



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico social**

Promotion : **2008-2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

La création d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye

Vers une prise en charge globale qualitative et cohérente de la personne âgée sur le
territoire de la Haute Gironde

Céline ETCHETTO

Remerciements

Mes remerciements sont dirigés vers les personnes sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour :

- Monsieur J.P. CAZENAVE, précédent directeur du Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye, pour sa disponibilité et sa confiance accordée durant ce stage et ainsi que les missions riches et variées qu'il m'a confiées me permettant de mieux appréhender mes futures fonctions,
- Monsieur J.C. DEFOSSE, Directeur adjoint chargé des services financiers, économiques et des EHPAD, pour son soutien et son expérience partagée, sa disponibilité et l'autonomie offerte durant le stage et le mémoire,
- L'équipe de direction, Monsieur F. STIVERT et Madame M. BOURGEADE, pour leur accueil et leurs conseils avisés,
- Monsieur S. CHEVALIER, Monsieur D. BERNARD, Melle A GALLOUX, l'équipe de la direction des services économiques et financiers, pour leur disponibilité et leur savoir faire,
- Josette et Célia, pour leurs encouragements quotidiens,
- Monsieur le Docteur MASSIOT, les cadres de santé ainsi que tout le personnel de l'établissement, médecins, soignants qui ont accepté de répondre avec beaucoup de gentillesse et de disponibilité à mes questions tout au long de ce stage et pour ce mémoire,
- Ermeline, mes parents et mes beaux parents, pour leur accompagnement très précieux durant la formation,
- Xavier pour sa patience et ses encouragements sans qui je n'aurais pu accéder à cette formation très enrichissante,
- Enfin Elisa et Valentine, nos deux rayons de soleil.

Sommaire

Introduction	1
1 PREMIERE PARTIE : LA FILIERE GERIATRIQUE : UNE REPOSE AUX BESOINS CROISSANTS DES PERSONNES AGEES	5
1.1 LA GIRONDE FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	5
1.1.1 Les perspectives démographiques et épidémiologiques	5
A) Les données en France.....	5
B) Les données en Aquitaine.....	6
C) Les données en Gironde	6
D) Les données en Haute Gironde.....	7
E) Les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux des personnes âgées	7
1.1.2 L'offre sanitaire et médico-sociale	9
A) Les structures sanitaires	10
B) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	11
C) Le dispositif de maintien à domicile	11
D) Les professionnels libéraux.....	11
1.1.3 La prise en charge actuelle pas toujours adaptée aux besoins	12
A) L'hospitalisation, une étape souvent inévitable	12
B) Le séjour dans les services d'hospitalisation pas toujours adapté	13
C) Une prise en charge aux effets néfastes.....	14
1.2 LA FILIERE GERIATRIQUE : UNE ORGANISATION ENCOURAGEE PAR LES POUVOIRS PUBLICS	15
1.2.1 La filière gériatrique : de quoi s'agit-il ?	15
A) Le vieillissement.....	15
B) La gérontologie	15
C) La gériatrie et le patient gériatrique.....	16
D) Le concept de filière.....	16
1.2.2 Les évolutions réglementaires intervenues depuis une décennie	17
A) La circulaire du 18 mars 2002	18
B) La circulaire du 28 mars 2007	18
C) La réforme USLD	19
D) La tarification à l'activité (T2A)	20

1.2.3	Les plans nationaux et les schémas régionaux en faveur de la filière gériatrique	21
A)	Le Plan Solidarité Grand Age	21
B)	Un programme pour la gériatrie	22
C)	Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération	23
1.3	LA FILIERE GERIATRIQUE : UNE REPONSE POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE	24
1.3.1	Un renforcement de l'accès à des soins de proximité	24
A)	Le médecin généraliste.....	25
B)	Les consultations gériatriques et les pôles d'évaluation gériatriques.....	25
C)	Les structures hospitalières.....	26
D)	Le CLIC et les réseaux	26
1.3.2	Une meilleure fluidité du parcours de santé	26
A)	Les urgences	27
B)	Les unités de court séjour gériatrique.....	27
C)	Les structures en aval de l'hospitalisation.....	28
1.3.3	Une prise en charge globale cohérente et de qualité	29
A)	L'adaptation de l'offre de soins aux besoins des personnes âgées.....	29
B)	Un travail en réseau	30
C)	Une articulation en amont et aval de l'hospitalisation	31
2	DEUXIEME PARTIE : LA FILIERE GERIATRIQUE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER SAINT NICOLAS	33
2.1	DE L'EXISTANT AUX PROJETS	33
2.1.1	Le CH Saint Nicolas	33
A)	Les missions.....	33
B)	Les types de prise en charge	34
C)	Les lits et les moyens développés	34
2.1.2	Le projet médical 2009-2014	34
A)	Créer des lits de court séjour gériatrique.....	35
B)	Installer un SSR polyvalent	35
C)	Identifier des lits de soins palliatifs	35
D)	Participer au projet HAD des vignes et des rivières	36
2.1.3	Les projets du secteur sanitaire et social	36
A)	Le regroupement des lits USLD	37
B)	La création de lits pour patients déments déambulants.....	37

2.2	LES LIMITES ACTUELLES RENCONTREES.....	38
2.2.1	Les carences pour organiser une filière gériatrique.....	39
	A) Une prise en charge perfectible des personnes âgées aux urgences	39
	B) L'absence de certaines structures intra hospitalières pour proposer une filière	40
	C) Des prises en charge à conforter	41
2.2.2	Les difficultés organisationnelles	42
	A) L'intensification de la charge de travail	42
	B) Insuffisance de professionnels et/ou défaut d'organisation	43
	C) L'absence de procédures	44
2.2.3	Une gestion des ressources humaines délicates.....	45
	A) Les difficultés de recrutement.....	45
	B) Le cloisonnement des pratiques en interne	46
	C) La résistance aux changements	46
2.3	LES AXES D'AMELIORATION POUR CONCOURIR AU SUCCES DE LA FILIERE	47
2.3.1	Encourager les relations intra et extrahospitalières	47
	A) Instaurer une dynamique institutionnelle	48
	B) Développer des partenariats	49
	C) Créer de nouveaux outils communs	49
2.3.2	Communiquer sur le projet.....	50
	A) Communiquer en externe en amont et en aval de la filière.....	50
	B) Communiquer en interne	51
2.3.3	Renforcer l'évaluation et la démarche qualité.....	52
	A) Evaluer, gage de la pérennité de la filière gériatrique.....	52
	B) Mettre en œuvre des indicateurs	52
	C) Encourager la démarche qualité en gériatrie	53
2.3.4	Développer la politique de recrutement, de formation et de qualification	53
	A) Développer une politique de recrutement active	54
	B) Proposer des formations spécifiques	55
2.3.5	Diffuser une culture gérontologique et atténuer les résistances au changement	55
	Conclusion.....	57
	Bibliographie	59
	Liste des annexes	I

Vieillir, c'est organiser sa jeunesse au cours des ans

Paul Eluard

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de la Santé
CCAS	Centre Communal d'Actions Sociales
CH	Centre Hospitalier
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination à caractère gérontologique
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CUB	Communauté Urbaine de Bordeaux
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIM	Département d'Information Médicale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP	Equivalent Temps Plein
FHF	Fédération Hospitalière de France
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GHM	Groupe Homogène de Malades
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité en Santé

HCSP	Haut Comité en Santé Publique
HID	Handicap, Incapacité, Dépendance
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INED	Institut National des Etudes Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier
OQOS	Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PAQUID	Personnes Agées Quid
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PH	Praticien Hospitalier
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD	Service des Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Service de Soins de Suite et de Réadaptation
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A	Tarifcation A l'Activité
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
VAE	Validation des Acquis par l'Expérience

Introduction

La France à l'instar de nombreux pays européens est confrontée depuis plusieurs décennies à un défi démographique face au vieillissement de la population. La prise de conscience de la problématique est bien réelle: les plans gouvernementaux, les textes législatifs, les colloques se multiplient dont l'objectif est de coordonner l'organisation des soins des personnes âgées. La création d'un Secrétariat d'Etat chargé des Aînés témoigne de la volonté des pouvoirs publics de développer une politique dynamique pour les personnes âgées.

Les réflexions engagées s'appuient sur les enjeux majeurs que sont une meilleure prise en compte du patient, la progression des polyopathologies et du nombre de personnes âgées dépendantes ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources et une recherche de l'efficacité.

La surreprésentation des patients âgés de 75 ans et plus parmi les personnes hospitalisées dans les services de court et moyen séjour des hôpitaux publics¹ ainsi que la perspective démographique que la France comptera 33% de plus qu'en 2000 de personnes âgées de plus de 75 ans soit 6 millions en 2020 (10% de la population) illustrent cette problématique.

Ces patients sont souvent porteurs de plusieurs pathologies chroniques et aiguës, somatiques et psychiques et présentent des besoins spécifiques lors de leurs hospitalisations. Leur nombre allant croissant dans les années à venir, la consommation de soins tant en ville qu'à l'hôpital augmentera. Leur prise en charge nécessite une approche globale et cohérente, qui fait actuellement défaut dans notre système de santé. Ainsi « l'hôpital n'organise pas encore l'accueil des personnes âgées et handicapées de manière spécifique » souligne le rapport Larcher.²

Le Centre Hospitalier (CH) Saint Nicolas de Blaye est un hôpital de proximité reconnu sur son territoire dans la prise en charge des personnes âgées. En effet, il dispose de deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) proposant un hébergement définitif ou temporaire, d'une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) redéfinis, d'une consultation d'évaluation gériatrique ainsi que d'un plateau technique,

¹ 46% des hospitalisés ont plus de 75 ans.

² Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par M. Gérard LARCHER. 2008.

d'une équipe douleur, d'un service de médecine et d'un service de chirurgie qui concourent à une prise en charge diversifiée de la personne âgée sur le territoire de la Haute Gironde. Mais sa filière de soins gériatriques, telle que préconisé par les textes, apparaît donc incomplète.

L'hôpital semble présenter un double intérêt à s'insérer dans une filière gériatrique. Tout d'abord, la demande sur le territoire appelle une réponse adaptée des acteurs de santé. Il s'agit en effet de proposer une prise en charge fluide et cohérente des personnes âgées et d'améliorer le service rendu. D'autre part, le centre hospitalier dans un contexte économique tendu se doit de trouver des solutions d'amont afin de garantir une activité suffisante à ses services ainsi que des solutions d'aval au regard des évolutions réglementaires sur le thème de la filière gériatrique. En effet, il doit être en mesure de pouvoir transférer ses patients n'exigeant plus de soins en court séjour et ne pouvant rentrer à leur domicile vers des structures inadaptées en raccourcissant ainsi les durées de séjour.

Ainsi le mémoire s'attachera à démontrer l'intérêt de la mise en place d'une filière gériatrique au sein du centre hospitalier Saint Nicolas dans un contexte où il doit à l'instar des autres établissements publics de santé concilier la gestion des ressources rares tant humaines que financières ainsi que l'amélioration continue de la qualité des soins pour tous et particulièrement des personnes âgées.

Si le mémoire ne fait pas partie des missions qui m'ont été confiées durant mon stage, il s'avère qu'il m'a permis de m'investir sur un sujet très intéressant d'actualité et d'ouverture vers de nombreux acteurs en interne et en externe tant du secteur sanitaire que social : la création d'une filière gériatrique. Dans le cadre de mes futures fonctions, il m'a offert l'opportunité de mieux appréhender les enjeux de santé publique et démographiques du vieillissement de la population, le développement et la planification de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire des personnes âgées au sein d'un établissement de proximité.

Dans ce contexte dans quelle mesure la création d'une filière gériatrique au sein du centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye peut-elle améliorer la prise en charge des personnes âgées sur le territoire de la Haute Gironde ?

L'organisation de la filière gériatrique à l'hôpital en coopération avec les établissements sociaux et médico-sociaux encouragée par les textes réglementaires constitue une priorité pour répondre à ces besoins et accueillir cette « vague démographique

gériatrique » selon l'expression de MM. Jeandel, Vigouroux et Pfitzenmeyer dans Un Programme pour la gériatrie³.

Comme l'a indiqué Jacques Soubeyrant, chef du service de médecine interne et gériatre de l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille lors des rencontres parlementaires sur le grand âge tenue à Paris le 24 janvier 2007 « pour accueillir la personne âgée à l'hôpital, il faut des moyens humains et il faut que la culture gériatrique s'étende à toutes les disciplines de l'hôpital ».

Il s'agit donc de développer les mesures adéquates permettant de répondre au vieillissement de la population pour assurer une prise en charge adaptée, et ce tant du point de vue individuel que collectif.

Encouragée par les politiques publiques, cette filière permet de proposer une offre de soins adaptée, globale et coordonnée au regard des besoins variés.

Il convient de préciser que le choix de circonscrire le sujet à une filière gériatrique en interne s'est fait sur la base de l'orientation du projet médical qui a été prise en février-mars 2009 avec le précédent directeur. Cependant il est tout à fait clair que cette filière ne peut se faire sans la collaboration avec d'autres acteurs du système de santé. Ainsi cet aspect sera présenté dans les conditions du succès de la réalisation de la filière. Par ailleurs, la filière gériatrique ne peut être seulement envisagée sur le centre hospitalier, elle doit s'inscrire sur un territoire. Ainsi le directeur doit travailler activement à des actions de communication et développer de nombreux partenariats.

Pour mener à bien cette réflexion je me suis interrogée sur l'opportunité et la faisabilité de la création d'une filière gériatrique au sein du Centre Hospitalier à travers plusieurs outils.

D'une part la lecture de textes réglementaires, d'articles, de rapports publics ainsi que de documents institutionnels sur le sujet m'a permis de nourrir ma réflexion.

Par ailleurs, j'ai pris connaissance d'autres filières comme en oncologie et j'ai participé au congrès inter régional Aquitaine Midi Pyrénées Poitou-Charentes de la Fédération Hospitalière de France (FHF) en octobre 2008 au cours duquel le sujet a été évoqué.

Ces différentes lectures m'ont permis de cerner les besoins de la population et l'intérêt théorique de la filière gériatrique.

³ JEANDEL C., PFITENMEYER P., VIGOUROUX P., avril 2006, Un programme pour la gériatrie, Paris, 40p.

Par ailleurs, j'ai mené des entretiens sur la base d'un questionnaire⁴ avec les acteurs concernés par cette filière gériatrique à savoir les chefs de service (médecine, gériatrie, urgences), le second praticien en charge des EHPAD, les cadres de santé (médecine, gériatrie), les assistantes sociales, le médecin du département d'information médicale (DIM), le directeur du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) de Saint Savin. Je n'ai pas rencontré sur ce sujet précisément les infirmières et les aides soignantes du secteur des personnes âgées. En effet compte tenu des projets en cours, nous avons convenu qu'il était préférable de ne pas venir compliquer davantage leur quotidien et leurs interrogations quant au futur de la prise en charge des personnes âgées sur Blaye. C'est une des missions du directeur de savoir quel est le moment opportun de communiquer sur un projet.

J'ai participé également à une réunion avec les médecins et le directeur de l'établissement dans le cadre du projet médical ainsi qu'à une réunion organisée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) sur ce thème à l'automne 2008.

Il est à noter que le changement de directeur intervenu en juin 2009 a reporté le calendrier du projet d'établissement et la validation du projet médical. Néanmoins, j'ai gardé la trame du projet initié car à ce jour, les réflexions n'ont pas encore reprises.

Dans ce contexte, l'ensemble de ces recherches et entretiens m'ont conforté dans l'idée que dans le cadre du vieillissement de la population, les personnes âgées du territoire de la Haute Gironde ont des besoins croissants (I.1) auxquels une filière de gériatrie, encouragée par les pouvoirs publics (I.2) peut répondre (I.3).

Ainsi face aux freins actuels à une prise en charge cohérente et globale (II.1) le centre hospitalier saint Nicolas de Blaye souhaite développer une filière gériatrique sur la base des structures existantes et nouvelles (II.2). Néanmoins, la réussite d'un tel projet doit s'appuyer sur de nombreuses actions (II.3).

⁴ Annexe I

1 PREMIERE PARTIE : LA FILIERE GERIATRIQUE : UNE REPONSE AUX BESOINS CROISSANTS DES PERSONNES AGEES

Cette première partie s'attachera à présenter d'une part les besoins de la population et l'offre de prise en charge actuelle et d'autre part comment les politiques publiques ont encouragé la création de la filière gériatrique qui peut apporter une prise en charge globale cohérente et qualitative.

1.1 LA GIRONDE FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

1.1.1 Les perspectives démographiques et épidémiologiques

Le département de la Gironde est l'un des 5 départements de la région Aquitaine avec le Lot et Garonne, la Dordogne, les Landes, les Pyrénées Atlantiques.

A) Les données en France

La proportion des personnes âgées croît régulièrement dans le monde sous l'effet d'un allongement de l'espérance de vie et d'une baisse de la natalité. L'augmentation démographique des personnes âgées traduit le vieillissement d'une population. Il en est ainsi en France, qui peut s'enorgueillir d'avoir une espérance de vie parmi les plus élevées du monde. L'espérance de vie augmente, en France, d'un trimestre environ par an. Elle est de 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes en 2004⁵.

Cette embellie du 3ème, voire du 4ème âge, est due aux progrès de l'hygiène générale, de l'alimentation, de l'habitat, mais aussi, et sans doute surtout, à l'amélioration des prises en charges médicales, qu'elles soient préventives ou curatives.

Les personnes de 60 ans et au delà, représentent aujourd'hui un habitant sur 5, soit plus de 13 millions d'habitants⁶, et constitueront un tiers de la population à l'horizon 2050. La proportion de personnes âgées dépendantes devrait suivre également une courbe ascendante sur la période 2020-2040.

Entre 2000 et 2010, la population des personnes françaises de 75 à 84 ans aura augmenté de plus d'un million (passant de 2,98 à 3,99 millions). L'effectif des 75 ans et plus passera de 4,2 à 8,3 millions de personnes entre 2000 et 2030 et celui des 85 ans ou

⁵ Source Institut National d'Etudes Démographiques INED- 2004.

⁶ Source INSEE – chiffres au 1^{er} janvier 2008.

plus de 1,2 à 2,4 millions. A l'horizon 2050, les projections montrent que l'effectif des 60 ans sera double de celui de 2000, celui des 75 ans triple et celui des 85 ans quintuple.

Au 31 décembre 2003, selon l'enquête EHPA, 644 000 vivaient dans des établissements médico sociaux ou de santé recevant des personnes âgées. Environ 10% des personnes âgées de plus de 75 ans résident en institution.

B) Les données en Aquitaine

Le vieillissement n'est pas homogène et varie selon les régions. En effet la désertification des campagnes et la baisse de la natalité expliquent les écarts observés.

L'arrêté du 06 juin 2005 fixe le découpage de l'Aquitaine en territoires de santé et prévoit que l'Aquitaine soit découpée en 6 territoires de recours de niveau 2 dont le territoire Bordeaux-Libourne, composé de l'agrégation de territoires intermédiaires dits de niveau 1. Le territoire de recours de Bordeaux-Libourne est composé des territoires intermédiaires de Libourne, de Blaye, de Lesparre, d'Arès, d'Arcachon et de Langon. Chaque territoire intermédiaire est composé de l'agrégation de territoires de proximité. Les territoires de santé sont ainsi définis à titre provisoire pour toutes les activités et tous les équipements relevant du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

L'Aquitaine se situe au 6^{ème} rang des régions françaises pour l'importance de sa population avec plus de trois millions d'habitants, ce qui représente 5% des habitants de la France Métropolitaine. Les personnes âgées de plus de 60 ans et plus représentent en Aquitaine 24% de la population, les seuls 75 ans et plus en représentent près de 10%. Ces valeurs sont supérieures à la moyenne nationale dans les tous les départements, excepté en Gironde.

Cette région fait preuve d'un dynamisme démographique qui se concrétise par un accroissement de sa population plus rapide que la moyenne nationale soit 6% en Aquitaine entre 1999 et 2005 contre 4% pour la France métropolitaine.

C) Les données en Gironde

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico sociale 2009-2011 propose un découpage de la Gironde en 13 territoires dont le territoire n°1 est celui de la Haute Gironde. Cette sectorisation est basée sur le découpage de la Gironde en pays.

Au 1^{er} janvier 2006, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) estime que près de 287 000 personnes de 60 ans ou plus vivent en Gironde. Près d'un sur deux est âgé d'au moins 75 ans et un sur dix a au moins 85 ans. Le vieillissement de la population girondine est très proche de celui de la population métropolitaine.

Selon les projections de population réalisées par l'INSEE, le nombre de personnes âgées devrait continuer à augmenter plus fortement que le reste de la population. Entre 2010 et 2020 la plus forte progression devrait concerner les personnes de 65-74 ans, eu égard à l'arrivée des générations nombreuses issues du « baby boom ». A l'inverse, la population de 75-84 ans devrait rester stable (+0,3%). Après 2020, c'est la population de 75-84 ans qui devrait augmenter le plus, subissant à son tour les effets du baby boom.

Les hommes de 60 ans ont en Gironde une espérance de vie de 21,6 ans et les femmes de 26,4 ans. En dix ans, cette espérance de vie a augmenté de 1,7 an chez les hommes et 1,4 an chez les femmes.

D) Les données en Haute Gironde

Le territoire de Haute Gironde est un territoire à dominante rurale composé de communes isolées. La population de Haute Gironde se répartit sur 4 cantons : Blaye (14 875), Bourg sur Gironde (12 853), Saint Ciers sur Gironde (11 942) et Saint Savin (19 802) soit une population totale de 59 472 personnes au 1^{er} Janvier 2009.

Un peu plus d'un habitant sur cinq (22.3%) est âgé de 60 ans et plus, avec une proportion d'habitants de 75 ans et plus en légère augmentation (8.5%). La population des plus de 60 ans sur le secteur Haute Gironde est donc estimée à 15 878 habitants.

L'évolution démographique du Pays de Haute-Gironde tend à ralentir depuis les 20 dernières années : + 9 % entre 1982 et 1999, pour + 17 % entre 1975 et 1982. Elle traduit un phénomène de vieillissement global de la population, un peu moins important toutefois que celui constaté en Gironde. Ce vieillissement est sensible au niveau de l'évolution de la structure d'âge.

En effet, la faible augmentation de la population constatée entre 1990 et 1999 est liée essentiellement à une augmentation du nombre d'habitants de 40 ans et plus (+ 16 %).

E) Les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux des personnes âgées

La personne âgée est souvent porteuse de plusieurs pathologies qui peuvent être chroniques ou aiguës. Selon le rapport du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) « la santé en France en 2002 », le nombre moyen d'affections déclarées par les patients âgés de 75 ans et plus est de 7,6 maladies pour un jour donné (6,8 pour les hommes et 8,1 pour les femmes), contre 3 affections pour l'ensemble du reste de la population.

Il est à noter que les atteintes sensorielles (vue et audition) sont particulièrement fréquentes ainsi que les affections cardio-vasculaires, trois quart des personnes âgées déclarent en souffrir.

Le CH de Blaye illustre bien ces données car le premier Groupe Homogène de Malades (GHM) en 2008 en médecine est « Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec Complications ou Morbidités Associées (CMA) ».

Par ailleurs, plus le patient est âgé, plus la durée du séjour s'accroît. Le recours à l'hôpital augmente après 64 ans. Selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 2004, les plus de 60 ans représentent 60,83% des hospitalisations tandis que 50,1% des hospitalisations sont le fait des plus de 70 ans. Enfin, les personnes âgées de plus de 80 ans totalisent à elles seules 30% des hospitalisations dans l'établissement. Par ailleurs, les personnes âgées de plus de 75 ans constituent 15 à 20% des passages aux urgences.

De plus, au-delà de 60 ans, les premiers recours aux soins se font surtout auprès des médecins généralistes comme l'illustre l'enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée en 2003 par l'Insee. Ainsi en 2003, 71% des épisodes de soins débutaient par la consultation d'un médecin généraliste pour l'ensemble de la population contre 76% pour les personnes âgées entre 60 et 79 ans et jusqu'à 85% au-delà de 80 ans. Les personnes âgées semblaient déjà s'inscrire dans une organisation de parcours de soins.

Une attention particulière doit être portée à la démence qui toucherait plus d'un million de personnes âgées en 2010 dont les 800 000 malades d'Alzheimer. La démence est une pathologie fréquente et une des plus graves parmi les maladies mentales. Elle se définit par une réduction acquise des capacités cognitives suffisamment importante pour retentir sur la vie de la personne et entraîner une perte d'autonomie.

La maladie d'Alzheimer représente la majeure partie de toutes les démences. Son incidence augmente de façon très forte en fonction de l'âge après 75 ans. Elle correspond à plus de 150 000 nouveaux cas par an dont deux tiers concernant des personnes de plus de 80 ans selon l'étude PAQUID⁷. La prévalence de la maladie d'Alzheimer pour les personnes de plus de 65 ans est de 14.2%. On estime à 18 000 le nombre de personnes atteintes de démence en Gironde en 2005. La moitié est âgée de 75 à 84 ans et l'autre moitié d'au moins 85 ans. Dix ans plus tard, le nombre de personnes souffrant de démence serait de 24 000.

⁷ PAQUID est une étude épidémiologique dont l'objectif général est d'étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel après 65 ans, d'en distinguer les modalités normales et pathologiques, et d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle chez lesquels une action préventive serait possible. Cet objectif est réalisé au moyen de la mise en place d'une cohorte de 4134 personnes âgées en Gironde et en Dordogne, suivies depuis 1988 et jusqu'à au moins 2003.

Outre la démence, la dépendance est une notion fortement liée au vieillissement qui génère des besoins importants de la part des personnes âgées. Elle se définit comme « le besoin d'aide des personnes de plus de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel »⁸. L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance (HID) réalisée de 1998 à 2001 à domicile et en institution dénombre 795 000 personnes âgées dépendantes⁹ dont deux tiers de femmes. Il est à noter que le taux de dépendance reste faible jusqu'à 75 ans puis augmente rapidement avec l'âge. L'âge moyen des personnes dépendantes est de 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes. La progression du nombre de personnes dépendantes (plus 50% d'ici 2040) aura à l'instar de la démence un impact majeur sur les modalités de prise en charge des personnes âgées à l'hôpital.

Selon un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en mai 2006, 4 à 5% des personnes âgées de plus de 75 ans souffrent de pathologies psychiatriques et 35 à 40% des plus de 75 ans présentent une souffrance psychologique. En institutions sanitaires ou médico-sociales, 85% présenteraient une affection neuropsychiatrique (33% de syndrome démentiel dont 64% en USLD, 33% d'état dépressif et 28% de personnes atteintes de troubles du comportement).

Ainsi, les personnes âgées représentent une part significative des personnes prises en charge à l'hôpital, c'est pourquoi une prise en charge adaptée et de proximité doit leur être proposée. Par ailleurs, elle doit être coordonnée que ce soit en institution, en secteur psychiatrique, gériatrique ou médico-social ou à domicile dans le cadre d'une filière.

1.1.2 L'offre sanitaire et médico-sociale

Le vieillissement de la population à travers ces illustrations va nécessiter une attention particulière de la part de l'offre sanitaire et médico-sociale qui devra s'attacher à apporter des solutions cohérentes pour proposer une prise en charge qualitative. Le rôle du directeur d'établissement sanitaire, social et médico social y trouve tout son sens et participe activement à ces évolutions.

⁸ DUEE M., REBILLARD C., « la dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données sociales-La société française*, Paris, Edition 2006.

⁹ Enquête Handicap-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999, Insee, Paris, 2002.

A) Les structures sanitaires

La particularité de la Haute Gironde est de disposer d'un seul centre hospitalier situé à équidistance de 50km d'une part du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux et d'autre part du CH de Libourne.

Le taux d'équipement au 1^{er} janvier 2007 en Gironde en médecine est de 2,54 lits et places pour 1000 habitants contre 2,11 au niveau national et 2,24 au niveau régional. Le département ainsi que le territoire semble ne pas manquer de lits dans cette discipline.

Concernant les personnes âgées, les structures sanitaires disponibles sont :

- équipe mobile gériatrique (EMG) (2 implantations): Libourne, Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB),
- pôle évaluation gériatrique (2 implantations): CUB, Libourne,
- consultation d'évaluation gériatrique (10 implantations) dont Blaye,
- court séjour gériatrique (5 implantations) : dont Libourne mais pas Blaye,
- consultation mémoire (8 implantations) : dont Libourne mais pas Blaye,
- soins de longue durée : 8 implantations dont Blaye,
- hospitalisation A Domicile (HAD) : 6 implantations dont 1 Libourne-Blaye

Sont mises en œuvre dans le cadre des soins palliatifs :

- équipe mobile (7 implantations) dont Libourne,
- unité de Soins palliatifs : 2 (CUB),
- lits identifiés (11 implantations) dont Blaye et Libourne,
- réseaux de la CUB et Relispal (Blaye et Libourne).

Les recommandations nécessaires à la mise en œuvre du SROS sont notamment que les établissements publics de Libourne et de Blaye mettent en œuvre des actions de coopération dans le cadre d'une fédération inter établissements.

Il est à noter que le taux d'équipement au 1^{er} janvier 2007 concernant les structures de soins de suite et de réadaptation est de 1,23 pour 1000 habitants en Gironde contre 1,74 en Aquitaine (taux élevé eu égard aux nombreux établissements installés dans le département des Pyrénées Atlantiques) et 1,60 en France.

Compte tenu du déficit de places de SSR sur le Territoire, le CH Saint Nicolas a bénéficié d'une autorisation de 30 lits mais qui ne sont toujours pas installés à ce jour.

B) Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Fin mars 2008, l'ensemble de la capacité autorisée en Gironde des établissements s'élève à près de 13 000 places dont 12 431 places d'hébergement permanent. Toute la capacité autorisée n'est actuellement pas installée. Il reste près de 900 places d'hébergement permanent en cours d'installation dans des établissements en construction, en restructuration ou en rénovation. Un tiers de la capacité autorisée en hébergement permanent relève d'établissements publics et environ un quart d'établissements privés à but non lucratif.

Le taux d'équipement en structure d'hébergement complet pour personnes âgées est de 130,16 pour 1000 habitants de 75 ans et plus en Gironde contre 117,72 en Aquitaine et 120,91 au niveau national¹⁰. Les besoins des résidents semblent couverts à l'exception des unités Alzheimer, encore peu étendues et dont le schéma départemental d'organisation sociale et médico sociale 2009-2011 dans sa proposition 23 souhaite veiller à ce qu'au moins tous les EHPAD de 80 places ou plus disposent d'au moins une unité Alzheimer.

Le territoire de la Haute Gironde comprend 775 places autorisées et installées d'hébergement permanent pour personnes âgées au 31 mars 2008 selon le Conseil Général de la Gironde, atteignant le taux d'équipement souhaité. Sur la ville de Blaye, trois maisons de retraite sont présentes dont une publique celle de l'hôpital.

C) Le dispositif de maintien à domicile

Sur prescription médicale, les SSIAD assurent des soins infirmiers et des soins d'hygiène, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur. Le nombre de places en SSIAD est en augmentation de 6% selon la DRASS au 31 décembre 2007 en comparaison avec l'année précédente. Ils disposent de 2 123 places autorisées soit 17,5 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus. Ce taux est proche de la moyenne régionale à hauteur de 17,74 places pour 1000.

Le territoire de la Haute Gironde est couvert par un SSIAD, situé à Saint Savin.

D) Les professionnels libéraux

Le suivi des personnes âgées vivant à domicile repose en grande partie sur l'intervention des médecins généralistes. Début 2007, environ 1910 généralistes libéraux exercent dans le département soit une densité de 16,5 médecins pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Cette densité est nettement supérieure à celle observée dans l'ensemble des

¹⁰ Source DRASS-FINESS.

autres départements de la région (10,8) et à la moyenne française (13,6). Le territoire de la Haute Gironde est relativement bien équipé avec un taux compris entre 14,2 et 18,1 selon la localisation en ville ou à la campagne.

A l'exception d'un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) à caractère gérontologique, d'une unité pour patients déments déambulants et d'un service de soins de suite et de réadaptation, le territoire de la Haute Gironde semble bien doté en structures permettant de prendre en charge des personnes âgées comme le précise le schéma départemental de gérontologie.

1.1.3 La prise en charge actuelle pas toujours adaptée aux besoins

Les personnes âgées fragiles nécessitent des soins spécifiques eus égard à la complexité de leurs pathologies. La prise en charge traditionnelle dans des services d'organe montre des limites tant sur le contenu que sur les effets néfastes qui peuvent en découler.

A) L'hospitalisation, une étape souvent inévitable

Selon le Conseil Economique et Social¹¹, près d'un tiers des séjours hospitaliers concernent des personnes âgées de plus de 65 ans avec une incidence très élevée au-delà de 80 ans. De plus, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) passe de 8,9 jours pour les patients âgés de 65 à 74 ans à 9,6 jours pour ceux âgés de 75 à 84 ans et 12,7 jours au delà de 85 ans. Selon le rapport du HCSP « La santé en France en 2002 », la première cause d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans est les maladies de l'appareil circulatoire (1 sur 5).

Concernant le CH de Blaye, 80% des admissions dans le service de médecine en 2008 sont des personnes âgées de plus de 60 ans et 65,8% des personnes de plus de 70 ans. L'âge moyen en 2008 est de 71,7 ans.

Cependant si le taux d'hospitalisation et la DMS progresse avec le vieillissement, il convient de s'interroger sur la nature des soins apportés. En effet, le patient âgé lors de son arrivée dans une structure hospitalière peut présenter différent profil : les pathologies cardiaques sont les principales en cause. L'évolution démographique conduirait ainsi à une augmentation de 19% du nombre de séjours en hospitalisation complète d'ici 2020. Pour répondre à ces différents besoins et ne pas aggraver sa dépendance, l'offre doit être personnalisée, variée et nécessite une approche médicale globale et cohérente. L'hospitalisation ne devrait pas être une étape systématique. Mais comme en témoigne la

¹¹ MOLINIE E., 2005, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Etude du Conseil Economique et Social, p130.

coupe pathos, de nombreux usagers nécessitent des soins médico techniques importants induisant une hospitalisation.

B) Le séjour dans les services d'hospitalisation pas toujours adapté

Les personnes âgées sont la plupart du temps prises en charge dans des services d'hospitalisation de court séjour (médecine ou chirurgie) présentant des modes de prise en charge homogènes. En effet de nombreux établissements en France n'ont pas encore de lits de court séjour gériatrique permettant une prise en charge adaptée des patients âgés plus fragiles comme le préconise les rapports nationaux et les circulaires¹² relatives à la filière gériatrique. En 2002, seuls 50 établissements parmi les 207 sièges d'un service d'accueil des urgences (SAU) en étaient pourvus.

Une étude menée dans la région Rhône-Alpes en 2004¹³ par la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) indique que 61% des patients âgés de plus de 75 ans sont entrés en mode non programmé, dont 65% sont passés par les urgences, de nombreux lits étaient occupés par des patients qui ne relevaient pas du sanitaire et ne faisait pas l'objet ainsi d'une prise en charge adaptée eu égard à l'absence de place dans un établissement d'aval (62,6%) et des difficultés pour un retour à domicile (22,2%).

Enfin, cette étude indiquait que 40% des patients sortants de plus de 75 ans relèveraient d'un établissement de soins de suite et que plus de 30% d'une place en USLD ou en EHPAD. Ces données confirment l'absence de filière gériatrique.

La prise en charge dans des services de médecine de plus en plus spécialisés n'est pas adaptée aux malades âgés polypathologiques et concourt souvent à une aggravation de la perte d'autonomie de ces personnes. Celles-ci ne sont alors plus en capacité de retourner à leur domicile, ou y retournent dans des conditions non satisfaisantes, qui rendent inévitables à court ou moyen terme une nouvelle hospitalisation via les urgences, pour des raisons médicales (chute par exemple) voire sociales.

¹² Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

¹³ DOISE A.M, GABAUDAN J.L., 2005, *Enquête médecine 2004, Données régionales*, Direction Régionale du service médical de Rhône Alpes.

C) Une prise en charge aux effets néfastes

L'hospitalisation peut présenter des effets néfastes sur l'état de santé du sujet âgé qui peut se traduire par une fragilisation de l'état général, l'apparition d'escarres, des risques de malnutrition, des effets iatrogéniques, des infections nosocomiales, une progression de la grabatisation et de la dépendance. Le Livre blanc pour une prestation d'autonomie paru en 1999 dénonce l'inadaptation de l'organisation hospitalière aux besoins de la personne âgée.¹⁴

La prise en charge aux urgences apparaît très importante dans ce processus car 75% des malades de plus de 75 ans arrivent à l'hôpital par les urgences. Or le temps d'attente dans ce service sur un brancard sans une prise en charge adaptée (hydratation, nutrition, confort) favorise le risque de perte d'autonomie élevé dès les premières heures ainsi que la grabatisation de la personne âgée fragile. « En huit heures, le vieillard se déshydrate, contracte des escarres et si son cas est grave, il va mourir. Le passage aux urgences ne devrait pas dépasser une heure » indique Jean Marie VETEL.¹⁵, président du Syndicat National de Gériatrie Clinique.

L'orientation dans un service inadapté aux besoins de la personne âgée fragile constitue un deuxième facteur de risque. Les services d'urgence effectuent une mauvaise orientation des patients âgés vers les services de soins de court séjour faute de places adéquates. Les conséquences en sont une prise en charge pas adaptées et une possible perte des moyens fonctionnels et cognitifs.

De plus, la prise en charge globale de la personne âgée, facteur de réussite et préconisée dans les textes et les enseignements gériatriques, fait défaut dans de nombreux services de spécialités d'organe. En effet, outre le caractère polypathologique de ces patients, un problème social comme me l'indiquait un praticien lors de notre entretien, survient dans la majorité des cas. Or ce dernier est difficilement pris en charge par des médecins spécialistes. Une batterie d'examen sera plutôt proposée par ces médecins de haute technicité et parfois l'avis du médecin gériatre sera demandé « *si on y pense* » me confiait-il.

Si le vieillissement normal, en dehors de toute pathologie, s'accompagne presque toujours d'altérations fonctionnelles de l'ensemble des organes mais surtout de la fonction rénale et du système cardiovasculaire, le risque d'effets indésirables des médicaments

¹⁴ Comité national des retraités et des personnes âgées, Livre blanc pour une prestation d'autonomie, 1999.

¹⁵ BARRESI V., Avril 2003, « Urgences gériatriques, bien choisir son hôpital », *Décision santé*, n°194,2p.

est particulièrement élevé chez la personne âgée hospitalisée du fait de la concomitance des traitements et de la fragilité de son état notamment l'état nutritionnel souvent altéré , induisant un risque d'infection iatrogène lors de son séjour hospitalier. Le bon usage, de la prescription à la prise, en passant par la dispensation, permettrait d'éviter plus de 60 % des accidents iatrogènes.¹⁶

1.2 LA FILIERE GERIATRIQUE : UNE ORGANISATION ENCOURAGEE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

Pour faire face à ces besoins croissants et complexes des personnes âgées, la structure en filière, préconisée par plusieurs plans nationaux et textes réglementaires, peut être organisée.

1.2.1 La filière gériatrique : de quoi s'agit-il ?

De façon générale, les notions relatives à la prise en charge des personnes âgées sont méconnues, c'est pourquoi il me paraît opportun d'en rappeler quelques unes avant de définir ce qu'est la filière gériatrique.

A) Le vieillissement

C'est l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme sous l'action du temps. Résultante de facteurs génétiques ou de facteurs environnementaux, il a des effets distincts de ceux des maladies et comporte des risques de sous médicalisation ou de sur médicalisation.

B) La gérontologie

C'est une science qui étudie le vieillissement dans toutes ses dimensions, notamment sociale, économique, démographique, psychologique, anthropologique, culturelle, médicale et autres. L'objectif de la gérontologie est le vieillissement réussi. Cette notion est d'autant plus importante qu'elle s'inscrit dans la perspective d'un accroissement de la longévité. Pour l'individu, il convient de promouvoir le développement d'une prévoyance des aléas inhérents à l'avancée en âge et la possibilité d'en minorer les conséquences par des mesures d'hygiène de vie, de maintien de vie sociale, d'aménagement, voire de changement d'habitat en temps utile.

¹⁶ DOUCET J., APNET, QUENEAU P., Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2003.

C) La gériatrie et le patient gériatrique

La gériatrie est une discipline médicale qui prend en charge les sujets âgés malades et devient une spécialité. C'est la médecine particulière des personnes âgées dont l'approche permet la distinction entre vieillissement physiologique et vieillissement pathologique. Les objectifs de la gériatrie sont bien la guérison des maladies et, en cas d'affections chroniques, le maintien d'une qualité de vie optimale compte tenu de la situation. Au-delà de l'attitude purement médicale, cette démarche implique une contribution à la réflexion sur le mode de vie de la personne malade, l'assurance d'un soutien psychologique et une surveillance attentive des risques de décompensation. La prise en considération de ces éléments s'inscrit dans une préoccupation de prévention secondaire et tertiaire permanente. L'intérêt porté par le médecin au malade doit s'étendre à son entourage. La capacité des aidants, leur disponibilité et leurs limites physiques, psychologiques et culturelles, doivent être envisagées de manière à pouvoir proposer des soutiens ou des solutions.

Le patient gériatrique est un sujet âgé atteint de polypathologie dont certaines chroniques, responsables d'une réduction des réserves fonctionnelles l'exposant en cas d'événement pathologique nouveau, à des décompensations somatiques et/ou psychologiques, et à des modifications de mode de vie en raison d'immobilisation ou de dépendance.

D) Le concept de filière

Emprunté aux milieux industriels et commerciaux, « il permet de décrire le chainage des différents séjours dans les unités fonctionnelles successives lors de l'hospitalisation d'un patient. Centrée sur le patient, l'analyse intègre alors l'ensemble des prestations hospitalières offertes par l'établissement ».¹⁷

Elle constitue un outil qui permet de raisonner non plus en terme de séjour hospitalier mais en terme de personne. Le concept de filière gériatrique permet de considérer le séjour du sujet âgé dans sa globalité alors que la logique traditionnelle fragmente le séjour service par service.

Le programme pour la gériatrie définit la filière comme « le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé. »¹⁸

¹⁷ DRUNAT O., HOLSTEIN J., LUTZLER P., janvier 1997, « Intérêt du concept « filières de soins » pour les établissements hospitaliers », *Gestions hospitalières*, n°362, p45.

¹⁸ JEANDEL C., PFITENMEYER P., VIGOUROUX P., avril 2006, Un programme pour la gériatrie, Paris, p4.

La filière de proximité a vocation à constituer le premier niveau d'accompagnement et de soins gériatriques. Elle s'appuie sur des collaborations entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, les professionnels libéraux.

Concernant l'organisation sanitaire, il est recommandé une organisation minimale comprenant des unités de court séjour gériatrique, de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et d'USLD coordonnées.

La filière de référence située au sein du centre hospitalier référent, comprend les maillons nécessaires à la fluidité du parcours des patients âgés, à savoir :

- des lits de court séjour gériatrique,
- le pôle d'évaluation gériatrique (hôpital de jour, consultations spécialisées),
- une équipe mobile de gériatrie,
- des lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique,
- des lits USLD,
- un dispositif de prise en charge coordonnée du patient âgé psychiatrique et des pathologies de type Alzheimer
- des lits, unités et/ou équipe mobile de soins palliatifs,

Des liens seront établis avec différentes structures, services et acteurs :

- le dispositif médico social : EHPAD, SSIAD, accueil de jour,
- les services d'hospitalisation à domicile,
- les professionnels libéraux,
- les intervenants sociaux : CLIC, coordonnateur gérontologique, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS),
- les réseaux de soins concourant à la prise en charge globale ou spécifique des personnes âgées.

Chaque maillon de la chaîne doit se conformer au cahier des charges de la circulaire du 27 mars 2007.

1.2.2 Les évolutions réglementaires intervenues depuis une décennie

Plusieurs textes¹⁹ avant la parution de la circulaire du 18 mars 2002 ont déjà proposé de coordonner l'offre de soins en direction des personnes âgées. Le plan solidarité Grand Age du 27 juin 2006 et la circulaire relative à la filière gériatrique du 28 mars 2007 ont

¹⁹Circulaire DH/EO4/97n°841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation.

Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.

Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination.

concrétisé ces recommandations quant à la mise en place par les acteurs d'une organisation de cette filière, pouvant aboutir sur une labellisation des structures concernées par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

A) La circulaire du 18 mars 2002

La présente circulaire²⁰ s'attache particulièrement à établir un état des lieux concernant l'augmentation de la population âgée en France alors que le dispositif de soins semble insuffisamment adapté à leurs besoins et à décrire les voies d'amélioration de cette filière de soins.

Dans ce contexte, les pouvoirs publics, par cette circulaire, préconisent l'organisation de la prise en charge des patients gériatriques autour de trois axes :

- le renforcement de l'accès à des soins de proximité (médecin généraliste, consultations et pôles d'évaluation gériatriques, hôpital local) ;
- le développement des courts séjours gériatriques, des équipes mobiles gériatriques et des filières d'admission courtes ;
- l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée : soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile, articulation ville-hôpital.

L'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière.

B) La circulaire du 28 mars 2007

Elle vient conforter l'organisation des soins mentionnée dans la circulaire de 2002 et rappelle que le plan de Solidarité Grand Age 2007-2012 vise à assurer une continuité de la prise en charge des personnes âgées entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé. Elle définit les modalités de la prise en charge des personnes âgées polypathologiques tant au sein d'un même hôpital qu'entre établissements relevant d'un même territoire de santé et préconise les liens à construire avec les partenaires du réseau de santé personnes âgées : HAD, professionnels libéraux (médecins, infirmiers...), EHPAD, structures de coordination.

La circulaire reprend les trois grandes catégories de besoins que la filière gériatrique doit prendre en charge et les outils qui y répondent :

- les hospitalisations non programmables, dans les services d'urgences, avec les équipes mobiles gériatriques (EMG) et le service de court séjour gériatrique,

²⁰ Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique.

- les hospitalisations non programmables assurées par le court séjour gériatrique, le service d'hospitalisation à domicile, le SSR et les USLD,
- les bilans à froid réalisés soit à l'hôpital de jour soit en consultation gériatrique, ou en court séjour éventuellement.

De plus, la circulaire prévoit l'identification de lits de soins palliatifs en court séjour gériatrique et en USLD et la collaboration entre la gériatrie et la psychiatrie déjà évoquée en 2002, qui doit désormais évoluer vers une réelle articulation entre la filière et les structures psychiatriques afin de proposer un dispositif gradué reposant sur les équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles.

Elle prévoit par ailleurs que les établissements de santé s'inscrivent progressivement dans cette démarche dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Ces derniers préciseront pour chaque établissement concerné « ses missions au sein d'une filière gériatriques, les actions programmées, le calendrier de mise en œuvre et les modalités d'évaluation ».

Enfin, cette circulaire propose un modèle de convention type relative aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un EHPAD ainsi que des référentiels d'organisation des soins pour la filière de soins gériatriques. Ils précisent une définition détaillée du dispositif, les missions à mener, la place dans la filière, l'implantation, les moyens de fonctionnement ainsi que les indicateurs de suivi.

C) La réforme USLD

Les deux circulaires du 15 mai 2006 et du 10 mai 2007 imposent une procédure sur trois ans comprenant la consultation dans les régions, la révision des SROS et la signature des arrêtés.

Le dispositif prévoit la répartition des capacités d'accueil et des crédits USLD de façon à « assurer une couverture de qualité des besoins sanitaires des personnes âgées dépendantes dans le cadre des SROS ». Les partitions sont élaborées sur la base d'un référentiel national en tenant compte des coupes PATHOS réalisées en 2006 mais aussi en tenant compte de l'évolution démographique attendue dans les prochaines années. Ce référentiel permet de mesurer la charge en soins techniques et médicaux requise par les personnes âgées.

Le CH Saint Nicolas, qui comprenait 34 lits USLD, a obtenu leur transformation en 34 lits USLD redéfinis au regard des résultats de la coupe PATHOS 2006.

D) La tarification à l'activité (T2A)

Les modalités de financement des établissements de santé ont été profondément modifiées depuis 2004²¹. Cette évolution a pour finalités de médicaliser le financement, d'introduire plus d'équité dans l'allocation des ressources financières, d'unifier les modalités d'allocation de ressources entre les secteurs publics et privés et de responsabiliser les acteurs.

Avec la T2A, les ressources sont calculées à partir d'une estimation d'activités et de recettes. Le niveau d'activités génère des recettes qui autorisent l'engagement de dépenses transformées en moyens, qui permettent la réalisation d'un certain niveau d'activités, qui génère les recettes.

Il est à noter que les SSR sont exclus de la T2A actuellement mais qu'elle devrait être mise en œuvre entre 2010 et 2012 sous réserve des expérimentations conduites.

Des interrogations surviennent quant à la pertinence de la T2A sur le financement de la prise en charge des personnes âgées. Plusieurs remarques peuvent être faites :

- les durées moyennes de séjour sont plus longues, engendrant un coût élevé,
- la consommation des médicaments est croissante, notamment ceux prescrits dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, donc onéreux,
- la prise en charge pluridisciplinaire (médicale, paramédicale et sociale) ne semble pas prise en considération.

Ainsi « trop souvent, ce patient gériatrique est perçu comme « embolisant » le service faute de place d'aval au moment où, T2A oblige, la fluidité s'impose comme un impératif essentiel de gestion des pôles ».²²

Par ailleurs, Eric MOLINIE²³ estime qu'avec la T2A « le risque de sélection des patients existe soit a priori (refus de développer des activités présumées déficitaires, telles que les personnes âgées), soit à posteriori, en procédant à un transfert dans une autre structure ».

Cependant l'objectif de la T2A est d'optimiser la durée de séjour des patients. Ainsi, le court séjour doit être utilisé pendant une période bien définie et pour des besoins précis, en lien avec des structures d'aval telles que les SSR, l'HAD qui accueillerait le patient après la phase aigue.

²¹ Loi n° 2003-1199 de Financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2003, articles 22 à 341.

²² JEANDEL C., PFITENMEYER P., VIGOUROUX P., avril 2006, Un programme pour la gériatrie, Paris, p3.

²³ CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. L'hôpital public en France : bilan et perspectives, 2005.

Au sein du CH de Blaye, les données relatives à la prise en charge des personnes âgées sont peu visibles dans le cadre du Programme Médicalisé du Système d'Information (PMSI) au-delà du diagnostic principal et des diagnostics associés. La mise en place d'une filière permettra à l'établissement de fiabiliser ces données.

1.2.3 Les plans nationaux et les schémas régionaux en faveur de la filière gériatrique

Les politiques nationales, régionales et départementales depuis une décennie encouragent la mise en œuvre de filière gériatrique.

A) Le Plan Solidarité Grand Age

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté le 27 juin 2006 par Philippe BAS, Ministre Délégué à la Sécurité Sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, se fixe pour objectifs d'anticiper les évolutions démographiques que la France va connaître et adapter ainsi les dispositifs de prise en charge existant au regard des besoins des personnes âgées dans le respect du libre choix.

Faisant suite au rapport « Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix » produit au plan national en juin 2006 par le Centre d'Analyse stratégique, le Plan Solidarité-Grand Age propose une réforme en 5 grands axes dont le troisième est d'adapter l'hôpital aux personnes âgées en développant la filière gériatrique et en resserrant les liens tant avec le domicile qu'avec les maisons de retraite.

En ce qui concerne le troisième axe, le plan met l'accent sur l'organisation d'une filière gériatrique sur chaque territoire, comprenant toutes les unités nécessaires à la prise en charge des personnes :

- une unité de court séjour gériatrique, capable d'accueillir directement les patients sans transiter par le service des urgences, en provenance du domicile, des maisons de retraite ou de services de soins à domicile,
- une unité de soins de suite et de réadaptation, dotée de tous les moyens indispensables à la rééducation du patient âgé en faveur de son retour à domicile,
- une EMG,
- un pôle d'évaluation gériatrique comprenant un hôpital de jour, des consultations et des consultations mémoire,
- des lits de soins de longue durée adaptés aux besoins des patients.

Ce plan repose sur une augmentation de 2,3 milliards d'euros des crédits que l'assurance maladie consacre aux personnes âgées, à l'issue d'une montée en charge progressive sur 5 ans de près de 500 millions chaque année. 400 millions d'euros seront consacrés à la mesure « adapter l'hôpital aux personnes âgées » soit 80 millions par an à compter de 2007 pour le développement des filières gériatriques.

Un label filière gériatrique sera attribué aux établissements répondant aux normes fixées par le plan.

B) Un programme pour la gériatrie

Le Professeur Claude JEANDEL (CHU de Montpellier), le Professeur Pierre PFITZENMEYER (CHU de Dijon) et M Philippe VIGOUROUX (Directeur Général du CHU de Nancy) ont remis en avril 2006 un rapport intitulé « un programme pour la gériatrie » qui propose « 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir ».

Les cinq objectifs sont de :

- créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'Urgences,
- faire contractualiser en tant que « partenaires de la filière gériatrique labélisée » les établissements et structures associés à la filière gériatrique,
- prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques,
- développer la coordination entre tous les partenaires tout au long du parcours du patient,
- disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique.

Le premier objectif qui concerne particulièrement ce mémoire repose sur sept recommandations :

1. affirmer le rôle des établissements de santé dotés d'un service d'urgences en tant que plates-formes gériatriques de référence par la labellisation de la filière gériatrique par l'ARH à partir d'un cahier des charges spécifiques,
2. créer des courts séjours gériatriques et mettre en conformité ceux existants,
3. organiser dans les établissements de santé dotés de la plateforme gériatrique de référence l'accueil aux urgences pour les hospitalisations non programmées,

4. créer au sein de chaque plateforme gériatrique de référence un pôle d'évaluation gériatrique regroupant des consultations et un hôpital de jour et mettre en conformité les pôles existants,
5. créer au sein de chaque plateforme gériatrique de référence une équipe mobile de gériatrie,
6. renforcer l'offre en soins de suite et de réadaptation gériatrique au sein des établissements de santé de la filière gériatrique,
7. mettre en conformité les USLD dans les établissements partenaires de la filière gériatrique.

Le Plan Solidarité Grand âge et la circulaire de mars 2007 fixent des objectifs quantifiés en nombre de lits par habitants de plus de 75 ans :

- ✓ Unité de court séjour gériatrique : 1 lit pour 1000 habitants de plus de 75 ans et un dimensionnement d'au minimum de 20 lits,
- ✓ Unité de consultation et d'hospitalisation de jour gériatrique : au minimum une unité au sein de l'établissement siège d'un court séjour gériatrique et au moins 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Il est recommandé un minimum de 5 places,
- ✓ SSR gériatrique : offrir de 1000 à 2600 journées d'hospitalisation pour 1000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire. Les besoins estimés sont entre 3 et 8 lits.

C) Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération

La prise en charge des personnes âgées constitue un axe majeur du SROS III qui couvre les années 2006 à 2011 compte tenu des perspectives démographiques.

Le SROS III préconise que pour les patients âgés de 75 ans et plus polyopathologiques sans pathologie aigue d'organe présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas d'un service de spécialités ou d'urgences, il convient de favoriser les admissions directes en service de court séjour gériatrique.

Pour les patients présentant une pathologie aigue nécessitant une prise en charge spécialisée en urgence, il convient de développer les équipes mobiles de gériatrie dans les établissements de santé pouvant intervenir dans les structures d'urgences. Elles établiraient un bilan des besoins de la personne âgée et préparerait son orientation à la sortie des urgences (retour à domicile, hospitalisation dans un service de gériatrie ou de médecine, placement en institution médico-sociale). Ces équipes pourraient s'appuyer sur une unité de court séjour gériatrique, avec une durée de séjour de 3 à 4 jours.

Le SROS III fixe trois objectifs :

- améliorer de manière globale la prise en charge des patients gériatriques, dans l'ensemble des établissements de santé, depuis la préparation de l'entrée jusqu'à l'organisation de la sortie,
- mettre en place une filière de soins gériatriques s'appuyant notamment sur les dispositifs décrits par les circulaires du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007, en prenant en compte la demande de proximité et de maintien au domicile ou dans son environnement,
- conduire les évolutions nécessaires pour adapter l'organisation hospitalière à l'augmentation de la fréquence de la maladie d'Alzheimer.

Assurer le fonctionnement d'une filière gériatrique complète consiste pour le SROS III à :

- développer l'évaluation gérontologique globale,
- favoriser les filières courtes et prévenir les hospitalisations évitables,
- disposer d'une offre d'hospitalisation à temps complet,
- intégrer dans le fonctionnement des USLD l'amélioration continue de la qualité.

1.3 LA FILIERE GERIATRIQUE : UNE REPONSE POUR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

Les besoins des personnes âgées apparaissent multiples et intriqués et de plus en plus complexes. Ils sont susceptibles de se modifier rapidement et nécessitent une adaptation en continu. Ainsi la filière gériatrique « doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique », rappelle la circulaire du 28 mars 2007.

1.3.1 Un renforcement de l'accès à des soins de proximité

La notion de proximité est une notion très importante pour les français comme en témoigne leur attachement au service public et particulièrement à l'hôpital.

Les personnes âgées qui représentent une part importante de la clientèle de l'hôpital doit pouvoir avoir accès à des soins de proximité compte tenu de ses besoins.

Le positionnement de l'hôpital de Blaye sur le territoire ainsi que les besoins de la population justifie son caractère de structure de proximité, particulièrement pour les personnes âgées. Il est accompagné dans ses missions par les médecins généralistes, des consultations et un travail en réseau.

A) Le médecin généraliste

Le patient âgé est très fragile et vulnérable, c'est pourquoi il convient de privilégier une prise en charge de proximité afin d'éviter toute rupture avec son environnement habituel qui le rassure. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient gériatrique. Son rôle est essentiel car il est le premier niveau de recours aux soins eu égard à sa proximité, sa connaissance du terrain et son suivi au long terme.

Par ailleurs, il doit s'appuyer sur les structures de proximité à savoir l'hôpital local ou centre hospitalier de proximité ainsi que le réseau de soins gériatriques et les services de soins à domicile s'ils existent.

Son action est déterminante en matière d'orientation et de soins, c'est pourquoi il doit rester informé et sensibilisé à une prise en charge globale et cohérente de la personne âgée. De plus, il doit pouvoir avoir accès à une évaluation gériatrique réalisée soit par une consultation ou un pôle spécialisé mais en gardant son statut de référent de la prise en charge du patient.

B) Les consultations gériatriques et les pôles d'évaluation gériatriques

Les consultations gériatriques avancées permettent d'offrir une réponse de proximité en lien avec le CLIC s'il existe, ayant pour mission d'accueillir toute personne âgée se plaignant d'un problème qui peut être d'ordre somatique, cognitif et social. Elle propose un bilan médico-psycho-social réalisé par un gériatre à la demande du médecin traitant, la personne âgée ou son entourage.

Les pôles d'évaluation gériatriques, insérés en milieu hospitalier (Centre Hospitalier Universitaire ou centre hospitalier de référence) repose sur des équipes pluridisciplinaires (gériatre, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, infirmière, assistante sociale) et proposent des bilans cliniques approfondis. Le pôle est chargé de poser le diagnostic, de collaborer au suivi du patient et de proposer les aides utiles à son entourage pour un retour à domicile ou l'intégration dans une institution. Il peut également intervenir en appui pour préparer les sorties d'hospitalisation.

C) Les structures hospitalières

Par ailleurs, l'hôpital local ou le centre hospitalier comme à Blaye, constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques. Il intervient en avant de la chaîne des soins, par des consultations avancées et/ou des actions de prévention, mais également en aval, en prenant en charge au plus près de son domicile un patient âgé transféré. Le lien ville/hôpital doit être encouragé par les collaborations avec les médecins de ville et les médecins hospitaliers.

D) Le CLIC et les réseaux

Le CLIC est un guichet unique de proximité, dont la mise en œuvre sur le territoire de la Haute Gironde est en cours de réflexion. C'est un lieu d'accueil, d'écoute et d'information, d'orientation et de conseils où les personnes âgées et leur entourage seront susceptibles de trouver une réponse aux questions diverses qu'ils se posent.

C'est un service gratuit qui travaille en réseau, financé par les collectivités territoriales du département. Un numéro vert en Gironde a été mis en place permettant d'être orienté vers le CLIC dont relève le lieu de résidence de la personne.

Le travail en réseau, défini par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. En effet, il facilite l'accès à des soins de proximité en développant la coordination et la continuité des soins et intervient afin d'inclure les patients dans une prise en charge globale (cf. partie 1.3.3).

1.3.2 Une meilleure fluidité du parcours de santé

L'hôpital rencontre depuis plusieurs années, comme en témoignent les chefs de service et les cadres de santé, des difficultés dans la gestion des lits. En effet, les besoins non satisfaits de lits SSR retentissent sur l'organisation des soins de court séjour en immobilisant des patients qui ne relèvent plus de ce type de prise en charge.

Or les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, sans rupture. Seule une offre de soins organisée et cohérente est susceptible de leur assurer un parcours de santé « sans perte de chance et de réduire le risque d'installation d'une dépendance »²⁴.

²⁴ Circulaire du 28 mars 2007.

Il convient ainsi de placer la personne âgée au cœur d'un circuit de prise en charge efficace donc fluide.

A) Les urgences

Les temps d'attente des patients de plus de 75 ans (4h06 en moyenne) sont importants et s'expliquent notamment par la complexité de l'aval des urgences pour les patients âgés et le manque d'alternative à l'hospitalisation dans des unités de court séjour²⁵.

C'est pourquoi comme le prévoit la conférence de consensus du 5 décembre 2003 sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, il est nécessaire de développer l'accès à un avis gériatrique aux urgences en vue d'orienter de façon adéquate les patients et de formaliser les liens entre les urgences et les modes de prise en charge internes et externes de l'établissement, afin de mettre en place une organisation en amont et en aval des urgences, dans une optique de prévention ou de programmation de l'hospitalisation.

85% des patients de plus de 75 ans amenés aux urgences posent un réel problème médical, le motif purement social est peu fréquent.²⁶

B) Les unités de court séjour gériatrique

La création d'unité de court séjour gériatrique préconisé par les circulaires 2002 et 2007 permet de proposer une offre de soins adaptés à leurs besoins, appropriée à leur polypathologie et d'apporter une approche globale. Ces unités doivent permettre de développer des modes de prise en charge rapides des personnes âgées fragiles qui ne relèvent pas d'un service d'organe. Situés prioritairement dans les établissements disposant d'un SAU, elles admettent des malades âgés, polypathologiques ou très âgés, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas de l'urgence d'un service de spécialité d'organe. Cette prise en charge relève d'une équipe pluridisciplinaire formée à la gérontologie.

Les admissions en court séjour pourraient se faire à la demande du médecin traitant ou du médecin coordonnateur de l'EHPAD sur la base d'un numéro d'appel dédié. Elles permettraient ainsi à ces patients déjà fragilisés d'éviter un passage par le service des urgences qui peut être néfaste.

²⁵ Etude MeaH, Formaliser les relations avec les établissements gériatriques, 21 mars 2006.

²⁶ IGAS, Rapport les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, mai 2005, p10.

En outre afin de favoriser une prise en charge cohérente et rapide, une collaboration avec des services de psychiatrie doit être encouragée afin de proposer aux patients âgés une prise en charge de leurs pathologies psychosomatiques.

Enfin, il faudrait préparer la sortie dès l'arrivée du patient, en lien avec lui-même si sa situation le permet, sa famille ou son entourage, son médecin traitant.

C) Les structures en aval de l'hospitalisation

Afin de proposer une prise en charge cohérente et une meilleure fluidité, il convient d'anticiper la sortie des personnes âgées de l'hôpital. En effet, cette procédure permet d'éviter une rupture dans la prise en charge et ne pas prolonger un séjour qui ne le nécessite pas, préjudiciable d'une part pour la personne âgée et d'autre part pour l'établissement soumis à la tarification à l'activité.

Le retour à domicile, largement souhaité par les patients, doit être le moyen privilégié de sortie par les professionnels. Il doit être anticipé et analysé au regard des situations sociales des patients en concertation avec les familles et les aidants. Dans le cas de la Haute Gironde, des situations sociales difficiles sont constatées. C'est pourquoi les médecins avec les assistantes sociales essaient de trouver les solutions les plus adaptées.

De plus, en relais de l'hospitalisation en court séjour gériatrique, les hôpitaux peuvent développer des conventions avec des structures HAD. En effet, elles peuvent offrir un relais à l'hospitalisation à temps plein aux personnes âgées qui souhaitent et peuvent être soignées à leur domicile d'une part et d'éviter ou de raccourcir la durée d'hospitalisation des personnes âgées d'autre part. L'HAD est particulièrement adaptée à la prise en charge des maladies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupées de phases de rémission. 45% des séjours réalisés en HAD concernent des personnes âgées de plus de 60 ans (22% de plus de 75 ans).²⁷ Le SSIAD est un acteur privilégié comme en témoigne le territoire de Haute Gironde.

Le retour à domicile ou l'institutionnalisation peut être parfois précédé d'un séjour dans une structure de soins de suite approprié aux besoins des patients gériatriques. L'équipe du service de SSR à orientation gériatrique doit être pluridisciplinaire (gériatre, infirmière, aide soignante, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue..). Un projet gériatrique devra être élaboré et les équipes formées autour de thématiques gériatriques centrées

²⁷ NEPPEL C., Aout-Septembre 2008, « Hospitalisation à domicile : les enjeux du développement », *Gestions hospitalières*, pp465-468.

sur la qualité de vie (douleur, nutrition, marche...). Il est préconisé que tous les patients aient bénéficié d'une évaluation complète avant leur admission.

Le CH de Blaye, autorisé à installer 30 lits de SSR doit maintenant adapter ses locaux pour les mettre en œuvre.

Deux décrets²⁸ redéfinissent la notion de SSR dont l'activité reste la prévention ou la réduction des conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et la promotion de leur réadaptation et de leur réinsertion. Toutefois, l'autorisation de SSR devra préciser si l'établissement prend en charge des enfants ou adolescents ou s'il assure une prise en charge spécialisée. Neuf catégories sont précisées dont les affections de la personne âgée polypathologique et dépendante (ou à risque de dépendance).

Le SSR gériatrique est un service répondant au cahier des charges général des SSR, dont le chef de service ou médecin responsable est gériatre et a une activité exclusivement gériatrique, et dont la mission est de prendre en charge la rééducation, la réadaptation et la réinsertion des personnes âgées fragiles et/ou polypathologiques, dans une optique ajoutée de prévention.

Ce service doit être à proximité (si possible sur le même site) du court séjour de gériatrie et du plateau technique.

1.3.3 Une prise en charge globale cohérente et de qualité

La filière doit permettre aux acteurs de proposer aux personnes âgées fragiles une offre de soins globale et qualitative. En effet, si le sujet doit être hospitalisé compte tenu du diagnostic réalisé, la personne âgée doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins afin de rester le temps nécessaire.

La prise en charge globale relève des secteurs sanitaire, social et médico-social, qui doivent travailler ensemble dans un souci de coordination et de cohérence.

A) L'adaptation de l'offre de soins aux besoins des personnes âgées

La spécificité du soin gériatrique, les profils polypathologiques des patients âgés, leurs incapacités sont d'autant de complexité qui nécessitent une approche transversale reposant sur l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité des soins.

²⁸ Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

La filière doit ainsi proposer les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé. Elle doit également être en mesure de prodiguer accompagnement et soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et aux patients confrontés à des pathologies d'ordre psycho-gériatrique.

Ainsi, il convient de mobiliser dans un service de gériatrie plusieurs spécialités (cardiologie, rhumatologie, neurologie, pneumologie, psychiatrie..) afin de repérer la comorbidité le plus rapidement possible et ainsi d'éviter les transferts inutiles et une rupture dans la continuité des soins.

La pluridisciplinarité permet de lutter contre une perte de l'autonomie rapide des personnes âgées fragiles dès les premiers jours de l'hospitalisation. La prise en charge doit mobiliser des compétences et des statuts variés (libéraux ou hospitaliers, médecins ou paramédicaux, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute). L'interaction de toutes les données dans le cadre d'une évaluation globale permettra soit d'envisager un retour à domicile en lien avec l'entourage ou de proposer une institutionnalisation adaptée en concertation avec la famille et l'intéressé.

Afin de réaliser cet objectif, il semble important de renforcer les compétences professionnelles des acteurs de terrains d'une part médicales et d'autre part paramédicales. Ceci peut se traduire par l'augmentation du temps de travail de certains professionnels (psychologue, animatrice, diététicienne), le recrutement d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'aide médico-psychologique et par le développement de la formation. Concernant les médecins, elle peut se traduire par l'obtention d'une capacité en gériatrie. Concernant les autres professionnels, différentes formations pourront être proposées telles que développés dans la deuxième partie du mémoire.

En outre, plusieurs études américaines ont souligné les bénéfices individuels importants²⁹ en termes de maintien de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, pour les personnes âgées hospitalisées dans un service de court séjour gériatrique comparativement aux séjours multiples avec des ruptures dans la continuité des soins.

B) Un travail en réseau

Le réseau permet une articulation autour de la personne âgée fragile et de son entourage de tous les acteurs des champs d'intervention concernés. Les notions de filières de soins et de réseaux sont complémentaires : « la notion de réseau dans le domaine de la santé

²⁹ IGAS, Rapport les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, mai 2005, p11.

évoque plus les acteurs qui interviennent et leur nécessaire coordination, alors que la notion de filière rend plus compte de la réalité à partir du point de vue du malade. [...] au total, les concepts de filière de soins et de réseaux de soins sont des concepts opérationnels, permettant de faire circuler les malades (et/ou les acteurs de soins) dans le cadre de prises en charge globales, médicales et sociales, efficaces sur le plan des soins, efficientes sur le plan économique, apportant des réponses aux multiples fractures qui fragilisent notre système de soins ».³⁰

Conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé Le réseau de santé vise à :

- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires,
- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins,
- participer à des actions de santé publique,
- procéder à des actions d'évaluation afin d'améliorer la qualité des prestations.

Ainsi dans cette logique de travail en réseau des conventions peuvent être passées entre les différents partenaires à l'instar du SSIAD et du centre hospitalier, ou des structures de moyen séjour et le CH de Blaye.

C) Une articulation en amont et aval de l'hospitalisation

Il est très important que la filière de soins gériatrique soit articulée en amont et en aval de l'hospitalisation tant avec les médecins traitants, les structures de soins et d'hospitalisation à domicile, les instances de coordination gérontologique (CLIC, réseau). Une collaboration entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux doit être recherchée.

Ainsi la filière de soins doit comporter sur son territoire d'implantation l'ensemble des dispositifs qui concourent à une prise en charge cohérente et globale :

- une consultation gériatrique ou un pôle d'évaluation gériatrique,
- une unité de court séjour gériatrique,
- un hôpital de jour,
- une unité de soins de suite et de réadaptation gériatrique.

³⁰ PRADEAU F., PRADEAU MC., octobre 1998, « Intérêt des concepts filières de soins et réseaux de soins pour les établissements hospitaliers », *Gestion hospitalière*, n°379, pp617-621.

La filière gériatrique permet d'ajuster la prise en charge des patients âgés à leurs besoins spécifiques à chaque étape de leur parcours de soins, tout en essayant de préserver leur autonomie ou de ne pas aggraver leur dépendance afin de toujours être en mesure de privilégier un retour à domicile. Néanmoins, afin de proposer une prise en charge de qualité, il convient de mettre en œuvre différentes actions à savoir une évaluation précoce, une admission directe dans l'unité de court séjour gériatrique, après une évaluation gériatrique et la limitation de la durée d'hospitalisation.

Dans ce contexte, la filière gériatrique recommandée par les politiques publiques semble être en mesure d'apporter une amélioration à la prise en charge des personnes âgées au regard des besoins observés sur le territoire de la Haute Gironde. C'est pourquoi le CH Saint Nicolas souhaite l'inscrire dans le projet médical en cours d'élaboration.

2 DEUXIEME PARTIE : LA FILIERE GERIATRIQUE AU SEIN DU CENTRE HOSPITALIER SAINT NICOLAS

Si la filière gériatrique est un des projets de l'hôpital de Blaye, car elle concourt à l'amélioration et l'adaptation de la prise en charge des personnes âgées, des limites tant organisationnelles que structurelles sont constatées. C'est pourquoi, il est opportun d'anticiper sur les moyens qui peuvent être développés pour contribuer au succès et à la pérennisation de la filière.

2.1 DE L'EXISTANT AUX PROJETS

L'Hôpital de Blaye est déjà investi dans la prise en charge des personnes âgées du territoire de la Haute Gironde. Toutefois, il souhaite développer le panel de l'offre de soins et les liens avec les différents acteurs de terrain pour améliorer les réponses apportées.

2.1.1 Le CH Saint Nicolas

Le Centre hospitalier Saint Nicolas est constitué de deux sites, l'un à Blaye avec l'hôpital et l'EHPAD Paul Ardouin, l'autre à 5km sur la commune de Bourg sur Gironde avec l'EHPAD « Les Terrasses de Bellerogue ».

A) Les missions

C'est un établissement public de proximité, qui répond en lien avec le SROS, assure des missions à la fois dans le domaine sanitaire et dans le domaine médico-social. Il comporte deux axes :

- une activité de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, urgences de proximité (Unité de Proximité D'Accueil, de Traitement et d'Orientations des Urgences (UPATOU) et Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)),
- une activité de gériatrie constituée d'une structure de soins de longue durée et de deux EHPAD.

Il est le seul à proposer ces services dans un territoire enclavé et assure de ce fait une mission primordiale pour la population. Néanmoins il a su développer des partenariats avec les autres structures du territoire de santé à l'instar du Centre Hospitalier de Libourne et du CHU de Bordeaux. Malgré la disparition du CLIC, le développement d'un partenariat avec les médecins généralistes le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) de Saint-Savin, les réseaux sanitaires et médico-sociaux est poursuivi.

La zone d'attractivité de l'établissement recouvre une population d'environ 71 000 habitants. Les patients proviennent à 93% de Haute Gironde.

B) Les types de prise en charge

Les activités de médecine chirurgie obstétrique (MCO) sont tournées vers la cardiologie médicale, la gastroentérologie et la médecine interne, la chirurgie viscérale et orthopédique, une activité d'Oto-rhino-laryngologie (ORL) et d'ophtalmologie, la gynécologie et l'obstétrique. Un scanner a été mis en place en juin 2007.

Afin d'améliorer la prise en charge des patients le CH Saint Nicolas a passé des conventions avec le CH de Libourne et la Polyclinique Bordeaux Nord, et développe un partenariat avec le CHU de Bordeaux dans le cadre de recrutement de praticien en temps partagé.

Il est prévu la création d'une unité pour patients déambulants de 28 lits sur le site de Bourg sur Gironde et le transfert de lits USLD redéfinis sur le site de l'EHPAD de Blaye.

C) Les lits et les moyens développés

Il comprend :

- MCO : 89 lits répartis en 51 lits de médecine (dont 6 lits de surveillance continue), 23 lits de chirurgie et 15 lits de gynécologie obstétrique et 2 places de chirurgie ambulatoires,
- SSR : 30 lits autorisés en 2001 mais 0 installés,
- USLD redéfinis : 34 lits dont 10 en EHPAD,
- EHPAD : 116 lits autorisés mais 110 installés sur 2 établissements dont 2 en hébergement temporaire répartis actuellement entre Bourg sur Gironde (51 lits) et Blaye (69 lits).

L'établissement emploie 425, 39 Equivalent Temps Plein (ETP) au 1^{er} janvier 2008 dont 68, 31 sur les EHPAD.

2.1.2 Le projet médical 2009-2014

Les axes du projet médical relatif à la création d'une filière gériatrique seront détaillés d'une part sur la base de l'existant et d'autre part sur les propositions que le précédent directeur M. Cazenave et les médecins concernés avaient élaborées ensemble. Il est à noter que compte tenu du départ de ce dernier en mars 2009 et la prise de fonction du nouveau directeur en juin 2009, le calendrier du projet d'établissement et du projet médical a été modifié.

Le projet médical détermine la stratégie médicale pour les 5 ans à venir que le Centre Hospitalier va développer en s'inscrivant dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers.

A) Créer des lits de court séjour gériatrique

Le Centre Hospitalier fait fonctionner 51 lits de médecine polyvalente, qui accueille des patients relevant du court séjour après majoritairement un passage aux urgences. Il reçoit 80% de personnes âgées de plus de 60 ans en l'absence d'une unité de médecine gériatrique aigüe.

Le projet serait de créer 6 lits de court séjour gériatrique, maillon indispensable de la filière gériatrique intra hospitalière qui accueillerait directement des personnes âgées polypathologiques et/ou en phase de décompensation dont le pronostic vital serait engagé à court terme.

B) Installer un SSR polyvalent

Si l'établissement dispose depuis 2001 d'une autorisation pour faire fonctionner 30 lits de soins de suite et de réadaptation, prolongée sous forme de journées dans le cadre des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS), l'hôpital a effectué la construction d'un bâtiment de 15 lits récemment. Ce dernier accueille des résidents de soins de longue durée faute d'un budget de fonctionnement.

Cependant si un budget de fonctionnement a été alloué fin 2008, le démarrage de l'activité est maintenant lié au regroupement des lits USLD redéfinis sur le site de Paul Ardouin comme indiqué dans le projet gériatrie. La construction permettrait la mise en place de 15 lits SSR à cette date.

La construction de deux niveaux de 10 lits sur le bâtiment actuel permettrait d'une part de faire fonctionner les 30 lits autorisés et d'autre part d'étendre la capacité du service de médecine C de 11 à 17 lits pour accueillir 6 lits de court séjour gériatrique.

Le fonctionnement de ces 30 lits nécessiterait le recrutement d'un temps médical complémentaire.

C) Identifier des lits de soins palliatifs

Le centre hospitalier prend en charge tous les ans, une cinquantaine de séjours avec un diagnostic principal de soins palliatifs. L'équipe mobile de lutte contre la douleur intervient auprès des équipes soignantes et prend en charge les patients en fin de vie. Il est à noter que l'établissement adhère au RELISPAL (Réseau de Soins Palliatifs du Libournais et de la Haute Gironde).

L'établissement soutenu par les pouvoirs publics souhaite installer 3 lits de soins palliatifs conformément au cahier des charges.

Deux alternatives peuvent être proposées :

- d'une part les installer dans le service de médecine dans les locaux libérés par la surveillance continue. Les lits seraient alors gérés par le personnel dudit service,
- d'autre part les installer au sein du service SSR dans 3 chambres individuelles. Les lits seraient alors gérés par l'équipe de ce service.

Enfin il est proposé que l'équipe de lutte contre la douleur se transforme en équipe de soins palliatifs et soit affectée sur ces 3 lits tout en conservant des activités dans la lutte contre la douleur au sein de l'établissement.

D) Participer au projet HAD des vignes et des rivières

Actuellement aucune structure HAD n'est présente sur le territoire de la Haute Gironde. Un dossier a été déposé fin 2008 par l'association HAD des Vignes et des Rivières sur le territoire de la Haute Gironde, du Libournais et de l'Est de la Dordogne, à laquelle participe le Centre Hospitalier de Blaye.

En cas d'une réponse favorable par les tutelles, l'HAD devrait entrer en fonctionnement début 2010 avec une montée en charge sur trois ans. Ce service aura une vocation polyvalente et généraliste qui doit permettre la prise en charge des patients sur la base du niveau de soins requis par leur état de santé quelle que soit leur pathologie.

Il est prévu la création d'un mi temps médical sur le site de Blaye pris en charge par l'association. Ce praticien sera d'une part le coordonnateur de l'HAD pour la Haute Gironde (mise en place des protocoles de soins, contrôle des admissions) et d'autre part il devra assurer le lien entre l'HAD et le Centre Hospitalier pour les sorties de l'hôpital ou les admissions en urgence dans la structure hospitalière.

2.1.3 Les projets du secteur sanitaire et social

Les projets en cours de l'hôpital sont d'une part de procéder au transfert des 34 lits USLD redéfinis vers l'EHPAD Paul Ardouin à Blaye aboutissant à 72 lits sur ce site dont 36 lits EHPAD et d'autre part de créer deux unités Alzheimer de 14 lits (Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)) et 1 lit d'hébergement temporaire dans chaque unité sur le site de Bourg sur Gironde, joints aux 50 lits EHPAD et aux 2 places temporaires.

La capacité de l'établissement resterait de 150 lits dans le secteur gériatrie.

A) Le regroupement des lits USLD

Ces 34 lits accueilleraient et soigneraient des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptibles d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum. Ceci nécessitant pour chaque personne un projet de soin et de vie.

L'installation sur le site de Paul Ardouin dans la commune de Blaye permettrait d'avoir dans les 24h une imagerie et des examens biologiques.

Le projet consisterait en l'humanisation de la structure en supprimant les 4 chambres à 2 lits dont le taux d'occupation n'est pas optimal, les 4 chambres dans le secteur étroit joignant le secteur Village et la Rue mais en tenant compte des 2 places d'hébergement temporaire. Ce projet nécessite la construction de 12 chambres individuelles supplémentaires sur le site de l'EHPAD Paul Ardouin.

Enfin, l'unité de soins de longue durée serait à même d'accueillir les patients des autres sites gériatriques de la région rentrant dans la définition ci-dessus afin d'améliorer leur prise en charge, de les stabiliser ou de les accompagner. Dès que leur état serait stabilisé voire guéri de leur(s) épisode(s) pathologique(s) il sera nécessaire d'organiser au sein de la filière gériatrique la réintégration de leur structure d'origine.

B) La création de lits pour patients déments déambulants

Près de 40% des patients accueillis sur les deux EHPAD présentent une démence ayant des symptômes psychologiques et comportementaux. Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés sont réparties en fonction des places qui se libèrent à Bourg sur Gironde alors que sur Blaye, un secteur comprenant 13 lits accueille préférentiellement des patients souffrant de cette maladie associée à des troubles psycho-comportementaux.

Les structures n'étant pas adaptées pour répondre aux besoins de la population et satisfaire aux exigences de qualité de prise en charge dans les unités de vie, un projet relatif à la création d'une unité pour patients déments déambulants a été élaboré. Le projet prévoit de créer 28 chambres avec douche à Bourg sur Gironde sur le site de l'EHPAD les Terrasses de Bellerogue réparties en 2 secteurs de 14 lits, dont 1 lit d'hébergement temporaire dans chacun.

Dans le cadre de mon stage, j'ai élaboré le dossier de demande de subvention d'aide aux investissements auprès du conseil général qui a fait l'objet d'une délibération par le Conseil d'Administration en date du 15 décembre 2008. De plus, j'ai initié le dossier de subvention pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et travailler en collaboration avec les architectes quant aux premières esquisses. Il est intéressant de constater que ce type de projet est toujours long à mettre en œuvre compte tenu du nombre d'intervenants à prendre en compte et du respect du code des marchés publics.

A la date du 10 septembre 2009, il est à noter que la construction des lits USLD doit débuter en octobre pour s'achever en juillet 2010, date d'ouverture des quinze premiers lits de SSR tant attendus. Concernant la création à Bourg sur Gironde de l'unité pour déments déambulants, l'établissement a été sollicité par l'ARH pour déposer un dossier d'aide de demande à l'investissement auprès de la CNSA pour créer une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR). Cette unité d'une capacité de 12 à 14 résidents dans les EHPAD médico-sociaux, est un lieu de vie et de soins qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères.

Ces différents projets contribueraient à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées du territoire de la Haute Gironde en améliorant la fluidité et la spécificité de l'offre de soins.

2.2 LES LIMITES ACTUELLES RENCONTREES

J'ai mené mes entretiens sur la base d'un guide semi directif structuré en quatre parties³¹ auprès de plusieurs professionnels de santé³² en interne et en externe. Les trois premières parties étaient relatives à la prise en charge actuelle des personnes âgées au sein de l'établissement (admission, sortie et transfert) et la quatrième était relative au projet de filière gériatrique. Cet outil m'a permis de recueillir notamment leurs attentes, leurs motivations et leurs inquiétudes quant à ce projet. Les entretiens ont été rendus enregistrés puis retranscrits.

Si le projet est accueilli favorablement et connu plus ou moins de tous, ses limites ont été soulignées et des craintes exprimées.

³¹ Annexe I

³² Annexe II

2.2.1 Les carences pour organiser une filière gériatrique

Les acteurs m'ont tous indiqué que la prise en charge des personnes âgées proposée n'est pas optimale. En effet, ils constatent tous l'absence de lits de soins de suite, de court séjour, un accueil aux urgences perfectible ou la carence dans la prise en charge géronto-psychiatrique. Ce qui illustre les difficultés actuelles à surmonter pour organiser une filière gériatrique sur le CH de Blaye.

A) Une prise en charge perfectible des personnes âgées aux urgences

Les professionnels reconnaissent que la prise en charge des personnes âgées accueillies dans le service des urgences n'est pas optimale. En effet, les délais d'attente peuvent être longs sur des brancards ou aux lits porte. Ainsi la prise en charge des personnes âgées malades et polypathologiques inadaptée à leur fragilité, avec des risques d'aggravation et de complications physiques et psychiques rapides.

Par ailleurs, l'hôpital de Blaye ne propose pas une évaluation gériatrique systématique aux personnes âgées « *les gériatres viennent quand les médecins urgentistes y pensent* ». Par ailleurs beaucoup d'exams sont réalisés sur le patient âgé déjà très fragilisé avant son arrivée.

De plus, « certains patient peuvent rester des heures sur un brancard puis aux lits porte et emboliser les urgences » avant d'être hospitalisé dans le service de médecine ou très rarement en USLD.

Le rôle des urgences dans la prise en charge des personnes âgées est primordial du fait de la voie d'entrée. L'établissement devrait mener un travail spécifique sur la prise en charge des personnes âgées aux urgences au regard de la mission d'information sur la prise en charge des urgences³³ qui formule cinquante propositions dont celle de mieux prendre en charge certains publics particulièrement fragiles (enfants, urgences psychiatriques, personnes âgées..).

On pourrait s'interroger également sur l'évaluation globale de la personne âgée dès les urgences afin de faciliter l'orientation comme certains travaux canadiens en témoignent. Un outil d'évaluation commun pourrait être envisagé.

³³ Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par La commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la prise en charge des urgences médicales et présenté par M. Georges Colombier Député.

B) L'absence de certaines structures intra hospitalières pour proposer une filière

L'établissement présente des atouts pour organiser une filière gériatrique, à l'instar d'une autorisation d'installation de 30 lits de SSR, un projet extension de lits pour des déments, le projet de regroupement des lits USLD et une consultation d'évaluation gériatrique.

Cependant le CH de Blaye ne présente pas toutes les structures qui permettent de créer une filière gériatrique hospitalière :

- pas de lits SSR installés,
- pas de court séjour gériatrique,
- pas d'admission directe sans passage par les urgences comme préconisé par la circulaire 2002 et programme pour la Gériatrie,
- pas d'équipe mobile gériatrique,
- peu de conventions avec les structures voisines,
- pas de développement des alternatives à l'hospitalisation complète.

Lors des entretiens, l'absence SSR de a été la première difficulté exprimée pour proposer une prise en charge qualitative aux personnes âgées. En effet, comme me l'indiquait les professionnels, les patients âgés sont adressés majoritairement vers le centre médical du Château Saint Bernard, appartenant aux hôpitaux du Sud Charente qui propose des soins de rééducation et de réadaptation adaptés aux personnes âgées. Or il est situé à plus de 80km de Blaye mais n'est pas accessible en bus directement pour les personnes sans permis (le trajet dure 3h). Ce séjour peut induire une rupture avec l'environnement familial pour les personnes âgées défavorisées. Il est alors préjudiciable à une prise en charge de qualité. De plus, l'absence de SSR induit des durées de séjour importantes soit en USLD, soit en médecine. Le retour à domicile n'étant pas possible, les professionnels gardent ces patients âgés dans leur service alors que l'offre de soins n'est plus adaptée.

Le service de court séjour gériatrique est le service le plus adapté à la prise en charge des malades âgés polypathologiques, ou/et très âgés, à haut risque de perte d'autonomie physique, psychique ou sociale. Il dispose d'un savoir-faire gériatrique, scientifique et technique, permettant une prise en charge globale de la personne. Cette prise en charge est le fait d'une équipe pluridisciplinaire, volontaire et formée à la gérontologie.

Il convient de s'interroger sur la pertinence d'une EMG qui interviendrait dans les différents services de l'établissement (urgences, chirurgie, médecine) à la demande des médecins afin de procéder à une évaluation médicale, psychologique et sociale.

L'objectif est d'optimiser la prise en charge des patients les plus âgés et les plus fragiles. En aucun cas, l'EMG ne se substitue à l'équipe qui a en charge le patient. La composition de l'équipe et les missions seront à définir avec tous les acteurs concernés.

Tous les professionnels partagent l'avis que l'absence de filière gériatrique organisée implique des risques d'une prise en charge inadaptée et de non qualité : un retard de mise en place des mesures de réadaptation (préservation d'autonomie), une perte de chance par méconnaissance des capacités de récupération, des co-morbidités parfois mal repérées, une rupture dans la continuité des soins, un surcoût hospitalier eu égard à l'allongement des durées moyennes de séjour.

C) Des prises en charge à conforter

Dans le contexte actuel, où les patients accueillis par l'hôpital présentent de plus en plus de troubles psychiatriques et apparentés, il convient de proposer une filière complète et adaptée aux besoins. Ainsi au regard des recommandations de la circulaire du 18 mars 2002 et de mars 2007 et des difficultés rencontrées par les équipes (cf partie 2.2.2 A) le projet de filière gériatrique devrait renforcer le volet psychiatrique. Une formalisation plus structurée de cette collaboration pourrait être envisagée afin de proposer régulièrement l'expertise de médecins et d'infirmiers psychiatres en lien avec les deux secteurs de psychiatriques.

De plus, il conviendrait de développer la consultation d'évaluation gériatrique proposée par les deux médecins gériatres et la psychologue actuellement pour laquelle le délai d'attente progresse (trois mois) compte tenu de la demande et de l'emploi du temps très chargé des praticiens.

Il n'y a pas de consultation mémoire spécifique sur le territoire de la Haute Gironde. Toutefois, il serait opportun de s'interroger avec les autorités de tarification sur l'opportunité d'une telle offre compte tenu de l'éloignement des blayais(e) des structures proposant cette consultation.

Les alternatives à l'hospitalisation complète sont très réduites. Un hôpital de jour a bien été mis en place pour la chirurgie et la chimiothérapie mais ne concerne pas actuellement spécifiquement les personnes âgées. Or ce type de structure permettrait de regrouper les examens nécessaires à l'évaluation gériatrique dans une même journée permettant d'éviter ainsi la fatigue de faire des aller retour entre le domicile et l'hôpital.

Enfin, fort de la présence d'une équipe douleur appréciée par tous, il est envisagé l'identification de lits de soins palliatifs comme le préconise la circulaire du 17 mars 2007.

2.2.2 Les difficultés organisationnelles

Les professionnels lors des entretiens m'ont fait part des difficultés organisationnelles et qui devront être prises en compte en amont de la mise en œuvre d'une filière gériatrique.

A) L'intensification de la charge de travail

Tous les acteurs s'accordent à dire que la charge de travail est plus importante pour les personnes âgées et le temps passé auprès de ces patients est plus long. Les soins de nursing et l'aide aux repas illustre cette problématique. Il est à noter que plus de 80% des hospitalisations dans le service de médecine de l'hôpital de Blaye sont des personnes de plus de 60 ans et que les EHPAD reçoivent plus de 40% de résidents atteints de troubles démentiels et apparentés.

Ces patients sont de plus en plus dépendants et fragiles et nécessitent une prise en charge plus attentionnée notamment concernant les risques de chute, d'escarre, de dénutrition et parfois de fugue pour les patients déments.

Ces derniers sont en nombre croissant et posent des difficultés dans l'organisation des services. Comme le cadre de santé du service de médecine l'indique les patients déments nécessitent une attention très particulière et alourdissent la charge des professionnels. Ils sont susceptibles par ailleurs de provoquer des arrêts maladie à l'instar de ces deux aides-soignantes qui en voulant empêcher un patient de basculer par la rambarde de l'escalier se sont vus diagnostiqués un arrachement osseux pour l'épaule pour l'une et du poignet pour l'autre.

La cohabitation entre les personnes non démentes et démentes intensifie la charge de travail et les tensions. Les difficultés majeures sont liées à des problèmes d'intolérance, d'agression verbale et physique, avec mise en danger de certains résidents. Or *« les équipes sont parfois en situation d'échec car elles ne sont pas en mesure de proposer une prise en charge de qualité et spécifique en raison d'un environnement inadapté, d'un manque de temps nécessaire à une bonne relation de soins avec ces personnes et leur famille et surtout de la difficulté à appliquer en pratique leur formation théorique. »*³⁴ La maltraitance ou la négligence peuvent être très vite constatés par les soignants eux même. En effet, les toilettes ne sont pas toujours très complètes et l'aide aux repas insuffisante.

³⁴ Dossier « Création d'une unité de vie spécialisée pour patients déments déambulants, EHPAD de Bourg sur Gironde », Novembre 2008, Dr Guillon

De plus, la charge de travail étant importante, il est parfois difficile de faire participer les équipes à des formations c'est pourquoi elles sont organisées en interne soit par un professionnel de l'établissement soit par des intervenants extérieurs.

Toutefois, les personnes rencontrées m'ont indiqué que la perception négative de la personne âgée n'est pas récurrente dans le discours de leur équipe en dépit de la lourde charge de travail. Néanmoins, il convient de travailler sur cet axe pour accueillir et fidéliser de nouveaux agents.

B) Insuffisance de professionnels et/ou défaut d'organisation

Afin de proposer une prise en charge adaptée aux personnes âgées, tous les professionnels s'accordent à dire qu'il faut du temps. Or cela nécessite d'une part un effectif suffisant et d'autre part une organisation efficiente des tâches.

Au regard de certains entretiens, l'effectif en infirmière et aide soignante ne semble pas suffisant pour proposer une prise en charge qualitative. En effet, il manquerait des aides-soignantes et des infirmières en journée continue pour faciliter les transmissions et offrir des soins personnalisés aux personnes âgées qui le nécessitent. Si les personnes âgées ont besoin de parler, de se promener, les soignants n'ont pas le temps de proposer ces prestations. « *Certains patients ne sont pas sortis depuis plusieurs années* ».

Par ailleurs, il semble que le temps de kinésithérapie de trois heures par semaine sur l'EHPAD de Blaye ne suffise pas à proposer une rééducation optimale à tous les résidents. Ces derniers fragiles régressent vite. C'est pourquoi, la création d'un service de soins de suite est très attendue à condition que des personnels formés en nombre suffisant soient recrutés.

De plus, il n'y a pas d'ergothérapeute ni de psychomotricien pour accompagner les résidents qui présentent des besoins importants notamment les patients déments déambulants.

L'animatrice qui se partage deux jours par semaine à Bourg et deux jours à Blaye n'est pas en mesure d'offrir tous les jours des activités aux résidents même si des progrès ont été réalisés au regard des années précédents. Elle propose sur ces jours de présence et même le dimanche de nombreuses activités qui réjouissent les résidents (cuisine, atelier photos, sorties...). Les animations favorisent l'expression, la créativité et l'épanouissement des personnes âgées ainsi que les échanges et la socialisation. Elle n'est pas non plus présente sur le site de l'USLD, alors que les patients accueillis devraient pouvoir bénéficier des « *bonnes odeurs des gâteaux ou voir les autres résidents jouer aux cartes* ».

Il conviendra de s'interroger sur l'effectif des assistantes sociales sur l'établissement dans le cadre de la filière, où leur rôle est primordial pour améliorer la fluidité du parcours de soins. En effet, les dossiers sociaux sont de plus en plus nombreux et difficiles à constituer eu égard à l'épuisement des aidants.

La création d'une filière gériatrique ainsi qu'une unité pour les résidents déambulants et le regroupement des lits USLD devraient apporter une réponse positive à une partie de la problématique. Mais il conviendra de s'interroger sur l'organisation du travail, les formations à proposer car de nombreux personnels sont sous qualifiés et les recrutements à faire.

C) L'absence de procédures

Les professionnels indiquent qu'il n'existe pas de protocoles d'admission et de sortie dans l'établissement, ni dans les EHPAD ni dans les services de médecine et USLD.

Un protocole d'entrée permettrait une concertation pluridisciplinaire et peut être éviterait l'arrivée en crise aigue de certains patients. C'est pourquoi, certains expriment leur inquiétude quant aux admissions dans le futur service de soins de suite et de court séjour gériatrique.

Les équipes se plaignent également de la gestion de la sortie des personnes âgées. En effet, compte tenu du déficit des structures pour les accueillir, elles restent trop longtemps dans le service de médecine et nécessitent une prise en charge non plus médicale mais médico sociale. Il conviendrait alors d'anticiper dès l'hospitalisation les solutions de sortie.

De plus, si le retour à domicile, souhaité par l'intéressé, est toujours privilégié, il doit tenir compte de la situation des aidants, très souvent épuisés.

Par ailleurs, les procédures de transfert entre service devraient être revues également car elles ne sont pas tout à fait optimales, générant de la perte de temps pour les professionnels et une déstabilisation pour les patients déjà fragiles. La fonction brancardage reste perfectible.

La mise en œuvre de la structure HAD des vignes et des rivières, la création de lits de soins de suite dans le cadre de la filière couvrira les besoins les plus observés à savoir notamment des soins techniques et de nursing, des soins de réadaptation.

Par ailleurs, un travail est actuellement mené par la direction des soins avec les assistantes sociales et les infirmières quant à une fiche de liaison de sortie

De plus, le projet de filière gériatrique, en lien avec le projet médical et le projet infirmier, devra repenser une organisation des soins spécifiques pour les patients âgés en proposant de nouvelles procédures et des équipes pluridisciplinaires formées.

2.2.3 Une gestion des ressources humaines délicates

Cette partie mettra en lumière les difficultés pour un hôpital de proximité de recruter en gériatrie des professionnels de santé eu égard à la démographie médicale et l'image dévalorisée de la gériatrie. Seront également abordés le cloisonnement des pratiques et la résistance aux changements.

A) Les difficultés de recrutement

En effet des difficultés de recrutement touchent particulièrement le secteur médical notamment la gériatrie et de la gérontologie. Elle s'explique par les évolutions démographiques et sociologiques de la profession : une profession qui se féminise et dont les aspirations sont de conjuguer vie professionnelle et vie de famille. Ces difficultés de recrutement sont accentuées par le manque d'attractivité de l'hôpital public (salaire, permanence des soins) et amplifiés pour les hôpitaux de proximité situés dans des territoires ruraux où ils pourront être les seuls représentants d'une spécialité.

Une autre raison concerne l'image négative de la discipline au regard d'autres spécialités médicales et chirurgicales jugées plus prestigieuses. La représentation de la vieillesse renforce cette image négative. De plus, la prise en charge des personnes âgées : physique, mentale et émotionnelle est très lourde.

La mise en place d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier Saint Nicolas suppose en effet une augmentation du personnel médical composé actuellement de deux gériatres à temps plein pour gérer les 150 lits et d'un gériatre affecté sur le service de médecine. Compte tenu du nombre restreint de médecins, leur intervention dans les autres services reste limitée.

De plus, les urgences de l'hôpital de Blaye sont composées de dix praticiens dont seulement deux titulaires compte tenu de la localisation et des difficultés de recrutement. Cette organisation pénalise une prise en charge optimale et continue des patients car les praticiens sont peu impliqués.

Suite à plusieurs évaluations, il semble que les étudiants perçoivent mieux les particularités de l'exercice de la profession d'infirmier en gériatrie. Les formations telles que dispensées montre une nouvelle attractivité pour les étudiants ayant bénéficié d'une promotion professionnelle. En 2007, 28% des nouveaux diplômés en Ile de France ont choisi un poste en gériatrie.

B) Le cloisonnement des pratiques en interne

L'hôpital est constitué de plusieurs services dont l'organisation varie en fonction des spécialités traitées et des patients reçus. Une forte sectorisation peut être constatée.

Une personne âgée, arrivant aux urgences de Blaye, peut passer plusieurs heures sur un brancard dans l'attente qu'un lit se libère dans le service de médecine. Peu d'évaluations gériatriques sont réalisées dans le service des urgences par manque de temps comme le précise le chef de service des urgences même s'il est convaincu de l'intérêt de cet examen pour une meilleure prise en charge et de la complémentarité des urgentistes et des gériatres.

Les services et leurs personnels médical et paramédical semblent peu se connaître entre eux par habitude et par manque de temps, même si la structure est de taille restreinte. Ce cloisonnement est très défavorable à une prise en charge optimale des personnes âgées pour lesquelles le temps est très important. Un diagnostic et des soins tardifs peuvent avoir des conséquences irréparables.

C) La résistance aux changements

Il s'avère au regard des points décrits plus hauts que des changements pourraient être apportés afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital.

Mais les professionnels montrent des résistances pour acquérir de nouvelles compétences et partager leurs pratiques avec leurs collègues. La résistance se présente à la fois comme une combinaison de réactions collectives et individuelles. Elle trouve sa source notamment dans un manque de motivation, un degré d'incertitude sur la plus value du changement, une perte de contrôle et une appréhension de l'impact de ces changements dans leur quotidien. Les professionnels lors des entretiens confirment ces difficultés qui concernent tant les soignants que le corps médical.

C'est pourquoi le Directeur doit surmonter ces résistances et trouver les outils nécessaires pour faire adhérer avec enthousiasme les équipes à la création d'une filière gériatrique sans remettre en question leur travail personnel et les accompagner dans cette politique de changement.

Pour dépasser les résistances aux changements, la direction mettra en œuvre une communication efficace dont le contenu sera adapté aux personnes concernées et impliquera les professionnels dans le processus de changement.

Pour résumer, la filière gériatrique devrait comprendre les éléments préconisés par le projet médical à savoir :

- la création de lits de court séjour gériatrique,
- l'installation des lits SSR à orientation gériatrique (recommandation 6 du programme pour la gériatrie),
- le regroupement des lits USLD,
- la finalisation du projet HAD des vignes et des rivières,
- la création des lits pour patients déments déambulants.

Mais afin d'optimiser la filière, il serait opportun de s'interroger sur :

- le déploiement des consultations gériatriques compte tenu du délai d'attente,
- la possibilité de créer une consultation mémoire,
- la mise en œuvre d'une équipe mobile gériatrique,
- le développement de la prise en charge psycho-gériatrique.

2.3 LES AXES D'AMELIORATION POUR CONCOURIR AU SUCCES DE LA FILIERE

Les recommandations et référentiels ainsi que l'analyse de l'existant indiqués ci-dessus conduisent à proposer la mise en place d'une filière gériatrique au sein du CH Saint Nicolas permettant une prise en charge globale et coordonnée de la personne âgée malade polyopathologique et fragile.

Dans ses fonctions, un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social se doit de réfléchir bien avant la mise en œuvre d'un projet tel que celui présenté dans ce mémoire aux conditions qui concourront au succès et d'anticiper celles qui seront un frein.

Plusieurs axes, non exhaustifs peuvent être envisagés pour que le projet de filière gériatrique soit un succès et se pérennise dans le temps.

2.3.1 Encourager les relations intra et extrahospitalières

Afin que le projet de filière se développe et perdure, il convient de conforter les rapports entre les professionnels d'une part au sein de l'établissement en instaurant une dynamique autour du patient âgé et d'autre part à l'extérieur de la structure en développant des partenariats et en créant des outils communs.

A) Instauration d'une dynamique institutionnelle

Pour organiser cette filière, il est opportun que la direction porte ce projet mais que tous les professionnels y adhèrent. Les équipes de chaque service qui reçoivent des personnes âgées doivent s'attacher à travailler ensemble, partager leurs pratiques afin d'améliorer la prise en charge des patients fragiles. Ainsi le personnel des urgences devra être informé des différents types de prise en charge proposés dans les services. Concernant l'orientation des patients, il conviendrait de développer l'évaluation gériatrique au sein des urgences et ainsi d'éviter une hospitalisation trop longue dans ce service.

L'incontinence urinaire est un thème à l'hôpital de Blaye qui fait l'objet de réunions communes entre les services avec la participation des cadres concernés et des soignantes référentes. Ces réunions ont pour finalité d'améliorer la qualité de la prise en charge des sujets âgés et illustre bien la dynamique transversale initiée sur ce thème. Il conviendra de développer ces pratiques pluridisciplinaires sur des thèmes majeurs pour proposer une prise en charge qualitative aux personnes âgées accueillies à l'hôpital : la nutrition, les médicaments, la fin de vie.

L'exemple de la lutte contre la dénutrition peut imaginer cette dynamique également. En effet, de nombreuses personnes âgées sont hospitalisées à l'hôpital tant en USLD et EHPAD, qu'en médecine et chirurgie. Or l'alimentation est un thème commun à tous ces services qui peuvent travailler de concert de façon à mobiliser leurs connaissances et faire prendre conscience aux personnes âgées lors de leur séjour des risques liés à la dénutrition.

Le projet de création de la filière devra être planifié au mieux en fonction des demandes de création déjà validées et financées par les autorités de tarification, et les éléments qui n'en sont qu'à l'état de projet, car non autorisés et/ou non financés. Cette filière gériatrique ne sera efficace que lorsqu'elle sera réellement complète.

Enfin, la dynamique institutionnelle se traduit également par l'inscription de la filière gériatrique dans le futur projet d'établissement sur la base du projet médical, rédigé collectivement. Seront ainsi spécifiés, le contenu et l'organisation de la filière gériatrique sur le centre hospitalier pour les cinq ans à venir.

De plus, lors du renouvellement de la convention tripartite en 2010, le Directeur et son équipe pourraient évoquer la création d'une filière auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ou de la future Agence Régionale de la Santé (ARS) et du Conseil Général ainsi qu'auprès de l'ARH lors de la réunion annuelle relative à la revue annuelle de contrat et au CPOM. La création d'une filière pourrait être inscrite dans le CPOM.

Par ailleurs, l'établissement pourrait déposer un dossier de labellisation auprès de l'ARH quand la filière sera complète.

Enfin, comme le préconise un programme pour la gériatrie, il pourrait être procédé à la mise en place d'une commission Personnes Agées auprès de la CME. Elle associerait avec les médecins, des soignants et des représentants des usagers et aurait pour mission d'élaborer et de suivre la mise en œuvre du projet gériatrique.

B) Développer des partenariats

La filière créée en intra ne pourra fonctionner en autarcie. Elle doit s'appuyer sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation tant avec les tutelles qu'avec les acteurs du système de santé (SSIAD, HAD, libéraux, EHPAD...).

Les médecins généralistes constituent le pivot de la prise en charge des personnes âgées compte tenu de leur proximité, or par manque de temps, ils sont peu impliqués dans la filière gériatrique. C'est pourquoi, il est indispensable de conforter ces relations, qui se déroulent selon les praticiens hospitaliers dans de bons termes. Des outils personnalisés pourraient être proposés aux médecins libéraux.

Afin de formaliser les liens permettant d'assurer la continuité des soins lors du retour à domicile ou en EHPAD des patients, les établissements devront mettre en œuvre les procédures et conventions de fonctionnement avec :

- les réseaux de soins gériatriques et les CLIC,
- les EHPAD de leur zone de proximité formalisant l'accès aux consultations gériatriques, aux alternatives à l'hospitalisation, les entrées directes;
- les SSIAD,
- les intervenants libéraux (partenariat, information, formation...).

Il sera nécessaire que chaque structure identifie un gériatre en tant que correspondant hospitalier chargé de mettre en œuvre le processus précité. Il sera l'interlocuteur privilégié pour son domaine.

Dans cette perspective plusieurs outils pourront être utilisés : Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), Groupement de Coopération Social et Médico Social (GCSMS), Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), les réseaux et les conventions.

C) Créer de nouveaux outils communs

La mise en place d'outils communs sera de nature à favoriser la coordination et la mise en œuvre de la filière :

- un numéro d'appel téléphonique pour les médecins traitants afin de faciliter le recours à une évaluation gériatrique,

- un compte rendu rapide,
- une admission directe,
- un dossier de pré admission commun pour le court séjour ou le SSR,
- l'informatisation des listes d'attente pour les différentes structures de la filière au sein de l'hôpital,
- le développement d'un dossier unifié entre les EHPAD, l'USLD, les services de médecine, les urgences sur la base du dossier médical commun informatisé,
- le développement d'outils technologiques les mieux adaptés aux besoins spécifiques d'une personne âgée ou en perte d'autonomie.

2.3.2 Communiquer sur le projet

Une des conditions de réussite de la filière est la communication tant en externe qu'en interne. Il conviendra de faire connaître l'organisation (et les missions) et les différentes offres proposées vers les professionnels, les personnes âgées et leur entourage en adaptant les démarches en fonction des acteurs ciblés.

Le plan de communication peut être piloté par le directeur de l'établissement en lien avec le directeur en charge du secteur de personnes âgées. Il doit être anticipé et planifié. Il doit se décliner en interne et en externe.

A) Communiquer en externe en amont et en aval de la filière

Il sera primordial de délivrer une information auprès des médecins libéraux, acteur privilégié de proximité dans la prise en charge des personnes âgées. Des réunions d'information pourraient être organisées à destination des maires, et des professionnels paramédicaux libéraux en fonction de leur disponibilité. L'information sera tant sur l'organisation de la filière hospitalière que sur les nouveaux outils qui pourraient être déployés à savoir notamment des modalités d'hospitalisation en direct, un numéro de téléphone privilégié, le rôle des consultations gériatriques.

Il conviendra de s'adapter aux emplois du temps des professionnels libéraux intervenant dans la filière en proposant des réunions le soir après leurs consultations en proposant un buffet.

Ces actions de communications auraient pour objet de présenter le projet de filière en précisant notamment ce qu'est la filière gériatrique, ses apports dans la qualité de la prise en charge des personnes âgées et la plus value de chacun dans cette organisation.

Un comité de suivi de création de la filière pourrait être mis en place dans l'établissement afin de mettre en œuvre ces outils, les évaluer. Le rôle du directeur est très important car il doit mobiliser tous les acteurs et les inciter à s'approprier le projet. Il peut lui revenir de présenter le dispositif et le fonctionnement en interne et en externe.

B) Communiquer en interne

L'objectif de la filière est de proposer une prise en charge globale, cohérente et qualitative de la personne âgée sur le Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye. Pour ce faire, elle implique la quasi-totalité des professionnels de l'établissement. C'est pourquoi afin que le projet réussisse, il faut que tous les acteurs se l'approprient, en comprennent les enjeux et les modalités. Par ailleurs, ils doivent pouvoir s'exprimer et être impliqués dans la mise en œuvre à travers un management participatif. Un défaut de communication et de transparence serait nuisible à la mise en œuvre d'un tel projet.

Plusieurs types d'informations doivent être délivrées : la filière et ses modalités, la prise en charge spécifique de la personne âgée et les métiers de la gériatrie notamment. Si la première reste relativement théorique, les deux derniers thèmes sont plus délicats et demande plus d'attention dans leur organisation. En effet, comme en témoigne l'analyse des entretiens et la lecture de nombreux articles, l'image de la gériatrie est en souffrance eu égard aux difficultés physiques et morales rencontrées par les professionnels dans leur exercice. Ainsi une vigilance doit être apportée afin de valoriser ces métiers afin de développer le respect et la reconnaissance des professionnels sans dévaloriser leurs collègues, attirer de jeunes professionnels. La communication devra être très active et valorisante.

En interne, la Direction des Soins Infirmiers et la Direction des Ressources Humaines devront travailler de concert avec le directeur en charge du secteur des personnes âgées afin de développer cette communication.

Plusieurs outils de communication peuvent être utilisés : des articles dans le journal interne, point d'informations aux instances (CME, Comité Technique d'Etablissement (CE), Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), Conseil de la Vie Sociale (CVS), aux réunions des cadres, aux réunions de service, plaquette d'information. Le degré d'information sera dépendant du public et de l'avancement du projet. Il sera important d'évaluer régulièrement l'impact de la communication et d'analyser si l'outil utilisé est le plus pertinent au regard du public et du type d'information à communiquer.

2.3.3 Renforcer l'évaluation et la démarche qualité

A) Evaluer, gage de la pérennité de la filière gériatrique

L'évaluation est dans tout projet une étape majeure qu'il convient de développer. En effet, elle permet de renforcer la démarche d'amélioration de la qualité. Elle doit être planifiée dès la conception de la filière car elle conditionne la pérennité du projet et sa qualité.

Une évaluation interne annuelle pourrait être réalisée avec un bilan d'activité et financier ainsi qu'une évaluation externe au terme de trois ou cinq ans par un acteur extérieur à l'établissement qu'il conviendrait de déterminer. Hormis l'évaluation médico-économique, il conviendrait de développer les enquêtes de satisfaction auprès des usagers et des professionnels en externe et en interne, notamment les médecins généralistes.

Afin de mener cette démarche, il convient de définir des indicateurs qui permettent de mesurer les actions menées et les axes à conforter. Ces indicateurs devront être déterminés par les acteurs lors de l'élaboration du projet afin qu'ils se les approprient.

B) Mettre en œuvre des indicateurs

Pourrait être retenus des indicateurs concernant le suivi de l'activité de la filière :

- Consultations :
 - o nombre de consultations
- Unité de court de court séjour :
 - o nombre d'entrées, nombre de patients,
 - o durée moyenne de séjour,
 - o taux de retour à domicile et de réhospitalisation,
 - o durée d'attente de transfert vers un SSR ou USLD,
 - o diagnostics principaux et associés,
- service de soins de suite et de réadaptation
 - o nombre d'entrées, nombre de patients,
 - o durée moyenne de séjour,
 - o diagnostics,
 - o nombre de refus, nombre de demandes,
- unité de soins de longue durée
 - o nombre d'entrées, nombre de patients,
 - o diagnostics sur la base de PATHOS,
 - o degrés de dépendance sur la base d'AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources).

De plus, des indicateurs pourraient être définis concernant l'évaluation des conditions de fonctionnement de la filière :

- la désignation d'un coordinateur médical avec un profil de poste validé,
- le nombre de conventions signées,
- le degré de satisfaction des partenaires,
- l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison couts/résultats,
- la satisfaction des personnes âgées et de leur entourage (enquête),
- la participation des acteurs.

L'évaluation de la filière doit être réalisée pour en permettre sa pérennité.

C) Encourager la démarche qualité en gériatrie

La démarche qualité peut s'appuyer également sur l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) que propose la Haute Autorité en Santé (HAS) dans la certification V2. L'EPP consiste à analyser son activité clinique réalisée au regard des recommandations professionnelles disponibles actualisées. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins doit résulter de cette comparaison. Toutes les professions de santé sont concernées par la mise en place de l'EPP au travers de l'obligation de formation continue. Mais seuls les médecins ont une obligation réglementaire d'EPP.

Cette démarche permettrait de développer la pluridisciplinarité et le travail en équipe entre les différents services qui prennent en charge des personnes âgées et ainsi de proposer des soins cohérents dans un parcours coordonné et global.

Enfin, il est à noter que dans la certification V2010, chapitre 2, partie 3 parcours du patient, référence 19 les prises en charge particulières, le critère 19.a Populations nécessitant une prise en charge particulière s'attache à ce qu' « *une réflexion doit être mise en œuvre au sein de l'établissement afin d'établir un parcours de soins coordonné et d'offrir une filière de soins cohérente qui apportent une prise en charge adaptée à la personne et à son environnement, permettant d'éviter des hospitalisations non appropriées.* »

2.3.4 Développer la politique de recrutement, de formation et de qualification

Les acteurs rencontrés ont insisté sur l'importance du recrutement de moyens humains suffisants, diplômés et pluridisciplinaires afin d'offrir une prise en charge qualitative aux personnes âgées.

Par ailleurs, souvent démotivé eu égard aux difficultés morales et physiques de leur charge de travail, les personnels qui s'occupent des aînés doivent être soutenus et encouragés par une politique de formation dynamique.

Les nombreuses propositions préconisées par le plan Solidarité Grand âgé laissent envisager un fort besoin en personnel formé et compétent. La mise en œuvre d'actions afin de d'améliorer l'attractivité et la fidélisation du personnel soignant dans ce domaine doit être encouragée.

A) Développer une politique de recrutement active

Les difficultés de recrutement touchent particulièrement le secteur de la gériatrie. Le centre hospitalier Saint Nicolas en témoigne. En effet l'image négative de la discipline au regard des autres spécialités médicales jugées plus prestigieuses ainsi que la lourdeur de la charge de travail (physique, psychique, affective) éprouve les professionnels. Un turn over sur cette discipline est constatée, « *les titulaires partant à la retraite sont remplacés par des personnels pas toujours qualifiés et motivés pour travailler avec des personnes âgées* ».

La promotion du travail en gériatrie doit permettre de renforcer son attractivité à l'égard des personnels de santé et favoriser ainsi le recrutement de professionnels motivés pour offrir une prise en charge de qualité aux personnes âgées.

Plusieurs axes pourraient être envisagés. Une information pourrait être développée sur les évolutions et les perspectives dans le domaine aux élèves de l'école d'aide soignant du centre hospitalier Saint Nicolas. De plus, une journée porte ouverte pour les élèves des collèges et du lycée de Blaye pourrait être organisée afin de transmettre une image plus réelle de la vieillesse et des métiers de la gériatrie.

Par ailleurs, l'établissement devrait poursuivre ses collaborations dans le domaine de la gériatrie avec le CHU de Bordeaux et le CH de Libourne à l'instar des disciplines de chirurgie orthopédique et urologique. La mise en œuvre du dispositif des emplois médicaux régionaux permet, aux chefs de cliniques assistants et internes de Spécialités en fin de cursus, des possibilités de recrutement avec une affectation au sein d'un établissement hospitalier de la région Aquitaine.

Ces emplois médicaux régionaux ont la particularité de permettre le maintien d'une activité au CHU de Bordeaux au sein d'un service de rattachement hospitalo-universitaire pour une quotité de temps de travail de 20% en moyenne. Au terme de cette association, les médecins qui viennent travailler sur l'établissement, peuvent s'ils le souhaitent, s'y installer si un poste vient à se libérer.

B) Proposer des formations spécifiques

Les entretiens et les statistiques confirment que l'hôpital accueille de nombreux patients âgés, parfois déments et qui nécessitent une prise en charge particulière et du temps. Or il semble que de nombreux personnels travaillant en gériatrie sur l'établissement soient peu diplômés et en dépit de leur bonne volonté, les agents sont parfois démunis. Cet état de fait est nuisible d'une part à une prise en charge qualitative car les prestations apportées aux personnes âgées nécessitent des gestes spécifiques et d'autre part à une valorisation des professionnels. C'est pourquoi la formation initiale et continue des professionnels de santé médicaux et paramédicaux doit être réorganisée et anticipée en fonction des besoins des résidents et des demandes des équipes afin de proposer une prise en charge gériatrique optimale.

Pour qu'elle soit efficiente, elle doit être ancrée dans le projet institutionnel et le plan de formation de l'établissement et applicable sur le terrain. En outre l'accueil de stagiaire, la fréquentation de colloques, les propositions d'évolution de carrière, la Validation des Acquis par l'Expérience (VAE) sont autant d'atouts pour développer la formation et la culture gériatrique.

De plus, il est important que le personnel soit formé aux techniques de soins gériatriques et à la relation avec les personnes âgées. Ainsi, il convient de poursuivre les formations déjà proposées aux équipes des services de médecine, de chirurgie, des EHPAD et de l'USLD à l'instar de la nutrition, la contention, la maladie d'Alzheimer, la bientraitance tant par des professionnels internes qu'externes. Ce besoin de personnel qualifié en gériatrie incite Philippe VIGOUROUX, directeur général du CHU de Nancy qu'il faudrait « *inventer l'équivalent des puéricultrices, des infirmières spécialistes pour les patients de gériatrie* ». ³⁵

2.3.5 Diffuser une culture gériatrique et atténuer les résistances au changement

Selon les professionnels interrogés, si leurs équipes gèrent plus ou moins bien l'image de la gériatrie et la prise en charge des personnes âgées, la difficulté est ressentie pour pourvoir des postes vacants dans ce secteur. « Ce n'est plus vivre et mourir qui sont désormais associés, mais vieillir et mourir » écrivent Bernadette PUIJALON et Jacqueline TRINCAZ ³⁶.

³⁵ Dossier « filières gériatriques »-technologie et santé-CNEH-n°61, avril 2007.

³⁶ PUIJALON B., TRINCAZ J., 1999, Le droit de vieillir, Paris : Fayard, 281p.

Ainsi la reconnaissance de la gériatrie est très difficile, loin d'être admise par les médecins spécialistes d'organe qui considèrent les personnes âgées comme des bloqueurs de lits et qui sont pressés de les adresser dans les services de gériatrie une fois les soins aigus apportés. De plus, les directeurs sont partagés entre la recherche de la performance dans le contexte de la T2A et l'accomplissement des missions de service public qui est d'offrir des soins à toutes les personnes qui se présentent et dont l'âge moyen progresse.

Dans ce contexte, il est important que le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social que je suis, fasse connaître la spécificité de la gériatrie et mette en avant la valeur ajoutée des compétences spécifiques des gériatres et la plus value de faire travailler ensemble des équipes pluridisciplinaires. Organiser une filière gériatrique, n'implique pas de renoncer aux autres activités de l'hôpital. De plus, il convient de véhiculer une réelle culture gérontologique auprès des professionnels et faire connaître le travail de chacun afin de valoriser la gériatrie et de fidéliser des soignants.

Travailler ensemble, c'est aussi remettre en question son fonctionnement, s'interroger sur ses pratiques. Les réunions mensuelles organisées depuis 2007 avec des soignants volontaires pour intégrer cette future unité pour patients déments déambulants illustre cette problématique. En effet, le groupe de travail a réfléchi notamment à la définition du prendre soin, à l'apprentissage d'une nouvelle façon de penser le soin, à des critères d'accueil et d'admission.

Or si les cadres et les médecins semblent favorables au cours des entretiens à s'investir dans une nouvelle organisation transversale à savoir la filière gériatrique, il semble nécessaire de les associer au projet le plus tôt possible afin d'atténuer les résistances aux changements. Une communication pertinente et transparente sera un atout pour faire adhérer les professionnels même si la mise en œuvre sera longue. .

Conclusion

Comme le souligne « Un programme pour la gériatrie », « ce n'est pas à la personne âgée de s'adapter à l'hôpital. C'est à l'hôpital de s'organiser pour offrir aux personnes âgées [...], outre des soins compétents, un accueil adapté à leurs besoins bien particuliers. »

La création d'une filière gériatrique au sein de l'hôpital de Blaye concoure à une prise en charge de qualité des personnes âgées, c'est pourquoi il convient de privilégier cette organisation comme le préconise plusieurs rapports et circulaires et de l'inscrire dans le projet médical à venir. Le projet d'établissement devra développer les moyens tant en interne (moyens humains, techniques) qu'en externe (partenariats avec les médecins de ville, le SSIAD, les structures d'aval) à mettre en œuvre pour proposer une offre de soins la plus adaptée à son public.

Ce mémoire m'a permis dans le cadre de mes futures fonctions d'appréhender la difficulté de confronter la vision sanitaire et la vision médico-sociale. Si l'objectif de ces deux secteurs reste le même à savoir placer l'usager ou le patient au cœur du dispositif et lui proposer une prise en charge cohérente et qualitative, il en ressort pour ma part que les personnes âgées ont des besoins très spécifiques. Analyser ce sujet en tant que D3S permet de lui donner une valeur ajoutée au regard de la spécificité de notre formation et de nos savoir-faire.

Les entretiens et les réunions avec les différents acteurs tant en interne qu'en externe m'ont permis de mieux comprendre d'une part les problématiques de la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital et d'autre part les logiques des différents acteurs.

La mise en œuvre d'une filière gériatrique au sein du CH Saint Nicolas sera longue et nécessitera de la persévérance et l'écoute attentive des professionnels du terrain, des partenaires extérieurs et des personnes âgées au regard des lois du 2 janvier et 4 mars 2002.

C'est une opportunité pour l'hôpital de se positionner sur le territoire de la Haute Gironde comme un acteur majeur dans la prise en charge des personnes âgées en complémentarité avec les offres sanitaires et sociales déjà développées.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de santé publique

Code de l'action sociale et des familles

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DES FAMILLES. Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Journal Officiel, n°102 du 3 mai 2005, p7626.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES HANDICAPEES. Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Journal Officiel, n°206 du 6 septembre 2003, p15391.

Loi n° 2003-1199 de Financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2003. Journal Officiel, n°293 du 19 décembre 2003, p21641.

Loi n°2002 – 2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel, du 3 janvier 2002, p124.

Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, du 5 mars 2002, p4118.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite. Journal officiel, n°94 du 20 avril 2008, p6606.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Journal officiel, n°94 du 20 avril 2008, p6606.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». Texte non paru au Journal Officiel.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Texte non paru au Journal Officiel.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Texte non paru au Journal Officiel.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES HANDICAPEES Circulaire DGS/SD5D/DHOS/O2/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer et maladies apparentés 2004-2007. Texte non paru au Journal Officiel.

INTERMINISTERIEL. Lettre circulaire DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques. Texte non paru au Journal Officiel.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital public. Texte non paru au Journal Officiel.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Texte non paru au Journal Officiel.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination. Texte non paru au Journal Officiel.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Texte non paru au Journal Officiel.

Circulaire DH/EO4/97n°841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation. Texte non paru au Journal Officiel.

Plans et programmes

Plan national « Bien vieillir » 2007-2009

Plan Santé Mentale 2007

Plan Solidarité Grand Age – Juin 2006

Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles – Mars 2002

Rapports

LARCHER G., 2008, *Les missions de l'hôpital. Rapport de la Commission de concertation au président de la République, au Premier ministre, à la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*, Paris : La Documentation française, 171p.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., 2006, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux*, Paris, 40p.

COUR DES COMPTES, 2005, *Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République*, Paris : La Documentation française, 447p.

MOLINIE E., 2005, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Etude du Conseil Economique et Social, 263p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2005, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, Paris : La Documentation française, 128 + 65p.

HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE, 2002, *Recueil des principaux problèmes de santé en France : d'après les rapports "la santé en France" 1994, 1998, 2002*, 173p.

Ouvrages

Conseil Général de la Gironde, 2009, *Guide spécial des Personnes Agées*, Gironde Social, numéro 83.

DERENN Odile, PONCHON François, 2005, *L'utilisateur et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre*, 4^{ème} édition, Rennes : Editions ENSP, 222p.

PUIJALON B., TRINCAZ J., 1999, *Le droit de vieillir*, Paris : Fayard, 281p.

Statistiques

ROBERT-BOBEE I., 2007, «Projections de population 2005-2050, Vieillesse de la population en France métropolitaine », *Economie et statistique*, n°408-9, p95.

Enquête Handicap-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999, Insee, Paris, 2002.

Etudes et résultats, Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

- n°485 – La clientèle des EHPAD (avril 2006)
- n°494 – les pathologies des personnes âgées vivant en établissements (juin 2006)
- n°515 – Pathologies et perte d'autonomie des résidents en EHPAD (août 2006)

Articles de périodiques

CUDENNEC T., TEILLET L., mars-avril 2009, « Patients âgés hospitalisés ; rôle des équipes mobiles de gériatrie ». *Revue hospitalière de France*, n°527, pp20-29.

LUSSIER M.D., PACCALIN M., PORCHERON J.B., BEGUE R., HAAS A., mars-avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé ». *Revue hospitalière de France*, n°527, pp20-29.

JAMOT M., MADJLESSI A., CRESSENS M., janvier-février 2009, « Centre hospitalier de proximité et filière gériatrique : quelle complémentarité ? Retour d'expériences du CH de Puteaux ». *Revue hospitalière de France*, n°526, pp40-42.

ARCHAMBAULT H. ; juillet-août 2008, « Métiers exercés en gériatrie : une problématique spécifique ». *Gestions hospitalières*, n°523, pp36-41.

NEPPEL C., aout-septembre 2008, « Hospitalisation à domicile : les enjeux du développement », *Gestions hospitalières*, pp465-468.

TSA Hebdo 12 décembre 2008, p23.

Dossier « filières gériatriques » - technologie et santé – CNEH – n°61, avril 2007

NAGARD B., mars-avril 2007, « Territoire de proximité : mise en œuvre d'une filière gériatrique », *Revue hospitalière de France*, n°515, pp60-63.

BOUDY J., mars-avril 2007, « Recherche et développement. Technologies de l'information, handicap et gérontologie. Expériences pilotes en France et dans le monde », *Revue hospitalière de France*, n°515, pp54-59.

PARNADEAU M., avril 2007, « A Poitiers, une prise en charge globale », *La gazette santé-sociale*, n°29, pp32-33.

JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., janvier-février 2007, « Rôle et missions des filières gériatriques », *Revue hospitalière de France*, n°514, pp59-61.

DUEE M., REBILLARD C., septembre 2006, « Les personnes âgées en situation de dépendance. Contexte démographique et économique », *Actualité et dossier en santé publique*, n°56, pp20-38.

RAYNAUD D., septembre 2006, « Les personnes âgées en situation de dépendance. La consommation de soins des personnes âgées », *Actualité et dossier en santé publique*, n°56, pp34-37.

GAUVIN JB., SKOWRONSKI V., BLANC P. et al, 2004 « Court séjour gériatrique: force et fragilité au sein de la filière », *Revue de Gériatrie*, pp93-702.

BARRESI V., avril 2003 « Urgences gériatriques, bien choisir son hôpital », *Décision santé*, n°194, 2p.

ABRUZ G., DEBROSSE D., mars 2003, « Quelle stratégie pour réussir la modernisation de l'accueil des patients âgés à l'hôpital ? », *Gestions hospitalières*, n°424, p191.

DRUNAT O., HOLSTEIN J., LUTZLER P., janvier 1997, « Intérêt du concept « filières de soins » pour les établissements hospitaliers », *Gestions hospitalières*, n°362, p45.

PRADEAU F., PRADEAU MC., « Intérêt des concepts filières de soins et réseaux de soins pour les établissements hospitaliers », *Gestion hospitalière*, n°379, octobre 1998, pp617-621.

Documents de planification

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 3 de la région Aquitaine 2006-2011

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en Bretagne : prise en charge des personnes âgées Juin 2003

Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie Aquitaine 2008-2012

Schéma gérontologique de la Gironde

Schéma départemental d'organisation sociale et médico sociale – volet personnes âgées 2009-2011

Centre Hospitalier de Blaye, Projet d'établissement 2003-2007

Centre Hospitalier de Blaye, Projet médical 2008-2012

Mémoires EHESP

Filière EDH

PESCHET I., 2007, *Filière gériatrique et précarité : mise en place d'une filière gériatrique à l'hôpital Louis Mourier de Combes*, ENSP, 55p.

NEMITZ B., 2006, *La filière gériatrique, une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population*, ENSP, 89p.

Filière D3S

BURTSCHER P., 2008, *La filière de soins gériatrique, un levier pour l'action du directeur d'un hôpital local : étude sur la mise en œuvre d'une filière à l'échelle d'un territoire de santé en Alsace*, EHESP, 64p.

REYDANT COUPEY C., 2007, *De la création d'une filière gériatrique à l'élaboration d'un projet gérontologique global : pour une cohérence du parcours de santé et de prise en charge des personnes âgées*, ENSP, 62p.

KERGREIS M., 2007, *La mise en place d'un réseau gérontologique à partir de l'hôpital local de Sancerre*, ENSP, 59p.

Site internet

www.cg33.fr (visité le 15 janvier 2009)

www.fhf.fr (visité le 15 janvier 2009)

www.hospimedia.fr (visité le 18 mars 2009)

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/frames/fr33 (visité le 21 mars 2009)

www.parhtage.gouv.fr (visité le 17 janvier 2009)

www.meah.sante.gouv.fr (visité le 26 février 2009)

www.legifrance.gouv.fr (visité le 3 février 2009)

www.personnes-agees.gouv.fr (visité le 3 février 2009)

www.aquitaine.sante.gouv.fr (visité le 22 janvier 2009)

www.age-village.com (visité le 5 juillet 2009)

www.cneh.fr (visité le 5 juillet 2009)

www.insee.fr (visité le 3 juillet 2009)

www.ageisonline.com (visité le 31 août 2009)

Liste des annexes

Annexe I : Le questionnaire

Annexe II : La liste des personnes rencontrées

Annexe I : Le questionnaire

1. ADMISSION

- a. Quelles sont les modalités d'admission dans votre service ?
- b. Quel est le délai d'attente ?
- c. Existe-t-il un protocole écrit ?
- d. Quelle est l'origine géographique de vos patients ? Domicile ou urgence ?
- e. Quel est l'âge moyen de vos patients?
- f. Quels types de difficultés vous rencontrées ?

2. SORTIE

- a. Quelles sont les modalités de sorties de votre service ?
- b. Existe-t-il un protocole ?
- c. Quelle est l'orientation principale de vos patients à la sortie ? Est-elle anticipée ?
Quel est le rôle de l'assistante sociale ?
- d. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- e. Quels sont vos partenaires ?

3. PRISE EN CHARGE PROPOSEE

- a. Quelles sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées ?
- b. La prise en charge est elle adaptée ? (médicale (clinique et psychiatrique), soignante, paramédicale (kiné, ergo, psychologue...), prise en charge de la douleur ?
- c. Les moyens en équipements et professionnels sont-ils suffisants ?
- d. Comment les soignants ressentent l'augmentation des personnes âgées en court séjour (charge de travail, savoir faire..) ? Quelles solutions pourraient être envisagées (formation commune « prévention des escarres, nutrition, démence.. »
- e. Existe-t-il des conventions avec des structures ?

4. TRAJECTOIRE DE LA PERSONNE AGEE A BLAYE

- a. Pourriez-vous me décrire la trajectoire de ces patients au sein de la structure ?
- b. Comment se déroulent les transferts entre service ?

5. CREATION D'UNE FILIERE GERIATRIQUE

- a. Que recouvre pour vous ce terme ?
- b. Pensez vous qu'elle existe au sein de l'établissement ? si oui comment est elle composée ?est elle optimale ?
- c. Quelles sont vos attentes par rapport aux points clefs de ce projet :
 - Création de lits de court séjour gériatrique
 - Mise en place SSR
 - Déploiement des lits USLD redéfinis de 34 lits
 - Création d'une unité de 28 lits sur l'EHPAD de Bourg pour des résidents atteints de démence sénile
 - Participation à la structure HAD « des vignes et des rivières »
 - Développement d'une consultation gériatrique ?
- d. Quelles sont vos interrogations quant à ce projet ?

Annexe II : La liste des personnes rencontrées

- Le médecin coordonnateur des EHPAD et chef de service USLD
- Le praticien hospitalier des EHPAD
- Le chef de service des urgences
- Le chef de service de médecine
- Le cadre des EHPAD
- Le cadre du service de médecine
- L'Assistante sociale des urgences
- Le directeur du SSIAD