



**EHESP**

---

**Directeur Etablissements sanitaires, sociaux  
et médico-sociaux**

Promotion : **2014-15**

**Albert JACQUARD**

---

## **MEMOIRE**

**La filière gériatrique du CHBJC : une réponse pour  
fluidifier le parcours de santé des personnes âgées sur le  
territoire de santé.**

**Centre Hospitalier Jacques Cœur – 18000 BOURGES**



---

**Séverine ROY**

# 1 Remerciements

Je tiens à remercier vivement tous les professionnels du Centre Hospitalier Jacques Cœur de BOURGES, et tout particulièrement la directrice du Centre Hospitalier, qui m'a accueillie dans son établissement, ainsi que la directrice de la filière gériatrique, qui a été ma maître de stage pendant huit mois et qui a relu mon mémoire.

Je remercie également les acteurs extérieurs pour leur accueil. Ils se sont rendus disponibles afin de répondre à toutes mes questions relatives au fonctionnement de la filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques Cœur ainsi qu'à la prise en charge des personnes âgées sur le territoire. Ils ont su me faire part de leur propre analyse et partager leurs visions.

Un grand remerciement également à Mme BLOCH Marie-Aline (Chercheur en sciences de gestion de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, ancien directeur scientifique de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) qui m'a accompagnée tout au long de mon travail.

---

# Sommaire

---

## 1 Remerciements

Introduction ..... 1

2 METHODOLOGIE ..... 9

3 Titre I – Diagnostic de la filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques Cœur (Bourges 18- Cher) ..... 11

3.1 I A – Une filière gériatrique avec des forces et des opportunités : regards croisés des professionnels du CHBJC, des acteurs du territoire et des représentants des usagers. 14

3.2 I B – Une filière gériatrique avec des faiblesses : regards croisés des professionnels du CHBJC, des acteurs du territoire et des représentants des usagers. ....16

3.3 I C – Comparaison avec le Centre Hospitalier de Montluçon (Département De l'Allier- Région Auvergne) qui n'a pas de filière gériatrique formalisée. ....22

I D – Analyse des forces et faiblesses en tant qu'élève directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.....23

4 II – Identification des points de rupture du parcours de santé..... 25

4.1 II A – Un cas concret d'un patient âgé hospitalisé au CHBJC :.....26

5 Titre III – Des préconisations pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées. .... 35

A – Des actions déjà mises en œuvre par le Centre Hospitalier Jacques Cœur :.....35

5.1 B – Des préconisations .....36

6 Conclusion..... 62

7 RESUME DU MEMOIRE ..... Erreur ! Signet non défini.

Bibliographie ..... 63

Annexes ..... 67



---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ARS : Agence Régionale de Santé.

AS : Aide-soignant.

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale.

CDEG : Coordination Départementale des Etablissements Gériatriques.

CESF : Conseiller en Economie Sociale et Familiale.

CG : Conseil Général.

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé.

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire.

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination.

CLS : Contrat Local de Santé.

CME : Commission Médicale d'Etablissement.

CNSA : Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie.

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes âgées.

CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens.

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

CS : Cadre de Santé.

CTP : Convention Tripartite.

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins.

DIM : Département d'Information Médicale.

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence.

DMP : Dossier Médical Personnel.

DMS : Durée Moyennes de Séjour.

DT : Délégation Territoriale.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

EMG : Equipe Mobile Gériatrie.

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer.

ETP : Equivalent Temps Plein.

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire.  
GIP : Groupement d'Intérêt Public.  
GIR : Groupes Iso-Ressources.  
HAD : Hospitalisation A Domicile.  
HAS : Haute Autorité de Santé.  
HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.  
MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins dans le champ de l'Autonomie.  
MCO : Médecine/Chirurgie/Obstétrique.  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées.  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.  
PACSS ARS : Projet d'Accompagnement au Changement du Système de Santé.  
PAERPA : Parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie.  
PRADO : Programme d'Accompagnement de Retour A Domicile.  
PRS : Programme Régional de Santé.  
PTS : Programme Territorial de Santé.  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.  
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours.  
SNS : Stratégie Nationale de Santé.  
SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile.  
SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale.  
SSAD : Services de soins et d'Accompagnement à Domicile.  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile.  
SSR : Service de Soins de Suite et de Rééducation.  
UCC : Unité Cognitivo-Comportementale.  
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé.  
UHTCD : Unité d'Hébergement Temporaire de Courte Durée.  
USLD : Unités de Soins de Longue Durée.

## Introduction

« Le vieillissement de la population constitue un enjeu crucial pour notre système de santé. La prise en charge des personnes âgées se révèle aujourd'hui inefficace, insuffisante et trop tardive. Ces facteurs créent des inégalités sociales et territoriales de plus en plus criantes. Un seul principe doit guider l'action : la prise en charge doit, enfin, se faire autour du patient et du maintien de son autonomie. Le renforcement des politiques de prévention, des structures d'aval et de la place des aidants est non seulement indispensable mais inévitable. Il faut encourager une continuité dans le parcours de soin pour mettre fin à tous les à-coups dans la prise en charge et pour dépasser tous les cloisonnements...remettre la personne âgée au cœur de son parcours de santé et de vie, c'est n'omettre aucun aspect de sa prise en charge »<sup>1</sup> »...Plus que tout autre patient, la personne âgée fragile, nécessite une prise en charge globale prenant en compte ses troubles mais aussi ses capacités et son environnement. Cette prise en charge au sein d'un parcours continu et coordonné est la condition pour assurer « le juste soin » aux personnes âgées ».<sup>2</sup>

La France est engagée, comme ses voisins européens, dans un processus de transition démographique marqué par une croissance importante et continue des classes d'âge les plus élevées, ainsi que par une augmentation de la longévité des Français. Les Français de soixante-quinze ans et plus (5.7 millions en 2012) seront 12 millions en 2060. Et le nombre des plus de quatre-vingt-cinq ans va quasiment quadrupler, passant de 1.4 million aujourd'hui à 5.4 millions en 2060. <sup>3</sup>Cette transition démographique touche particulièrement la région Centre-Val de Loire, car en 2030 le nombre de personnes âgées potentiellement dépendantes serait, selon le scénario le plus probable, de 71 000, soit 12 500 personnes de plus qu'en 2010. Cette forte croissance est essentiellement liée à l'évolution démographique, notamment de personnes de plus de 90 ans, âge où la dépendance s'accroît.<sup>4</sup> A l'échelon du département du Cher (18), l'un des six départements de la région Centre-Val de Loire, la structure de la population est plus vieillissante que la moyenne nationale et la moyenne régionale. Ainsi les personnes de plus de 75 ans représentent 11 % de la population totale du Cher contre 10 % dans la région Centre et 9 % en France métropolitaine.

---

<sup>1</sup> Cartes sur table des idées pour la gauche « quelle prise en charge des personnes âgées pour demain ? 10 propositions – MAI 2015. P.3

<sup>2</sup> IGAS, Rapport N°RM2011-064P « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge »P5/121

<sup>3</sup> Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (AFSX1404296L) EXPOSE DES MOTIFS.

<sup>4</sup> INSEE Centre Info n°175 Février 2012 « l'évolution de la dépendance des personnes âgées : un défi en termes de prises en charge et d'emploi ».

Et enfin à l'échelon local, la ville de Bourges (18) connaît également un vieillissement de la population important et une augmentation relativement forte du nombre de personnes en situation de dépendance, ce qui est confirmé dans le contrat local de santé 2015-2017. En 2009 l'INSEE recensait 26 % de personnes de 60 ans ou plus avec une projection de 37 % en 2030. 84 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à domicile, 46 % de cette classe d'âge vivent en plus seul à domicile, ce qui est supérieur à la moyenne de la France métropolitaine.<sup>5</sup>

En parallèle de la transition démographique le diagnostic partagé du territoire de la région Centre-Val de Loire fait apparaître une démographie des professionnels de santé préoccupante, notamment s'agissant de la démographie médicale dont le renouvellement ne semble pas être assuré à moyen terme (96 médecins généralistes libéraux en moyenne pour 100 000 habitants en région Centre-Val de Loire contre 115 en France). Cette carence retentit sur l'ensemble de la filière de santé.

Le département du Cher présente également un déficit de professionnels de santé ce qui ne peut que constituer un handicap pour le maintien à domicile des personnes âgées. Les médecins, les infirmiers, et les kinésithérapeutes mais également les ergothérapeutes sont concernés. Par ailleurs, la population médicale est vieillissante. La question de son renouvellement à moyen terme constitue une problématique forte du département. Le déficit démographique et le vieillissement des médecins libéraux impliquent un investissement parfois limité dans les actions mises en œuvre en faveur des personnes âgées voire une absence de sensibilisation au vieillissement.

A l'échelon local l'actualisation du diagnostic local de santé dans le cadre du CLS indique une augmentation des personnes en situation de dépendance et afin de répondre à la faible démographie médicale et paramédicale en 2011 il y a eu la création de la maison de santé pluridisciplinaire du Val d'Auron et en 2014 l'ouverture de la maison médicale de garde du Centre Hospitalier Jacques Cœur ( association de médecins libéraux afin d'assurer la continuité des soins dans les périodes de fermeture des cabinets médicaux de la ville, de créer un partenariat entre médecins libéraux et hospitaliers, et de désengorger les urgences). A noter qu'en 2014, la ville de Bourges comptait 175 médecins dont 83 omnipraticiens et 92 spécialistes.

Dans ce contexte de vieillissement de la population et de pénurie médicale la volonté des politiques publiques est de développer le maintien à domicile des personnes âgées, de faciliter l'accès aux EHPAD (accessibilité financière, connaissance des places

---

<sup>5</sup> Diagnostic local de santé au 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année 2011 dans le cadre du contrat local de santé 1<sup>ère</sup> génération.



disponibles....) de faire évoluer le système de santé afin de faciliter la prise en charge des personnes âgées, et notamment d'éviter des hospitalisations inutiles ou d'en réduire la durée, ainsi que d'éviter des passages inutiles aux urgences.

Ces usagers du service de santé doivent pouvoir bénéficier de la bonne prise en charge et du bon accompagnement, au bon moment, par les bons professionnels, disposant de la bonne information. Ces adaptations permettraient notamment d'améliorer la qualité de la prise en charge et d'éviter de dégrader l'état de santé des personnes âgées, et de ne pas compromettre un retour à domicile.

Afin de maintenir le niveau de service actuel, de nouvelles structures d'accueil ou autres modalités de prise en charge devront être mises en place.

Afin d'atteindre ces différents objectifs les politiques publiques s'appuient sur la notion de parcours afin de décloisonner et d'éviter ou réduire les ruptures de prise en charge.

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins<sup>6</sup>. Les premières orientations de la future loi de santé contiennent la mise en place d'un parcours organisé pour mieux coordonner les professionnels et faciliter les coopérations : mise en place de lettre de liaison, d'un programme personnalisé de soins, etc.<sup>7</sup>

Les parcours sont l'organisation d'une prise en charge globale et continue des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Cet objectif est imposé essentiellement par la progression des maladies chroniques. Il nécessite une évolution de notre système de santé historiquement centré sur le soin vers une prise en charge plus complète des individus. Ainsi le champ de la santé s'entend au sens de l'OMS, intégrant la prise en charge sanitaire et sociale des individus. L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé. Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.<sup>8</sup>

Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de

---

<sup>6</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf)

<sup>7</sup> <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/quelles-orientations-pour-la-loi-de-sante>

<sup>8</sup> définition de l'ARS Ile-de-France

l'Etat et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont une notion temporelle (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile).

Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie sont les cibles de cette évolution du système de santé organisé à partir de cette notion de parcours. Il s'agit de l'ensemble des personnes de 75 ans et plus pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé (au sens de l'OMS) est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre social et/ou médical. Le parcours de la personne (patient, personne âgée, personne handicapée) est le pilier central de la Stratégie nationale de santé. Son but est de décloisonner pour une meilleure prise en charge des patients, notamment des personnes dépendantes. Ce décloisonnement devrait être facilité par des expériences telles que le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie de plus de 75 ans (PAERPA)<sup>9</sup> ainsi que par la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) qui est en phase de généralisation après l'expérimentation de 2009. Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé, avec notamment le service territorial de santé au public qui a vocation à renforcer l'accès aux soins de tous les français et le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement vont permettre de faire évoluer la notion de parcours et le mode d'organisation des acteurs de santé au sein d'un territoire afin de répondre à ces problématiques et de développer des solutions pour favoriser le maintien à domicile.

A l'échelon régional l'ARS Centre-Val de Loire dispose désormais d'un nombre important de leviers pour développer une approche globale de la santé et encourager le décloisonnement des parcours et des prises en charge. Cette nouvelle organisation intégrée (mise en place d'un nouveau modèle d'organisation et mise en synergie des ressources et acteurs des champs sanitaire, social et médico-social) doit permettre d'assurer sur les territoires une plus grande cohérence et une plus grande qualité des réponses en direction des usagers du système de santé. L'ARS du Centre-Val de Loire est accompagnatrice de la méthode à la gestion de projet pour la mise en place d'une filière gériatrique sur l'ensemble des territoires de la région. Le PACSS-ARS Projet d'Accompagnement au Changement du Système de Santé pour les ARS est un programme d'appui organisé par l'agence nationale d'appui à la

---

<sup>9</sup> L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

performance des établissements de santé et médico-sociaux. L'ARS du Centre-Val de Loire, qui a retenu les six départements de la région Centre comme territoire de santé, sièges des conférences de territoires, a dans son programme régional de santé 2012-2016 des axes relatifs à l'autonomie. Le Schéma régional de l'organisation médico-sociale en région Centre 2012-2016 dans son volet personnes âgées prévoit notamment de contribuer à éviter les hospitalisations aux urgences des personnes âgées à domicile et en EHPAD, et le programme territorial de santé du Cher (PTS)<sup>10</sup> reprend des priorités de la filière gériatrique.

L'échelon départemental prévoit également de favoriser le lien avec l'hôpital afin d'améliorer la continuité des soins entre hôpital, domicile, et EHPAD il est souhaité le déploiement auprès des professionnels hospitaliers et de santé, des réunions de sensibilisation à la culture gériatrique et le développement d'outils de liaison.<sup>11</sup>

A l'échelon local le CLS souhaite apporter des réponses adaptées en termes de coordination de l'offre de services médico-sociaux, de prévention des problématiques liées à la dépendance, et de maintien du lien social. De plus le territoire permet de s'appuyer, pour construire les orientations des politiques médico-sociales et de santé pour les années à venir, sur une offre riche d'établissements hospitaliers et médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes. Il existe une dynamique de partenariat et d'action en matière de coordination des soins, de prévention et de prise en charge globale intéressante qu'il convient de renforcer et de pérenniser.

La filière gériatrique est un outil juridique qui constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées. (Extrait de la circulaire de 2007 relative à la filière de soins gériatriques)<sup>12</sup>. A côté de la notion de filière gériatrique, celle de filière gérontologique » s'est développée à la faveur du passage des ARH aux ARS en 2009. Ce sont des filières élargies vers le médico-social.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> Programme Territorial de santé Région Centre

<sup>11</sup> Schéma départemental des personnes âgées 2014-2019

<sup>12</sup> Circulaire relative à la filière gériatrique - 2007

<sup>13</sup> « Coordination et parcours – La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT – Editions DUNOD – 2014 p.36

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur dispose d'une filière gériatrique complète et il est l'établissement de référence sur le territoire de santé du Cher. Il se situe dans la ville de Bourges qui rassemble avec sa périphérie 22.5 % de la population du département. Le Centre Hospitalier Jacques Cœur est l'établissement pivot sur le territoire de santé du Cher. C'est dans ce contexte particulièrement difficile de vieillissement de la population et de pénurie en ressources médicales que le Centre Hospitalier Jacques Cœur, doit accomplir ses missions de service public. Afin de mener à bien ses différentes activités le Centre Hospitalier Jacques Cœur emploie 1971 équivalents temps pleins et dispose de 936 lits et places dont : 670 lits et places sur le site de Jacques cœur pour les activités de MCO, SSR, HAD, SSIAD (26 places), UHTCD, urgences, soins pénitentiaires..., 266 lits et places sur le site de l'hôpital Taillegrain pour les activités d'EHPAD (129 lits) (taux d'occupation 99.70 %), USLD (60 lits d'Unités de Soins de Longue Durée dont 18 lits Unité d'Hébergement Renforcé) (taux d'occupation 97.6 %), SSR (55 lits), Un lit d'hébergement temporaire, un Accueil de jour (20 places) et une plateforme d'accompagnement et de répit. Il accueille également la Coordination départementale des établissements gériatriques du Cher (CDEG) qui a pour objectif de simplifier les démarches d'inscription en maison de retraite pour les usagers. Elle propose un dossier unique et fournit une liste d'attente aux établissements adhérents. Cependant à ce jour tous les établissements n'adhèrent pas à la CDEG et celle-ci doit être remplacée par l'outil Via Trajectoire dès 2015.

Alors que le Centre Hospitalier Jacques Cœur dispose d'une filière gériatrique complète celle-ci est néanmoins à l'origine de points de rupture dans le parcours des personnes âgées prises en charge.

Effectivement le Centre Hospitalier Jacques Cœur est confronté à des difficultés dans le fonctionnement de sa filière gériatrique en interne mais également avec les trois autres filières gériatriques du territoire de santé ainsi qu'avec les autres acteurs assurant la prise en charge des personnes âgées.

Il existe un problème en amont et en aval : le service des urgences doit faire face à un flux important de personnes âgées et cela se traduit par un encombrement de celui-ci (L'Hébergement Temporaire de Courte Durée HTCD est occupé à 95 % par des personnes âgées dépendantes), des séjours longs en SSR en raison de sorties difficiles. (DMS des SSR A + 4.5 % avril 2014/avril 2015 et SSRB + 42.3 %), mais également en service de gérontologie clinique où il est constaté une hausse de +2.6 jours / 2014. Une durée supérieure au plan régional par rapport aux établissements de taille comparable.

Il en résulte une prise en charge des patients qui n'est pas satisfaisante et qui conduit à des situations qui peuvent interroger d'un point de vue éthique,..... (Exemple : des patients âgés laissés sur des brancards pendant des heures, ou maintenus en SSR sans problèmes

médicaux dans l'attente d'une mise sous protection juridique). Cette prise en charge peut occasionner une dégradation de l'état de la personne âgée et ainsi rendre plus difficile le retour à domicile, voir le rendre impossible.

Une adaptation de la filière gériatrique est donc à envisager, en sachant que les recrutements médicaux resteront certainement l'un des freins à cette évolution comme pour d'autres établissements. Effectivement «l'environnement sanitaire actuel est un environnement contraint. Les difficultés des établissements pour recruter les praticiens de certaines spécialités (notamment les anesthésistes, radiologues ou urgentistes) sont un facteur important de risque pour le maintien d'une offre de qualité et sécurisée dans certains territoires1... »<sup>14</sup>. L'établissement souhaite «...qu'une réflexion s'engage sur un fonctionnement par filière. Il faut analyser le profil de ces patients qui restent dans le service. Peut-être une adaptation de la filière gériatrique qui supposera un certains nombres d'agrément, les freins seront certainement le recrutement des ressources médicales... ».<sup>15</sup>

« .... L'élaboration du projet médical partagé constituera donc une étape critique dans la constitution des GHT. Ce document fondateur, issu d'un diagnostic territorial robuste (cf. infra), a vocation à définir et structurer toutes les filières inter-hospitalières de prise en charge de patients, au sein d'un même GHT. Ce projet médical partagé se doit donc d'intégrer toutes les spécialités, sans exception... »<sup>16</sup>

La fluidité des parcours de la personne âgée en situation de perte d'autonomie tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au cloisonnement de leurs interventions respectives.

L'accompagnement d'une personne âgée en situation de fragilité, du fait d'une limitation de son autonomie se traduit trop souvent par une succession de ruptures. Ces dernières pourraient être évitées et son parcours de santé amélioré.

Ainsi les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prise en charge sans rupture, au fur et à mesure de la graduation des soins requis.

Est-ce que la filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques cœur permet aujourd'hui de fluidifier le parcours de santé des personnes âgées tout en respectant le choix des usagers dans un contexte de transition démographique et de pénurie médicale ?

---

<sup>14</sup> Rapport mission groupements hospitaliers de territoire – rapport intermédiaire - Membres : Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU - Mai 2015 p.11

<sup>15</sup> Directoire du CHBJC

<sup>16</sup> Rapport mission groupements hospitaliers de territoire – rapport intermédiaire - Membres : Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU - Mai 2015 p.16

Dans une première partie je vais poser le diagnostic de la filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques Cœur (I), dans la deuxième partie il s'agit d'illustrer les points de rupture par une situation concrète (II) et enfin dans la troisième partie il s'agit de développer des propositions afin de faire évoluer et améliorer le fonctionnement de cette filière gériatrique (III).

## 2 METHODOLOGIE

J'avais projeté de travailler sur la thématique relative à la filière gériatrique depuis début 2014. J'ai donc sélectionné mes lieux de stage afin de pouvoir travailler sur cette question, à savoir la direction de la coordination de l'action en faveur des personnes âgées (Conseil Départemental), des EHPAD autonomes public et privé, le secteur psychiatrique, et le Centre Hospitalier Jacques Cœur, établissement support du département du Cher. J'ai également rencontré des acteurs de la coordination tel que le CLIC, la MDPH ....

J'ai fait le choix de délimiter le sujet aux personnes âgées de plus de 75 ans soit 10.63 % de la population dans la région Centre et 9.65 % dans le Cher en raison de l'expérimentation PAERPA.

Lors de ma semaine de pré-stage début juin 2014 j'ai commencé à réaliser des entretiens notamment avec le service social du Centre Hospitalier Jacques Cœur. Dès le début de mon stage de professionnalisation j'ai rédigé **une fiche action** (La fiche action est un outil précieux durant la phase d'intervention. Elle doit permettre à l'intervenant qui va l'utiliser d'être guidé, aidé dans son action. Concrètement, **elle doit répondre à la question "comment"** c'est-à-dire décrire précisément la réalisation d'une mission), afin de me guider sur mes objectifs, les entretiens à réaliser, et les commissions auxquelles je devais participer. J'ai retenu également l'outil « fiche action » pour mes missions afin de faciliter la poursuite de celles-ci par les professionnels de l'établissement.

Très rapidement l'une de mes missions en lien avec mon sujet de mémoire m'a conduite à élaborer des outils pour répondre aux difficultés remontées par les acteurs du terrain : présentation des services de la filière gériatrique aux acteurs du territoire, organisation d'une soirée à thème sur la filière gériatrique à destination des acteurs du territoire et des professionnels de l'établissement, élaboration d'un plan de communication interne et externe notamment. Ce qui a orienté mon travail vers une « **recherche action** ». Cependant je n'ai pas souhaité que mon sujet de mémoire soit intégré comme l'une de mes missions de stage de professionnalisation afin de conserver une entière autonomie sur la conduite de mon travail.

Concernant **les entretiens** j'ai défini les informations dont j'avais besoin et déterminé les personnes à rencontrer dans ce cadre. J'ai réalisé environ trente entretiens auprès des professionnels de l'établissement (direction, service de soins, médecins...), des acteurs extérieurs (Conseil départemental, DT ARS, CCAS, CLIC .....) et des représentants des usagers. Les entretiens ont été organisés à partir de rendez-vous et ont duré en moyenne une heure tout en laissant la possibilité à chaque interlocuteur de me confier sa propre vision

du fonctionnement de la filière gériatrique. Cependant j'ai fait le choix de ne pas élaborer un questionnaire afin d'avoir un entretien « assez libre » ressemblant plus à une discussion. Ces éléments m'ont permis d'établir le **diagnostic du fonctionnement de la filière** à partir des visions des acteurs internes et externes sans oublier les représentants des usagers et les médecins de ville.

J'ai également participé aux réunions de direction chaque lundi matin, aux instances, et à différentes commissions : commission d'admission en EHPAD/USLD, ainsi qu'aux coordinations gérontologiques (Bourges, St Amand, Sancoins, Sancerre), aux réunions CLS (Contrat Local de Santé), Schéma départemental pour les personnes âgées, GHT (Groupement hospitaliers de territoire), télémédecine avec la DT ARS.

J'ai également **rencontré la directrice du secteur personnes âgées dans un Centre Hospitalier référent sur son territoire n'ayant pas de filière gériatrique** formalisée pour définir si les points de rupture étaient similaires à ceux du CHBJC, la responsable de la plateforme d'accompagnement et de répit sur un autre territoire de santé pour définir le lien Hôpital/domicile, ainsi que le directeur de l'hôpital de l'île d'Oléron disposant d'un **accueil de jour et porteur du CLIC**.

Je tiens à préciser que ce travail s'inscrit dans un double cursus car je prépare **un master II droit, santé, éthique (Parcours 2 : droit des établissements sociaux et médico-sociaux)** et que ce mémoire fera partie des UE à valider.

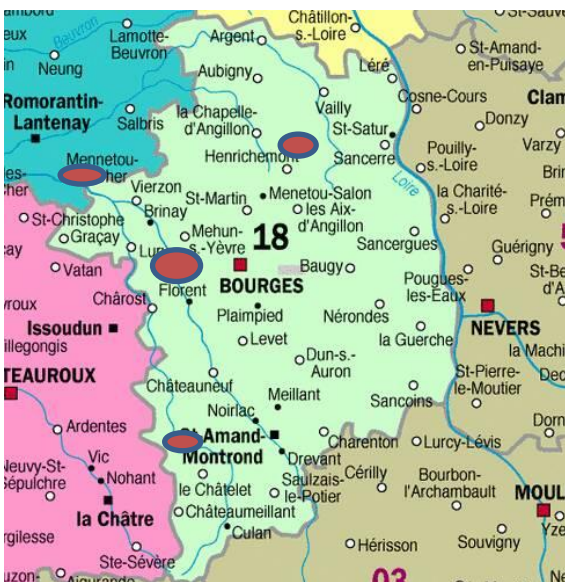
Enfin j'ai été accompagnée tout au long de mon travail par **Mme BLOCH Marie-Aline** (Chercheur en sciences de gestion à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, ancien directeur scientifique de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) auteur du livre « Coordination et parcours, dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » avec Léonie HENAUT - Edition DUNOD – 2014.



### 3 Titre I – Diagnostic de la filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques Cœur (Bourges 18- Cher)

Le département du Cher (18), l'un des six départements de la région Centre, présente une **structure de population vieillissante et un déficit des professionnels de santé**.

Sur le territoire de santé qui correspond au département du Cher, **il existe trois autres filières gériatriques** mais qui ne disposent pas de tous les services comme le Centre Hospitalier Jacques Cœur : L'Hôpital de Sancerre, le Centre Hospitalier de Saint-Amand-Montrond, et le Centre Hospitalier de Vierzon. La filière gériatrique du Centre Hospitalier de Bourges est située géographiquement au cœur des trois autres filières gériatriques (cf. carte ci-dessous). En tant qu'établissement référent du département il est porteur du projet de communauté hospitalière de territoire qui va évoluer vers un Groupement Hospitalier de Territoire obligatoire à compter de 2016.



La circulaire de la DHOS du 28 mars 2007 et le plan solidarité grand âge 2007-2012 précisent les structures devant composer la filière gériatrique<sup>17</sup>. Elle constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées. (Extrait de la circulaire de 2007 relative à la filière de soins gériatriques).

<sup>17</sup> Rapport IGAS Mai 2011 p48/121 « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge »

La filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques Cœur (Bourges – Cher 18) a été reconnue par l'Agence Régionale d'Hospitalisation en 2010. Elle comprend tous les services au sein d'un pôle de gériatrie : un service de médecine polyvalente de gériatrie, une équipe mobile gériatrique à vocation interne, deux équipes mobiles de soins palliatifs (l'une interne et l'autre départementale), des lits identifiés de soins palliatifs dans différents services, SSR gérontologie (deux services : 56 places), USLD (42 places), Deux UHR dont une labellisée, EHPAD (129 places), Hébergement temporaire (1 place), Consultation mémoire, Consultation chutes, Hôpital de jour gériatrique (8 places), Accueil de jour (20 places), Plateforme de répit et d'accompagnement (à vocation départementale). L'établissement dispose également des services suivants qui interviennent à domicile : SSIAD (26 places) et HAD (25 places).

Dans le cadre de la certification V2014 du 04/03/15 une analyse de la filière gériatrique a été réalisée par le Chef du pôle de gériatrie :

« Il existe des liens avec les EHPAD ou les médecins généralistes pour des entrées directes mais ils ne sont pas formalisés. La télémédecine est en cours de développement, des relations existent avec les soins palliatifs départementaux, et le service d'HAD. L'EMG : intervient en HTCD et aux urgences pour fluidifier le parcours de soins. L'outil Trajectoire permet de créer un lien entre le service aigue et le SSR. Les troubles cognitifs ne sont pas anticipés notamment dans le cadre des protections juridiques. La CDEG permet d'avoir une liste d'attente qu'avec des personnes prêtes à entrer. Le département du Cher est classé avant dernier au niveau de sa démographie médicale, il y a des postes vacants dans tous les services, donc cela occasionne un afflux aux urgences. Cela doit être concilié avec des exigences de plus en plus institutionnelles (HAS), et une baisse des ressources. Sur le territoire il y a un blocage de l'aval. 43 à 44 % hospitalisation se font à partir des urgences. Ce % met en évidence le problème de maillage de médecins sur le territoire. Et cette situation peut ralentir la mise en place d'une HAD car il faut un médecin coordonnateur, en lien avec un médecin généraliste.

Un entretien avec un pneumologue du CHBJC a permis de dresser un diagnostic du fonctionnement de la filière en interne et avec les trois autres filières gériatriques du territoire.

Le problème rencontré par le service de pneumologie porte sur les sorties.

Le responsable du service indique que « ... Dès le premier jour on pense à la sortie... » ; Les cas traités sont présentés en staff. La partie médicale est résolue au 8<sup>ème</sup>/10<sup>ème</sup> jour, mais la famille a du mal à accepter la situation, il faut un temps de réflexion, au 5<sup>ème</sup>/6<sup>ème</sup> jour la famille avance, et par exemple au 10<sup>ème</sup> jour peut accepter une orientation vers les moyens séjours. De plus les familles estiment parfois ne pas avoir besoin de voir l'assistante sociale. Dans le cas contraire l'assistante sociale peut donner un rendez-vous dans les 5/6 jours, si la famille attend 5/6 jours donc 10/12 jours perdus donc il ressort au final un manque de réactivité. Concernant le service social, le système de bons semble illogique car l'assistante sociale fait partie du

service. Le volet social est informatisé : « ...très bien car permet de retrouver les informations... » ; Il est à noter un problème de codage par le DIM s'il y a un problème social.

Le service de pneumologie sollicite rarement la commission de séjour difficile, d'ailleurs celle-ci n'a pas été saisie depuis un an.

Le maillon faible est le moyen séjour. Le service tient compte de la zone géographique afin d'orienter les patients cependant des difficultés existent dans la poursuite de la prise en charge des autres filières gériatriques. Des exemples : une patiente a dû attendre huit jours pour être admise dans un SSR car il fallait installer l'oxygène dans la chambre ; Une patiente de 65 ans, obèse et ayant des problèmes d'ordre social n'a pas été admise dans un SSR en raison de son obésité.

Concernant les bons dans trajectoire, ceux-ci permettent d'obtenir une réponse rapide, en ce moment le parcours est fluide, vers février 2015 la situation était plus compliquée.

Le réseau avec les EHPAD :  $\frac{3}{4}$  des patients viennent des EHPAD, des EHPAD appellent en dehors de trajectoire.

Il y a un manque d'anticipation en ville, par la famille, beaucoup de personnes âgées sont sous tutelle, les foyers occupationnels n'anticipent pas, cela ne s'explique pas.

Afin de pouvoir croiser les visions j'ai rencontré les professionnels du Centre Hospitalier de Sancerre en mars 2015, il ressort des points de rupture dans la prise en charge des patients âgées en raison d'une mauvaise utilisation de l'outil Via Trajectoire, d'un manque de communication, et d'une méconnaissance des organisations des différents établissements. Cette rencontre a permis de pointer des cas concrets qui suite à la demande de la directrice générale ont été transmis au service qualité afin qu'ils soient traités avec l'outil ALARM Facile 6 (L'analyse ALARM est une méthode d'analyse systémique spécifique aux événements indésirables dans le secteur de la santé). A la fin de mon stage soit fin juin 2015 les résultats des enquêtes n'étaient toujours pas transmis. Il ressort donc un manque de réactivité afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées.

Afin de pouvoir cibler avec plus de précision les points de rupture dans le parcours des personnes âgées au sein de cette filière gériatrique et afin de pouvoir trouver des éléments de réponse j'ai décidé dans la méthodologie retenue de rencontrer les professionnels de l'établissement ainsi que les différents acteurs du territoire dont les représentants des usagers afin d'obtenir leur propre vision du fonctionnement de cette filière gériatrique qui doit s'ouvrir vers l'extérieur.

### 3.1 I A – Une filière gériatrique avec des forces et des opportunités : regards croisés des professionnels du CHBJC, des acteurs du territoire et des représentants des usagers.

Le projet d'établissement actuel et le CPOM du CHBJC indiquent la nécessité de constituer une filière gériatrique de territoire ouverte aux trois autres filières gériatriques et aux acteurs de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire. Le projet d'établissement doit être réécrit en 2015 ce qui est une opportunité car c'est la possibilité de pouvoir y inscrire de nouvelles orientations dont celles du projet médical de territoire dans le cadre du futur GHT.

L'établissement a déjà travaillé sur la gestion des lits avec le **projet ANAP** (agence nationale d'appui à la performance) relatif à la gestion des lits, lancé au niveau national et à destination des établissements de santé MCO en avril 2013. L'enjeu est d'améliorer le service rendu au patient grâce à une fluidification des parcours patients en hospitalisation programmée et non programmée (notamment depuis les urgences) et une hospitalisation " au bon endroit " et pour " une juste durée ". Ainsi, travailler à l'amélioration de la Gestion des lits oblige à appréhender le parcours du patient dans sa globalité, depuis son entrée (préadmission/admission) jusqu'à sa sortie ; et même en amont et en aval de sa présence au sein de l'établissement (lien avec la médecine de ville et les structures d'aval : SSR, EHPAD, HAD).<sup>18</sup>

Dans ce cadre un groupe de travail a été organisé au sein du Centre Hospitalier Jacques Cœur afin de travailler sur l'organisation des sorties des patients. Il en est ressorti la nécessité de restructurer et de remplacer la commission des séjours prolongés par la commission des séjours difficiles, de repenser la gestion du séjour et l'anticipation de la sortie (Source Service Social interne). Ce groupe de travail a été identifié par le CCAS qui considère que la sortie est bien organisée (Source CCAS). Le DLU est un outil qui fonctionne bien même si le logiciel actuel nécessite une passerelle entre le DLU et le DMP (Source EHPAD Antoine MOREAU). Il ressort que le Service de soin et de réadaptation sert de soupape, il est un SAS d'attente en attendant l'entrée en établissement.

Dans le diagnostic réalisé sur la filière gériatrique dans le cadre du projet ANAP sur l'année 2012 l'équipe mobile gériatrique fait partie des forces car elle oriente les personnes âgées dès les urgences. Pour ma part j'identifie la plateforme d'accompagnement et de répit mais également tous les services qui ont déjà un lien avec le domicile et les acteurs du territoire comme une force pour l'établissement.

L'année 2015 est l'année de la certification V2014 pour l'établissement. Dorénavant un fonctionnement basé sur le parcours du patient est retenu : le patient traceur. Cela va permettre

---

<sup>18</sup> Sources site de l'ANAP.

à l'établissement de faire évoluer certaines de ses pratiques professionnelles, organisations et outils. Ce qui peut également être confirmé par la présence d'une MAIA et la région Centre Val de Loire a été retenue pour l'expérimentation PAERPA.

Des outils tels que la macro-cible d'entrée qui permet d'alerter sur le risque de fragilité sociale du patient âgé (Source service social), l'outil Via Trajectoire qui part des besoins du patient et qui va intégrer les EHPAD dès 2015, la télémédecine, la Coordination départementale des établissements gériatriques (Source comité médical de la CDEG 10 mars 2015) permettent d'améliorer le parcours de santé du patient âgé lorsqu'ils sont bien utilisés.

Au niveau des ressources humaines, il est à noter le recrutement d'une infirmière (un ETP) pour fluidifier le parcours du patient filière AVC (Source Service Social interne) ; des médecins gériatres qui travaillent en direct avec les médecins des EHPAD, qui les sollicitent, et qui sont également positionnés aux urgences (Source Chef de pôle gériatrique). Le Centre Hospitalier dispose surtout de professionnels prêts à s'inscrire dans le changement nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (EDESSMS).

Enfin l'établissement dispose d'une filière gériatrique complète, qui existe (Source cadre de santé), qui prend en charge les personnes âgées quelle que soit leur problématique (Source direction des soins), qui est organisée en pôle (ainsi que l'organisation de réunions de pôle), et qui va s'inscrire dans le territoire à travers l'évolution du projet de CHT vers un GHT dès 2016. Dans le cadre de l'élaboration de son contrat de santé, la ville de Bourges a réalisé un diagnostic en 2011 et il ressort un bon fonctionnement de la filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques Cœur qui mérite néanmoins d'être complétée par certains services ou dispositifs afin de s'inscrire dans les programmes actuels à destination des personnes âgées. Effectivement il n'y a pas de problèmes constatés avec la filière gériatrique, il y a de bons contacts avec les médecins gériatres du Centre Hospitalier, les acteurs se connaissent, se parlent, il faudrait peut-être organiser des actions collectives (Source CCAS).

Un découpage a été fait afin que les secteurs des travailleurs sociaux APA correspondent aux secteurs du SSIAD (le conseil départemental). Ce nouveau découpage peut faciliter la mise en œuvre de coopérations (EDESSMS).

Le territoire de santé compte 15 coordinations gérontologiques qui ont pour objet d'échanger entre les partenaires de la coordination autour de situations individuelles connues. Elles se réunissent mensuellement et permettent d'établir de réelles passerelles entre les différents acteurs intervenants au domicile des personnes âgées du département et de travailler en amont d'éventuelles entrées en EHPAD. (Source chargée de mission MAIA).

Il existe sur le territoire de santé des travailleurs sociaux qui font le lien et le SSIAD permet un passage régulier au domicile de la personne âgée ce qui est un bon moyen d'alerte (Représentants des usagers).

Le territoire de santé est bien doté en établissements de santé, social, et médico-social, de nombreux acteurs sont présents sur le territoire : deux CLICS, une MAIA, CCAS, ... La diversité des acteurs du secteur de la gérontologie représente à la fois une richesse et une complexité dans les échanges d'information entre professionnels (Conseil départemental). Cependant il ressort une volonté des acteurs de travailler ensemble.

### 3.2 I B – Une filière gériatrique avec des faiblesses : regards croisés des professionnels du CHBJC, des acteurs du territoire et des représentants des usagers.

- **Les ressources médicales :**

Le territoire de santé du Cher est confronté à une faible démographie médicale<sup>19</sup>, ce qui a des conséquences sur les hospitalisations évitables et l'afflux aux urgences. Dans ce contexte le rôle du médecin traitant peut être interrogé notamment pour le retour à domicile (Source direction des soins). De plus l'établissement est confronté à des difficultés pour recruter des professionnels afin de pouvoir assurer un fonctionnement satisfaisant des différentes activités. Effectivement « ....les personnes âgées nécessitent une prise en charge spécifique du fait de leurs pathologies multiples, chroniques et complexes... »<sup>20</sup> ; Cette situation est confirmée par les acteurs du territoire qui précisent qu'il y a des zones blanches, des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès des médecins généralistes et pour s'y rendre. Dans le quartier du Val d'Auron il n'y a plus de médecins généralistes malgré un travail sur la désertification (Source CCAS).

- **La procédure d'admission**

Il s'avère que certains patients sont accueillis en USLD alors qu'ils relèvent d'un EHPAD classique (Source Direction). La procédure d'admission est peut-être à revoir pour les lits en EHPAD et en USLD (Source direction et médicale). Le placement des personnes âgées est de

---

<sup>19</sup> Conseil national de l'Ordre des Médecins vient de publier sa nouvelle édition 2015 de l'Atlas de la démographie médicale

<sup>20</sup> « Quelle prise en charge des personnes âgées pour demain ? » 10 propositions mai 2015 cartes sur table des idées pour la gauche – P.7/21

plus en plus difficile car les EHPAD du département retiennent de plus en plus de critères pour les admissions (Source service social interne). Ce qui résulte à une sélection des résidents (Source DT 18 et Conseil Départemental 18). L'EHPAD de Taillegrain prend en bout de chaîne les personnes n'ayant pas trouvé d'autres établissements (Source Conseil Départemental). Les acteurs du territoire ajoutent que des conventions pour des admissions directes des EHPAD vers les services du CH support ne sont toujours pas formalisées (Source DT 18).

- **Les mesures de protections juridiques**

Les délais pour leur mise en application sont longs (Source direction, médicale et direction des soins), et leur nombre augmente (Source cadre de santé). En 2014 le service social de l'établissement a géré 15 demandes de mesures de protection sur 23 pour le service de SSR JC. La durée moyenne de la mise en application est de 19 à 26 semaines. (Source service social interne). Les acteurs du territoire confirment que les demandes sont en hausse. (Chargée de mission MAIA)

- **Le contexte social**

Pour les professionnels du CHBJC il apparaît que les personnes âgées peuvent être isolées, et contraintes à des difficultés financières. De plus les familles se désengagent, et certaines s'opposent à une entrée en EHPAD (Source direction des soins et service social interne). Pour les acteurs du territoire il y a l'existence de personnes qui échappent à tous types de santé et qui manquent de ressources. (CCAS). Cela engendre des allers et retours domicile/Hôpital (urgences). (conseil départemental) ; Face à certaines situations il n'y a pas de solution car il y a un risque d'une atteinte à la liberté (DT 18).

- **La prise en charge des personnes âgées.**

Pour les professionnels du CHBJC il y a des personnes âgées poly-pathologiques qu'aucun service ne veut car leur durée de séjour peut s'allonger, une personne âgée présentant une poly-pathologie et de la dépendance «est désengageante » (Source cadre de santé et direction des soins).

- **Les travailleurs sociaux**

Pour les professionnels du CHBJC les travailleurs sociaux de secteur sont peu concernés par les personnes âgées (Source médicale). De plus l'ensemble des établissements dans le cadre du projet ANAP relatif à la gestion des lits a remonté que le service social interne est un frein

(CS de santé). Dans son rapport d'activité 2014 le service social du Centre Hospitalier indique qu'il manque de temps. Certains dossiers sont finalement gérés par les médecins (source médicale), il y a un « désenchantement du rôle du service social » (Source direction des soins).

- **La coordination**

Pour les professionnels du CHBJC il y a un problème de coordination entre les acteurs du domicile, il y a un manque de liens notamment entre les EHPAD et les Foyers logement vers hôpital pour favoriser l'ambulatoire (Source direction des soins). Il existe une difficulté pour avoir une vision globale des aides à domicile, Il y a beaucoup d'intervenants (Source cadre de santé) et pas de fiche de liaison (EDESSMS). Les maillages sont différents en fonction des cantons, et le retour à domicile est plus ou moins complexe (Source direction des soins).

Pour les acteurs du territoire « ....Quatre filières gériatriques sur le territoire et pas de vision globale. Il y a un manque de communication. La fluidité doit se construire. Il faut anticiper. Pas assez d'outils partagés. Le rôle ARS est de décroisonner le sanitaire et le médico-social... » (Conseil départemental). Le fonctionnement des 4 filières gériatriques n'a pas été évalué, et la fiche relative à la filière gériatrique du CH Jacques Cœur n'est pas actualisée en avril 2015 (DT 18).

Le département du Cher a 15 coordinations gérontologiques locales créées à la base par les SSIAD. Les travailleurs sociaux (évaluateurs APA) y participent. 14 coordinations sont informelles uniquement celle portée par le CLIC Berruyer a une reconnaissance juridique. Cela conduit à des pratiques hétérogènes.

Lors de la rencontre avec l'hôpital de Sancerre du 12 mars 2015 il ressort que dans le cadre de la coordination, qui se réunit une fois par semaine en comité restreint et une fois par mois avec le CG, CARSAT, qu'une commission de sortie est organisée : les patients relevant du secteur de Bourges sont vus mais personne ne vient chercher cette information. Par exemple on redemande une consultation mémoire alors qu'elle a déjà été faite. Il n'y a pas de partage d'informations. De plus il apparaît des points de rupture : L'utilisation de Trajectoire, le manque de communication et de coordination entre les établissements, la méconnaissance des pratiques professionnelles entre établissements, et des mésententes informelles entre les professionnels.

Il y a des méconnaissances sur les dispositifs existants par les acteurs comme le projet de coordination départementale des coordinations gériatriques en cours de réalisation par le Conseil Départemental, la Plateforme de répit et d'accompagnement du CHBJC alors qu'une action est inscrite dans le Schéma Départemental des Aînés du Cher (Conseil Départemental).

- **Le fonctionnement des services**



Pour les professionnels du CHBJC le fonctionnement de la filière gériatrique met en évidence un manque une communication d'ensemble, un manque d'appropriation par les acteurs de la filière de toutes les possibilités, elle reste cloisonnée. Il n'y a pas de projet liant. C'est un grand pôle qui bénéficie de la compétence des médecins gériatres, il y a une dynamique, mais pas un groupe. Une filière qui ne vit pas.

L'entrée en urgence dans la filière gériatrique par les personnes âgées résulte de situations qui ne sont pas anticipées en raison notamment d'un manque de médecins sur le territoire de santé (Source médicale). Il est à noter que la Maison de garde médicale adossée au Centre Hospitalier depuis 2014 fonctionne peu alors qu'elle doit permettre d'éviter des hospitalisations injustifiées par les urgences (Source direction).

Au niveau des urgences il y a un pourcentage élevé des personnes âgées de plus de 75 ans et ces patients restent longtemps (Source direction et médicale). Cela résulte d'une pénurie médicale, il y a la nécessité d'une permanence donc soit le 15, soit SOS médecin mais qui ne couvre pas tout le territoire (Conseil Départemental). Les personnes âgées qui arrivent après des chutes repartent trop tard (Source direction). Il y a peu de réflexions sur le retour à domicile des personnes âgées en HTCD (Source direction des soins).

Une équipe mobile gériatrique qui est en difficulté en raison de ses effectifs. Une EMG à vocation interne seulement, une équipe qui peut devenir un point fort. (Source cadre de santé). Le n° de gériatrie unique à destination des médecins généralistes, et des EHPAD n'a pas abouti (DT 18). Pour les acteurs du territoire il est mentionné que des consultations avancées avaient été évoquées par un gériatre du CHBJC mais il n'y a pas eu d'engagement de l'hôpital, donc la fiche action dans le cadre du contrat local de santé a été mise de côté (CCAS).

Le service de consultation mémoire ne bénéficie plus de l'intervention de l'assistante sociale depuis juin 2014 suite au déménagement de l'hôpital de jour car il n'est pas prévu de temps social. Pourtant en 2013 70 dossiers ont été gérés par le service social. Ce fonctionnement permettait de gérer une situation dès le début, de faire de la prévention, de faire une inscription APA si nécessaire, de lancer une mesure de protection juridique, et d'éviter un travail dans l'urgence (Source Service Social interne). Le Bilan mémoire n'est pas suffisamment anticipé (Source direction). Il est à noter des délais d'attente jusqu'à six mois pour pouvoir consulter.

SSR : le profil de certains patients âgés correspond à de la médecine aigue (Source médicale), ils sont tous vus automatiquement par l'assistante sociale même sans problématiques particulières (Source direction des soins). Ce service n'a pas de projet médical (Source

direction), « ...attention le SSR n'est pas un service d'hébergement... » (Source direction février 2015).

Hôpital de jour gériatrique : suite à une évaluation à 6 mois il ressort une augmentation de 10 % du taux d'occupation (notamment pour le groupe cognitif pour lequel il y a une liste d'attente) par contre il y a des difficultés pour remplir le groupe équilibre alors qu'il y a des patients concernés par les chutes. Une plaquette « prévention des chutes » a été élaborée pour être diffusée auprès des médecins généralistes. Ainsi si le nombre de chutes diminuent il y aura un afflux moins important aux urgences (Source service social interne et Direction).

Hébergement temporaire : uniquement une place, dans le privé toujours de la place pour prendre en charge les personnes âgées (Source service social interne).

Accueil de jour de TAILLEGRAIN : 20 places : le frein c'est le transport (Conseil Départemental) et le mode de financement.

La plateforme d'accompagnement et de répit ainsi que l'accueil de jour ont une activité qui doit être développée.

EHPAD/USLD : Il existe peut-être un manque de places en EHPAD et en USLD (Source direction). Une population de plus en plus dépendante en raison d'une politique de maintien à domicile. Pas d'infirmière la nuit. Un retour dans les établissements à n'importe quelle heure nuit/jour après une hospitalisation (Conseil Départemental).

Les Foyers logements : ne font pas toujours sortir les personnes âgées alors que le règlement intérieur du CCAS prévoit la sortie en cas de dégradation de l'état de la personne âgée (CCAS).

Les services d'aide à domicile : une difficulté au-delà de 19 h, à partir de 21 h tarif de nuit et le plan d'aide APA ne permet pas de financer cette prise en charge. (Chef de service évaluation, accompagnement des personnes âgées, pôle senior Vierzon Sologne (MAIA à Vierzon). Les SSAD mentionnent que l'état de santé des personnes âgées qui rentrent à leur domicile après une hospitalisation est « catastrophique » (conseil départemental).

Il ressort donc des projets de service en inadéquation avec l'activité et des activités en inadéquation avec les effectifs (Source Direction).

La baisse de la DMS des hôpitaux conduit à anticiper des sorties. (CCAS). La sortie d'hospitalisation : A l'hôpital un plan de soins organise la sortie vers un retour à domicile alors que les problèmes ne sont pas résolus. Une conséquence sur l'espérance de vie (Source CG).

Un blocage au niveau du SSR (DT 18), l'APA d'urgence ne fonctionne pas, (CG), sur le terrain pas besoin de SSIAD mais de SSAD (DT 18).

L'hôpital n'a pas la culture gériatrique, et notamment il n'y a pas de prise en compte dans le soin de la fragilité liée à l'âge. (Conseil départemental) Des habitudes de travail difficiles à faire changer (Chargée de mission MAIA).

- **Les Outils de la filière gériatrique.**

Pour les professionnels du CHBJC il ressort que le recours à la commission des séjours prolongés n'est pas systématique alors qu'une nouvelle procédure de saisie a été définie. Effectivement il s'agit d'apporter une réponse aux séjours longs car plus le séjour hospitalier se prolonge et plus le retour à domicile se complique (Source direction des soins).

L'outil Via-Trajectoire n'est pas maîtrisé par tous les utilisateurs. Il existe un problème sur le remplissage des informations, la sortie s'organise souvent en dehors de trajectoire au téléphone (Source cadre de santé). En fonction des services du CHBJC, l'hôpital de Sancerre n'a pas le numéro des interlocuteurs, mais uniquement le numéro du standard dans trajectoire. Cela occasionne une perte de temps d'environ 15 minutes par dossier.

Les staffs : Il n'y a pas de procédure pour le déroulement des staffs. (Source cadre de santé) ; Beaucoup de dossiers sont vus en peu de temps, la fiche autonomie AS dans le dossier patient n'est pas assez précise, les infirmières ne sont pas toujours au courant en raison des roulements (Source Service Social interne). Cette question ne peut être travaillée que dans le cadre du pôle de gériatrie (Source direction des soins) Il n'y a pas de staff dans tous les services (exemple cardio) cependant les médecins peuvent interpeller l'assistante sociale par le biais des bons informatiques.

Concernant les représentants des usagers il ressort de mon entretien avec la Présidente du CODERPA, membre du CRSA, du CS de l'ARS, ancienne directrice d'un CCAS et qui a participé à l'expérimentation de la MAIA à Vierzon, qu'il y a un manque de place d'hébergement temporaire, une carence des services à domicile, un problème familial, des critères d'admission différents HG/SSIAD. Les CCAS fonctionnent différemment, par exemple à Vierzon le CCAS gère le SPASAD, un EHPAD, le portage de repas, l'accueil de jour, le SSAD, et le SSIAD. A Bourges le CCAS gère moins d'établissements. Il existe une difficulté pour la prise en charge des déments ambulants. Et enfin une adaptation des services à domicile est nécessaire, surtout pour répondre à leur manque de personnel et à la formation de celui-ci.

### 3.3 I C – Comparaison avec le Centre Hospitalier de Montluçon (Département De l'Allier- Région Auvergne) qui n'a pas de filière gériatrique formalisée.

Il m'a semblé judicieux de rencontrer la directrice du secteur personnes âgées d'un établissement de taille similaire au Centre Hospitalier Jacques Cœur et n'ayant pas formalisé sa filière gériatrique au sein de son pôle de gériatrie. Il ressort également des forces et faiblesses. Tout d'abord l'établissement est également confronté à l'engorgement de ses **urgences**, et à la présence de **lits de débordement** qui ont tendance à augmenter. L'arrivée à l'hôpital de la personne âgée résulte d'une dégradation de son état de santé qui n'a pas été anticipé (des certificats médicaux établis par les médecins de ville qui demande une hospitalisation pour placement), et les appels aux services sociaux sont inexistant.

**Le court séjour gériatrique** (30 lits (DMS envoyer mail)) accepte des entrées directes, un lien avec la médecine de ville existe, et les lits sont souvent embouteillés par les urgences. Le fonctionnement réel ne correspond pas au souhait initial. Le recrutement de gériatre est difficile. Un projet global (incluant la partie sociale) est défini pour le patient âgé, des dossiers (commission d'admission, organisation de l'aval) sont déposés dans les EHPAD, si le retour à domicile est envisagé celui-ci est indiqué dans le projet social. Des **staffs médico-sociaux** se déroulent avec : médecin, cadre, assistante sociale, patient, personne de confiance, famille. L'assistante sociale présente le dossier. Cependant les Staffs ne fonctionnent pas de façon homogène.

**L'EMG** interne intervient pour répondre aux demandes des services. Le **SSRG** (2010) 30 lits, a pour premier critère d'admission l'âge soit à partir 75 ans (DMS à voir) et le directeur du Centre Hospitalier applique le déclassement de séjour lorsque la présence du patient âgée n'est plus justifié dans le service pour motif médical.

La filière a également une **consultation mémoire** organisée avec le service de neurologie (consultations tous les après-midis), et des **consultations chutes**, une **USLD** de 60 lits mais il y a un manque de lits, un **EHPAD** de 272 lits mais le service n'est plus adapté en cause du maintien à domicile, des **Soins palliatifs** : une équipe mobile et 5 lits dédiés. Un **SSIAD** et un service HAD en lien avec les infirmières libérales. L'HAD n'est pas assez sollicitée, des critères d'admission existent.

L'établissement n'a pas de PASA/UHR/HT/AJ/PLATEFORME/HJG.

Des outils qui semblent intéressants comme la **commission de sortie** à laquelle participent : représentant direction/cadre assistante sociale, médecin DIM, 2 médecins, CLIC, infirmière CG,

un représentant HAD, SSIAD, représentant EHPAD du CH ; Le fonctionnement est à revoir suite à un audit général, le souhait d'associer les SSR et les EHPAD du département. Une liste des sorties est éditée par le DIM. S'il y a un séjour complexe celui-ci est examiné par la commission de sortie. Le gestionnaire de cas de la MAIA participe à la commission de sortie.

L'outil Via Trajectoire n'apporte pas toujours de réponse, des refus, des informations qui pourraient être mieux utilisées. Des difficultés pour étudier un dossier par manque d'information. L'EHPAD dispose d'un système similaire à la CDEG du CHBJC.

Le pôle gériatrie a pour objectif notamment de respecter les DMS. Il y a des staffs M/S, dans les 72 h l'assistante sociale et l'infirmière d'accueil procèdent à l'orientation du patient. Le critère de fragilité est retenu par l'assistante sociale et elle fait dès l'hospitalisation en prévision un dossier APA (Délai instruction APA 1 mois). Si les demandes d'aides à domicile sont bien anticipées, les DMS sont respectées. Le service social n'est pas toujours sollicité au bon moment dans le parcours du patient âgé.

Il est également constaté une augmentation des mesures de protection juridique et un délai de 6-8 mois est également nécessaire pour leur mise en application : l'admission en EHPAD est retardée si une protection juridique est nécessaire, le recueil du consentement est une difficulté. Il faut préparer les familles, savoir anticiper.

#### I D – Analyse des forces et faiblesses en tant qu'élève directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Forces	Faiblesses
Le dossier de liaison d'urgence	Le délai d'envoi de la lettre de sortie qui est supérieur à 8 jours.
Le plan d'action ANAP	Le fonctionnement du service social.
L'Equipe mobile gériatrique	Les DMS trop longues / en comparaison aux DMS nationales
La macro-cible d'entrée	Un manque d'anticipation (des flux en amont, de l'aval)
L'outil via trajectoire	Les besoins et les capacités ne concordent pas dans

	certain services (EHPAD, hébergement temporaire....)
La Télémédecine	L'organisation de la prise en charge des personnes âgées (horaires entrées, sorties, activités)
La CDEG	La faible démographie médicale
Le recrutement d'une infirmière pour la filière AVC	La procédure d'admission des personnes âgées.
Les médecins gériatres	Les délais d'application des mesures de protection juridique
Les professionnels de l'établissement	La commission des séjours difficiles
La commission des séjours difficiles	L'équipe mobile de gériatrie.
La certification V2014	La consultation mémoire.
Une filière gériatrique complète	Les services des soins et de rééducation.
	Le service des urgences.
	L'hôpital de jour gériatrique.
	L'Hébergement temporaire qui ne propose qu'une place.
	Une interpellation trop tardive de la famille
	Le manque de communication en général.
	L'Utilisation de l'Outil Via Trajectoire
	Le fonctionnement des staffs
	Le service de HAD
	Les consultations avancées pas développées
	Le SSIAD

	Un manque de coordination avec les acteurs du territoire
Opportunités	Menaces
La maison médicale adossée au CH	
L'actualisation du projet d'établissement	Le recrutement des professionnels médicaux
L'évolution de la CHT vers le GHT	L'inexistence d'une culture gériatrique
Le projet médical commun entre les filières gériatriques	La diversité des acteurs du secteur gérontologique
Le CPOM	Les critères de sélection des autres établissements
LE SSIAD	Des familles qui se désengagent
L'Accueil de jour et la plateforme d'accompagnement et de répit à vocation départementale.	La situation financière des usagers
Le HAD	Des situations non anticipées ce qui viennent perturber le fonctionnement des services comme celui des urgences.
L'expérimentation PAERPA	
Le découpage géographique des Travailleurs APA qui sont les mêmes que ceux du SSIAD.	
L'existence de trois autres filières gériatriques sur le territoire.	
Le maillage du territoire de santé par 15 Coordinations gérontologiques.	
MAIA	
Filière gériatrique de territoire	

#### 4 II – Identification des points de rupture du parcours de santé

« ...La fluidité du parcours de soins peut être interrompue pour plusieurs raisons. La première est le **manque de solution d'aval** qui se traduit par un encombrement des lits d'hospitalisation pour les patients âgés. Ce phénomène de « **Bed-blocker** » est aggravé par trois facteurs. Le **premier social**, est dû à l'isolement de certains patients âgés et à l'impossibilité d'un retour à domicile. En l'absence de solution d'aval il reste hospitalisé. Le **deuxième est un facteur financier**, les familles peuvent avoir une préférence pour le maintien à domicile voir pour le maintien en hospitalisation, pour des raisons de coûts. Enfin le phénomène peut être accentué **par l'absence de filière gériatrique et de coordination** entre les différents acteurs de la prise en charge. La fluidité du parcours peut être gênée également par **l'absence de préparation de la sortie** ou des sorties non anticipées. Dans cette hypothèse le futur du patient n'est pas programmé, l'orientation n'est pas indiquée ce qui limite la fluidité de parcours de soins..... »<sup>21</sup>.

Comme cela a été vu dans la première partie la filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques Cœur est complète cependant elle rencontre des difficultés au sein de l'établissement et le territoire comme l'illustrent les exemples décrits ci-dessous :

#### **4.1 II A – Un cas concret d'un patient âgé hospitalisé au CHBJC :**

##### **Introduction :**

Le service de SSRA présente une augmentation de sa DMS (+ 4.5% en avril 2014/avril 2015). J'ai donc demandé à la cadre de santé de me présenter la situation d'une personne âgée hospitalisée depuis plus de 30 jours dans le service alors que son état de santé ne le justifie plus.

Il s'agit du parcours de santé d'un patient âgé de 80 ans, qui est hospitalisé **depuis le 11 avril 2014** au sein du Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges, afin d'identifier les points de ruptures et de proposer des préconisations.

Entretien avec la cadre de santé SSR, le 26 mai 2015 suite à la rédaction par celle-ci du parcours de santé du patient.

##### **II - Description du parcours d'une situation complexe Gériatrique**

(Source : Cadre de santé SSR-JC)

---

<sup>21</sup> Mémoire « la filière gériatrique de proximité : une réponse d'avenir pour les Centres Hospitaliers de proximité » Julien BRUNET  
EDESSMS – Décembre 2012



Description réalisée par la cadre de santé du SSRA	Questions posées par l'EDESSMS	Réponses apportées par la cadre de santé du SSRA
Monsieur P. né le 23/01/1935, âgé de 80 ans, a été hospitalisé le 11/04/2014 au sein du CH JC aux Urgences, pour Diarrhées, anorexie, maintien à Domicile difficile, perte d'autonomie, chutes à répétition et troubles cognitifs.	Qui l'a fait hospitaliser ?	Pas d'information dans le dossier. Peut-être le médecin traitant.
	Si des chutes à répétition, pourquoi le médecin traitant ne l'a pas orienté pour faire un bilan des chutes ?	Une méconnaissance des médecins généralistes sur le fonctionnement, parfois ils appellent pour une entrée directe en SSR car le maintien à domicile est difficile. Le parcours classique : Urgences/Service aigüe/SSR (un besoin de suivi mais plus besoin d'aigüe).
Situation familiale de Monsieur : Retraité, Marié, 3 enfants dont 1 décédé, avant son hospitalisation il bénéficiait d'aides à domicile : Toilette + Ménage	Les auxiliaires sont-elles intervenues pour signaler la dégradation de l'état de M. P. ?	La fiche sociale est alimentée uniquement par le service social. Seuls les médecins et les cadres de santé ont accès à ces informations.
	Quel était le service d'aide intervenant à domicile ?	Pas d'information
Le patient est ensuite transféré en Gastro le 15/04/2014.	Pourquoi le patient est resté 3 jours dans le service de urgences ?	Normalement le séjour est de 48 h, peut-être un manque de place.
Saisine du SSR A par le travailleur social du service APA du Conseil départemental pour nous informer d'une suspicion de maltraitance du fils envers M P., agressivité verbale constatée par les aides ménagères. Le fils vit chez ses parents, il perçoit des ASSEDICS.	C'est le service APA qui vous a contacté ?	C'est rarement le social qui contacte le sanitaire pour savoir où en est l'avancement de la situation. Plutôt l'inverse dans les faits. C'est l'assistante sociale qui contacte le service APA du CG. Le cadre de santé ne réalise pratiquement pas de démarches sociales sauf s'il y a une demande de l'assistante sociale.

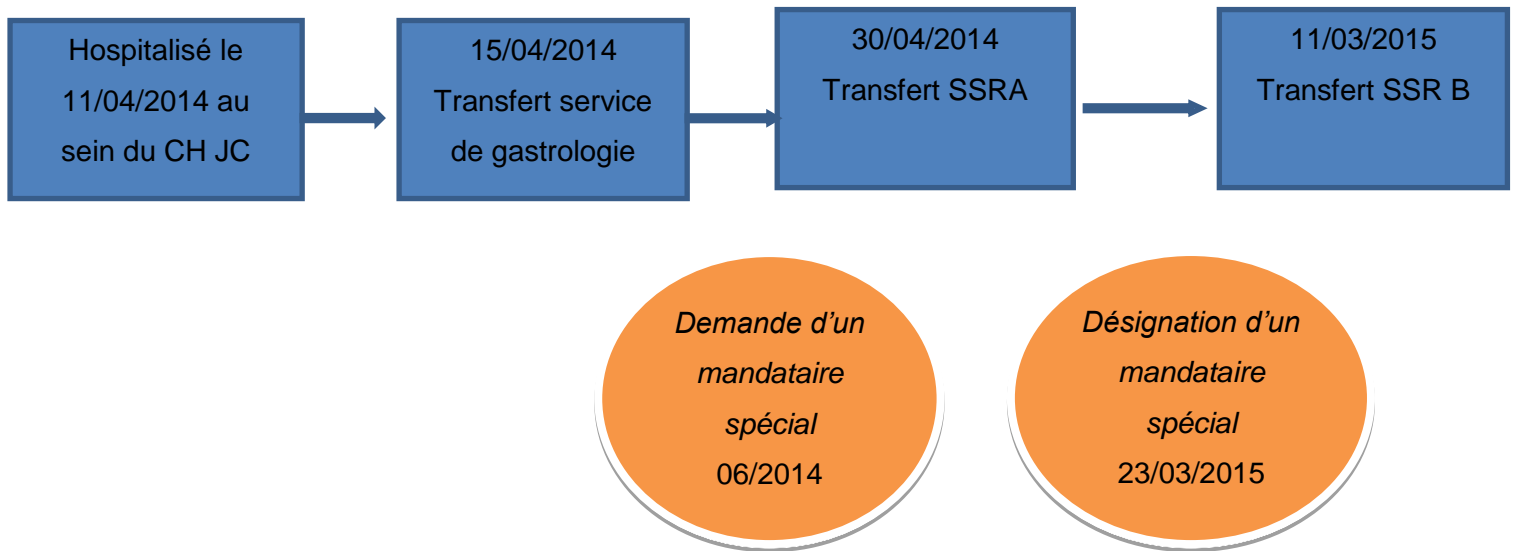
<p>Il pense qu'un placement serait adapté pour M sachant que selon lui l'épouse de par son comportement serait la personne à placer.</p>	<p>Qui pense que le placement serait adapté pour monsieur et madame ?</p>	<p>Une réflexion collégiale au sein du staff une fois par semaine.</p>
<p>Le fils refuse de faire des inscriptions en EHPAD car avec la demande d'aide sociale il y aura récupération sur les biens.</p>	<p>L'état cognitif de M. P. permettait-il de consentir librement à cette démarche, si tel était le cas pourquoi l'avis du fil a-t-il été sollicité ?</p>	<p>Les troubles cognitifs sont présents, mais pas connaissance par le service des difficultés familiales.</p>
<p>Le couple a un autre fils mais ils n'ont plus de contact.</p> <p>Le travailleur social du service APA a signalé à la responsable du service Attentif Sénior 18 du Conseil général du CHER, elles réfléchissent à la situation de cette famille.</p> <p>Le travailleur social du service APA envisageait de faire un signalement pour personne particulièrement vulnérable.</p>	<p>Surprenant au vu de l'état de M. P. à son entrée à l'hôpital ?</p>	<p>Relève du CG service maltraitance.</p>
<p>Elle préconise une demande de SSR afin de permettre au fils de prendre de la distance et souhaiterait que la cadre de santé voit M. M pour faire des inscriptions en EHPAD.</p> <p>La cadre de santé informe le travailleur social du service APA qu'elle pense que le PPV a un sens et devrait faire apparaitre la complexité du fonctionnement familial et les limites du fils qui n'agit pas dans l'intérêt de son père fragilisé par sa pathologie et sa perte d'autonomie.</p>	<p>PPV ?</p>	<p>ne connaît pas la signification. L'assistante sociale qui a suivi le dossier est en Accident du Travail.</p>
<p>Elle doit en rediscuter avec la responsable du service Attentif sénior 18 sachant que le SSR sera</p>	<p>Le travailleur social du service APA est-il légitime pour faire ce genre de préconisation ? Cela</p>	<p>Le service APA du Conseil départemental est toujours sollicité mais la décision finale revient au</p>

demandé au Médecin mais que les difficultés sont simplement différées à mon sens.	<i>ne revient-il pas au médecin du Centre Hospitalier ?</i>	<i>médecin du Centre Hospitalier.</i>
16 04 2014 la cadre de santé rencontre M. M dans sa chambre. Celui-ci est au fauteuil, nous abordons le devenir. « ...Il n'évoque aucunes difficultés à domicile mais semble accablé, il se dit fatigué et veut être recouché. A domicile, il dit rester souvent au lit. (Maltraitance ???) Pas de réponse. Concernant une entrée en EHPAD, il n'est pas contre, il m'explique que cette démarche est faite, après reformulation sur les conditions d'inscriptions, il me précise que c'est en cours mais en fait ce ne sera pas possible financièrement... »	<p><i>Donc les facultés cognitives de M. P. lui permettent de ou de ne pas consentir ?</i></p> <p><i>Pourquoi cela ne serait pas possible financièrement, est ce qu'il y a eu l'intervention de l'assistante sociale ?</i></p>	<p><i>Présence de troubles cognitifs.</i></p> <p><i>l'assistante sociale intervient dès l'entrée du patient en SSR. Les besoins sont différents si un retour à domicile est envisagé par rapport à une entrée en institution.</i></p>
Concernant donc un retour à domicile, il accepte, M. M est conciliant. Vu avec le Médecin la demande de SSR sera faite.	<i>Donc à ce moment-là l'état de santé de M.P. ne lui permet pas de rentrer directement, ou fallait-il mettre en place des services à domicile ?</i>	<p><i>Pas de projet de formalisé, des troubles cognitifs, retour à domicile. La plupart des dossiers ne sont pas anticipés.</i></p> <p><i>La demande d'une mise sous protection juridique bloque l'entrée en institution.</i></p>
24 04 014 Signalement PPV fait ce jour par la responsable du service Attentif Sénior 18, me le fait suivre par Mail. Suite à une stabilisation de son état de santé et une demande de SSR, Monsieur P. a été transféré dans le service du SSRA le 30/04/2014. Staff Social du 22/05/2014. Mr P. n'est pas opposé à l'entrée en institution mais nécessité d'aide	<p><i>Pourquoi ce changement d'avis ?</i></p> <p><i>A quelle date la demande d'un mandataire est-elle partie, et qui s'en est chargée ?</i></p>	<p><i>Retour à domicile possible mais suspension car on suspecte de la maltraitance donc maintien en hospitalisation. Plan d'aide très important nécessaire jour et nuit, des troubles cognitifs</i></p> <p><i>Appel mandataire : Assistante sociale du SSR. Il faut laisser le temps d'un cheminement au patient pour ne pas imposer.</i></p>

sociale => attente d'un mandataire		
staff Social du 05/06/2014, évaluation cognitive en cours	<i>Pourquoi pas réalisée dès l'entrée car l'un des motifs d'hospitalisation le 11/04/2014 ?</i>	<i>On ne sait pas si EMG a réalisé le bilan, donc une synthèse classée dans la gestion des dossiers patients. Les outils sont informatisés</i>
Le médecin a vu le fils, il confirme que le retour à domicile est impossible au vu du discours tenu par le fils	<i>Pourquoi le discours du fils est retenu ?</i>	<i>Au fil des rencontres il s'avère que le fils est excentrique, donc le temps de vérifier le discours. Aspect sécurité/suivi et réalité/souhait : un écart peut être pas travaillé en amont</i>
staff de 26/06/2014, attente de la nomination d'un mandataire spécial 20/08/2014 appel donné au tribunal, le dossier a été transmis le 31/08/2014 au juge des tutelles	<i>Pourquoi le dossier n'a été transmis que le 31/08 ?</i>	<i>Réponse en amont</i>
appel tribunal tutelles=> attente de nomination de mandataire 12/2/2015	<i>Pourquoi un délai si long pour un mandataire ?</i>	<i>6-8 mois fréquent</i>
Mme arrive en hospitalisation dans le service, Mr refuse de voir son épouse, le fils impose à son père de rencontrer son épouse dans la chambre de façon violente verbalement	<i>Est-ce que le service est intervenu ?</i>	<i>Intervention des professionnels, rencontre sur le temps du matin pour éviter la présence du fils car pas de visite autorisée ;</i>
<b>23/03/2015, rdv entre l'assistante sociale et le fils,</b>	<i>Est-ce que l'assistante sociale est intervenue plus tôt et pour quelles raisons ?</i>	<i>Intervention de l'assistante sociale dès le début.</i>
Très mécontent, veut savoir qui a fait le signalement, veut être le tuteur=> je l'oriente vers le tribunal, aucun entretien possible compte tenu de l'énervement du fils, appel le parquet => GEDHIF mandaté 10/04/2015 remis dossier médical récupéré ce jour pour fax au Gedhif pour faire les inscriptions	<i>Pour faire les inscriptions en EHPAD ? Mais si M. P. avait ses facultés cognitives pourquoi attendre le mandataire ? Pour quels motifs M. P. nécessitait la désignation d'un mandataire ?</i>	<i>Dès que le GEDHIF a été désigné, le mandataire bloque l'orientation en institution. Le médecin réalise un bilan, pas forcément de certificat médical pour le consentement.</i>
A ce jour Monsieur est toujours	<i>A partir de quelle date les</i>	<i>Les troubles cognitifs étaient</i>

présent au sein du service de SSRB (troubles cognitifs avérés) depuis le 11/03/2015 suite au déménagement des SSR dans le nouveau bâtiment.	troubles cognitifs sont avérés ?	présents avant l'hospitalisation.
	Dans le cas d'un retour à domicile quels services à domicile auraient été nécessaires ?	Infirmière/aide-soignante et portage de repas
	Est-ce que trajectoire a été correctement rempli ?	90 % des demandes trajectoire ne sont pas remplies correctement. Le service receveur d'une demande trajectoire : en interne des champs qui sont remplis mais qui ne sont pas nécessaires comme par exemple le traitement qui peut être vu autrement. L'état de santé, projet au niveau social : souvent retour possible, fiche sociale retour à domicile impossible, donc mail fait par le cadre de santé.
	Est-ce que la macro-cible d'entrée et de sorties ont été remplies correctement et au bon moment du parcours ?	Pas évoqué
	Est-ce que la commission des séjours difficiles a été sollicitée ?	Pour la cadre de santé cette commission ne concerne pas le SSR. Elle ne traite que les situations des patients pris en charge dans les services aigües. Depuis son arrivée en tant que cadre de santé elle n'a jamais sollicité cette commission. Avant les séjours longs étaient gérés par le médecin, donc rien depuis juillet 2013.
	Qui a géré la démarche auprès du juge des tutelles ?	L'assistante sociale et relances réalisées par le médecin.

## II - Schématisation du parcours : Personne âgée de 80 ans



### III – Identification des points de rupture

- ⇒ Lien domicile, ville, hôpital
- ⇒ Le recueil du consentement libre et éclairé
- ⇒ La réalisation du bilan mémoire
- ⇒ Le service Attentif Sénior 18 du Conseil Général
- ⇒ La procédure relative à la demande d'un mandataire spécial
- ⇒ L'orientation du patient
- ⇒ Le fonctionnement du staff
- ⇒ Le service social

### IV – Préconisations

<u>Points de rupture</u>	<u>Avis du cadre de santé SSRA</u>	<u>Préconisations EDESSM</u>
Lien domicile, ville, hôpital	Une mauvaise communication.	Instaurer des outils afin de faciliter la communication entre les services.
Le recueil du consentement libre et éclairé.	En amont du SSR	Rédiger une procédure relative au recueil du consentement.
Le service attentif du Conseil Général	Pas de commentaire	Demander au service Attentif Sénior 18 de transmettre les règles à appliquer en la matière, afin que les

		professionnels en soient informés.
La procédure relative à la demande d'un mandataire spécial	Effectivement vient bloquer des situations.	Etablir une procédure afin de définir les situations qui justifient la demande d'un mandataire spécial
L'orientation	Un projet de vie. APA le plan d'aide peut s'avérer être insuffisant.	Faire des liens avec le service APA du conseil départemental.
Le staff	SSRA (regroupement staff pluridisciplinaire et staff social) même organisation staff SSR B mais en deux fois le jeudi (sécurisé) et le vendredi (ouverte): le mardi avec l'équipe pluridisciplinaire (infirmière, aide-soignante, médecins, équipe mobile soins palliatifs, stapp, kiné éventuellement, psychologue, assistante sociale) Equipe matin/journée/soir. De 13 h 30 à 14 h 30 pour éviter plus de 0.30 d'heure supplémentaire. Les transmissions avant. Il est fait un point sur l'état de santé, le projet social, la prise en charge, les difficultés famille/Enfant/patient	Etablir une procédure sur le fonctionnement des staffs afin de faciliter la prise en charge des personnes âgées.
Le service social	Un manque de temps qui résulte de ce qui n'est pas fait en amont du SSR.	Voir à l'échelle institutionnelle à quel moment le service social doit intervenir.

## V – Conclusion

L'analyse du cadre de santé du SSRA, concernant le fonctionnement de la filière gériatrique, indique qu'il y a des difficultés au niveau des entrées et des sorties.

Pour les entrées : l'outil trajectoire dont les tableaux de bord ne sont pas suivis, les sorties qui ne sont pas actualisées, il faut parfois 2 h 00 pour organiser une entrée. Des informations qui sont erronées : le terme stabilité est indiqué alors que c'est parfois faux, ce qui met le SSR en difficulté.

Pour les sorties : il y a des places principalement en EHPAD et sur le site de TAILLEGRAIN. Le souhait du patient et de la famille est toujours respecté.

A noter que le service de SSRA présente une DMS de 25.99 à fin avril 2014 et de 27.15 à fin avril 2015 alors que la moyenne nationale est de 21 jours.

Le 31/03/2015 à la demande de la directrice de la filière gériatrique et du médecin chef de pôle de gériatrie, la cadre de santé a réalisé une analyse des situations de patients présents dans le service « situation social SSRA-JC ». Cette analyse a été faite mais elle n'a pas été formalisée ; un retour a été effectué en réunion de direction ; une problématique sur le fonctionnement des staffs a été identifiée; il existe une problématique sur le « qui fait quoi » concernant la préparation de la sortie (procédure pourtant établie suite à l'audit REFERIS en 2010), il y a un manque de suivi des situations des patients (service parfois en difficulté pour répondre à des questions précises sur l'avancement de la demande de mise sous protection par exemple), le délai de désignation d'un mandataire est également à l'origine de certains séjours longs mais ce n'est pas le seul problème.

Concernant l'EMG, celle-ci oriente dans la filière gériatrique, elle donne des conseils «enfin il faudrait » Est-ce que ces conseils sont suivis d'effet ? Le bilan gérontologique n'est pas forcément réalisé, alors qu'il permet de donner l'alerte s'il y a des problèmes d'ordre social.

L'HAD est souvent sollicitée pour des personnes palliatives qui souhaitent retourner à domicile.



## **5 Titre III – Des préconisations pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées.**

### **A – Des actions déjà mises en œuvre par le Centre Hospitalier Jacques Cœur :**

La filière gériatrique est complète et elle dispose d'outils pouvant apporter une réponse à certains points de rupture rencontrés par les patients âgés : l'élaboration du projet d'établissement et du CPOM en 2015. Le CHJC doit être le référent de la filière gériatrique au niveau du département, il est le porteur du projet d'une Communauté Hospitalière de Territoire avec les autres établissements publics de santé du département et notamment pour la constitution d'une filière gériatrique de territoire.

Dans le cadre du projet ANAP relatif à la gestion des lits le Centre Hospitalier Jacques Cœur a déjà apporté des réponses à certaines défaillances constatées : Remplacement de la commission des séjours prolongés par la commission des séjours difficiles, redimensionnement des capacités des services, redéfinir les activités pour éclaircir le projet médical, adapter les effectifs aux activités et aux moyens affectés, ouvrir l'établissement sur l'extérieur (projet CHT, conventions.....). .... des médecins gériatres participent aux gardes des urgences, le projet est de positionner un gériatre aux urgences, en organisant le pôle de gériatrie.

Afin d'améliorer la fluidité du parcours l'établissement dispose d'outils comme l'outil Via Trajectoire. Dans le cadre de la certification le patient traceur va permettre de repérer les dysfonctionnements relatifs au parcours d'un usager depuis un établissement sanitaire jusqu'au secteur médico-social.

De plus l'établissement fait partie de différents réseaux, il participe aux commissions de coordination du CLIC au sein du CCAS, et il adhère notamment au contrat local de santé (CLS) de la ville de Bourges.....

Ne pouvant pas agir sur l'amont en raison d'une faible démographie médicale, il s'agit d'agir sur l'aval. Et notamment de se servir de la plateforme d'accompagnement et de répit comme porte d'entrée dans la filière afin d'anticiper les admissions en EHPAD, USLD, éviter les hospitalisations inutiles, faciliter les admissions directes... Il s'agit d'adapter l'organisation du Centre Hospitalier Jacques Cœur à la prise en charge des personnes âgées selon leurs besoins.

## 5.1 B – Des préconisations

Préconisation 1 : Exploiter les ressources existantes au sein de la filière gériatrique.

Préconisation 2 : Définir une politique de communication interne et externe.

Préconisation 3 : Ouvrir le Centre Hospitalier vers l'extérieur et formaliser les liens avec les acteurs du territoire.

Préconisation 4 : Ouvrir le Centre Hospitalier à de nouvelles méthodes de travail : l'intégration (la méthode MAIA), le parcours (le patient traceur - certification V2014), la coordination (les coordinations de gérontologies)

Préconisation 5 : L'hôpital de demain : adaptation de l'offre sous la forme d'une plateforme de service.

Préconisation 6 : Adapter l'organisation de l'établissement à la prise en charge des personnes âgées.

**1. Diagnostic**

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur dispose de ressources qui peuvent lui permettre de répondre à certaines ruptures rencontrées par les personnes âgées dans leurs parcours de santé. L'organisation doit pouvoir évoluer en s'appuyant sur les outils existants : **des points faibles qui peuvent devenir des points forts.**

L'établissement a une **filière gériatrique complète** pour la prise en charge continue des personnes âgées<sup>22</sup>. Cependant il ressort des différents entretiens avec les professionnels de l'établissement et les autres acteurs du territoire que « ...le Centre hospitalier a des outils qu'il n'optimise pas, qu'il manque une communication d'ensemble, qu'il n'y a pas d'appropriation par les acteurs de la filière, qu'elle reste cloisonnée, et qu'il n'y a pas de projet liant. C'est un grand pôle avec des médecins gériatres compétents, qu'il existe une dynamique, mais il n'y a pas de fonctionnement de groupe. Pourtant **l'équipe mobile gériatrique**, qui permet de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée, peut grâce à ses missions être le liant entre les différents services de la filière gériatrique étant donné qu'elle intervient à tous les stades de la prise en charge. Dans le cadre du projet ANAP « gestion des lits » l'EMG a été identifiée comme un point fort. Cette EMG n'a qu'une vocation interne actuellement, il faudrait donc étendre son action vers l'extérieur.

En plus de l'EMG, **l'outil Via trajectoire** pourrait permettre d'éviter les ruptures de parcours de santé, et d'instaurer une confiance entre les acteurs participant à la prise en charge des patients (notamment entre les SSR). Il semble judicieux d'améliorer l'utilisation de cet outil qui va s'élargir vers les EHPAD dès 2015 en remplacement de la CDEG. Il serait intéressant de s'appuyer sur le fonctionnement de Via trajectoire région Poitou-Charentes.

Le Centre Hospitalier peut déjà s'appuyer sur le travail réalisé dans le cadre du **projet ANAP « gestion des lits »**. Effectivement l'objectif est de fluidifier le séjour, et de nombreuses actions ont déjà été engagées par l'établissement pour limiter les hospitalisations inadaptées. L'augmentation de l'activité ambulatoire permet l'augmentation des lits disponibles en médecine, et la nouvelle procédure pour les lits de débordements permet d'en limiter leur nombre.

22

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

Le travail réalisé dans le cadre du projet ANAP a mis en évidence des difficultés relatives au fonctionnement du **service social** dans la plupart des établissements de santé. Son rôle est pourtant majeur dans le parcours de santé des personnes âgées car il permet de prendre en charge les fragilités sociales identifiées et d'organiser la sortie en lien avec les autres établissements et services sociaux. C'est également au service social que revient la demande d'ouverture d'une protection juridique lorsque la famille n'intervient pas, ainsi que les demandes d'aide sociale. Il ressort des entretiens que la présence des assistantes sociales pendant les staffs est importante. Il ressort qu'en juin 2014 la présence de l'assistante sociale pour les consultations mémoires a été supprimée, cette présence permettait pourtant d'anticiper certaines situations de patients retrouvés ultérieurement en hôpital de jour. L'assistante sociale fait le lien entre les dispositifs existants (Source direction des soins) Il est à noter un bon travail avec les établissements privés, et un lien avec les collègues travailleurs sociaux (responsable service social).

Les bons informatisés pour solliciter le service social ne sont pas systématiquement utilisés, alors qu'il ressort un manque de temps pour le service social. Le service a demandé pour 2015 un 0.50 ETP pour assurer ces demandes urgentes lors des remplacements. Le recrutement d'une CESF à compter de juillet 2015 va venir compléter le travail réalisé par le service social à l'EHPAD.

Les différents entretiens ont mis en évidence que le fonctionnement **des staffs** n'étaient pas homogènes. Alors que l'orientation du patient devrait être vue en STAFF (Source direction des soins).

La **macro-cible de sortie** sert à la préparation de la sortie et elle permet une photographie des capacités du patient, de voir si le retour à domicile est possible. Une fiche est en cours pour préparer le patient à la sortie, pour la lettre de sortie aujourd'hui délai pas respecté (8 jours). Pour le chef de pôle gériatrie la prise en charge médicale est faite mais pas la prise en charge globale : projet de sortie pas anticipé. Pour la direction des soins : pas de vision sur la coordination de la sortie, il y a un manque de coordination et de vision pluridisciplinaire, au-delà du référent médical il faut un temps de coordination.

Le projet ANAP a mis en évidence l'intérêt de faire évoluer la commission des séjours longs vers une **commission des séjours difficiles**. Les différents entretiens mettent en évidence que celles-ci ne fonctionnent pas comme elle le devrait. Des services ne la sollicitent pas alors des situations devraient y être analysées. De plus depuis ma participation en novembre 2014 sur la procédure de saisie de cette commission, le fonctionnement de celle-ci n'a pas vraiment démarré.

En mars 2015 l'établissement a eu la **visite des experts visiteurs dans le cadre de la certification V2014** (comprend la V2010 et le nouveau parcours du patient). Cette démarche intègre les besoins de santé sur le territoire (SROS décliné vers l'établissement) ainsi que l'analyse des ruptures en établissement et les actions à engager. La visite des experts visiteurs, a permis de mettre en lumière des ruptures de prise en charge dans le parcours de soins. L'aspect opérationnel est enquêté, ainsi que l'aspect management, et l'aspect gestion des risques. Un lien peut donc être fait entre le parcours de santé et la politique d'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques de l'établissement.

Dans le cadre de la gestion des risques une réflexion doit être engagée sur le fonctionnement du **système ALARM** alors qu'une demande de la directrice générale de traiter en urgence des ruptures de parcours de santé de personnes âgées, en lien avec les autres SSR, toujours pas de réponses apportées plusieurs mois après la demande.

Toujours en réponse à la certification une réflexion doit être engagée dans le cadre du **projet de soins**, aujourd'hui on pourrait prendre en compte les spécificités prises en charge des personnes âgées (Source direction des soins). Et intégrer le recours à la **télé médecine** car les urgences ont le matériel pour accéder aux données mises en ligne (dossier résident) et peuvent organiser une consultation à distance. Actuellement 4 établissements sont équipés mais les besoins exprimés (ophtalmo, cardio, dermato) ne correspondent à ce jour pas à l'offre proposée par CHJC (pour l'instant limitée aux plaies chroniques) ; un travail sera poursuivi par l'IDE en télé médecine recrutée début juillet

Enfin le futur **projet d'établissement** compte deux impératifs dans un cadre particulier de GHT : la coopération, et articulation de ce projet d'établissement avec le projet médical de territoire (date limite juillet 2016) qui va regrouper les Centres Hospitaliers de St Amand, Vierzon, Sancerre ainsi que le CHS G. SAND. De plus le projet d'établissement doit permettre d'engager une réflexion sur le dimensionnement des services et des activités. Il s'agit donc d'une opportunité pour l'établissement d'intégrer la convention constitutive de la filière gériatrique avec une définition de la prise en charge sous forme de parcours des personnes âgées.

## 2. Objectifs

- Exploiter les ressources existantes de la filière gériatrique de l'établissement.
- Aller vers une culture médico-sociale.
- Eviter ou limiter les ruptures de parcours de santé des personnes âgées.

## 3. Actions

- ⇒ Organiser une prise en charge transversale des patients âgés au sein de la filière gériatrique (le patient traceur) à partir des recommandations de la certification V2014.
- ⇒ Décliner le parcours de soins vers le projet médical, le projet de soins, et le projet qualité.
- ⇒ Elaborer un document spécifique pour les parcours de soins à l'échelle de l'établissement et des pôles.
- ⇒ Intégrer dans compte qualité le parcours de soins (certification V2014). Il faut que l'établissement retienne les 4-5 principaux risques à traiter.
- ⇒ Elaborer les futurs projets de pôle en intégrant les risques identifiés en priorisant 4-5 actions.
- ⇒ Désigner un référent médical peut se décliner dans chaque pôle, élaborer une procédure, et évaluer.

- ⇒ Définir un projet médical en réponse aux besoins des patients âgés, redéfinir les activités pour éclaircir le projet médical, réaffecter le personnel sur les bonnes activités.
- ⇒ Elaborer une procédure d'admission des personnes âgées.
- ⇒ Définir le rôle de chaque professionnel au sein de la filière gériatrique : le médecin « chef d'orchestre », les cadres de santé : gestion prévision des séjours, des sorties, Macro-cible entrée...., l'assistante sociale. Et élaborer un schéma afin de simplifier la communication.
- ⇒ Valoriser le rôle des gériatres notamment aux urgences (Exemple des Urgences gériatriques au CHU de Limoges).
- ⇒ Organiser un service d'accueil des personnes âgées.
- ⇒ Diffuser une culture gériatrique afin de favoriser la prise en charge des patients âgés poly-pathologiques.
- ⇒ Rédiger une convention constitutive de la filière gériatrique afin de définir un projet commun avec des valeurs communes permettant de définir clairement les missions de chaque service et les articulations entre ceux-ci.
- ⇒ Déterminer des indicateurs afin d'évaluer le fonctionnement de la filière gériatrique.
- ⇒ Poursuivre les actions décidées dans le cadre du projet ANAP sur la gestion des lits.
- ⇒ Elaborer une politique analysant les ruptures de prise en charge, déclinée par pôle.
- ⇒ Faire des comptes rendus des staffs ; Définir le déroulement d'un staff et faire participer les assistantes sociales ; Etablir une procédure de fonctionnement pour chaque staff.
- ⇒ Etablir des plans de soins personnalisés pouvant faire le lien vers des projets de vie.
- ⇒ Définir une stratégie de communication sur les risques identifiés et les plans d'action
- ⇒ Etablir une cartographie des risques
- ⇒ Définir les missions de l'EMG ; Faire connaître son rôle transversal à tous les services ; S'assurer de la réalisation du bilan gériatrique ; Transmettre une culture gériatrique ; Prévoir dans le projet d'établissement l'évolution de l'EMG vers l'extérieur
- ⇒ Réaliser un diagnostic afin d'objectiver le manque de temps mentionné par le service social.
- ⇒ Faire intervenir le service social en lien avec l'EMG dès l'entrée aux services des urgences des personnes âgées. (l'EMG comporte 0,5 ETP d'assistante sociale)
- ⇒ Formaliser les liens entre le service social et les acteurs extérieurs
- ⇒ S'appuyer sur le fonctionnement de la commission de sortie du CH de Montluçon pour faire évoluer le

fonctionnement de la commission des séjours difficiles ; Communiquer sur le fonctionnement de cette commission et sur le mode de saisine.

⇒ Faciliter l'analyse des ruptures de parcours de santé des patients âgés en adaptant de façon plus réactive le fonctionnement du système ALARM.

⇒ Former les différents utilisateurs à l'utilisation de l'outil Via Trajectoire notamment les professionnels recrutés pour des remplacements.

⇒ Rédiger une procédure sur la saisie des informations dans trajectoire. Axer la communication sur l'importance des informations inscrites dans l'outil afin d'instaurer une relation de confiance entre les SSR notamment. Communiquer sur le passage de la CDEG à Via Trajectoire pour les EHPAD dès 2015. Faire des retours d'expérience avec des établissements pour lesquels l'utilisation de cet outil est positive.

⇒ Engager une les sorties SSR afin de lister les difficultés rencontrées par le CHBJC car le nombre de lits d'EHPAD est supérieur à la moyenne dans le département. Une fois le diagnostic fait, il faudrait alerter la DT et trouver des solutions.

⇒ S'appuyer sur l'expérimentation dans le cadre du PAERPA département 37 : un classeur de liaison CNSA, doit être un outil construit par tous les partenaires. (chargée de mission MAIA) et sur « Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures – Établissement d'une check-list » HAS Février 2015 Note méthodologique et de synthèse documentaire.

⇒ Exploiter le questionnaire : organisation de votre sortie (taux de réponse 95.6 %).

⇒ Faire de la macro-cible de sortie un véritable lien avec l'extérieur.

#### **4. Chef(s) de projet et acteurs référents**

Le directeur de la filière gériatrique assisté par le chef de pôle de gériatrie et le nouveau coordonnateur de la filière gériatrique (poste à créer)

#### **5. Planification prévisionnelle**

Elaborer un tableau reprenant les actions et en spécifiant celles devant être engagées à court terme, moyen terme ou long terme.

#### **6. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi**

Fiches d'évènements indésirables relatives à la prise en charge des personnes âgées.

La DMS des services de la filière gériatrique/ aux DMS nationales.

Le nombre de dossiers gérés par la commission des séjours difficiles.

Les réclamations des autres établissements relatifs aux transferts de patients âgés.

Délais d'admissions dans les services de la filière gériatrique.

**1. Diagnostic**

Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit de confier à la CNSA la conception et la mise en œuvre d'un **portail internet d'information générale et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches qui s'inscrira dans le service public d'information en santé**. Depuis mars 2015, le portail propose un annuaire des établissements et services médicalisés (EHPAD dont petites unités de vie, USLD, Accueil de jour autonome, SSIAD, SPASAD) sur la base du répertoire FINESS maintenu par les ARS ; Cette action nationale vient confirmer la nécessité de faire connaître les activités et de faciliter l'accès à l'information.

Dans le cadre de mes missions de stage de professionnalisation j'ai travaillé sur le développement de l'activité de l'accueil de jour et la plateforme d'accompagnement et de répit. En tant que chef de projet j'ai programmé la rencontre avec des médecins de ville afin qu'ils puissent participer à la distribution des questionnaires à destination des aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Effectivement l'objectif était de définir de nouvelles activités à mettre en place pour répondre aux besoins des aidants et des aidés. Donc de partir des besoins pour définir l'offre comme cela est préconisé pour l'élaboration du projet médical de territoire dans le cadre d'une GHT. Lors des rencontres avec les médecins de ville il est ressorti un manque de connaissance des activités du Centre Hospitalier Jacques Cœur ce qui rend plus difficile l'orientation des patients.

Après validation de la directrice générale du Centre Hospitalier j'ai travaillé sur la **présentation de la filière gériatrique sous forme d'une plaquette à destination des médecins de ville** afin de faciliter l'adressage des patients vers les bons services de la filière gériatrique (annexe). L'objectif étant de faciliter le parcours de santé des patients âgés et de faire connaître la filière gériatrique et de faciliter les relations entre les services du Centre Hospitalier et les médecins de ville en indiquant notamment les référents à contacter pour chaque activité. La directrice du Centre Hospitalier Jacques Cœur a bien conscience de cette méconnaissance des activités de la filière gériatrique par les médecins de ville ainsi que les professionnels du Centre Hospitalier.

La communication est donc bien un axe à développer. J'ai donc **élaboré un plan de communication** interne et externe (annexe) afin de lister les actions et de les prioriser. Il s'agissait également d'assurer la continuité de la mise en œuvre du plan d'action après mon départ. J'ai également élaboré une présentation power point de la plateforme d'accompagnement et de répit qui a été présentée notamment auprès de la coordination gérontologique du CLIC Berruyer, du CODERPA.....des instances du CH. Dans le cadre du plan de communication la présentation de la filière gériatrique est programmée ainsi que la réalisation d'une soirée à thème



en septembre 2015 réunissant tous les acteurs et en FMC en novembre 2015 et également auprès du CODERPA et du CLIC. Il s'agit à terme de présenter la filière gériatrique aux acteurs du territoire sans omettre les représentants des usagers et les professionnels du Centre Hospitalier.

Dans le cadre de mon mémoire je suis allée à la rencontre des acteurs et professionnels ce qui m'a permis de prendre des contacts et d'organiser la présentation des services du CH. J'ai ainsi été conviée à participer à des réunions relatives au schéma départemental des aînés ce qui a permis d'inscrire la plateforme d'accompagnement et de répit dans la liste d'offres et de présenter ce service.

Des outils de communication pour faire connaître la filière gériatrique et les services en interne et externe sont donc à élaborer et à actualiser régulièrement et surtout auprès des professionnels telles que les associations du maintien à domicile.

La communication est également l'un des axes retenus par le conseil départemental dans le cadre du schéma départemental des personnes âgées : Orientation 1 : Actions 2 et 3.

J'ai rencontré la vice-présidente du CODERPA (comité départemental retraités et personnes âgées), qui est présidé par le CG, avec pour objectif de se faire connaître et d'être associé aux actions en lien avec les personnes âgées. Un article relatif à la plateforme d'accompagnement et de répit a d'ailleurs été publié dans le bulletin du CODERPA.

En communiquant il s'agit également « **de jouer la carte de la transparence** ». Effectivement l'outil via trajectoire est un vecteur de communication entre les services du Centre Hospitalier mais également avec les SSR extérieurs. L'information qui y est inscrite doit donc être fiable, complète....afin de faciliter le parcours de santé des personnes âgées qui y sont inscrites.

En communiquant c'est également la possibilité d'élargir le réseau de l'établissement ce qui peut faciliter la conclusion de futures conventions.

## 2. Objectifs

- Eviter ou limiter les ruptures de parcours de santé des personnes âgées.
- Faire connaître les services de la filière gériatrique aux professionnels de l'établissement et aux acteurs du territoire de santé.
- Faciliter la conclusion des futures conventions, partenariats, coopérations.
- Développer le réseau de l'établissement en allant présenter les services à l'extérieur.
- Travailler sur l'image de l'établissement.
- Ouvrir l'établissement sur l'extérieur

## 3. Actions

- ⇒ Poursuivre la mise en œuvre du plan de communication en s'appuyant sur le service communication.
- ⇒ Rédiger une convention constitutive de la filière gériatrique afin de formaliser dans un document unique les missions de chaque service et les articulations entre ceux-ci, intégrer des valeurs communes, une politique de prise en charge des personnes âgées, en intégrant l'aspect éthique. Cette convention doit permettre de définir un fonctionnement liant afin de diffuser une culture gériatrique
- ⇒ S'appuyer sur l'EMG qui est un point fort de la filière gériatrique (Bilan ANAP, certains acteur....) pour diffuser une culture gériatrique interne et externe.
- ⇒ Communiquer au sein des réunions de pôle, des instances, intranet, journal interne (diffuser auprès des autres établissements de santé).
- ⇒ Communiquer en participant aux commissions du territoire et faire des retours en réunion de direction : coordinations gérontologiques (le lien avec le domicile et les travailleurs sociaux APA), .....la presse, les revues professionnelles, la radio, le portail internet....dans les bulletins des partenaires
- ⇒ Savoir qui communique, comment, quand, pourquoi ? Qui participe à telle commission....
- ⇒ Définir une politique de communication entre établissements de santé
- ⇒ Evaluer la politique de communication.

#### **4. Chef(s) de projet et acteurs référents**

- Le directeur de la filière gériatrique assisté par le chef de pôle de gériatrie et le nouveau coordonnateur de la filière gériatrique (poste à créer), le service de communication.

#### **5. Planification prévisionnelle**

- Elaborer un tableau reprenant les actions et en spécifiant celles devant être engagées à court terme, moyen terme ou long terme.

#### **6. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi**

- Les articles dans les différents supports.
- Participation aux différentes commissions.
- Amélioration de la prise en charge des personnes âgées
- Une meilleure connaissance des services de la filière gériatrique

### Préconisation 3 :

Ouvrir le Centre Hospitalier vers l'extérieur et formaliser les liens avec les acteurs du territoire.

## 1. Diagnostic

Le HCAAM a montré qu'une amélioration durable de la coordination entre les acteurs du système de soins, du secteur médico-social et du secteur social, améliorerait l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et serait source d'économies pour l'assurance maladie.<sup>23</sup>

Au sein d'une filière gériatrique, le patient âgé doit pouvoir bénéficier : d'une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie, d'un continuum de prises en charge, sans rupture, au fur et mesure de la gradation des soins requis.<sup>24</sup> Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique. L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement. Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques et très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'ANAP a publié son étude sur les parcours de personnes âgées sur un territoire. Dans ce document de retours d'expérience, l'ANAP présente quatorze organisations qui concourent à fluidifier le parcours de santé de la personne âgée en situation de fragilité.

Le Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie a également mis un accent particulier sur l'indispensable adaptation des pratiques professionnelles à la logique du parcours de santé des personnes âgées.<sup>25</sup>

A cet égard, le comité a fortement insisté sur [l'importance de la qualité, la précision et la mise à jour des documents échangés entre acteurs](#). Ces documents doivent être conçus dans une logique de parcours et de passage de témoin, ce qui suppose qu'ils soient à la fois synthétiques, clairs et concis.<sup>26</sup>

**La valeur ajoutée d'une filière est d'associer sur son territoire d'implantation l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des personnes âgées et de servir de levier à la coordination de leurs**

<sup>23</sup> Rapport HCAAM Juin 2011

<sup>24</sup> Circulaire 2007

<sup>25</sup> Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, Céline MOUNIER et Cécile WAQUET – IGAS Janvier 2013.

<sup>26</sup> Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, Céline MOUNIER et Cécile WAQUET IGAS Janvier 2013.

**actions au service des personnes âgées. La filière gériatrique est donc une opportunité pour ouvrir l'établissement sur l'extérieur.**

Des partenariats sont à construire avec les autres filières gériatriques du territoire de santé, établissements de santé et médico-sociaux. Dans le cadre **du projet de loi de modernisation du système de santé** il ressort la mise en place obligatoire des GHT. Le **projet médical partagé** a vocation à être un véritable référentiel de prise en charge organisant le travail d'équipe et la collégialité. Il serait judicieux de retenir le travail engagé par l'hôpital de proximité de Sancerre sur l'organisation de la sortie des patients, effectivement une réunion hebdomadaire de coordination est organisée avec les représentants des services de soins infirmiers à domicile et les associations assurant les aides à domicile (ADPAC, Aide et présence) ce qui permet aux personnes un retour à domicile dans des conditions optimales de sécurité. A la sortie, le médecin traitant et les paramédicaux libéraux si cela est nécessaire, sont prévenus par le service et le dossier de liaison contenant toute information relative au séjour leur est remis par l'intermédiaire du patient. Le CHBJC devrait exploiter les infos qui résultent de la coordination gériatrique de Sancerre afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Le travail réalisé par **les établissements privés à but lucratif pour formaliser ces liens** doit être retenu comme l'exemple DOMITYS et KORIAN qui signent un partenariat qui va faciliter la vie des résidents tout en rassurant leurs familles.

Mais également les expériences des **SSR privés à but lucratifs** sont à analyser car ces services jouent un rôle essentiel dans la fluidité des parcours de santé et l'accessibilité aux soins, thèmes forts de la loi de santé. Elles agissent en partenariat avec les différents acteurs d'aval, comme les structures d'hospitalisation à domicile, ou encore médico-sociales avec les EHPAD<sup>1</sup>.<sup>27</sup>

Il faut également élaborer un diagnostic des besoins du territoire car notamment des EHPAD publics et privés ont besoin de formaliser des conventions pour éviter le passage aux urgences et faciliter une entrée directe dans les services. Une démarche positive en sachant que l'encombrement des urgences est le point faible du Centre Hospitalier Jacques Cœur.<sup>28</sup>

A noter que le conseil départemental dans l'un des entretiens indique la nécessité de procédures, de bons relais connus et repérés et qu'ils existent. Actuellement des EHPAD travaillent sur des procédures. La

---

<sup>27</sup>

Cliniques de soins de suite et de réadaptation « Des acteurs engagés au cœur des parcours de soins » FHP SSR Syndicat des soins de suite et de réadaptation

<sup>28</sup> HAS et ANESM livrent aux EHPAD des clés pour réduire les hospitalisations non programmées.

télé médecine peut par exemple permettre d'apporter une compétence experte sur un site sans organiser le déplacement du professionnel.<sup>29</sup>

*En parallèle des GHT au 1<sup>er</sup> janvier 2016 la région Centre a été retenue pour l'expérimentation PAERPA qui a pour objet d'améliorer la coordination entre les différentes prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale ; d'éviter le recours à l'hospitalisation ; de faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût..... Cette expérimentation s'inscrit dans la stratégie nationale de santé.<sup>30</sup>*

Des partenariats à construire avec les autres acteurs qui interviennent dans le parcours de santé des personnes âgées au sein du territoire de santé. Effectivement la GHT va permettre de formaliser les relations avec les trois autres filières gériatriques portées par les autres établissements de santé du territoire et les EHPAD associés. La télé médecine va permettre également la formalisation de lien sous la forme de convention avec les EHPAD. Dans le cadre de mes différents entretiens il ressort une volonté des acteurs du territoire de formaliser par le biais de conventions ou autres les complémentarités nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire de santé.

Il s'agit de définir quel est l'apport de chacun pour répondre aux ruptures de parcours de santé rencontrés par les personnes âgées. Il ne faut pas omettre néanmoins le rôle de la DT ARS depuis la loi HPST qui doit coordonner les actions des différents acteurs. « ...A noter le rapport de l'IGAS publié le 4 février 2015 recommande de confier une nouvelle mission aux ARS « d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes... »<sup>31</sup>.

Une évaluation du fonctionnement des quatre filières gériatriques du territoire de santé doit également s'engager. (Conseil Départemental°

Selon le conseil départemental pour fluidifier la filière gériatrique il faut travailler ensemble. Sur la base du Schéma départemental pour les aînés du Cher 2014-2019 : Des fiches actions ont été élaborées pour une professionnalisation et une coordination renforcée des acteurs sont nécessaires pour un accompagnement construit avec la personne âgée et adapté à ses besoins. Dans le cadre du projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, la création de la conférence des financeurs, le département a été retenu. L'objectif

<sup>29</sup> Rapport mission groupements hospitaliers de territoire – rapport intermédiaire – membres : Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU – Mai 2015 - p.29

<sup>30</sup> Stratégie nationale de santé « faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie « les projets PAERPA ».

<sup>31</sup> Evaluation de la coordination d'appui aux soins – note de synthèse mission IGAS 04/02/2015 P.5

est de trouver des synergies et cohérences. (Source réunion KPMG du 02/06/2015)

Il pourrait être réfléchi avec le service social départemental à une procédure pour accélérer les demandes d'aide sociale, et de l'APA d'urgence qui n'est pas appliqué dans le département du Cher. Les plans d'aide indiquent l'orientation de la personne âgée : ex : accueil de jour.

Une réflexion doit s'engager afin de faciliter le parcours de santé des personnes âgées en situation de maltraitance à domicile ce qui peut venir retarder la sortie de l'établissement.

Il faut formaliser la complémentarité de l'offre aux aidants et la transmission d'information avec le CCAS afin de faciliter le parcours de santé des personnes âgées par le biais notamment du Service social communal : Assistante sociale de secteur, du Contrat local de santé, ainsi qu'avec le SSIAD, l'ESA gérés par le CCAS de la ville de Bourges, la Résidence d'Hébergements temporaires (35 places) et les foyers logement (218 places).

La plateforme d'accompagnement et de répit à vocation départementale doit formaliser des liens avec les accueils de jour et d'hébergements temporaires du département. Sans omettre les SAAD. Le conventionnement avec les SAAD (Source plan maladies neurodégénératives 2014-2019) pour favoriser le repérage des besoins dans le quotidien et la participation des SAAD à la prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie ce qui implique la mise à disposition de ces services d'outils pratiques permettant de repérer et de communiquer avec la personne accompagnée et ses proches.

Il s'agit également de formaliser les liens avec l'HAD du Berry. La Circulaire signée de Marisol TOURAINE en date du 4 décembre 2013, précise le positionnement et les modalités de développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Dans la mesure où elle conforte la médecine de premier recours, qu'elle travaille avec les professionnels libéraux et favorise le maintien à domicile et la coopération entre professionnels de la santé, l'HAD s'inscrit pleinement dans la stratégie nationale de santé. La circulaire rappelle également que l'HAD a vu son champ d'intervention fortement accru puisque, depuis 2012, elle peut également intervenir dans les établissements sociaux et médico-sociaux et notamment dans les EHPAD.

L'objectif de ces conventions est d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées dans un territoire de santé où il y a un manque de médecins et où les recrutements du Centre Hospitalier sont difficiles et de faciliter les sorties.

A la demande de la ministre en charge de la santé, l'IGAS a été chargée de « procéder à un inventaire et à une analyse de l'ensemble des coordinations d'appui aujourd'hui déployées ». Cette mission a été envisagée dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS). Après un diagnostic de la situation, le rapport propose une nouvelle organisation de la coordination d'appui aux soins, reposant sur l'initiative des médecins. La coordination d'appui aux soins proposée est ainsi destinée à éviter toute rupture dans la prise en charge globale des patients grâce à la mobilisation de l'ensemble des professionnels qui peuvent y

concourir. Concrètement, la mission propose que ce soit le médecin de premier recours, et lui seul, qui puisse la déclencher en concertation avec le patient. Le médecin de premier recours pourrait ainsi choisir de recourir à différentes modalités en fonction de sa pratique et de ses habitudes.<sup>32</sup>

« ...le virage ambulatoire, c'est aussi une meilleure articulation avec la médecine de ville et la promotion des prises en charges à domicile. La diffusion de bonnes pratiques et d'outils tels que PRADO (Programme d'Accompagnement de Retour à Domicile) devront nous aider à réduire les DMS et donc à recentrer les prises en charges hospitalières... »<sup>33</sup>

Le lien ville/hôpital peut être assuré suite au recrutement d'un médecin généraliste en tant que médecin coordonnateur sur le site de TAILLEGRAIN récemment.

Il s'agit également de conventionner avec les autres professionnels libéraux, les représentants des usagers, les CLIC, MAIA, SDIS, les coordinations gérontologiques, le tribunal d'instance afin de réduire le délai de mise en place des procédures. Il serait judicieux de se rapprocher de l'Ets de SAUMUR les mesures traitées en 2 mois, il serait intéressant de se rapprocher de cet établissement.

Le mandat de protection future doit être proposé dès la consultation mémoire.

## 2. Objectifs

Eviter ou limiter les ruptures de parcours de santé des personnes âgées.

## 3. Actions

Formaliser des partenariats avec l'HAD, les médecins traitants, les acteurs de la prise en charge médico-sociale, les associations de familles ou de patients,...

Engager une réflexion avec la plateforme SAMU/SDIS sur l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Formaliser une convention avec les établissements prenant en charge la santé des personnes âgées : le rôle et les obligations réciproques des établissements qui en sont membres les conditions d'admission et de sortie des patients gériatriques, les délais cible en termes de prise en charge, les procédures de transfert. Elle définit les supports d'informations médicales communes (notamment fiches de liaison médicale et infirmière).

Prévoir une coordination administrative et une coordination médicale qui doit être assurée par un gériatre.

Diffuser la culture gériatrique auprès des personnels de l'établissement de santé et des acteurs externes à

---

**1.1** <sup>32</sup> Evaluation de la coordination d'appui aux soins Auteur(s) : BLANCHARD Philippe, ESLOUS Laurence, YENI Isabelle, LOUIS Pauline - Inspection générale des affaires sociales - Date de remise : Février 2015

<sup>33</sup> Intervention de Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes du 4 février 2015, réunion avec les conférences hospitalières » p.3

l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées.

S'appuyer sur les diagnostics réalisés dans le cadre : du PAERPA, GHT (projet médical), CLS, Schéma départemental des aînés du Cher.

Faire un état des lieux des besoins des acteurs du territoire : établissements de santé, établissements médico-sociaux, sociaux, CCAS, CLIC, Conseil départemental, DT ARS pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées.

Procéder à une analyse afin de déterminer si le Centre Hospitalier peut répondre à ces besoins, et si non comment il peut s'adapter pour y répondre (se reporter préconisation 5)

Faire un point en réunion de direction des retours de participation aux diverses commissions, coordination....

Se rapprocher des médecins de ville et notamment de ceux exerçant dans la maison médicale de garde hébergée par le CH Jacques Cœur. Il s'agit d'éviter des hospitalisations inutiles, de favoriser l'entrée directe dans le bon service, d'orienter vers l'HAD lorsque cela est possible surtout que l'activité est à développer.

S'appuyer sur des retours d'expériences : Dans l'Indre contacter l'équipe départementale gériatrique, (établissement grand chêne), les médecins traitants font l'adressage. La direction commune de huit établissements de Châteauroux.

Travailler sur l'orientation des patients à partir du court séjour. (Sancerre a réalisé une étude en 2010 sur les DMS en court séjour : recommandation anticiper le projet de sortie, une proposition de sortie dès l'entrée, mais pas de façon automatique)

Instaurer un groupe de travail au sein de la GHT pour coordonner les SSR du département. (SROS 2012-2016 région Centre : la coordination des structures de SSR doit être favorisée sur un même territoire d'intervention avec non seulement les établissements de court séjour mais aussi les structures d'hospitalisation à domicile, le secteur ambulatoire et les établissements et services médico-sociaux). Et faire connaître les activités de SSR entre les établissements, .....

Formaliser la déclaration des ruptures de parcours patient entre établissements (déclaration, traitement, retour à l'établissement à l'origine de la déclaration, suivi).

Elaborer une convention afin de formaliser la coordination entre SSR.

Evaluer la procédure de transferts entre les établissements du département.

Définir une cartographie des risques de rupture des parcours englobant les établissements du territoire.

Analyser les situations de rupture.

Simplifier dans le fonctionnement de la coordination gérontologique départementale.

#### **4. Chef(s) de projet et acteurs référents**

Le directeur de la filière gériatrique assisté par le chef de pôle de gériatrie et le nouveau coordonnateur de la filière gériatrique (poste à créer).

#### **5. Planification prévisionnelle**



Elaborer un tableau reprenant les actions et en spécifiant celles devant être engagées à court terme, moyen terme ou long terme.

### **6. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi**

Nombre de conventions, partenariats, coopérations formalisés

**Préconisation 4 :**

Ouvrir le Centre Hospitalier à de nouvelles méthodes de travail : l'intégration (la méthode MAIA), le parcours (le patient traceur - certification V2014), la coordination (les coordinations de gérontologies), et désigner un coordonnateur de la filière gériatrique.

**1. Diagnostic**

Le CHBJC doit faire évoluer ses pratiques professionnelles et son organisation afin de faciliter la prise en charge des personnes âgées. L'intégration utilisée par la méthode MAIA, le parcours patient retenu par la certification V2014 et enfin les coordinations gérontologiques semblent être des moyens intéressants pour améliorer le parcours de santé des personnes âgées.

•

**M**

**AIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins)**

Dans le cadre de mes différents stages j'ai rencontré la direction de la coordination de l'action sociale pour les personnes âgées, les travailleurs sociaux (APA), la chargée de mission pour le schéma départemental des aînés, le service de contrôle et de tarification..... afin d'une part obtenir leur vision sur la filière gériatrique du CHBJC, d'aborder les objectifs des fiches actions du schéma départemental pour les aînés en lien avec la prise en charge des aidants, et du projet de MAIA. Il s'agissait de pouvoir aborder les possibilités pour associer la plateforme d'accompagnement et de répit à vocation départementale à la réponse de l'appel à candidature afin de la positionner au sein du territoire.

Suite à diverses rencontres il a été entendu d'intégrer le Centre Hospitalier Jacques Cœur à la table stratégique de la MAIA positionnée sur le Sud du Département du Cher. Il est à noter que la MAIA de l'Indre est portée par le CH de Châteauroux et le Conseil Général sous la forme d'un GIP. La MAIA se base sur le découpage des SSIAD car ils sont similaires à ceux des coordinations gérontologiques. Des liens avec la MAIA de Vierzon (issue de l'expérimentation de 2009) sont envisagés.

La MAIA, c'est le passage d'une maison à une méthode, d'un pilote à un guichet intégré, de personnes atteintes de la maladie Alzheimer aux personnes en perte d'autonomie Cette méthode est appliquée à la population âgée de plus de 60 ans en perte d'autonomie alors que l'expérimentation PAERPA concerne la population âgée de plus de 75 ans en perte d'autonomie. A noter que nombre de PAERPA sont adossées à des MAIA.

Les objectifs d'une MAIA sont de : cibler la population, éviter les retours à domicile pas préparés, gérer des situations sociales difficiles. Un pilote qui a pour mission de repérer toutes les forces vives d'un territoire et de les mettre en synergie et une porte d'entrée pour l'utilisateur, mettre dans le bon circuit. Des retours positifs sur le fonctionnement de la MAIA de Vierzon ont été mentionnés par la présidente du CODERPA du Cher. Elle précise également que dans les MAIA la parole de l'utilisateur est écoutée. Le gestionnaire de cas

complexe doit dénouer une situation complexe à partir de critères. Le bon parcours, les bons acteurs, et un suivi au long cours jusqu'au décès, entrée en établissement. Les travailleurs APA passent le relais au gestionnaire de cas complexe, car une situation peut devenir complexe en cours de parcours. (Le conseil départemental)

Il est intéressant de mentionner que les gestionnaires de cas sont présents à la commission de sortie du CH de Montluçon.

Il s'avère qu'au CHBJC il n'y a pas actuellement un professionnel désigné pour assurer la coordination de l'action de la filière gériatrique en interne et en externe. De nombreux acteurs coordonnent au niveau du territoire de santé : A l'échelon régional l'ARS, A l'échelon départemental la DT ARS, sur une territoire découpée la MAIA de Vierzon, la Direction de l'action et de la coordination gérontologique, la plateforme d'accompagnement et de répit, la CHT, la coordination gérontologique départementale, les SSIAD, les HAD, à l'échelon local le CLS, les coordinations gérontologiques, au niveau de l'établissement le directeur des soins.

Il y a donc la nécessité de coordonner l'action de la filière gériatrique : [Un poste de coordinateur de la filière gériatrique est à créer.](#)

Le coordonnateur de la filière gériatrique devra coopérer avec des acteurs internes et externes. Il serait donc judicieux qu'il coordonne l'action en interne et avec les acteurs extérieurs en appliquant les mêmes méthodes que le pilote MAIA ainsi que les outils issus de l'expérimentation PAERPA. Il serait intéressant qu'il participe aux coordinations gérontologiques des trois autres filières gériatriques et qu'il travaille en lien avec les pilotes de MAIA, CLIC, CCAS .....

Au sein de l'établissement de santé, il devra travailler avec le directeur des soins qui est un acteur stratégique qui assure une coordination transversale aux côtés du président de la commission médicale d'établissement, des équipes médicales et de l'encadrement<sup>34</sup>. Le directeur des soins du Centre Hospitalier Jacques Cœur n'a pas d'intervention directe, il est garant du fonctionnement du service social, il établit le cadre sur le projet de soins notamment. Cependant il ne coordonne pas l'action de la filière gériatrique. Le coordonnateur de la filière gériatrique devra également travailler avec le service social, le médecin responsable du pôle de gériatrie, le directeur adjoint en charge de la filière et le cadre de santé du pôle.

De plus la **Certification V2014** a mis en évidence que l'établissement n'a pas de politique analysant les risques de rupture de prise en charge, déclinée par pôle. Le CHBJC devra donc faire évoluer les pratiques professionnelles afin de les adapter au parcours patient.

- <sup>34</sup> Article revue hospitalière de France – mai-juin 2014 « parcours de santé des personnes âgées hospitalisées » Rôle des directeurs des soins dans la coordination territoriale. p. 26/27/28

**L'établissement doit également s'intégrer à la coordination départementale** qui a pour objet notamment de proposer des règles de travail et des outils communs dans le but toujours recherché de servir au mieux la personne âgée dans le strict respect de sa liberté et de ses choix de vie. Et de permettre la reconnaissance de l'exercice des coordinations locales dans le Cher (chargée de mission MAIA)

## **2. Objectifs**

Eviter ou limiter les ruptures de parcours de santé des personnes âgées.

## **3. Actions**

Intégrer la table stratégique de la MAIA du Sud du Département, puis créer un GIP avec le Conseil départemental pour la MAIA du Nord du Département (expérience CH de Châteauroux). Le Centre Hospitalier Jacques Cœur doit être positionné en tant qu'établissement référent au niveau du territoire. Enfin formaliser les liens avec la MAIA de Vierzon.

Participer à certaines coordinations gérontologiques du territoire et remonter et descendre les informations. (vecteur de communication)

Créer un poste de coordonnateur de la filière gériatrique

Intégrer le parcours et la méthode MAIA dans les pratiques professionnelles.

## **4. Chef(s) de projet et acteurs référents**

Le directeur de la filière gériatrique assisté par le chef de pôle de gériatrie et le nouveau coordonnateur de la filière gériatrique (poste à créer),.

## **5. Planification prévisionnelle**

Elaborer un tableau reprenant les actions et en spécifiant celles devant être engagées à court terme, moyen terme ou long terme.

## **6. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi**

DMS  
Nombre de dossiers vus en commission de séjours difficiles.

**Préconisation 5 :**

L'hôpital de demain : adaptation de l'offre sous la forme d'une plateforme de service.

**1. Diagnostic**

L'établissement de santé est confronté à des **problèmes d'activité** et doit répondre au défi de Madame la ministre chargée des affaires sociales « ... c'est celui de la **maîtrise de nos dépenses** de santé... »<sup>35</sup>, qui portera essentiellement sur la masse salariale, et les économies relatives au programme PHARE pour l'établissement. Les **Français âgés de soixante-quinze ans et plus (5,7 millions en 2012) seront 12 millions en 2060**. Il s'agit d'adapter l'offre à partir des besoins, car un service public un établissement de santé doit **savoir s'adapter aux besoins de santé** de la population. Comme indiqué dans le dispositif PAERPA il s'agit d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge **en partant des besoins de la personne et des aidants**. Avec la politique de maintien à domicile il s'agit d'ouvrir le Centre Hospitalier et de proposer de nouveaux services sous la forme d'une plateforme de services complémentaires aux autres offres du territoire de santé. Il s'agit également de répondre à la volonté nationale de voir diminuer les séjours d'hospitalisations complètes et augmenter les séjours ambulatoires.<sup>36</sup> Il s'agit de contribuer au maintien à domicile des personnes âgées, d'éviter les hospitalisations évitables, de raccourcir la durée des séjours hospitaliers, de faciliter la sortie, d'aider les aidants..... Cette démarche doit permettre au CHBJC de « ...voir plus loin, voir plus large... ».<sup>37</sup>

Lors de ma participation à une réunion organisée par KPMG en juin 2015 les intervenants de la MDPH et Conseil Départemental du Cher ont évoqué les points suivants :

Dans le **Schéma départemental des âgés du Cher** il est prévu le développement de l'accueil de jour, de l'hébergement temporaire, et des accueils séquentiels. Effectivement les orientations du Schéma sont de fluidifier les parcours, de favoriser la coordination des acteurs, de favoriser la vie à domicile d'agir pour l'aide aux aidants, et de reconnaître le droit au répit des aidants comme cela est également mentionné dans le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Dans le cadre du **Contrat Local de Santé 2011** le développement des alternatives à l'hébergement complet apparait comme une voie particulièrement pertinente face aux besoins des usagers. Il s'agit de mobiliser le dynamisme des acteurs locaux notamment sur la problématique Alzheimer et d'activer le plan d'aide à tous les niveaux de la dépendance. (Source entretien avec la responsable du CCAS).

<sup>35</sup> Intervention de Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 4 février 2015 – réunion avec les conférences hospitalières.

<sup>36</sup> Intervention de Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 4 février 2015 – réunion avec les conférences hospitalières.

<sup>37</sup> Formule d'introduction du Rapport BROUSSY Luc, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française à son développement, L'adaptation de la société française au vieillissement de sa population : France : année zéro, janvier 2013, p1.

Les points de blocage portent principalement sur la démographie médicale du territoire de santé.

Le **projet de loi relatif à la modernisation du système de santé** prévoit un diagnostic territorial partagé ce qui peut être une opportunité pour le CHBJC afin de définir son offre.

- **Adaptation de l'activité du Centre Hospitalier Jacques Cœur vers une plateforme de services**

Il est important de rappeler que le Centre Hospitalier dispose d'une filière gériatrique complète et de services qui interviennent et/ou qui sont déjà en lien avec les personnes âgées à domicile. Il s'agit bien de répondre aux besoins des personnes âgées qui souhaitent vivre à domicile, d'éviter les hospitalisations, de limiter l'accès aux urgences, et de favoriser les entrées directes.

- ❖ **Des services existants à faire évoluer dans le cadre du projet d'établissement 2015-2019 et du CPOM :**

- **EMG : Equipe mobile gériatrique.**

Après avoir communiqué sur les missions et le rôle de l'EMG en interne, et avoir pourvu aux besoins en ressources humaines il s'agira d'étendre les missions de l'EMG vers l'extérieur afin de faire un lien avec les autres acteurs du territoire participant à la prise en charge des personnes âgées, afin qu'elle puisse diffuser la culture gériatrique notamment en faisant la présentation de la filière gériatrique, former si nécessaires les autres intervenant et répondre aux questions posées. Il serait intéressant de faire un lien avec les Services d'aide et d'accompagnement à domicile notamment pour le critère de fragilité. En sachant que l'EMG établit un bilan gériatrique ce lien avec le domicile pourrait permettre d'anticiper nombre de situation et d'alerter l'entourage sur l'évolution de l'état de santé de la personne âgée.

- **HAD : Hospitalisation à domicile.**

« ...le rapport remis par Pascal JACOB en 2012 insiste ainsi sur la nécessité de développer l'hospitalisation à domicile au sein des établissements médico-sociaux d'hébergement : « ... Elle présente un avantage évident de fluidification du parcours des patients et de préservation de la continuité et de la qualité de leur accompagnement... »<sup>38</sup> « ...L'extension du champ de l'HAD "doit permettre aux personnes vieillissantes de bénéficier d'un parcours de soins sans rupture d'accompagnement", indique la DGOS. (Source HOSPIMEDIA 11/08/2015)... » Le diagnostic du fonctionnement de l'HAD du CHBJC indique un manque d'adressage et une activité à développer. Cela pourrait être formalisé par les conventions à passer notamment avec les EHPAD dans le cadre des hospitalisations évitables, et avec les médecins de ville qui doivent travailler avec le médecin coordonnateur de l'HAD. Il s'agit également de faire une communication auprès des professionnels de l'établissement. A indiquer qu'il existe sur le territoire un autre service d'HAD privé à but lucratif.

<sup>3838</sup> Livre Coordination et parcours – la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut – DUNOD – 2014 P. 106

## ■ SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

Le rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012 préconise l'appui d'un psychologue pour l'accompagnement des patients, de leurs aidants mais aussi des équipes confrontées à des situations difficiles constitue un enjeu fort d'amélioration de l'accompagnement des personnes à domicile ayant à la fois besoin de soins et d'accompagnement (Source plan maladies neurodégénératives 2014-2019). L'activité du SSIAD est à développer comme pour l'HAD, à noter que le CCAS gère également un SSIAD qui intègre un ESA. Dans le cadre d'une convention il s'agirait de mettre en place une complémentarité des deux SSIAD afin d'apporter une réponse aux personnes âgées qui ne peuvent pas sortir du SSR en raison d'un manque de place.

## ■ Hébergement Temporaire

Le CCAS gère un établissement d'hébergement temporaire de 35 places, et les autres EHPAD du territoire disposent comme le Centre Hospitalier d'une à deux places d'hébergement temporaire. Ce qui est insuffisant pour répondre aux besoins des aidants/aidés. Il s'agit d'une opportunité pour faciliter la sortie des patients âgés du service de SSR dans l'attente d'une réponse pour un hébergement complet en établissement ou un retour à domicile le temps de l'organisation des aides prévues au plan d'aide. Il s'agit de pouvoir développer également l'hébergement temporaire d'urgence.

### ○ APA d'urgence

Mentionnée dans le règlement départemental d'action sociale (p.178) cette aide permet en cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social, au Président du Conseil Départemental d'attribuer l'APA à titre provisoire, et pour un montant forfaitaire égal à 50 % du montant du tarif national correspondant au GIR 1, à dater du dépôt de la demande jusqu'à l'expiration du délai de 2 mois prévu pour l'instruction de la demande (CASF art L.232-12 alinéa 3 et art R. 232.-29). Cependant le Conseil Départemental ne l'applique pas

## ■ Accueils de jour

Dans le cadre de mes missions de stage de professionnalisation j'ai dû travailler au développement de l'activité de l'accueil de jour. Des freins apparaissent comme le financement par les usagers, le transport.....pour augmenter le taux d'activité. Après avoir contacté le Conseil départemental il s'avère que d'autres accueils de jour rencontrent les mêmes freins. Il est à noter que l'accueil de jour a une capacité de 20 places alors que la plupart des accueils de jour n'ont que 6 jours. Je me suis rendue à l'accueil de jour géré par l'Hôpital Ile d'Oléron car ce service fonctionne bien. L'établissement est porteur du CLIC qui est installé dans l'établissement et a deux médecins coordonnateurs dont l'un exerce toujours une activité libérale. L'accueil de jour n'a une capacité que de 6 jours et il n'est ouvert que 4j/semaine, et une convention a été passée avec le CCAS pour les transports. Il s'agit de formaliser des liens entre les accueils de jour à partir de la plateforme d'accompagnement et de répit.

## ■ Plateforme d'accompagnement et de répit : la porte d'entrée dans la filière gériatrique du CHBJC.

Dans le cadre du CLS 2011 il est mentionner l'intérêt de développer une prévention des problématiques liées à la dépendance, notamment en direction des aidants familiaux, le diagnostic ayant mis en évidence notamment un défaut d'actions de prévention des situations de ruptures dues à l'épuisement des aidants familiaux (CCAS)

L'une de mes missions dans le cadre de mon stage de professionnalisation portait sur le développement de l'activité de la plateforme d'accompagnement et de répit. J'ai donc rencontré la personne en charge de la plateforme d'accompagnement et de répit du CH de Moulins. Des pistes ont ainsi été partagées pour permettre l'accompagnement des aidés/aidants à domicile. Elles seront à développer. Des contacts pourront également être pris avec l'EHPAD de GUERET « allo répit EHPAD ouvert en octobre 2012 » ; ainsi que l'expérimentation baluchonnage dans le 37. Il s'agit de s'appuyer sur ces expérimentations afin de rédiger un projet sur le développement de l'activité de la plateforme sur le département et notamment sur le secteur de Baugy où l'accompagnement des aidants est peu développé.

- **Des activités à créer**

## ■ Unité Cognitivo-Comportementales (UCC) :

Des unités d'hébergement temporaires de 10 à 12 lits dans un service de soins de suite et de rééducation. Elles ont pour objectif au moyen d'un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, de stabiliser les troubles du comportement. Elles doivent permettre un accueil rapide et efficace des patients Alzheimer présentant des troubles du comportement à un stage aigu et/ou une pathologie organique avec symptômes comportementaux ne pouvant être pris en charge dans les structures habituelles. Prévoir dans le cahier des charges des UCC la formalisation de partenariat avec les EHPAD afin de structurer la filière et de favoriser l'apport de compétences aux équipes des EHPAD (formation, conseil...) (source plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019)

## ■ Accueil familial (service agrément au sein MDPH)

Pour répondre à des situations d'urgence et/ou apporter une réponse à des personnes âgées n'ayant pas d'entourage.

### 2. Objectifs

- Eviter ou limiter les ruptures de parcours de santé des personnes âgées.
- Formaliser des partenariats, conventions avec les autres acteurs du territoire.
- Développer l'activité des services du CHBJC à destination des personnes âgées.
- Créer de nouvelles activités pour répondre aux besoins des personnes âgées.
- Répondre à la mission de service public d'adaptation.

### 3. Actions

- ⇒ Faire évoluer l'autorisation de l'EMG vers l'extérieur
- ⇒ Conventionner avec les SAAD, médecins de ville, EHPAD



- ⇒ Formaliser une convention avec la MDPH pour l'accueil familial.
- ⇒ Demander l'autorisation d'ouverture d'une UCC (voir éléments Chef de pôle de gériatrie)
- ⇒ Poursuivre le développement de l'activité de la plateforme d'accompagnement et de répit en complémentarité avec les autres services du territoire.
- ⇒ Elargir son intervention sur le territoire et dans les établissements.
- ⇒ Développer des activités au domicile de la personne âgée.
- ⇒ Réaliser une étude sur les accueils de jour du département sur la capacité/taux d'occupation
- ⇒ Formaliser des conventions entre les accueils de jour et la plateforme d'accompagnement et de répit.
- ⇒ Développer l'activité de l'HAD.

#### **4. Chef(s) de projet et acteurs référents**

- Le directeur de la filière gériatrique assisté par le chef de pôle de gériatrie et le nouveau coordonnateur de la filière gériatrique (poste à créer),.

#### **5. Planification prévisionnelle**

- Elaborer un tableau reprenant les actions et en spécifiant celles devant être engagées à court terme, moyen terme ou long terme.

#### **6. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi**

- DMS

**1. Diagnostic**

La prise en charge des personnes âgées dans le cadre de leurs parcours de santé donne lieu à de nombreuses ruptures. Plusieurs causes ont été pointées comme le manque de coordination entre les acteurs du territoire, le manque d'anticipation sur les situations à partir du domicile ce qui résulte souvent à des hospitalisations évitables. Il ressort également des divers entretiens réalisés des points de blocage entre les services du CHBJC mais également au sein des services en raison des pratiques professionnelles et des organisations inadaptées. L'aval est également l'une des causes de rupture.

L'importance du reste à charge sur les aides à domicile ou pour les résidents en établissements influe sur la trajectoire des parcours de santé, pouvant conduire à des hospitalisations indues. Ces aspects seront traités dans le cadre du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Avec pour objectif également de respecter le choix du lieu de vie des personnes âgées. Cet aspect financier vient néanmoins justifier les décisions de certaines familles sur l'orientation du parent âgé, ou leur désengagement. Cependant l'établissement ne peut guère agir sur cet aspect sauf en accompagnant les familles pour les demandes d'aides sociales et prendre des mesures sur les séjours injustifiés dans les services de SSR.

La culture gériatrique n'apparaît pas suffisamment dans le secteur sanitaire alors qu'il s'agit de l'une des missions de l'équipe mobile de gériatrie. La gériatrie et la gérontologie sont des secteurs encore trop peu attractifs et insuffisamment intégrés dans la formation initiale des professionnels des trois secteurs.<sup>39</sup>Ce qui peut également venir expliquer le désintérêt de certains professionnels de santé pour la prise en charge des personnes âgées. Pourtant le nombre de personnes âgées à prendre en charge ne cesse d'augmenter.

Le parcours de santé des personnes âgées doit donc également intégrer la place et le rôle laissés aux familles et notamment aux aidants. L'évolution de la société fait apparaître l'éloignement parfois des enfants qui ne voient donc pas l'état de santé de leur parent se dégrader et qui n'anticipent donc pas leur prise en charge à domicile ou en en établissement. Ils sont souvent confrontés à cette réalité dans l'urgence. En parallèle les aidants familiaux doivent être accompagnés, le CHBJC dispose dans ce cadre d'un service parfaitement adapté qui est la plateforme d'accompagnement et de répit.

L'établissement doit donc intégrer dans ses organisations tous ces aspects.

Et enfin la fluidité du parcours de santé des personnes âgées ne doit pas venir compromettre le recueil du consentement libre et éclairé de la personne âgée.

L'aspect éthique de la prise en charge doit être interrogé à chaque étape du parcours afin d'assurer

<sup>39</sup> Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes établi par Céline MOUNIER et Cécile WAQUET IGAS Janvier 2013.

l'amélioration continue de la qualité et ainsi répondre aux exigences de l'HAS.

## **2. Objectifs**

·  
Éviter ou limiter les ruptures de parcours de santé des personnes âgées.  
Diffuser une culture gériatrique.  
Faire évoluer les pratiques professionnelles et les organisations à la prise en charge des personnes âgées.

## **3. Actions**

Intégrer dans le projet d'établissement un projet relatif à la prise en charge transversale des patients âgés.  
  
Diffuser une culture gériatrique.  
  
Associer les représentants des usagers dans l'analyse des ruptures de parcours.  
  
Intégrer les familles et les aidants dans cette prise en charge.  
  
Adapter les pratiques professionnelles et les organisations à ce type de prise en charge.  
  
Rédiger une charte éthique sur la prise en charge des personnes âgées.

## **4. Chef(s) de projet et acteurs référents**

Le directeur de la filière gériatrique assisté par le chef de pôle de gériatrie et le nouveau coordonnateur de la filière gériatrique (poste à créer),.

## **5. Planification prévisionnelle**

Elaborer un tableau reprenant les actions et en spécifiant celles devant être engagées à court terme, moyen terme ou long terme.

## **6. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi**

DMS,  
Nombre de dossiers vus en commissions de séjours difficiles,  
Questionnaires de sortie.

## 6 Conclusion

La filière gériatrique du CHBJC dispose des services et des outils pouvant permettre de fluidifier le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire de santé. Des évolutions sont à retenir notamment dans le champ de l'organisation, de la communication, et de l'adaptation. Elle doit s'ouvrir sur l'extérieur et formaliser des partenariats et s'impliquer dans la diffusion de la culture gériatrique au niveau du territoire.

Le Centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges a de belles opportunités à saisir comme celles d'avoir une filière gériatrique complète, d'être l'établissement support du territoire de santé, d'être porteur de la CHT qui va évoluer vers un GHT et d'être situé dans une région retenue pour de nombreux projets tels que le PAERPA, la télémédecine, le développement des MAIA.

En tant que futur directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social je me sens pleinement concernée par ce sujet. Effectivement le référentiel métier du DESSMS indique que le directeur favorise l'intégration de l'établissement dans un tissu social, médico-social et sanitaire permettant une prise en charge globale et coordonnée des personnes accueillies ou accompagnées et de leurs familles. Pour cela il impulse une politique de communication et valorise l'image de son établissement auprès des partenaires internes et externes. Il coordonne avec les partenaires du territoire d'intervention de l'établissement, les actions communes ou effectuées en coopération, assurant notamment la continuité territoriale des prises en charge des personnes.

Le sujet de mémoire choisi est donc en lien avec les compétences attendues d'un DESSM et c'est avec grande conviction que j'envisage de m'impliquer dans mon parcours professionnel afin de participer au changement de culture qu'implique la logique de parcours qui prendra nécessairement du temps.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes établi par Cécile MOUNIER et Cécile WAQUET IGAS Janvier 2013

# Bibliographie

## Textes législatifs, réglementaires

- Circulaire N° DHOS/02/DGS/SD5D/N°2002/157 du 18 Mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- Circulaire N°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.
- Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012
- Art 48 Loi de Financement de Sécurité Sociale pour 2013 (cadre du PAERPA).
- Art 70 Loi de Financement de Sécurité Sociale pour 2012 (expériences mise en place relatives à l'entrée et à la sortie des établissements de santé).
- Loi de Financement de Sécurité Sociale pour 2014. Le texte vise à faire progresser la fluidité des parcours de santé des patients ainsi que les coopérations entre les professionnels.
- SNS (stratégie nationale de santé).
- Projet de loi de modernisation de notre système de santé.
- Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Exposé des motifs – projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

## Références à des mémoires

- La filière gériatrique de proximité : une réponse d'avenir pour les centres hospitaliers de proximité – Julien BRUNET - Décembre 2012
- Parcours de soins des personnes âgées Sylvie PICAUD

## Livres

- Coordination et parcours « la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social » Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT - Edition DUNOD – 2014
- Repenser le maintien à domicile « enjeux, acteurs, organisation » Bernard ENNUYER - Edition DUNOD - 2014

## Reuves

- ADSP : N°88 septembre 2014 sur les parcours de santé : un article qui porte sur la prise en charge des personnes âgées dans les Hautes Pyrénées.

## **Autres**

- Programme relatif à la transversalité des parcours de santé : ARS du Limousin Projet Régional de santé 2012-2016- Rapport intermédiaire.
- Projet régional de santé en région Centre 2012-2016.
- Schéma régional de l'organisation médico-sociale en région Centre 2012-2016
- Programme territorial de santé région Centre 2012-2016
- Schéma départemental des personnes âgées du Cher 2014-2019
- Contrat local de santé de la ville de Bourges 1ère génération 2011-2014
- [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf)
- <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/quelles-orientations-pour-la-loi-de-sante>
- Intervention de Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – Salon Hôpital Expo 2015 – mardi 19 mai 2015

## **Rapports :**

- Rapport « Evaluation de la coordination d'appui aux soins » Auteur(s) BLANCHARD Philippe, ESLOUS Laurence, YENI Isabelle, LOUIS Pauline -Inspection générale des affaires sociales - Date de remise : Février 2015
- Avis HCAAM : avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM. Mars 2012.
- Comité national de pilotage en parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Rapport Céline MOUNIER et Cécile WAQUET IGAS. Janvier 2013
- Cartes sur table des idées pour la gauche « quelle prise en charge des personnes âgées pour demain ? 10 propositions – Mai 2015 P.3.
- Rapport mission groupements hospitaliers de territoire – rapport intermédiaire - Membres : Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU - Mai 2015
- Rapport HCAAM Juin 2011
- Le rapport de la cour des comptes : le rôle du médecin référent
- INSEE Centre Info n° 175 « l'évolution de la dépendance des personnes âgées : un défi en terme de prise en charge et d'emploi. Février 2012.
- Rapport HAS et ANESM – les clés pour réduire les hospitalisations programmées
- Rapport d'analyse des projets article 70 PLFSS 2012 par Haute Autorité de Santé
- Le rapport de l'IGAS : Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes ( [PDF]Rapport sur la mise en oeuvre des projets pilotes - Igas Janvier 2013
- Rapport Broussy relatif à l'adaptation de la société au vieillissement citation p.15 - 2013
- Comité national consultatif des droits de l'homme avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées journal officiel 31 juillet 2013 texte n°101 P.4
- Rapport 1980 « vieillir demain »
- Rapport Valérie ROSSO-DEBORD 2010

- ANAP : Les parcours de personnes âgées sur un territoire 17 février 2014
- 7 nov. 2013 - rapport « assurance maladie et perte d'autonomie » rendu par le Haut Conseil
- [PDF]Rapport d'analyse des projets article 70 - HAS
- Conseil national de l'ordre des médecins - édition 2015 de l'atlas de la démographie médicale.





## Annexes

Annexe I : Plan d'action : Plateforme d'accompagnement et de répit, Accueil de Jour

<p><b><u>Centre Hospitalier Jacques CŒUR :</u></b></p> <p><b>Mission de stage de professionnalisation</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>PLAN D'ACTION</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Plateforme de répit et d'accompagnement</b></li><li>• <b>Accueil de jour</b></li></ul>
<b>1. Contexte</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le contexte national : une politique de maintien à domicile des personnes âgées</li><li>• Le plan Alzheimer 2008-2012</li><li>• Une circulaire : cahier des charges national des plateformes d'accompagnement et de répit des aidants familiaux.</li><li>• Un guide pratique à destination des porteurs de projet – CNSA – septembre 2011</li><li>• Une évaluation des plateformes de répit et d'accompagnement par la CNSA en janvier 2014</li><li>• Une recommandation de l'ANESM</li><li>• Le plan maladies neurodégénératives 2014-2019</li><li>• Le projet de loi de l'adaptation de la société au vieillissement : un droit au répit.</li></ul> <p>Rappel des objectifs et des missions d'une plateforme de répit et d'accompagnement :</p> <p>Le porteur s'engage à mettre en place une palette d'interventions multiples et diversifiées afin de répondre <b><u>aux objectifs suivants</u></b> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- De lutter contre l'isolement et le repli sur soi</li><li>- De préserver la socialisation des personnes âgées accueillies</li><li>- De sauvegarder l'autonomie</li><li>- Globalement à favoriser la poursuite de la vie à domicile dans les meilleures conditions possibles.</li></ul> <p>La plateforme doit être en capacité de proposer avec ses partenaires des activités : sociales, d'accompagnement médico-social, sanitaires.</p>	

### Les missions :

- Répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité
- Proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple
- Etre l'interlocuteur privilégié des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) pour ces prestations et le recensement de l'offre de répit.
- Etre l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des aidants et des patients chargés de repérer les personnes « à risques »
- Offrir du temps libéré (une aide peut se substituer à celle apportée par l'aidant : séparation de l'aidant et de l'aidé) ou accompagné (sans séparation de l'aidant et de l'aidé)
- Informer, éduquer, soutenir les aidants dans la prise en charge d'une personne dépendante et/ou souffrant de la maladie d'Alzheimer.
- Favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et lutter contre le repli sur soi et la dépression.
- Contribuer à maintenir les capacités fonctionnelles, cognitives et sensorielles des personnes malades.

La plateforme de répit et d'accompagnement du Centre Hospitalier Jacques Cœur :

- Une plateforme départementale (3 en région Centre) qui soit s'inscrire dans le SROMS et le schéma gérontologique du département.
- Une convention signée avec la DT ARS avec une date d'effet au 1<sup>er</sup> octobre 2011
- Début de l'activité : Juin 2014

### La problématique posée :

Une activité qui ne se développe pas.

### **2. Objectifs de la mission du stage de professionnalisation**

Définir et mettre en œuvre un plan d'actions visant à dynamiser l'accueil de jour et la plateforme de répit en lien avec les professionnels concernés, les bénéficiaires (pour adapter l'offre à leurs besoins) et nos partenaires extérieurs (mission stage 23/04/2014).	Finalisé Mars 2015
Connaître l'offre des autres acteurs du territoire (CG, CCAS, CLIC.....)	Rencontre du CCAS/CLIC, du CG et inscription des activités de TAILLEGRAIN dans le Schéma départemental pour les aînés du Cher. Finalisé Mars 2015
Structurer l'offre de la plateforme de répit (mission stage 06/06/2014). Construire une offre plus pertinente (il y a des moyens. Une souplesse au niveau du fonctionnement. Impact sur organisation du personnel (quitte à solliciter les agents). Interne voir DIF si agents ont suivi une formation et en externe également : associations). (bilan de stage 21/11/2014).	En cours

Nouer les partenariats (mission stage 06/06/2014).	En cours
<b>3. Actions</b>	
<b>Action : Faire le lien entre le Centre Hospitalier et le domicile (participer au maintien à domicile)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rédiger un projet de service relatif au maintien à domicile : Accueil de jour, Hébergement temporaire, Plateforme de répit et d'accompagnement, Sessions d'information, SSIAD, HAD</li> </ul>	
<b>Action : L'accessibilité</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser le transport</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le répit à domicile</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Une offre itinérante</li> </ul>	
<b>Action : Définir une politique de communication</b>	
<b>Communication interne</b>	
Présentation auprès des Instances (CME, CTE, CS, CVS ....)	Juin 2015
Mettre à jour l'annuaire du pôle de gérontologie afin d'ajouter les coordonnées de la plateforme	Transmis le 25/03/15
Dans les staffs	Avril 2015
Réunion cadre	Avril 2015
Faire un organigramme : présentation de la plateforme et de l'accueil de jour	Avril 2015
Présentation au sein du pôle gériatrie	Avril 2015
<b>Communication externe</b> (attention idée pas de concurrence, réponse à des besoins non couverts)	
Communiquer auprès des médecins généralistes :	Lancer le 23/03/2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les associer pour la distribution des questionnaires</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter les services dans le cadre d'une FMC,</li> </ul>	Novembre 2015
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter les services sur un créneau RMCC (rédiger projet et réalisation vers septembre 2015)</li> </ul>	Septembre 2015
Communiquer auprès des acteurs du territoire :	En cours
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assister aux diverses commissions du territoire</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assister aux coordinations de gérontologies (Sancerre, Bourges, Saint Amand, Vierzon, Sancoins)</li> </ul>	En cours
<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation sur un créneau RMCC</li> </ul>	Septembre 2015
Projet d'une conférence sur les aidants salariés. La Macif un sponsor possible. Voir pour convier les partenaires du réseau proche. x demande à Mme x à ce qu'un projet soit formalisé	Avril 2015
Journée maladie Alzheimer x demande à Mme x à ce qu'un projet soit formalisé	Septembre 2015
Repas aidants/aidés sur le site	Avril 2015

Formaliser un projet Mme x	
Présentation lors de la prochaine rencontre des directeurs d'établissement du département.	Juin 2015
Participation aux commissions de coordination du CLIC Berruyer.	Mensuelle
Présentation au comité de pilotage schéma départemental pour les ainés du Cher (Conseil Général)	16/03/2015
Présentation commission CODERPA	30/03/2015
Demander au CODERPA de faire un article dans leur revue	En cours
<b>Les supports de communication</b>	
livret d'accueil, insérer un guide de l'offre, une publicité pour la plateforme de répit	
Site internet du Centre Hospitalier	
Publicité sur les sites internet des partenaires	
Actualiser les plaquettes, et élaborer des affiches, des cartes de visite	En cours
<b>Action : Proposer une offre pour répondre aux attentes des aidants</b>	
Diffuser le questionnaire au CLIC Berruyer dans le cadre de la commission de coordination afin de diffuser aux associations à domicile, évaluateurs APA, ESA, SSIAD	Janvier 2015
Service social	Avril 2015
CLIC Berruyer rencontre aidants du 22/01/2015 retour de 6 questionnaires	Janvier 2015
Mme x directement à des familles (janvier 2015), + M. x remis aux nouveaux bénéficiaires de l'accueil de jour.	Janvier 2015
Mme x d'accord pour suivre la diffusion et remplissage directement des questionnaires : consultation mémoire, assistante sociale, hôpital de jour gériatrique, SSR)	Avril 2015
CDEG (grille ZARIT)	Avril 2015
Lien entre accueil de jour et plateforme de répit : que devient l'aidé pendant que l'aidant vient à la plateforme de répit, donc il faut une prise en charge aidants et aidés. Et au-delà des horaires d'ouverture de l'accueil de jour quelle organisation ? Faire état des lieux des activités actuelles	En cours
Définir (sur la base des questionnaires) les activités à mettre en œuvre (projet 2014). Définir la capacité, les professionnels, les fréquences, durée, coût financier	En cours
Pour l'accueil de jour il faut une offre à la carte et non à la journée : la question des tarifs	En cours
Visite d'un accueil de jour qui fonctionne correctement	Fin avril 2015
La possibilité d'être mobile car cette plateforme a été créée au niveau départemental (voir avec le CG)	En cours
Contacteur les deux autres plateformes de la région Centre	Avril 2015
Réaliser une étude de faisabilité pour un accueil itinérant (Baugy, Nérondes, la Guerche) sur le département (le CG est favorable à ce genre de projet)	En cours
Rencontre Mme x pour un retour d'expérience sur la mise en place d'une plateforme de répit et d'accompagnement (CH de MOULINS)	13/02/2015
Valoriser les activités proposées et les planifier sur 2015	En cours

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Action : Suivre et analyser l'activité des services</b></li> </ul>	
Chaque mois prévisionnel et réalisé	Fait
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Action : Formaliser des convention/partenariats</b></li> </ul>	
Partenariat au sein de la filière inclure le Dr x pour orientation vers la plateforme	Avril 2015
Médecins généralistes et infirmières libérales	
Avec les deux autres plateformes de la région Centre	Mai 2015
Un début de travail avec France Alzheimer (journée 06/10/2014)	Avril 2015
Avec les coordinations des 3 autres filières gériatriques	Avril 2015
EHPAD, les accueils de jour, ....Clic Lignières,.	Avril 2015
CCAS Suite rencontre avec Mme x d'accord pour une convention de partenariat : A rédiger x : Hébergement temporaire, ESA, SSIAD, CLIC	Avril 2015
CG : Equipe APA, pôle senior....psychologue	Avril 2015
Au sein de la filière gériatrique du CH rédiger une procédure d'adressage	
Rendez-vous programmé avec Mme x, CG, début mars pour s'intégrer dans l'appel d'offre à projet MAIA. Avant suite entretien Mme x 11/02/2015 lui rédiger un projet.	Avril 2015
Diffuser aux partenaires locaux et à l'ARS Centre les modalités de coopération entre la plateforme de répit et les différents dispositifs mis en place sur le territoire.	Avril 2015
<b>Ressources</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire</li> <li>• Des moyens financiers</li> <li>• Des moyens humains</li> </ul>	
<b>5. Chef(s) de projet et acteurs référents</b>	
Chef de projet : Séverine ROY – Directeur Stagiaire (DESSMS) Acteurs référents : x – Psychologue et x -	
<b>6. Calendrier</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début de la mission : Janvier 2015</li> <li>• Fin de la mission : Juin 2015</li> </ul>	
<b>7. Dispositif d'évaluation et indicateurs de suivi</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'activité</li> <li>• Questionnaire de satisfaction</li> <li>• Nombre de questionnaire retourné par les aidants</li> <li>• Signature de convention de partenariat</li> </ul>	



Annexe II : Présentation d'un extrait du document présentant la filière gériatrique du Centre Hospitalier Jacques Cœur (le support sera présenté lors de la soutenance)



## LA FILIERE GERIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER JACQUES COEUR



CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR 145 AVENUE FRANCOIS MITTERRAND - CS30010  
OU 18000 CEDEX 02.48.48.48.48 Site internet : [www.ch-bourges.fr](http://www.ch-bourges.fr)

Directeur : Agnès CORNILLAULT

Directeur adjoint en charge de la filière gériatrique : Audrey AULIBERT

Référent médical : Dr Véronica RIGONDET – Chef de pôle

Cadre supérieur de santé: Catherine NOEL



**SITE DE  
JACQUES CŒUR**



**SITE DE  
TAILLEGRAIN**

Court séjour gériatrique  
45 lits d'hospitalisation complète

Consultation mémoire

Equipe mobile gériatrique (EMG)

Soins de Suite et de  
Réadaptation  
(SSR) à orientation

Hôpital de jour gériatrique - 8  
places

l'établissement A  
l'intérieur de

Lits identifiés  
soins palliatifs (LISP)  
18 lits

Equipe mobile de soins palliatifs

**AUTRES  
DISPOSITIFS**

**A l'extérieur  
de l'établissement**

Equipe départementale de soins  
palliatifs

Hospitalisation à domicile  
(HAD)

Service de soins infirmiers à  
domicile (SSIAD)

Soins de Suite et de Réadaptation  
(SSR) à orientation gériatrique -  
55 lits

Etablissement d'Hébergement  
pour personnes âgées  
dépendantes (EHPAD) - 129 lits

Unité d'hébergement renforcé  
(UHR) 18 lits

Unité de soins de longue durée  
(USLD) - 42 lits

Hébergement temporaire

Accueil de jour - 20 places

Plateforme d'accompagnement  
et de répit

Accès à  
la  
filière

Médecins



## 7 RESUME DU MEMOIRE

La filière gériatrique du CHBJC : Une réponse pour fluidifier le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire de santé.

Le vieillissement de la population constitue un enjeu crucial pour notre système de santé. La prise en charge des personnes âgées se révèle aujourd'hui inefficace, insuffisante et trop tardive. La France est engagée, comme ses voisins européens, dans un processus de transition démographique. En parallèle certains territoires de santé sont confrontés à une pénurie de ressources médicales comme dans le département du Cher classé avant dernier en terme de démographie médicale. Le Centre Hospitalier Jacques Cœur à Bourges (18) est l'établissement de référence sur le territoire de santé, il dispose d'une filière gériatrique complète avec des forces et des faiblesses qui peuvent occasionner des ruptures dans le parcours de santé des personnes âgées. Dans ce contexte il s'agit de s'appuyer sur les ressources existantes et d'en construire de nouvelles afin de fluidifier le parcours de santé des personnes âgées tout en respectant leur libre choix.

**Mots clés** : Personnes âgées – Parcours de santé – Filière gériatrique – Etablissements de santé – Coopération – Territoire de santé – Ruptures – Fluidité.