les services d'urgence, etc...) sont mis à disposition des médecins d'astreinte pour favoriser le partenariat et la fluidité des réponses.

Cette astreinte est en lien avec les dispositifs de soins palliatifs (équipes mobiles, USP), les structures d'HAD, les équipes d'hygiène ou le CPIAS.

Cette astreinte fait l'objet d'un financement par l'ARS sous ces conditions précitées.

### **6. Partenariat inter-établissement et interdisciplinaire en psychogériatrie**

Suite aux travaux régionaux, la psychogériatrie a été définie comme suit : elle concerne des personnes en souffrance psychique présentant des syndromes gériatriques (et notamment des troubles cognitifs et psycho-comportementaux avec des critères de fragilité), dans un environnement particulier (problématique d'aidant,

isolement, de mise en danger) et pouvant aboutir à des situations complexes. Même si majoritairement les personnes concernées ont 75 ans et plus, ces situations peuvent démarrer plus tôt et pour des raisons de prévention (primaire ou secondaire) la population âgée de 65 ans et plus a été retenue.

Ces travaux ont été conduits grâce à des binômes psychiatres et gériatres avec l'aide des pilotes MAIA. La poursuite des travaux par territoire est nécessaire. L'apport de l'animateur de la filière gériatrique permettra de mieux structurer au sein des établissements de santé la fluidité des prises en charges. Cette mission de l'animateur de filière permettra de renforcer les liens entre la gériatrie, la psychiatrie et la neurologie.

Les constats issus du diagnostic des territoires montrent que les patients âgés peuvent avoir des retards de dépistage et de diagnostic, avec des errances de prise en charge entre les spécialités, particulièrement pour les patients ayant des troubles importants du comportement (cognitifs et/ou psychiatriques). Aussi l'animateur sera en charge de favoriser avec les professionnels l'accès aux diagnostics (consultations mémoire, de neurologie, de gériatrie, de psychiatrie avec les CMP), la bonne prise en charge au bon moment (entre unités de court séjour, psychiatrie, neurologie et gériatrie, mais également unités SSR, type UCC ou psychogériatrie, voire USLD). Les animateurs structureront avec les pilotes MAIA les liens ville/hôpital/EHPAD, particulièrement avec les équipes mobiles/CMP et les unités d'EHPAD (PASA, UHR, UVA,...).

Pour ce faire l'animateur pourra travailler avec le pilote MAIA, les binômes existant en y associant la neurologie, à partir du diagnostic de psychogériatrie de son territoire et du cahier des charges régional.

## ENGAGEMENTS

### 1. Engagements réciproques des établissements

Le ou les établissements de santé référents de la filière de territoire formalise(nt) leurs engagements (sous forme de convention, protocole, charte, association, GCS, GCMS...) avec les autres établissements publics ou privés du territoire d'implantation prenant en charge des patients gériatriques.

Cette formalisation précise le rôle et les obligations réciproques des établissements qui en sont membres. Elle prévoit une coordination administrative de la filière ainsi qu'une coordination médicale qui doit être assurée par un gériatre.

Le document précise notamment :

- les conditions d'admission et de sortie des patients gériatriques,
- les délais cibles en termes de prise en charge,
- les procédures de transfert.

Il définit les supports d'informations médicales communs (notamment fiches de liaison médicale et infirmière). Il garantit également l'accès des patients gériatriques aux spécialités non gériatriques dont la psychiatrie. Il précise également les modalités d'évaluation et de suivi du projet.

Des modalités concrètes de relations entre les différents membres des filières sanitaires et médico-sociales sont précisées, dont notamment :

- le recours par les EHPAD au plateau technique et aux offres de soins gériatriques ;
- l'accès aux expertises, aux évaluations et aux formations délivrées de façon réciproque en faveur des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et de la médecine de ville ;
- la diffusion d'une culture gérontologique commune.

Le document doit donc formellement intégrer :

- toute mesure visant à éviter l'arrivée aux urgences d'une personne âgée par l'identification et le développement, entre autres, des sites de consultations gériatriques et d'alternative à l'hospitalisation complète ;
- tout dispositif permettant le retour à domicile ou en établissement dans les plus brefs délais et dans les meilleures conditions après leur hospitalisation (PRADO, ARDH, ...) via :
  - o l'engagement des établissements sanitaires de revoir si nécessaire les patients gériatriques rapidement après leur hospitalisation,
  - o l'engagement des établissements médico sociaux ou sanitaires (USLD ou SSR) d'éviter le retour d'un patient non stabilisé.

### 2. Engagement avec l'ARS

L'ARS contractualise avec les établissements de santé membres d'une filière de soins gériatriques de territoire dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sur les missions que ceux-ci s'engagent à assurer pour la filière, les actions programmées, le calendrier de mise en œuvre et les modalités d'évaluation.

Les objectifs fixés à ce titre par l'ARS aux établissements de santé doivent se référer aux référentiels d'organisation des soins des différentes structures de soins de la filière qui représentent l'optimum à atteindre