



*Adopté par le Conseil National - Session du 9 décembre 2011  
(refonte du référentiel adopté le 5 février 2010)*

## **Document de référence en Gériatrie à l'usage des commissions de qualification**

Ce document vise à préciser les critères sur lesquels se fondent les membres des commissions de qualification de 1<sup>ère</sup> instance et d'appel en Gériatrie pour rendre leurs avis.

Depuis la reconnaissance de la Gériatrie par arrêté du 21 / 02 / 2004, la commission nationale de première instance et la commission nationale d'appel ont rendu près de 1000 avis.

Le décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 ouvre la possibilité de qualification à tout moment et de façon itérative.

Les membres des 2 commissions de qualification en Gériatrie utilisent un référentiel qui porte sur le caractère exclusif de l'activité, les connaissances, la pratique gériatrique, l'aptitude au travail en équipe et les implications gérontologiques et de santé publique.



**III.**

**Le Référentiel Métier  
de la spécialité de Gériatrie**

# » Le Référentiel Métier de la spécialité de Gériatrie

**Coordination scientifique : Pr Claude Jeandel**  
**Travail collectif sous l'égide du collège professionnel**  
**des gériatres français (CPGF)**

*(Liste des gériatres participants à la fin du présent article)*

## Définition de la Médecine Gériatrique

### Définition de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

La Médecine gériatrique est une spécialité médicale concernée par les affections physiques, mentales, fonctionnelles et sociales en soins aigus, chroniques, de réhabilitation, de prévention et en fin de vie des malades âgés. Ce groupe de patients est considéré comme présentant une fragilité importante et de multiples pathologies évolutives requérant une approche globale. Les affections peuvent se présenter différemment avec l'âge avancé, et leur diagnostic est souvent difficile, la réponse au traitement retardée et le besoin de soutien médico-social nécessaire.

La médecine gériatrique, dépasse ainsi la médecine d'organe et offre des soins supplémentaires au sein d'équipes pluridisciplinaires,

dans l'objectif essentiel d'optimiser l'état fonctionnel des malades âgés et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie.

La médecine gériatrique n'est pas définie spécifiquement par l'âge [des patients pris en charge] mais doit faire face à la morbidité spécifique des personnes âgées. La plupart des patients ont plus de 65 ans, mais les principaux défis de la spécialité de médecine gériatrique concernent plus particulièrement le groupe des 80 ans et plus.

### Définition empruntée au rapport « un Programme pour la gériatrie » <sup>(1)</sup>

#### *1. Le patient gériatrique n'est pas seulement un patient âgé*

Si la demande en soins hospitaliers doit augmenter significativement au cours des

1. 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir (C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux, avril 2006)

prochaines années pour les patients âgés de 75 ans et plus, il convient de préciser que cette demande concernera une population de patients relativement hétérogène. Il est ainsi classique de distinguer deux typologies de patients de plus de 75 ans aux besoins spécifiques : 1/ les patients mono ou peu pathologiques et 2/ les patients dits « gériatriques ».

1/ Les patients de 75 ans et plus indemnes de pathologies chroniques invalidantes, hospitalisés pour une pathologie d'organe dominante facilement identifiable. Ces patients doivent bénéficier des services de court séjour relevant de la spécialité concernée par l'affection motivant le recours à l'hôpital. Cependant, en raison de la vulnérabilité liée à leur âge ils peuvent démasquer à l'occasion de cette affection une pathologie sous-jacente ou accuser une perte d'autonomie fonctionnelle. Ceci justifie qu'ils puissent bénéficier au cours de leur séjour d'une évaluation gériatrique pouvant nécessiter le recours à une équipe mobile de gériatrie.

2/ Les patients de 75 ans et plus dits « gériatriques » se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques.

Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation volontiers atypiques de ces affections n'orientent pas d'emblée vers une pathologie d'organe précise exposant au risque d'une orientation inadéquate en service de spécialité. La poly-pathologie caractérisant ces patients explique le plus grand risque d'instabilité et de défaillance ou de multi-défaillance

d'organes lors de l'affection aiguë ayant nécessité l'hospitalisation.

3/ Le cas particulier des patients de 75 ans et plus « chirurgicaux ». Le nombre de patients de cette tranche d'âge admis en chirurgie devrait augmenter parallèlement à la proportion des patients de 75 ans et plus hospitalisés. En raison de leur vulnérabilité particulière et des risques de décompensation pouvant se révéler dans la période postopératoire, ces patients doivent pouvoir bénéficier en préopératoire et en postopératoire d'une évaluation gériatrique pouvant nécessiter le recours à une hospitalisation de jour gériatrique ou à une équipe mobile de gériatrie. Compte tenu de la fréquente réduction de leurs capacités fonctionnelles préexistantes à l'intervention et souvent aggravée dans les suites opératoires, le recours à des soins de suite et réadaptation appropriés doit être facilité. Ces spécificités rendent compte de durées d'hospitalisation souvent plus longues et argumentent en faveur d'un soin gériatrique et d'une organisation hospitalière adaptés à cette typologie de patients.

### *2. le patient gériatrique justifie une approche particulière, à la fois globale et continue.*

La fréquence de la poly-pathologie justifie une approche globale et intégrée, reposant sur la gestion de la poly-pathologie et des comorbidités et la gestion de la « complexité » médico-psycho-socio-environnementale. L'approche globale a pour finalité la prise en compte des troubles affectant la sphère cognitive, les troubles affectifs et comportementaux, les morbidités somatiques, la prévention des pathologies nosocomiales et iatrogènes (ne pas nuire) et la prévention de la maltraitance.

## Permettre de prévenir les situations de crise médicosociales par une évaluation régulière des besoins individuels...

La fréquence des situations d'instabilité et de décompensations et la plus lente récupération fonctionnelle après la survenue d'une affection médicale ou chirurgicale, justifie une approche continue du soin intégrant la réadaptation et réhabilitation fonctionnelle, soit immédiatement dès la phase aiguë, soit dans la continuité du soin aigu.

### 3. le patient gériatrique relève d'une filière de soins.

#### A. Les spécificités de l'offre sanitaire et médico-sociale

L'offre sanitaire et médico-sociale doit être adaptée au caractère le plus souvent évolutif des besoins de patients atteints d'affections chroniques d'aggravation progressive, source d'incapacités fonctionnelles et de désavantages, aggravées par la prévalence élevée de pathologies intercurrentes.

Cette offre doit à la fois permettre de prévenir les situations de crise médicosociales par une évaluation régulière des besoins individuels, s'appuyer sur une approche holistique bio-médico-psycho-sociale et assurer une prise en soins continue. S'adressant très fréquemment au patient et à son aidant naturel, cette offre implique une prise en charge pluri-professionnelle en interdisciplinarité organisée dans le cadre d'un réseau de soins de proximité multi partenarial et d'une filière hospitalière.

Les dispositifs sanitaires et médico-sociaux requis pour atteindre ces objectifs sont de quatre ordres : des services de soins

et d'aide à la personne, des lieux d'évaluation et de répit pour les aidants, des lieux d'investigation et de gestion des situations de crise, et des structures de coordination interfacées

#### B. Les spécificités de l'offre hospitalière gériatrique

Afin de répondre aux besoins spécifiques des patients « gériatriques », l'offre hospitalière doit comporter différentes unités fonctionnelles organisées en filière de soins : - pôle d'évaluation pluridisciplinaire : consultation gériatrique et/ou hôpital de jour gériatrique, - court séjour gériatrique, - soins de suite et réadaptation appropriés aux patients gériatriques, - équipe mobile de gériatrie, - soins de longue durée.

#### Le métier de gériatre

Neuf types d'activités requérant une compétence en gériatrie et donc dévolues aux médecins spécialistes en gériatrie ont été identifiés. Ces 9 types d'activité correspondent à 9 segments de prise en charge inscrits dans le parcours de soins du patient gériatrique. Ils définissent les contours du métier de gériatre. Certains de ces segments correspondent aux activités exercées au sein de la filière hospitalière (segments 1, 2, 3, 5, 8), d'autres aux activités exercées au sein des établissements médico-sociaux (segment 6), des réseaux de santé (segment 9) ou de secteur ambulatoire (segment 7).

L'individualisation d'un segment de « psychogériatrie » (segment 4) se justifie par l'identification déjà ancienne d'unités de psychogériatrie et plus récente d'unités cognitivo-comportementales (mesure 17

du Plan Alzheimer) au sein des structures gériatriques. La pratique de ces 9 activités exige un socle de compétences communes et l'acquisition de compétences spécifiques à chacune d'entre elles.

### Les 9 segments d'activité du métier de gériatre

#### 1• Consultation (CS) – Hôpital de jour (HDJ)

- a - Situation 1. Troubles cognitifs
- b - Situation 2. Troubles de la marche et de l'équilibre
- c - Situation 3. Expertise gériatrique globale

#### 2• Court séjour gériatrique

- a - Situation 1. Pneumonie
- b - Situation 2. Chutes

#### 3• Soins de suite et réadaptation (SSR)

- a - Situation 1. Spécificités de la prise en charge en Soins de Suite gériatrique après chirurgie d'une Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF)
- b - Situation 2. Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral en SSR

#### 4• Psychogériatrie

- a - Situation 1. Comportement perturbateur
- b - Situation 2. Intervention gériatrique auprès d'un patient psychiatrique âgé
- c - Situation 3. Contribuer au diagnostic différentiel d'un syndrome confusionnel, démentiel et psychiatrique

#### 5• Soins de longue durée (SLD)

- a - Situation 1. Réaliser des admissions et/ou sorties en

conformité aux critères d'USLD redéfinis, en relation avec l'environnement médical et médico-social

- b - Situation 2. Gérer d'une façon adaptée une décompensation aiguë d'un patient poly-pathologique chronique dans l'environnement spécifique de l'unité de soins
- c - Situation 3. Travailler en tenant compte des caractéristiques humaines, matérielles, organisationnelles, techniques et économiques (compétences et limites) de l'institution. Effectuer un travail de coordination et de « management »
- d - Situation 4. Gérer en équipe, y compris dans leur dimension éthique, des situations types telles que: dénutrition, troubles du comportement, chutes et contention, refus de soins, douleurs, fin de vie

#### 6• EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes): les 12 missions du médecin coordonnateur

#### 7• Gériatrie libérale

#### 8• Équipe mobile de gériatrie (EMG)

#### 9• Réseaux et coordination

#### Le METIER

G  
E  
R  
I  
A  
T  
R  
E

#### Les 9 segments d'activité

Cons./hôp. jour  
Court séjour  
SSR  
Psychogériatrie  
Soin Longue Durée  
Méd. CO. EHPAD  
Gériatrie libérale  
EMG  
Réseaux/Coordination

## I. L'activité de consultation et d'hospitalisation de jour

### Le référentiel « organisation des soins »

(cf circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)

#### 1. Définition.

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

#### 2. Missions.

- Dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale à la demande du médecin traitant afin de proposer une stratégie de prise en charge adaptée;
- Être un recours pour le médecin traitant ou pour tout professionnel ou organisme après le repérage de problèmes durant la consultation de prévention devant être dispensée aux personnes âgées de 55 à 70 ans et plus;
- Collaborer au suivi du patient par des réévaluations régulières et des prises en charge spécialisées;
- Proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée afin d'éviter les traumatismes engendrés par une hospitalisation classique, et notamment un bilan gérontologique médico-psycho-social aux résidents des EHPAD sur demande du médecin traitant et du médecin coordonnateur;

- Réaliser des traitements impossibles à dispenser à domicile, et surtout surveiller et ajuster les thérapeutiques;
- Pratiquer des soins lourds (transfusions, plaies complexes...);
- S'assurer de la coordination des soins autour du patient et être en lien régulier avec les différents acteurs participant à la prise en charge ambulatoire (CLIC, centres médico-psychologiques, SSIAD...), les professionnels libéraux et le cas échéant les accueils de jour;
- Participer à l'organisation du soutien au domicile;
- Dispenser l'éducation thérapeutique du patient;
- Participer à la diffusion des bonnes pratiques.

#### 3 Place dans la filière

Modalités d'accès: Le patient est adressé à la consultation gériatrique par son médecin traitant. La consultation gériatrique fonctionne en lien étroit avec l'ensemble des acteurs du soutien à domicile et notamment le CLIC, les MAIA ou le réseau de santé « personnes âgées ». L'accès à l'hôpital de jour est conditionné par une consultation ou l'avis d'un gériatre de la filière après accord du médecin responsable de l'hôpital de jour. L'accès à la consultation ou à l'hôpital de jour est également ouvert aux médecins généralistes et/ou aux coordonnateurs des hôpitaux locaux en lien avec le médecin responsable de l'hôpital de jour.

Les objectifs attendus en termes de gain thérapeutique d'une prise en charge en

hôpital de jour gériatrique sont déterminés et régulièrement réévalués.

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

Relation avec le médecin traitant :

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

## Le référentiel métier

### Les situations de soins types retenues :

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

### 3 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent

**Situation 1 : Troubles cognitifs**

**Situation 2 : Troubles de la marche et de l'équilibre**

**Situation 3 : Expertise gériatrique globale**

## Situation 1. Troubles cognitifs

Caractéristiques : adressage multiple, approche pluridisciplinaire, prise en soins variée selon le stade du suivi du patient. Le bilan cognitif est indissociable du bilan gériatrique, de l'annonce diagnostique, de l'élaboration d'un plan de soins et du suivi.

### 1 - Le bilan cognitif

Actions	Actes
Interrogatoire	Analyse de la plainte cognitive - Au près du patient - Au près de son entourage
Examen clinique	- Évaluation spécifique des fonctions cognitives à l'aide d'outils standardisés. - Évaluation de l'humeur.
Prescription des examens complémentaires	- Standardisés selon recommandations. - Adaptés aux comorbidités.
Diagnostic	- Synthèse des différents examens.

### 2- Le bilan gériatrique

Actions	Actes
Interrogatoire	- ATCD (souvent nombreux, à rechercher) et comorbidités identifiées. - Médicaments (recherche des ordonnances). - Évaluation sociale (famille, aidants naturels, mode de vie, aides à domicile). - Évaluation de l'autonomie.
Examen clinique	- Centré sur les problématiques gériatriques avec le recours à d'éventuels outils standardisés : marche et équilibre, douleur, nutrition, fonction sensorielles, continence, etc. . .

### 3 - L'annonce diagnostique

Actions	Actes
Organisation de l'annonce	- Choix de lieu. - Sur RDV. - Sans puis avec l'accompagnant après consentement du patient. - En pluridisciplinarité.
Annonce	- Adaptée à l'appréhension du patient. - Adaptée aux facultés de communication. - Par Étapes. - Avec des temps de silence.
Communication	- Information précise du médecin traitant sur le contenu de l'annonce.

## 4 - L'élaboration du plan de soins

Actions	Actes
Mise en place d'un traitement spécifique	- Explications au malade. - Accord du malade. - Prescription adaptée.
Information du patient sur les aides possibles	- Négociation des aides.
Éducation/prévention des complications	- À la fois du patient et de son entourage. - Information-guidance-soutien de l'entourage. - En pluridisciplinarité. - En lien avec le médecin traitant.

## 5 - Le suivi

Actions	Actes
Organisation du suivi	- Réévaluation en consultation/6 mois. - Mobilisation des ressources médico-psychosociales de façon précoce et adaptée. - Mobilisation de toutes les composantes de la filière gériatrique. - Lien avec le médecin traitant.
Orientation vers un hôpital de jour SSR	- Thérapeutiques non médicamenteuses. - Gestion de la crise médico-sociale. - Gestion des situations complexes.
Orientation vers une unité cognitivo-comportementale (UCC)	- Gestion d'une crise médico-psychosociale avec ajustement des traitements et approches non médicamenteuses.
Soutien de l'aidant	- Dépistage des signes d'épuisement. - Structures de répit. - Association de familles de malades.

## Situation 2. Troubles de la marche et de l'équilibre

Caractéristiques: adressage lors de chutes ou pour risque de chute, approche pluridisciplinaire, implique 4 étapes: le diagnostic, l'évaluation gériatrique standardisée, l'élaboration du projet thérapeutique et de prévention et le suivi diagnostique et thérapeutique.

### 1. Diagnostic

Actions	Actes
Interrogatoire	- Type de troubles, ancienneté... - Notion de chutes.
Examen clinique	- Centré sur les fonctions neurosensorielles. - En collaboration avec les professionnels de la rééducation: Kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien.
Prescription des examens complémentaires	- Standardisés. - Mais aussi adaptés aux comorbidités.

## 2. Évaluation gériatrique standardisée

Actions	Actes
Interrogatoire	- ATCD (souvent nombreux, à rechercher) et comorbidités identifiées en particulier ostéoporose, maladies CV...) - Médicaments (recherche des ordonnances). - Évaluation sociale (famille, aidants naturels, mode de vie, aides à domicile). - Évaluation de l'autonomie.
Examen physique	- Évaluation nutritionnelle, cognition, douleur, humeur, syndrome post-chute, affections sensorielles.
Diagnostic	- Retenir l'ensemble des pathologies entraînant un risque de chute ou intervenant comme facteur aggravant.

## 3. Élaboration du projet thérapeutique et de prévention

Actions	Actes
Prévention des chutes et de leurs conséquences	- Révision de l'ordonnance. - Évaluation de l'environnement (ergothérapeute, assistante sociale) et adaptation du domicile. - Traitement anti-ostéoporotique.
Traitement	- Prescriptions spécifiques (parkinson, cataracte, ostéoporose, nutrition...) - Prescription de rééducation avec apprentissage du lever du sol. - Prescription des aides techniques.

## 4. Suivi diagnostique et thérapeutique

Actions	Actes
Organisation du suivi	- Réévaluation/6 mois. - Réajustement des traitements. - Mobilisation des ressources médico-psychosociales de façon précoce et adaptée. - Mobilisation de toutes les composantes de la filière gériatrique. - Lien avec le médecin traitant. - Suivi des chutes. - Suivi de l'autonomie.
Prise en soins en hôpital de jour gériatrique SSR	- Rééducation et réadaptation intégrées et personnalisées. - Pluridisciplinarité: Kiné, psychomotricité, ergothérapie, pédicure-podologue, psychologue.

## Situation 3 : L'expertise gériatrique globale

### Situations-types :

- recours à la demande d'un spécialiste d'organe: aide à la décision en oncologie, chirurgie, dialyse,
- bilan d'une perte d'autonomie à la demande des partenaires
- évaluation à visée pronostique, aide à la prise de décision

### Expertise gériatrique globale

Actions	Actes
Évaluation modulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATCD et comorbidités.</li> <li>- Traitements (médicaments et iatrogénie).</li> <li>- Évaluation nutritionnelle/équilibre/cognition/psychologique et thymique/douleur/affections sensorielles.</li> <li>- Évaluation de l'autonomie.</li> <li>- Évaluation sociale (aidants/familles/aides à domicile/mode de vie).</li> </ul>
Synthèse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des facteurs de fragilité.</li> <li>- Considération éthiques.</li> </ul>
Aide à la décision et propositions thérapeutiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau de soins : décision de soins palliatifs.</li> <li>- Révision de l'ordonnance.</li> <li>- Projet thérapeutique (médical, psychologique, fonctionnel et social) en fonction des syndromes gériatriques identifiés.</li> </ul>

À côté de ces 3 situations type, il convient de mentionner d'autres situations telles que l'entrée éventuelle en institution avec pour actes :

- le repérage des situations à risque à domicile,
- l'anticipation de l'entrée en institution,
- l'accompagnement de l'entrée en institution et la coordination avec la structure.

## II. L'activité de court séjour gériatrique

### Le référentiel organisation des soins

*(cf circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)*

#### Définition.

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë. Les modes de présentation de ces affections n'orientent pas toujours d'emblée vers une pathologie d'organe précise.

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

- assurer une hospitalisation directe ;
- assurer, une hospitalisation après passage aux urgences ;

- assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement ;
- assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours. L'unité de court séjour gériatrique dispose d'un savoir faire gériatrique permettant une approche globale des patients, appropriée à leur polypathologie et/ou à leur risque de dépendance. Chaque patient y bénéficie d'une prise en charge assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en charge gérontologique.

#### Missions

- assurer la prise en charge des patients gériatriques en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences ;
- procéder à une évaluation globale du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale ;
- établir les diagnostics et pratiquer les soins non réalisables en ambulatoire ;

- traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées ;
- envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation ;
- participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

*Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité*

#### **Place dans la filière.**

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

#### **Mode d'entrée des patients**

L'accès direct des patients en court séjour gériatrique sans passage aux urgences est le mode d'entrée à privilégier. L'admission directe en court séjour gériatrique donne lieu à un contact préalable entre le médecin traitant et le médecin du court séjour gériatrique. Le court séjour gériatrique est organisé pour répondre durant la journée aux appels des médecins généralistes. Cette admission peut être programmée. Les patients peuvent aussi être admis par le biais de la structure des urgences, si possible après avis de l'équipe mobile de gériatrie.

#### **Mode de sortie**

La préparation de la sortie est réalisée le plus tôt possible au cours du séjour dès qu'il est légitime de s'interroger sur l'avenir du patient. Elle finalise les objectifs du projet thérapeutique personnalisé. Elle implique une collaboration entre les différentes structures de soins de la filière concernée et les partenaires sociaux et médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, le CLIC, les MAIA ou le réseau de santé « personnes âgées ». Recours à des avis spécialisés : La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie.

#### **Le référentiel métier**

##### *Les situations de soins types retenues :*

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

##### *2 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :*

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent. Les situations de soins types retenues.

**Situation 1 : Pneumonie**

**Situation 3 : Chutes**

### **Situation 1. Pneumonie**

Caractéristiques : situation fréquente et grave, récédive fréquente, co-morbidités associées, perte d'autonomie, crise et complexité médico-psycho-sociale, prise en charge en urgence.

#### *Actions et actes*

- Procéder à l'examen clinique de base devant un syndrome fébrile et/ou infectieux pulmonaire;
- Établir un diagnostic différentiel entre une insuffisance cardiaque et une pathologie infectieuse pulmonaire;
- Repérer dès l'admission les facteurs étiologiques (troubles de la déglutition, lieu de vie...) et les facteurs de risques (démence, isolement social...);
- Établir, hiérarchiser et adapter à la fragilité du patient la stratégie des examens complémentaires (en tenant compte du coût des examens) : dans l'immédiat et dans les 12 à 24 premières heures;
- Poser l'indication et interpréter un cliché de thorax, un scanner thoracique;
- Interpréter une gazométrie artérielle et le niveau de gravité respiratoire pour les indications de la prise en charge en réanimation (indication d'admission en réanimation selon le terrain et les comorbidités);
- Définir et adapter à la fragilité du patient la stratégie des examens complémentaires à visée bactériologique: hémocultures, biopsies, sérologies spécifiques, ponction d'épanchement, fibroscopie avec prélèvement protégé;
- Interpréter les données de la biologie dans ce contexte: NFS, syndrome inflammatoire biologique, intérêt et limites des sérologies bactériennes et virales, de l'antigénurie (legionella, pneumocoque)... ;
- Mettre en œuvre les grands principes de l'antibiothérapie: la bonne indication, au bon moment, adaptée à la fonction rénale, à l'état nutritionnel, au lieu de vie antérieur (indication, posologie adaptée, dosage, durée, concordance avec les conférences de consensus et le guide local d'antibiothérapie);
- Poser l'indication des traitements adjuvants et associés dans la prise en charge des maladies infectieuses;
- Repérer les facteurs de fragilité: troubles de la déglutition, troubles cognitifs, troubles locomoteurs et risques de grabatisation;
- Traiter la fièvre, la douleur, les troubles métaboliques et la déshydratation;
- Mettre en œuvre les mesures de prévention et de bienveillance ciblée sur la pathologie et adaptée à la personne: de la confusion, de la dénutrition, de l'encombrement bronchique, des complications de décubitus et du syndrome d'immobilisation (plaies de pression: échelles d'évaluations, recourir aux supports spécifiques...);
- Mettre en œuvre une évaluation «médico-psycho-sociale» précoce de façon à programmer la prise en charge ultérieure dans la filière;
- Délivrer au patient, à son entourage et/ou à la personne de confiance une information adaptée et claire sur les bénéfices risques;
- Instruire précocement et de façon concertée le projet d'orientation à la sortie;
- Coordonner la prise en charge ultérieure (indiquer une évaluation globale du patient, un bilan mémoire à distance de l'épisode aigu si épisode confusionnel...) en lien avec son médecin traitant;
- Rédiger un compte-rendu gériatrique de

## *Un signal d'alarme : la chute « sentinelle », [...], une approche multisystémique nécessaire pour appréhender l'état de santé qu'il reflète...*

- sortie intégrant la pathologie en cours, son évolution mais également l'évaluation globale gériatrique;
- Mettre en œuvre les modalités d'isolement et être sensibilisé au risque nosocomial et aux BMR;
- Mettre en œuvre une procédure de signalement pour l'équipe de soins et les visiteurs;
- Informer l'équipe opérationnelle d'hygiène;
- Procéder à la déclaration d'une maladie à déclaration obligatoire;
- Communiquer avec l'entourage proche sur le risque infectieux nosocomial, le bénéfice des vaccinations.

### **Situation 2. Chutes**

Caractéristiques : syndrome gériatrique par excellence, fréquence, fausse banalité, récidives fréquentes, co-morbidités associées, médicaments souvent en cause, urgence thérapeutique (désadaptation psychomotrice), complexité médico-psycho-sociale, un signal d'alarme : la chute « sentinelle », un syndrome peu spécifique, une approche multisystémique nécessaire pour appréhender l'état de santé qu'il reflète (désadaptation de l'individu avec son environnement), l'enquête est d'autant plus efficace qu'elle est faite précocement après la chute, syndrome à ne pas banaliser car il est : fréquent (problème de santé publique), récurrent (chez 50 % des chuteurs), potentiellement grave (expose au risque d'accroître la perte d'autonomie).

- Procéder à l'examen clinique minimum devant un chuteur;
- Conduire la démarche diagnostique devant une personne âgée chuteuse;
- Évoquer une origine multifactorielle et identifier les facteurs de risque modifiables ou ayant un impact sur les recommandations susceptibles de diminuer les chutes (recommandations de la HAS);
- Procéder à une synthèse individualisée après concertation multi-disciplinaire et pluri-professionnelle;
- Appliquer les tests utiles au repérage du risque de chute;
- Compléter l'expertise gériatrique pour optimiser les décisions thérapeutiques;
- Poser la bonne indication, au bon moment des examens complémentaires (adaptation des recommandations);
- Procéder à l'évaluation fonctionnelle organique (réserves fonctionnelles) afin de:
  - Définir le plan de prise en charge;
  - Définir le rythme et les modalités du suivi;
  - Organiser la prise en charge (rééducation fonctionnelle ambulatoire, SSR post-court-séjour, suivi en hôpital de jour);
  - Mettre en œuvre les mesures du plan d'aide (dont les aides techniques) et de prévention (adaptation de l'habitat) nécessaires en vue du retour au domicile;
  - Indiquer et mettre en œuvre le traitement d'une hypotension orthostatique, d'un déficit en vitamine D, d'une ostéoporose, d'une affection sensorielle.

### III. L'activité de SSR gériatrique

#### Le référentiel « organisation des soins »

(cf circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)

##### Définition

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

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

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

##### Missions

Une double mission :

- assurer les soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de renutrition, de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées,

- assurer la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux.

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

Mais aussi :

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

##### Modalités de prise en charge

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

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

Les étapes clés sont :

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

- accompagner l'acceptation de la perte d'autonomie;
- accompagner la phase de retour dans le milieu de vie en collaboration avec le patient et son entourage.

### **Place dans la filière**

Les SSR gériatriques assurent la prise en soins des patients, soit dans les suites d'une hospitalisation en court séjour, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence ils permettent notamment d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour. L'articulation des SSR gériatriques avec les autres structures de soins de la filière et leurs obligations réciproques sont formalisées au sein de la convention constitutive de la filière.

### **Mode d'entrée des patients:**

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

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

### **Mode de sortie:**

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

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

« personnes âgées » et les proches du patient.

Recours à des avis spécialisés:

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

### **Le référentiel métier**

#### *Les situations de soins types retenues:*

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

#### *2 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants:*

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent.

**Situation 1: Spécificités de la prise en charge en Soins de Suite gériatrique après chirurgie d'une Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF)**

**Situation 2: Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral en SSR**

## Situation 1 : Spécificités de la prise en charge en Soins de Suite gériatrique après chirurgie d'une Fracture de l'Extrémité Supérieure du Fémur (FESF)

### a.1 - Particularités gériatriques de la prise en charge habituelle.

#### Les actes

- |   |   |
|---|---|
| 1 • adapter la rééducation et la réadaptation             | 5 • dépistage d'une infection du site opératoire par surveillance |
| 2 • prendre en charge la douleur                          | 6 • coordonner l'équipe soignante et l'ensemble des intervenants  |
| 3 • prévenir la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse (MTEV) | 7 • organiser le retour à domicile                                |
| 4 • prévenir les autres complications de l'immobilisation |   |

#### Les actes et les actions

- 1- Adapter la rééducation et la réadaptation
- en tenant compte de l'état antérieur du patient
  - en s'adaptant à l'état physique antérieur (fonctionnel et comorbidités)
  - en s'adaptant à l'état cognitif antérieur
  - en s'adaptant au contexte socio-familial
  - en sachant fixer des objectifs réalistes

- 2- Prendre en charge la douleur:
- en la dépistant: utilisation d'échelles adaptées: auto (EVS, EN) et hétéro-évaluation (Doloplus 2, ECPA, algoplus)
  - en identifiant ses composantes (nociceptive, neuropathique et psychogène)
  - en sachant utiliser les antalgiques chez le sujet âgé

- 3- Prévenir la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse (MTEV)
- en évaluant le niveau élevé de risque
  - en mettant en place une stratégie globale de prévention
  - en sachant prescrire la contention veineuse
  - en sachant adapter les traitements anticoagulants en particulier à la fonction rénale
  - en organisant la surveillance clinique et biologique de ces traitements

- 4- Prévenir les autres complications de l'immobilisation (principalement si l'appui n'est pas autorisé)
- en coordonnant la prévention et le traitement des escarres:
    - en sachant évaluer le risque
    - en sachant prescrire les mesures de prévention
      - . soignantes (changements de positions,...)
      - . matérielles (matelas, coussins,...)
  - en sachant prescrire les traitements locaux
  - en limitant les risques cardio-vasculaires et respiratoires
  - en prenant en charge l'hypotension orthostatique:
    - . en la dépistant
    - . en prenant les mesures adaptées (leviers progressifs sous couvert d'une contention veineuse,...)
  - en prenant en charge la désadaptation cardio-respiratoire
    - . maintien d'une activité même en décubitus prolongé
    - . verticalisation et mise au fauteuil précoces
    - . réadaptation progressive à l'effort
  - en dépistant et en prenant en charges les éventuelles infections respiratoires

- en étant attentif au risque nutritionnel, urinaire et digestif:
- prise en charge ou prévention de la dénutrition protéino-énergétique
- prévention et gestion de l'incontinence et de l'infection
- dépistage d'une rétention urinaire, d'une insuffisance rénale
- surveillance du transit

5- *Dépistage d'une infection du site opératoire par surveillance*

6- *Coordonner l'équipe soignante et l'ensemble des intervenants*

- en coordonnant et hiérarchisant le travail interdisciplinaire
- en animant des réunions pluridisciplinaires permettant de fixer les objectifs

de soins et de les réévaluer avec l'ensemble de l'équipe

7- *Organiser le retour à domicile*

- en envisageant dès l'entrée un projet de sortie et en le réévaluant régulièrement durant le séjour
- en recueillant les informations nécessaires sur:
  - le contexte socio-familial
  - les données environnementales
- en anticipant la mise en place:
  - des aides techniques nécessaires
  - de la poursuite de la rééducation si besoin
  - de l'aménagement du domicile
  - des interventions médico-sociales
- en programmant le suivi médical nécessaire orthopédique et/ou gériatrique

## a.2 - Prises en charges spécifiques gériatriques

### Les actions

- 1 • limiter le risque iatrogène
- 2 • anticiper les décompensations en identifiant les comorbidités
- 3 • réaliser le bilan étiologique de la chute
- 4 • prévenir, dépister et prendre en charge un éventuel syndrome de désadaptation psychomotrice
- 5 • réaliser le bilan d'ostéoporose et la prendre en charge

- 6 • réaliser le bilan nutritionnel (et prise en charge éventuelle)
- 7 • réaliser le dépistage, le bilan et la prise en charge d'un syndrome confusionnel aigu
- 8 • dépister, explorer et prendre en charge les troubles cognitifs non encore identifiés
- 9 • adapter la prise en charge pour les patients présentant un syndrome démentiel connu

### Les actions et les actes

1- *Limiter le risque iatrogène*

- en réévaluant le traitement de fonds
- en sachant prioriser les choix thérapeutiques
- en sachant adapter les prescriptions au patient gériatrique
- en sachant instaurer les traitements indispensables
- en prescrivant les traitements intercurrents nécessaires

- en s'appuyant sur les recommandations et les guides de bonnes pratiques
- en tenant compte de la spécificité du sujet âgé (comorbidité, fonction rénale,...)

2- *Anticiper les décompensations en identifiant les comorbidités*

- en identifiant toutes les pathologies en cours
- en mettant en place des actions de prévention ciblées

3- *Réaliser le bilan étiologique de la chute*

- en sachant rechercher les facteurs de risque de chute
- en sachant rechercher les facteurs précipitants
- en sachant mettre en place des mesures correctives ou palliatives

4- *Prévenir, dépister et prendre en charge un éventuel syndrome de désadaptation psychomo*

5- *Réaliser le bilan d'ostéoporose et la prendre en charge*

- en sachant prescrire le bilan nécessaire, notamment:
  - bilan phospho-calcique et dosage de la vitamine D
  - recherche d'une fracture pathologique
- en discutant l'éventuelle réalisation d'une ostéo-densitométrie
- en sachant instaurer une stratégie globale de prise en charge
  - mesures hygiéno-diététiques
  - supplémentation vitamino-calcique
  - traitement de fonds (biphosphonate ou ranélate de strontium)

6- *Réaliser le bilan nutritionnel (et prise en charge éventuelle)*

- en sachant demander un MNA et un recueil des ingestas
- en sachant prescrire le bilan biologique complémentaire
- en sachant mettre en place une stratégie nutritionnelle croissante suivant les recommandations

- prévenir les autres complications de l'immobilisation (principalement si l'appui n'est pas autorisé)

7- *Réaliser le dépistage, le bilan et la prise en charge d'un syndrome confusionnel aigu*

- en sachant mettre en place des mesures de prévention
- en sachant utiliser les outils de dépistage (CAM)
- en sachant conduire le bilan étiologique
- en sachant mettre en place des stratégies thérapeutiques adaptées:
  - traitement des pathologies intercurrentes causales
  - mise en place de mesures environnementales
  - utilisation prudente des psychotropes dans le respect des bonnes pratiques
  - limitation de la contention à des situations extrêmes, dans le respect des recommandations (réévaluation quotidienne,...)

8- *Dépister, explorer et prendre en charge les troubles cognitifs non encore identifiés*

- en effectuant un dépistage systématique en Soins de Suite
- en réalisant le bilan nécessaire
- en organisant le suivi ultérieur

9- *Adapter la prise en charge pour les patients présentant un syndrome démentiel connu*

» *Les situations de soins retenues [...] devront être complétées et ajustées régulièrement lors de l'actualisation du référentiel.*

## Situation 2. Prise en charge d'un accident vasculaire cérébral en SSR

Caractéristiques : fréquence et gravité en SSR gériatrique, problèmes spécifiques aux patients gériatriques (co-morbidités, pronostic), nécessite intervention multidisciplinaire.

### Les actions

- 1 • Repérer les facteurs de fragilité
- 2 • Élaborer un projet thérapeutique
- 3 • Prendre en charge les troubles sphinctériens
- 4 • Prévenir et traiter les escarres
- 5 • Prendre en charge la douleur
- 6 • Élaborer un projet de vie

### Les actions et les actes

- 1- Repérer les facteurs de fragilité
  - Repérer les pathologies associées pouvant aggraver le pronostic : pathologies aiguës/pathologies chroniques/séquelles
  - Analyser le risque iatrogène
  - Réaliser une Évaluation Gériatrique Standardisée, notamment repérage des troubles cognitifs/bilan nutritionnel/ bilan moteur/bilan sensoriel/continence
  - Savoir repérer une fragilité environnementale
- 2- Élaborer un projet thérapeutique
  - Hiérarchiser et prioriser les pathologies à traiter
  - Discuter le bénéfice-risque des traitements spécifiques de l'accident vasculaire cérébral : anti -vitamines K, statines..
  - Proposer une rééducation adaptée, tenant compte des troubles cognitifs, des troubles sensoriels ; des handicaps préexistants, de l'environnement du patient
  - Proposer une éducation thérapeutique adaptée
  - Savoir mener une réflexion éthique au sein de l'équipe
- 3- Prendre en charge les troubles sphinctériens
  - Savoir poser le diagnostic étiologique d'une incontinence
  - Prendre en charge précocement la rétention d'urines et la constipation
  - Définir les possibilités thérapeutiques médicamenteuses/rééducatives/compensatrices
- 4- Prévenir et traiter les escarres
  - Évaluer le risque d'escarres - connaître les échelles s'y rapportant
  - Prescrire le matériel de prévention adapté
  - Évaluer le risque nutritionnel et savoir prescrire un régime adapté/des compléments alimentaires/une nutrition entérale
  - Coordonner et former l'équipe multidisciplinaire
  - Évaluer et traiter la douleur liée aux escarres
  - Savoir prescrire les pansements adaptés
- 5- Prendre en charge la douleur
  - Savoir utiliser les échelles de douleur, notamment celles spécifiques à la gériatrie
  - Connaître et différencier les différents types de douleur
  - Savoir prescrire les traitements médicamenteux adaptés à la personne âgée
  - Connaître les traitements non médicamenteux : kinésithérapie/électrothérapie
- 6- Élaborer un projet de vie
  - Évaluer la perte d'autonomie et connaître les échelles s'y rapportant
  - Connaître les aides techniques
  - Proposer une adaptation de l'environnement

- Connaître les aides financières et les structures de maintien à domicile
- Construire un plan d'aide
- Savoir mobiliser les différentes composantes de la filière gériatrique

- Orienter au besoin vers une institution adaptée
- Connaître les mesures de protection juridique

## IV. L'activité en psycho-gériatrie

### Les situations de soins types retenues :

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

3 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent

**Situation 1: Comportement perturbateur: gérer la crise**

**Situation 2: Intervention gériatrique auprès d'un patient psychiatrique âgé**

**Situation 3: Contribuer au diagnostic différentiel d'un syndrome confusional, démentiel et psychiatrique**

### Situation 1. Comportement perturbateur: gérer la crise

Caractéristiques : urgence fréquente, ubiquitaire, complexe, à fort retentissement sur le patient et sur son entourage et avec des enjeux importants à court et à long terme, situation nécessitant des avis conjoints de professionnels formés.

Actions	Actes
Savoir entrer en jeu	- Rassurer l'entourage. - Évaluer le contexte. - Évaluer la dangerosité immédiate. - Mettre en sécurité.
Caractériser le symptôme	- Identifier le trouble. - Préciser son histoire naturelle.
Éliminer un syndrome confusionnel	- En connaître les signes. - Établir une démarche étiologique (Examen clinique, douleur, médicament...)
Repérer un syndrome psychiatrique et/ou un syndrome démentiel	- Distinguer symptôme psychiatrique et comportemental.

Actions	Actes
Prise en charge immédiate	- Traiter une cause organique identifiée. - Vérifier l'intégrité sensorielle. - Connaître le maniement des psychotropes et leurs limites (recommandations). - Communiquer et savoir communiquer avec le patient. - Aménager l'environnement. - Penser la place du patient.
Organiser le suivi	- Expliquer le trouble à l'entourage et au patient. - Réévaluer le trouble. - Connaître les approches non médicamenteuses (recommandations). - Évaluer la nécessité d'une protection juridique.
Anticiper les crises ultérieures	- Formation du personnel. - Lutter contre la maltraitance. - Connaître les recours possibles (environnement et structures).

## Situation 2. Intervention gériatrique auprès d'un patient psychiatrique âgé

Un contexte particulier avec des moyens contraints et des objectifs parfois ambigus (demande sociale par exemple).

Actions	Actes
Identifier les comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interroger le patient et son entourage notamment sur l'histoire médicale complète.</li> <li>- Procéder à un examen clinique complet.</li> <li>- Connaître les critères diagnostiques validés.</li> <li>- Prescrire les examens complémentaires selon les bonnes pratiques.</li> <li>- Valider le diagnostic de manière pluridisciplinaire.</li> </ul>
Connaître les fragilités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repérer les associations morbides délétères</li> <li>- Juger de la compétence décisionnelle du patient</li> </ul>
Aider à la décision des niveaux d'exploration et d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimer le potentiel évolutif des pathologies.</li> <li>- Connaître les modes d'expression psychiatrique des malades somatiques.</li> <li>- Connaître les modes d'organisation de la psychiatrie.</li> <li>- Expliquer au patient les décisions prises.</li> </ul>

Actions	Actes
Décider des traitements à visée somatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valider les diagnostics de façon pluridisciplinaire.</li> <li>- Hiérarchiser les pathologies.</li> <li>- Prescrire selon les recommandations.</li> </ul>
Réévaluer les traitements psychotropes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître leurs effets indésirables</li> <li>- Informer l'entourage des précautions nécessaires et de la surveillance.</li> </ul>
Contribuer au débat éthique et fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Écouter le patient dans ses désirs et ses choix.</li> <li>- Grader le stade évolutif des pathologies.</li> <li>- Évaluer la qualité de vie du patient.</li> <li>- Suivre le patient pendant l'accompagnement.</li> </ul>

## Situation 3. Contribuer au diagnostic différentiel d'un syndrome confusionnel, démentiel et psychiatrique

Caractéristiques: problématique fréquente, imposant une bonne connaissance des aspects cliniques et des stratégies thérapeutiques pour orienter au mieux le mode de prise en soins.

Actions	Actes
Attitude préventive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser un dépistage de la démence.</li> <li>- Contribuer au bon accueil des patients.</li> <li>- Concourir à une bonne information des professionnels.</li> </ul>
Réaliser un diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre le temps d'un entretien du patient et de son entourage.</li> <li>- Analyser le contexte psychologique</li> <li>- Procéder à un examen clinique complet.</li> <li>- Explorer les fonctions cognitives</li> <li>- Connaître les outils recommandés et savoir les adapter à la pratique.</li> <li>- Demander un bilan complémentaire selon les recommandations</li> <li>- Valider le diagnostic de manière pluridisciplinaire.</li> </ul>
Décider de l'indication et d'une stratégie thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décider du lieu des soins en fonction des besoins du patient et des ressources de l'entourage.</li> <li>- Expliquer et dialoguer avec le patient et l'entourage.</li> <li>- Connaître les bénéfices/risques des thérapeutiques proposées.</li> <li>- Établir une stratégie multidisciplinaire.</li> <li>- Annoncer au patient et à son entourage des décisions prises.</li> </ul>

Actions	Actes
Réaliser l'intervention thérapeutique	En suivant les recommandations et les protocoles validés.
Effectuer un suivi immédiat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer un suivi somatique et psychologique du patient.</li> <li>- Analyser les retentissements du traitement.</li> <li>- Expliquer au patient et à l'entourage les résultats attendus.</li> </ul>
Assurer un suivi à long terme	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mener l'analyse critique pluridisciplinaire de la prise en charge.</li> <li>- Analyser les résultats.</li> <li>- Assurer un suivi à long terme et prendre des décisions en cas de changement.</li> </ul>

## V. L'activité de soins de longue durée

### Le référentiel organisation des soins

Accueillir et soigner les personnes âgées de 60 ans et plus ayant une pathologie organique chronique ou une poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner un handicap psychique et/ou physique durable. Ces patients ne peuvent pas être pris en charge en EHPAD car leur état nécessite une permanence médicale et une présence infirmière continue, et peut requérir l'accès à un plateau technique.

### Le référentiel métier

#### *Les situations de soins types retenues :*

Les situations de soins retenues ne sont bien entendu pas exhaustives mais sont considérées comme particulièrement représentatives de la spécialité. Elles devront être complétées et ajustées régulièrement lors de moments prévus d'actualisation du référentiel.

4 situations types ont été retenues pour satisfaire aux critères suivants :

- Faire partie du cœur de métier du gériatre
- Représenter une variété suffisante de situations
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un gériatre peuvent permettre d'inférer que ce gériatre est compétent

**Situation 1: Réaliser des admissions et/ou sorties en conformité aux critères d'USLD redéfinis, en relation avec l'environnement médical et médico-social.**

- utiliser les critères d'admission et de maintien en soins de longue durée (évaluation médico-psycho-sociale, PATHOS, SMTI) et les documents d'admission permettant d'identifier les malades SMTI;
- se concerter avec les médecins traitants (hôpital/domicile) pour connaître la situation exacte du malade;
- suivre le statut PATHOS du malade au cours de son séjour et le profil évolutif des pathologies;
- en cas de situation non SMTI, décider du maintien sur place ou d'une sortie en tenant compte de critères multiples (volonté de la personne, ancienneté dans le service, pronostic fonctionnel et vital, situation familiale et sociale) dans une réflexion éthique;
- préparer et organiser la sortie s'il y a lieu.

**Situation 2. Gérer d'une façon adaptée une décompensation aiguë d'un patient poly-pathologique chronique dans l'environnement spécifique de l'unité de soins.**

**Situation 3: Travailler en tenant compte des caractéristiques humaines, matérielles, organisationnelles, techniques et économiques (compétences et limites) de l'institution. Effectuer un travail de coordination et de « management ».**

**Situation 4: Gérer en équipe, y compris dans leur dimension éthique, des situations types telles que: dénutrition, troubles du comportement, chutes et contention, refus de soins, douleurs, fin de vie.**

## VI. L'activité de médecin coordonnateur d'EHPAD

### Le référentiel métier

#### *Rôle du médecin coordonnateur*

La fonction de médecin coordonnateur n'est pas une fonction de soin direct à la personne, mais une fonction de soins collectifs et de médecine institutionnelle. Pour autant, son rôle ne le cantonne pas à la gestion administrative. En effet, il est le garant de la qualité des soins et de l'éthique au sein de l'établissement. Il doit acquérir une compétence en gériatrie par le DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires), ou la Capacité de Gériatrie, ou le Diplôme Universitaire de médecin coordonnateur d'EHPAD ou par une attestation de formation continue. Cette fonction répond, selon les termes de l'arrêté du 26 avril 1999, « à un objectif de santé publique, garantissant une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé ».

Au-delà de ses compétences médicales classiques et gériatriques en particulier, il doit avoir de solides aptitudes relationnelles, être formateur, négociateur, promoteur, maîtriser les outils de la démarche qualité, et avoir des compétences en santé publique.

**Le métier de médecin coordonnateur d'EHPAD comporte 12 missions régies par les décrets n° 2005-560 du 27 mai 2005 et n° 2007-547 du 11 avril 2007 :**

1° Élaborer, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évaluer sa mise en œuvre ;

2° Donner un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

3° Organiser la coordination des professionnels de santé salariés et libéraux exerçant dans l'établissement. À cet effet, il les réunit au moins une fois par an. Il informe le responsable de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 730 à R. 736 du code de la santé publique (aujourd'hui articles R 6315-1 et R 6315-7) ;

4° Évaluer et valider l'état de dépendance des résidents ;

5° Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formuler toute recommandation utile dans ce domaine et contribuer à l'évaluation de la qualité des soins ;

6° Contribuer auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité Sociale.

À cette fin, élaborer une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

7° Contribuer à la mise en œuvre d'une politique de formation et participer aux actions d'information des professionnels de

santé exerçant dans l'établissement;  
8° Élaborer un dossier type de soins;  
9° Établit un rapport annuel d'activité médicale, retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents;  
10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée

en cas de risques exceptionnels;  
11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.  
12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques ».

## VII. L'activité en gériatrie libérale

### Définition

L'exercice libéral se définit par l'apport de services non commerciaux à des personnes physiques qui l'ont librement choisi. Cet apport se fait sous des formes juridiquement, économiquement et politiquement indépendantes garantie par un code de déontologie prévoyant respect du secret professionnel et compétence reconnue. Il est réglementé par des conditions d'inscription, et d'exercice, des montants d'honoraires définis et des sanctions disciplinaires qui lui sont propres. Le médecin est rémunéré à l'acte et il assure la gestion de son cabinet.

La gériatrie libérale, nouvelle spécialité est exercée sous le code 34.

Elle comprend un ensemble d'activités diverses telles que:

- La prévention, le dépistage avec repérage des sujets à risque, et les conseils d'hygiène de vie
- Le dépistage des troubles mnésiques, de la dénutrition, du risque de chute...

- Le bilan global: interrogatoire, antécédents, examen clinique complet, bilan biologique et radiologique adaptés permettant
- L'Évaluation gérontologique standardisée,
- L'accompagnement de fin de vie
- Enfin une synthèse débouchant sur un suivi et/ou la recommandation du traitement le mieux adapté aux bonnes pratiques gériatriques avec fréquent allègement des ordonnances, dans le cadre de la lutte contre la iatrogénie.

### Les modalités de prise en charge:

- Le patient est adressé par le médecin traitant référent pour un avis spécialiste traditionnel, généralement sur un problème de trouble de la mémoire, ou du comportement, de chutes fréquentes ou de difficultés de gestion à domicile. Une évaluation gériatrique sera réalisée; le rapport accompagné de conseils sera remis au médecin traitant; le patient sera revu généralement 6 mois plus tard ou à la demande.

- Le patient consulte directement seul, amené par sa famille ou adressé par un professionnel de santé pour une évaluation et/ou une prise en charge;

Cela peut être aussi en situation de crise, à domicile et après une évaluation globale: état du patient, entourage, aidants, matériel et logement, des conseils et une aide à la décision sera prise (hospitalisation, entrée en institution, mise en place de moyens pour rester à domicile...)

### **Place dans la filière gériatrique:**

Le gériatre libéral fait la synthèse de la situation exacte de la personne âgée, mesure la dépendance et décide de la possibilité de soins de qualité à domicile; en relation avec le médecin traitant dans la plupart des cas.

Il indique alors les moyens nécessaires à cette prise en soins avec les différents acteurs du secteur et informe sur l'existence des aides disponibles dans les différents secteurs

Aides disponibles dans le secteur des soins: les services de soins infirmiers ont domicile, les infirmiers libéraux, les kinésithérapeutes, les orthophonistes et ergothérapeutes, sans oublier les pharmaciens et magasins de matériel médical.

- Aides disponibles dans le domaine de la vie quotidienne: Les services d'aides ménagères, d'auxiliaires de vie ou gardes à domicile, le portage de repas à domicile.
- Aides dans le domaine de la vie sociale et juridique.

Il est en rapport avec les services gériatriques hospitaliers pour assurer des entrées directes si nécessaire: urgences, séjour de rupture ou bilan difficile à réaliser

en ville si difficultés de déplacement ou diagnostic complexe.

Il connaît aussi les accueils de jour, les Ehpad, SSR et USLD de secteur ainsi que les équipes mobiles de soins palliatifs. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, il sait vers quelle institution s'orienter en fonction des critères: directives anticipées avec souhaits connus de la personne âgée et de son entourage.

### **Le référentiel métier**

#### *La prévention:*

Prendre les devants pour arriver à de nombreux cas de vieillissement réussi. Il s'agit de l'ensemble des mesures permettant d'éviter l'apparition, l'aggravation et le développement de certaines maladies pouvant aboutir à la perte d'autonomie et la dépendance. Elle permet de lutter contre la morbidité et d'améliorer la qualité de vie et est donc devenue fondamentale.

#### *L'évaluation gérontologique standardisée:*

EGS en utilisant les outils valides permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions:

- Fonctions cognitives, humeur
- État cardio-vasculaire
- État dentaire
- État nutritionnel
- Fonctions sphinctériennes
- Troubles de la marche et de l'équilibre
- État osseux et musculaire
- Organes des sens
- Dépistage des cancers
- Autonomie

Elle permet l'évaluation globale de la personne âgée au plan médical, psycho-social, fonctionnel et environnemental et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi.

***Dans le cas d'une décompensation aiguë***

Si l'indication d'hospitalisation a été écartée par le gériatre (compétence)

Possibilité de meilleure prise en charge médicale et paramédicale en ville car accès à tous les traitements, tous les professionnels et tous les matériels en ville.

Avantage de la continuité des intervenants et de l'environnement permettant une surveillance personnalisée et rapprochée.

***Dans le cas d'une réadaptation***

Possibilité d'une réadaptation précoce à domicile par kinésithérapeute, orthophoniste, (quelquefois psychomotricienne)

Sortie plus précoce des services d'aiguë ou de SSR puisque relais par confrères gériatres en ville.

Rééducation et réadaptation souvent plus rapide à domicile qu'en SSR (suivant les cas) et moins onéreuse.

***Suivi chronique***

- Prise en charge globale du patient fragile poly pathologique, entouré de sa famille et souvent d'aides à domicile
- Mise en place et guidage/formation personnalisée d'aides à domicile: soignants et/ou aides de vie
- Coordination conjointe avec la famille des intervenants
- Collaboration avec tous les partenaires libéraux: médicaux et paramédicaux (labo, RX, pharmacie, orthophoniste, kinésithérapeute...)

***La gériatrie libérale***

- Diagnostic très *CLINIQUE* au chevet du patient, puis para clinique
- Soins
- Organisation
- Coordination
- Aménagement

- Suivi
- Accompagnement patient/famille/soignants

***Un ensemble d'activités***

- Prévention et conseils d'hygiène de vie
- Repérage des sujets à risque
- Dépistage des troubles mnésiques
- Bilan: interrogatoire, antécédents, examen clinique complet, bilan biologique et radiologique adaptés
- Évaluation gériatologique standardisée, transmis au médecin traitant si adressé par lui et souhait du patient ou de sa famille
- Initiation de traitement adapté aux recommandations de bonnes pratiques gériatriques avec fréquent allègement des ordonnances

***Décompensation aiguë***

Prise en charge médicale et paramédicale équivalente en ville: accès à tous les traitements, tous les professionnels et tous les matériels en ville

Si l'indication d'hospitalisation à été écartée par le gériatre (compétence)

Avantage de la continuité des intervenants et de l'environnement

Dans la majorité des cas, ce n'est pas une question de moyen mais de compétence spécialisée du gériatre

***Réadaptation***

Réadaptation précoce à domicile et non hospitalière

Sortie plus précoce des services de court séjour ou de SSR puisque relais par confrères gériatres

Rééducation et réadaptation souvent plus rapide à domicile qu'en SSR (suivant les cas)

### *Suivi chronique*

Prise en charge globale du patient et de sa famille et souvent des aides à domicile

Mise en place et guidage/formation personnalisée d'aides à domicile: soignants et/ou aides de vie

Coordination conjointe avec la famille des intervenants

Collaboration avec tous les partenaires libéraux: médicaux et paramédicaux (labo, RX, pharmacie, orthoph, kiné...)

Collaboration avec les réseaux, les accueils de jour, les unités de psychogériatrie, les services d'urgences gériatriques, les équipes mobiles et réseaux de soins palliatifs, les CLICS...

## **VIII. L'activité en équipe mobile de gériatrie**

### **Le référentiel organisation des soins**

*(cf circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatrique)*

#### **Définition**

Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs, les MAIA et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

#### **Missions**

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

- dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques;

- les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux;
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé « personnes âgées »);
- conseiller, informer et former les équipes soignantes.

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

Il est souhaitable que l'équipe mobile gériatrique:

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

### **Place dans la filière**

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

### **Modalités d'intervention de l'équipe mobile:**

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

charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant. Les patients sont adressés par leur médecin traitant aux consultations avancées des hôpitaux locaux.

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

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

### **Le référentiel métier**

#### **Démarche d'évaluation commune à toutes les situations:**

- Prise d'information patient: dossiers médical et infirmier, équipe soignante
- Interrogatoire et examen du patient
- EGS adaptée à la situation
- Prise de contact (famille, aidants, médecin traitant, institution, APA...): situation médico-psycho-sociale antérieure, projet de vie

#### **Démarche de synthèse commune à toutes les situations:**

- synthèse multidisciplinaire
- Hypothèses diagnostiques
- Propositions thérapeutiques
- Propositions d'orientations et élaboration du projet de vie avec recherche d'un consensus aidants familiaux et professionnels
  - Aide à l'organisation du RAD
  - Orientation dans la filière gériatrique

(Cs, HDJ, Court séjour, SSR, réseaux de soins gérontologiques...)

- Orientations institutionnelles (EHPAD, USLD..)
- Mesures préventives (protection juridique, inscription préventive en EHPAD)
- Transmission orale et écrite de la synthèse

#### *Qualités supposées requises*

- Travail en équipe pluridisciplinaire
- Partage des tâches
- Mobilité
- Adaptation aux services
- Formation informelle et formelle, pédagogie
- Aptitude à la discussion éthique
- Lieux d'exercice variables (services, urgences, domicile), polyvalence dans l'exercice

#### **Trois situations types ont été retenues:**

##### **1. troubles du comportement**

##### **2. chutes**

##### **3. situation de crise médico-psycho-sociale**

#### *1. Troubles du comportement*

- Réactivité importante
  - aide au diagnostic
- Recherche d'organicité, de iatrogénie
  - aide à la décision thérapeutique
  - aide à la prise en charge non médicamenteuse
- Soutien équipe et aidants
- Diffusion bonnes pratiques gériatriques
- Réévaluation et organisation du suivi

#### *2. Chutes*

- Enquête minutieuse
  - Entourage
  - Installation du domicile
  - iatrogénie
- Lever systématique, tests d'équilibre et de marche

- Évaluation des possibilités de RAD et organisation du suivi

#### *3. Situation de crise médico-psycho-sociale*

- prise de contact avec tous les intervenants, avoir une attitude empathique, rassurante vis-à-vis du patient, de la famille, des équipes
- évaluation de la situation antérieure
- proposition d'une prise en charge comportementale adaptée et acceptée par le service
- élaboration d'un projet de vie
- soutien aux aidants
- organisation du suivi

#### **Actions et actes communs à toutes les situations:**

Intervenir en milieu extra-gériatrique (hospitalier et extrahospitalier: domicile, EHPAD), mobilité entre les structures

- Se faire connaître des services et des médecins traitants
- Communication avec les services (demandes faites par téléphone, fax ou mail)
- Connaissance des services et des personnes ressources
- Communication avec les médecins et les équipes
- Adaptabilité
- Diplomatie
- Légitimité (expérience clinique en gériatrie)

#### **Intervenir en équipe pluridisciplinaire rapidement**

- Travail en équipe dans le même temps
- Partage des tâches
- Synthèse multi-disciplinaire
- Transmissions sans délai

#### **Recueillir des données**

- Prise de connaissance des dossiers dans les services

- Informations auprès des
  - Soignants
  - Aidants familiaux et professionnels
  - Médecin traitant
  - APA et services sociaux
- Dossier EMG spécifique

#### **Adapter son EGS**

- ADL et IADL systématique, autonomie antérieure à l'hospitalisation
- Dépistage de troubles cognitifs
- Évaluation locomotrice
- En fonction du contexte: MNA, GDS...

#### **Proposer une orientation**

- Dans les filières gériatriques intra et extra-hospitalières
- Organisation des aides au domicile:
  - Aides humaines
  - Aides matérielles
  - Aides financières

#### **Aide au choix d'un établissement d'hébergement**

- Projet de vie
  - Mesures préventives
  - Inscriptions préventives
- Demande de protection juridique

#### **Diffuser les bonnes pratiques gériatriques**

- Transmissions claires, adaptées au service, orales et écrites, support facilement accessible
- Explications des recommandations en temps réel aux soignants et au médecin référent
- Explications au médecin traitant, courrier au médecin traitant
- Conseils pratiques pour les soins
- Réponse à toutes les questions, les avis
- Cours aux étudiants, internes, soignants et médecins
- Participation aux FMC

## **IX. L'activité de coordination des soins et de réseaux**

**Le réseau est un ensemble de partenaires individuels ou institutionnels, réunis par une finalité commune et établissant entre eux des liens non hiérarchiques. Ils concourent à la prise en charge d'une pathologie complexe ou d'une catégorie de population précise.**

### **I/ Le gériatre travaillant en réseau assure essentiellement des fonctions de coordination :**

Les fonctions du gériatre réseau se déclinent à deux niveaux : au niveau de proximité et au niveau institutionnel.

Au niveau de proximité, il s'agit de sécuriser le maintien à domicile

Objectifs opérationnels : assurer le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions pour la coordination des différentes actions à mener et pour la continuité des soins.

### **Deux situations essentielles se dégagent selon leur typologie :**

- *Anticipation de crise : le repérage de la fragilité semble un élément majeur*
- *Situation de crise : la gestion de la crise doit mobiliser rapidement les acteurs nécessaires*

Le gériatre sait mener l'évaluation de la personne âgée, par un diagnostic médico-psycho-social, notamment au moyen d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle standardisée (EGS).

Il pilote la prise en charge adéquate du patient gériatrique en s'appuyant sur le médecin traitant.

Il sait hiérarchiser les problèmes rencontrés, ainsi que les actions à mettre en œuvre, puis assurer la coordination des différents intervenants et organiser le suivi de la personne.

Il veille à l'élaboration en pluridisciplinaire du plan personnalisé de soins et d'aide (PPS).

#### *Exemple 1: L'anticipation de crise*

Le médecin traitant signale au réseau que Mme X. « baisse ». Faut-il envisager une entrée en EHPAD devant cette altération de l'état général? Que fait le gériatre réseau?

**Phase 1 :** Évaluation multidimensionnelle de la fragilité par le réseau, au moyen d'une grille spécifique, en se donnant un peu de temps, et en organisant éventuellement une réunion de coordination des différents intervenants.

**Phase 2 :** Synthèse de la situation et élaboration d'un plan de soins et d'aide (PPS) incluant des actions d'éducation thérapeutique, et de prévention I, II et III.

**Phase 3 :** Mobilisation des acteurs du paysage gériatrique, dont la filière gériatrique.

**Phase 4 :** Suivi, accompagnement, et réévaluation à distance.

#### *Exemple 2: La gestion d'une crise*

Mme D crie la nuit et tape sur le radiateur. Elle dérange tout son entourage et les voisins réclament une hospitalisation d'urgence. Que fait le gériatre réseau?

**Phase 1 :** Recueil de données

Il recherche et repère avec l'équipe les aidants, organise les contacts avec l'entourage naturel et professionnel (CCAS, MT, IDE libéral, personne de référence, tuteur, juge des tutelles, bénévoles, etc.)

Il pose les bonnes questions, recueille des informations pertinentes

**Phase 2 :** Évaluation de la situation par une démarche spécifique gériatrique globale  
En réseau, le gériatre a accès à toutes les informations et en fait l'analyse.

**Phase 3 :** Synthèse et mobilisation des acteurs

Après avoir fait la synthèse de la situation, il communique les propositions établies en multidisciplinarité au médecin traitant qui les valide et organise une éventuelle réunion de coordination. Puis il mobilise, en lien avec le médecin traitant, les ressources nécessaires au sein du paysage gériatrique pour le plan d'actions envisagé.

**Phase 4 :** Suivi, accompagnement, et réévaluation, par le gériatre qui a compétence et légitimité pour ce faire.

**Au niveau institutionnel, ce sont les aspects santé publique de ce métier.**

Le gériatre réseau peut participer à l'évaluation des besoins de la population concernée et faire remonter ces éléments aux tutelles.

Il élabore des dossiers de projets et les rapports d'activité pour les tutelles et les financeurs. Il organise les partenariats avec les associations, les Ordres professionnels, etc.

Il assure une mission d'information pour le grand public sur des questions gériatriques, et participe à la formation professionnelle des différents acteurs en gériatrie et gérontologie : formation initiale et formation continue, développement de la culture gériatrique, élaboration d'outils partagés notamment dossier patient partagé.

## **II/ Les compétences requises pour le gériatre réseau :**

Le gériatre réseau assure une mission de pilotage qui nécessite un travail en transversalité, et donc de réelles capacités de travail en équipe, ainsi que de solides facultés d'adaptation.

- Connaissances spécifiques : du système de santé, du paysage gérontologique sanitaire et médico-social, des rouages institutionnels et politiques.
- Communication : faire du lien, rencontrer les acteurs de terrain, les réunir, soutenir leurs projets nécessite un langage commun et une bonne connaissance des personnes et des structures ressources
- Applications personnelles : nécessaire itinéraire gériatrique dans différents segments d'activité
- Habiletés : appétence pour les aspects non-soignants du métier, notamment les aspects administratifs et juridiques

**Parce que « coordonner, c'est soigner », selon le rapport du Haut Comité pour l'avenir de l'Assurance Maladie, du 24 avril 2010.**

## **Essai de synthèse d'un référentiel : Métier/Compétences/Formation**

### **Pourquoi un gériatre dans un réseau de santé ?**

On est ici moins dans la clinique que dans l'organisation et la coordination des soins ; de ce fait les connaissances doivent être globales et vont permettre d'envisager la personne âgée dans sa globalité tout au long de son parcours de soins.

Dans cette situation, le gériatre est un pionnier qui peut mettre en place des projets innovants et inventer des solutions et des articulations pertinentes entre les différents acteurs.

#### *Fondements*

Ce sont les besoins des personnes âgées qui fondent les missions du gériatre travaillant en réseau.

En effet, elles connaissent souvent un parcours de santé hétérogène, complexe, faisant appel à de multiples acteurs du champ sanitaire et médico-social, ce qui entraîne des prises en charge morcelées. Le besoin de coordination est important entre les différents acteurs du domicile, mais aussi et surtout entre la ville et l'hôpital ou bien entre l'EHPAD et l'hôpital.

Le gériatre apporte son regard médical spécialisé, afin de repérer la fragilité, éviter les hospitalisations inutiles, partager les données utiles pour la prise en charge du patient, préparer avec une équipe le retour à domicile dans de bonnes conditions après une hospitalisation, coordonner les différents intervenants.

### *Champs d'intervention*

#### **Différents échelons sont possibles :**

échelon local pour un réseau de santé de proximité : c'est le bassin de vie  
échelon départemental : pour certains réseaux thématiques, notamment Alzheimer, ou bien par exemple pour le médecin référent « personnes âgées » du conseil général

échelon régional : à la tête d'un réseau régional comme en Champagne-Ardenne, ou bien au sein d'une fédération de réseaux locaux appartenant à une même région, comme en Lorraine ou en Île de France

#### *Connaissances*

En plus des connaissances cliniques du gériatre, il faut élargir le champ de connaissances à des domaines administratifs, juridiques, économiques et financiers :

- Système de soins en France, organisation sanitaire, le SROS, les tutelles
- Législation
- Organisation hospitalière, tarification, filière gériatrique
- Organisation médico-sociale et sociale, conventions tripartites des EHPAD, etc.
- Démographie médicale et offre de soins
- Organisation de la protection sociale, la dépendance, le 5<sup>e</sup> risque, les enjeux
- Répartition des financements

#### *Formation pratique*

Sans aller jusqu'à la nécessité d'études spécifiques en Santé publique, des notions

et une bonne vision des aspects santé publique semblent nécessaires, ainsi que les notions de bases concernant la recherche clinique.

#### *Applications/Compétences nécessaires*

- Les applications sont variées :
- pilotage de projet,
- rédaction de projets, de dossiers administratifs,
- recherche de financements,
- formations,
- travail avec les tutelles, les groupes référents régionaux (ARS, URCAM, le SROS) et nationaux (HAS, CNSA, ANESM, INPES, SFGG, etc.),
- management d'équipe,
- évaluation des pratiques professionnelles, etc.

#### *Les qualités requises en découlent :*

- aptitudes en communication : partage d'informations, direction de réunions,
- bonne organisation : notamment du travail en interdisciplinarité pour la coordination autour du patient, mais aussi coordination institutionnelle,
- capacités à faire du lien entre les acteurs, avec les médecins spécialistes d'organes, avec les services à la personne, avec les associations de professionnels, les associations d'usagers, etc.
- qualités pédagogiques,
- nécessaire expérience professionnelle de terrain.

## REMERCIEMENTS

Le référentiel métier de la spécialité de gériatrie a été élaboré par neuf groupes de travail, sous la coordination du Professeur Claude Jeandel.

Il est le fruit d'un travail collectif de la gériatrie française.

Nous remercions vivement l'ensemble des animateurs et participants aux groupes de travail ainsi que l'ensemble des relecteurs de la SFGG, du CNEG, du SNGC et de la FFAMCO.

### **Groupe 1 : Référentiel «Activité consultation/ hospitalisation de jour MCO et SSR»**

#### **Animateurs:**

- Denise STRUBEL
- Bernard DURAND GASSELIN

Jacques TRETON  
Jean-Marc MICHEL  
Sophie RETTEL  
Yves HEMMENDINGER  
Patrick MANCKOUNDIA  
Pierre JOUANNY  
Christine PERRET GUILLAUME

### **Groupe 2 : Référentiel « activité court séjour gériatrique »**

#### **Animateurs:**

- Jean Bernard GAUVAIN
- Benoit de WAZIERES

Jean-Paul EMERIAU  
Patrick FRIOCOURT  
Rémy BILLON  
Marie-Christine SCHATZ  
Françoise CAPRIZ RIBIERE  
Gérard DEBOFFLE  
Florent SEITE  
Laurent TEILLET  
Philippe CHASSAGNE  
Nathalie FAUCHER

### **Groupe 3 : Référentiel « activité SSR gériatrique »**

#### **Animateurs:**

- Marie DICK
- Anne DAVID BREARD

Olivier MICHEL  
Jean-Marc PAULY

François BERTIN HUGAULT  
Michèle ESCANDE  
Pascale JOSSE  
Astrid AUBRY  
Laure BRAECKMAN

### **Groupe 4 : Référentiel activité « psycho-gériatrie »**

#### **Animateurs:**

- Olivier DRUNAT
- Jérôme PELLERIN
- Sylvie BONIN-GUILLAUME

Karim GALLOUJ  
Véronique GALLOPIN  
Monique FERRY  
Alain LION  
Patrick FREMONT

### **Groupe 5 : Référentiel « activité soins de longue durée »**

#### **Animateurs:**

- Marie Agnès MANCIAUX
- Jean-Jacques ARVIEU
- Marc BERTHEL
- Véronique MERCIER

### **Groupe 6 : Référentiel activité « médecin coordonnateur EHPAD »**

#### **Animateurs:**

- Nathalie MAUBOURGUET
- Michel SALOM

Jean Bernard BOUVOT  
Stephan MEYER  
Irène RAHARIVOLOLONA  
Nadine MURAT-CHARROUF  
Xavier GERVAIS  
Danièle VASCHALDE  
Bernard ODDOS

Denis SORIANO  
Geneviève RUAULT

### **Groupe 7 : Référentiel activité « gériatre libéral »**

#### **Animateurs:**

- Nicole MOURAIN JACQUIN
- Joëlle PEREZ

Monique VERTUEL-VILA  
Odile REYNAUD-LEVY  
Monique FERRY  
Alain LION  
Maurice RABAULT

### **Groupe 8 : Référentiel « équipe mobile de gériatrie »**

#### **Animateurs:**

- Marie FLOCCIA
- Catherine FERNANDEZ

Damien HEITZ  
Pascal COUTURIER  
Élodie CRETEL

### **Groupe 9 : Référentiel « activité coordination des soins/réseaux »**

#### **Animateurs:**

- Yves PASSADORI
- Élisabeth QUIGNARD

Gabrielle DEGUIO  
Martine RALLO  
Jean-Luc FANON