



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2014-2015**

**Alternatives à l'hospitalisation d'attente des
personnes âgées : quelles solutions pour la
Fédération inter-hospitalière gériatrique de
l'agglomération rennaise ?**

ALEXANDRA VAN DE VELDE

23/06/14

Remerciements

A Madame Sophie BURLLOT-TUAL,

Directrice des Grands Chênes, Pôle Gériatrique Rennais, et maître de stage

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en me proposant ce travail. Merci pour votre accompagnement tout au long de mon stage et de la réalisation de mon mémoire.

A Monsieur Dominique JOUAN,

Directeur de l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne,

Je vous remercie de m'avoir accueillie dans votre établissement durant ces quatre-mois et demi de stage. Merci pour vos éclairages et votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Dominique SOMME,

Professeur de Gériatrie à la faculté de médecine de Rennes,

Praticien Hospitalier,

Chef du service de Gériatrie au CHU de Rennes,

Je vous suis reconnaissante de m'avoir accueillie au sein de votre service. Merci pour nos échanges toujours très instructifs et vos précieux conseils.

A Monsieur François-Xavier SCHWEYER,

Responsable de formation,

Professeur à l'EHESP – Département de sciences humaines, sociales et des comportements de santé,

Je vous remercie pour votre accompagnement, vos qualités pédagogiques m'ont été précieuses tout au long de l'année.

A Monsieur Philippe LEROY,
Responsable de formation,
Maître de conférence à l'IEP de RENNES,

Je vous remercie pour l'ouverture que vous m'avez apportée, les perspectives que vous avez données à nos enseignements en Santé Publique.

A Monsieur Arnaud CAMPEON,
Professeur à l'EHESP, Département de sciences humaines, sociales et des comportements de santé,

Je vous remercie pour votre aide dans la constitution de ma bibliographie, vos enseignements dispensés sur le thème des personnes âgées.

Je veux aussi remercier très sincèrement les autres représentants de la FIGAR, Madame le Docteur Sophie ROUSSEL-LAUDRIN, Monsieur le Docteur Christian LE PONNER, Madame Frédérique BOUTHOU pour leur disponibilité et leur aide dans ce travail.

Aux médecins DIM de HSTV Bain de Bretagne, du Pôle Gériatrique Rennais et du CHU de Rennes, je vous remercie pour votre expertise et votre importante contribution aux recueils de données dans les trois établissements.

Je tiens également à remercier l'ensemble des médecins qui m'ont accueillie dans leur service et permis de participer aux visites, aux staffs...

Aux Directeurs des soins, cadres supérieurs, cadres de santé, aux équipes des trois établissements, je vous suis très reconnaissante de m'avoir accordé du temps pour des entretiens, de m'avoir intégrée aux services de soins.

Enfin, à toutes les personnes qui ont eu la gentillesse de m'accorder des interviews, de m'apporter leurs éclairages, je vous remercie.

Sommaire

<i>PARTIE 1 : RAPPORT DE MISSION</i>	7
Introduction	7
1 Eléments de contexte de la mission	7
2 La mission proposée	9
3 Problématique et démarche	11
Méthode	13
1 Analyse externe : le diagnostic du territoire de FIGAR	13
2 Analyse interne : comparaison des trois établissements de la FIGAR	14
2.1 Variables comparatives retenues : recueil et analyse des données	14
2.1.1 Capacités et temps médical.....	14
2.1.2 Fonctionnement et organisation	15
2.1.3 Activité	15
3 Points forts et points faibles de la méthode utilisée	18
3.1 Analyse externe : des données récentes à compléter par des entretiens	18
3.2 Analyse interne : une homogénéisation des données recherchée mais à parfaire	18
Analyse de l'environnement de la filière : opportunités et menaces	20
1 Le diagnostic territorial (Diaporama 1)	20
1.1 Données démographiques et analyse des besoins	20
1.2 Analyse de l'offre de santé	21
1.2.1 Offre ambulatoire	21
1.2.2 Offre sanitaire	21
1.2.3 Offre médico-sociale	22

1.3	La planification de l'offre sanitaire et médico-sociale aux échelons régionaux, départementaux et territoriaux : contraintes et opportunités s'appliquant au territoire de filière.....	24
1.3.1	Le Projet Régional de Santé (PRS) et ses déclinaisons.....	24
1.3.2	Le Schéma gérontologique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (2015-2019).....	25
1.3.3	L'étude conjointe ARS-CG sur l'hébergement temporaire.....	25
1.3.4	Loi de financement de la sécurité sociale 2015 (LFSS 2015).....	26
1.3.5	Exemples d'alternatives à l'hospitalisation d'attente en France	27
1.4	Mise en perspective des résultats en fonction des données de la littérature (Diaporama 2).....	27
	Analyse interne des établissements supports de la filière : forces et faiblesses (Diaporama 3)	31
1	Situations observées en services : esquisses de situation complexes	31
2	Profils de patients en situation complexe et solutions : perceptions des professionnels	31
3	Composition de la filière gériatrique de soins dans les trois établissements.....	32
3.1	Capacités des établissements	32
3.2	Temps médical dédié aux activités de court séjour gériatrique et de SSR PAPD	33
4	Organisation et fonctionnements en court séjour gériatrique et en SSR PAPD.....	33
4.1	Données relatives aux services de court séjour gériatrique	33
4.1.1	Dispositifs d'amont et admission en médecine gériatrique aiguë	33
4.1.2	Anticipation des sorties et gestion de l'aval	34
4.2	Données relatives aux services de SSR PAPD	35
4.2.1	Dispositifs d'amont et admission en médecine gériatrique aiguë	35
4.2.2	Anticipation de la sortie et gestion d'aval	36
5	Activité des établissements supports de la filière.....	36
5.1	Séjours de Court Séjour Gériatrique en 2014	36
5.1.1	Principales caractéristiques des séjours (Tableau 5)	36

5.1.2	Modes d'entrées et de sorties des personnes âgées (Tableaux 6 et 7).....	37
5.1.3	Sévérité des séjours (Tableau 8).....	38
5.1.4	Pathologies des séjours (Tableau 9)	38
5.2	Séjours de SSR PAPD en 2014.....	38
5.2.1	Principales caractéristiques des séjours (Tableau 10)	38
5.2.2	Modes d'entrées et de sorties des personnes âgées (Tableaux 11 et 12).....	39
5.2.3	Dépendance physique et cognitive des personnes âgées	39
6	Mise en perspective des résultats en fonction des données de la littérature.....	40
	Conclusion.....	43
1	Résultats principaux	43
2	Propositions d'actions	43
	Bibliographie	I
	Liste des annexes.....	V
	<i>PARTIE 2 : ANALYSE REFLEXIVE</i>	XXXIV
	La mission de stage professionnel et son évolution	XXXIV
1	L'approche globale.....	XXXIV
2	La diversification des points de vue	XXXV
3	Le pragmatisme	XXXV
	Inscription de la mission dans une action de santé publique : intérêts et limites	XXXVI
1	Prolongement de l'hospitalisation inadéquate des personnes âgées : un problème de santé publique.....	XXXVI
2	L'engagement dans une démarche de promotion de la santé à poursuivre	XXXVII
3	Epidémiologie : limites du PMSI et difficultés rencontrées.....	XXXVII
	Apports du stage en lien avec le projet professionnel	XXXVIII
	Mise en perspective du travail sur le plan de la santé publique et sur le plan personnel	XXXVIII
	Bibliographie	XL

Liste des sigles utilisés

AJ :	Accueil de jour
APA :	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS :	Agence Régionale de Santé
ATIH :	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CG :	Conseil Général
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CLIC :	Centre local d'information et de coordination
CNSA :	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
DGCS :	Direction Générale de la cohésion sociale
DMS :	Durée moyenne de séjour
EHPA :	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG :	Equipe mobile de gériatrie
ESA :	Equipes Spécialisées Alzheimer
ETP :	Equivalent temps plein
FIGAR :	Fédération inter-Hospitalière gériatrique de l'agglomération rennaise
GHM :	Groupes homogènes de malades
HAD :	Hospitalisation à domicile
HCAAM :	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HDJ :	Hôpital de jour
HSTV :	Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve
HT :	Hébergement temporaire
IP-DMS :	Indice de performance –Durée moyenne de séjour
LFSS :	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
ORIS :	Outil de régulation des inscriptions en soins de suite et de réadaptation
PAERPA :	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PASA :	Pôles d'activité et de soins adaptés
PGEO :	Plateforme gériatrique d'évaluation et d'orientation
PGR :	Pôle gériatrique rennais

PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information traitement interne
PRADO :	Programme d'accompagnement du retour à domicile
PRIAC :	Programme inter-départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS :	Projet régional de santé
PTS5 :	Programme territorial de santé n°5
PUV :	Petites unités de vie
RHS :	Résumés hebdomadaires de sortie
RUM :	Résumé d'unité médicale
SAAD :	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
SGMAP :	Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique
SNS :	Stratégie nationale de santé
SPASAD :	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SROMS :	Schéma régional de l'organisation médico-sociale
SROS :	Schéma régional de l'organisation des soins (SROS)
SSIAD :	Services de soins infirmiers à domicile
SSR PAPD :	Soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées polypathologiques dépendantes
UCC :	Unité cognitivo-comportementale
UGECAM :	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UGEO :	Unité gériatrique d'évaluation et d'orientation
UHR :	Unités d'hébergement renforcé
UHTU-MS :	Unité d'hébergement temporaire d'urgence médico-sociale
USLD :	Unité de soins de longue durée

PARTIE 1 : RAPPORT DE MISSION

Introduction

1 Eléments de contexte de la mission

Au 1^{er} janvier 2015, 9,1 % (soit 6 034 938 millions de personnes) de la population est âgée de 75 ans ou plus en France métropolitaine et d'après les projections de population de l'Insee cette part pourrait atteindre 16,2 % en 2060¹. Par ailleurs, une personne sur trois aurait plus de 60 ans d'ici 2060 et l'augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus serait particulièrement forte jusqu'en 2035 avec l'arrivée des générations du baby-boom à ces âges. L'augmentation la plus forte concernerait les plus âgés, aussi, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus passerait de 1,3 millions en 2007 à 5,4 millions en 2060². Le vieillissement des générations du baby-boom associé à l'augmentation de l'espérance de vie (85,5 ans pour les femmes et 79,2 ans pour les hommes en 2014) contribue ainsi au vieillissement de la population³. Dans ce contexte, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur de santé publique (définition de la dépendance). En France métropolitaine, 20,6 % (soit 1,19 millions) des personnes âgées de 75 ans ou plus perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁴. Par ailleurs, la maladie d'Alzheimer, dont l'apparition est également liée à l'avancée en âge, touche 2 à 4 % des plus de 65 ans et 15% des plus de 80 ans. L'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives (maladie d'Alzheimer, de Parkinson et sclérose en plaque) et

¹ Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), « Tableaux de l'économie française », <<http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2015/T15F096/T15F096.pdf>>, 2015

² Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », <<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>>, 2010

³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Synthèse du rapport état de santé de la population en France », <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_v7_05022015.pdf>, 2015

⁴ INSEE *art.cit.*

l'impact de ces maladies sur la qualité de vie des personnes âgées (et leurs proches) nécessitent d'être fortement prises en considération comme en témoigne les orientations du Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019⁵.

Le vieillissement de la population, l'augmentation des pathologies chroniques et la perte d'autonomie mais aussi l'enjeu du maintien à domicile des personnes âgées nécessitent une adaptation du système de santé et de la société. Il s'agit bien d'adaptation car la question entre maintien à domicile et entrée en hébergement a sans cesse été posée au fil de l'histoire et continue de faire débat⁶. En 1962, le rapport Laroque précisait déjà « *Poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain* »⁷

Actuellement, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement réactualise l'enjeu du vieillissement de la population en France et oriente l'action publique vers des solutions en termes d'anticipation, d'adaptation et d'accompagnement du vieillissement⁸. La nécessité d'adapter le système de santé, approchée au travers de la population des personnes âgées, rejoint également les priorités annoncées de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) au début de l'année 2013⁹ et reprises dans projet de loi de santé 2015 (notamment dans son article 14 « Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes »¹⁰. Il faut ajouter que la nécessité d'améliorer le parcours des patients précède

⁵ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 », <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf>, 2014

⁶ Ennuyer B, "1962-2007 : Regards sur les politiques du maintien à domicile » et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie , *Gérontologie et Société*, n°123, 2007, p.153

⁷ *ibid.*, p.155

⁸ Assemblée nationale, «Projet de loi modifié par le Sénat relatif à l'adaptation de la société au vieillissement », <<http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2674.asp>>, 2015

⁹ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Stratégie nationale de santé, feuille de route », <<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>>, 2013

¹⁰ Assemblée nationale, « Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'assemblée nationale en première lecture », <<http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>>, 2015

ces textes, ces derniers s'inspirant de plusieurs publications du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Pour exemple, le rapport intitulé « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM » introduit en 2012 la notion de « parcours de santé » et souligne la dimension globale du soin, en particulier dans les situations chroniques. Concernant la population âgée, la formalisation des parcours trouve notamment sa traduction dans l'expérimentation PAERPA pour « personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». Ce projet, conduit actuellement dans neuf régions pilotes, cible les personnes âgées de 75 ans et plus « *pouvant être encore autonomes mais dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical ou social.* »¹¹. Cette expérimentation peut être considérée comme une « *innovation intégrative* » même si certaines limites sont pointées, en particulier l'absence de prise en compte des diversités des territoires dans une perspective de généralisation du dispositif¹².

2 La mission proposée

L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne, bien qu'elle ne s'inscrive pas dans le projet PAERPA à ce jour, prévoit dans son Projet Régional de Santé (PRS) la mise en place d'une organisation en parcours globale, intégrant les secteurs du champ sanitaire, social et médico-social¹³. Au début de l'année 2015, l'ARS Bretagne a marqué le lancement de la formalisation des filières gériatriques au travers d'une convention constitutive hospitalière type. L'objectif de cette convention est de formaliser l'organisation, le fonctionnement et les obligations réciproques entre établissements membres de la filière conformément aux dispositions de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques¹⁴ et du

¹¹ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA », <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf>, 2013

¹² Bloch MA, Hénaut L, *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014, p.182

¹³ Agence régionale de santé Bretagne, « Plan Régional de Santé de Bretagne 2012-2016 », <http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Projet_regional_de_sante/en_ligne_FEV_2014/ARS_Prise_en_charge_transversale_-_partie_B_var2.pdf>, 2012

¹⁴ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, « Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques », <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>>, 2007

Plan Solidarité Grand Age¹⁵. Selon la circulaire de mars 2007, une filière gériatrique doit comporter les composantes suivantes : un pôle d'évaluation pluridisciplinaire (consultations et/ou hôpital de jour gériatrique), une unité de court séjour gériatrique axe principal de la filière de soins gériatrique, une équipe mobile de gériatrie (EMG), des soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées poly-pathologiques dépendantes (SSR PAPD) et une unité de soins de longue durée (USLD). La convention constitutive type précise toutefois que la filière gériatrique « s'inscrit dans une organisation gérontologique » et doit s'appuyer sur la contractualisation non seulement avec les établissements de santé mais aussi avec les acteurs médico-sociaux et ambulatoires du territoire de filière¹⁶. L'existence des filières gériatriques a précédé la démarche de formalisation engagée, comme en témoigne la structuration de la Fédération Inter-Hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR) dont le territoire dépend de la Délégation Territoriale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS.

La FIGAR émane d'un partenariat entre trois établissements, considérés comme supports de la filière gériatrique de territoire et dont les bassins de vie se chevauchent : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne ainsi que l'établissement des Grands Chênes, Pôle Gériatrique Rennais (PGR), dépendant du groupe de l'Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM). Chacune de ces structures aurait pu solliciter une reconnaissance en tant que filière indépendante mais a préféré adopter une logique territoriale à une logique concurrentielle. Compte tenu de son dimensionnement spécifique et de la complexité de son territoire, la FIGAR n'est pas encore formalisée à ce stade mais poursuit son action inter-hospitalière au sein du territoire de filière (**Carte 1**). En même temps que chacun des établissements supports consolide sa filière gériatrique interne, plusieurs projets collaboratifs sont mis en œuvre : l'accueil provisoire de 10 lits du CHU au PGR, le développement de la télémédecine (téléconsultations gériatriques notamment), des

¹⁵ Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, « Plan solidarité-grand âge », <http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf>, 2006

¹⁶ Disponible sur Internet : Agence régionale de santé Bretagne, « Convention constitutive : Filière gériatrique hospitalière », <<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Les-filieres-geriatriques.178896.0.html>>, 2015

staffs médicaux communs avec le service universitaire de psychiatrie du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes, des temps médicaux partagés. Un autre projet en cours et portant sur les possibilités d'alternative à l'hospitalisation des personnes âgées en attente d'une place en structure en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) a nécessité le recrutement commun d'un stagiaire, et constituera le thème principal de cet écrit.

Ce projet repose sur l'identification d'un problème partagé par les trois établissements supports et touchant le devenir des patients âgés hospitalisés pour qui le retour à domicile est jugé impossible. Les porteurs du projet ont distingué plusieurs conséquences négatives à la poursuite de l'hospitalisation d'une personne âgée en attente d'une place en EHPAD. Ils ont rapporté en particulier des conséquences délétères pour l'état de santé du patient, un impact sur la gestion globale des lits et des séjours ainsi qu'un surcoût du séjour hospitalier pour l'assurance maladie. L'alternative envisagée se focalise initialement sur une structure, unité de transition entre le milieu sanitaire et le secteur médico-social, qui de par son caractère provisoire renvoie spontanément au dispositif existant d'« hébergement temporaire ».

3 Problématique et démarche

Les problèmes de la poursuite d'une hospitalisation d'attente d'une personne âgée énoncés par les professionnels trouvent écho dans la littérature, en particulier le risque de déclin fonctionnel généré par l'hospitalisation¹⁷. Au-delà de ces premiers constats, il semble important d'aborder dès ce stade le problème sous d'autres angles, plus complexes et plus délicats à atteindre. Ces autres dimensions touchent à la multitude de déterminants sociaux à l'œuvre dans la démarche d'entrée en institution ou son refus par la personne âgée. C'est à travers ce filtre, qu'une solution de transition entre hôpital et entrée en EHPAD ou retour à domicile aidé doit être réfléchi. La littérature montre également qu'en France, la proportion d'admissions non pertinentes aux urgences de personnes âgées de plus de 80 ans

¹⁷ Creditor MC, "Hazards of Hospitalization of the Elderly ", *Ann Intern Med*, vol. 118, n°3, 1993, p. 219

est faible (entre 7,7 et 8,8 %) ¹⁸. Dans le contexte de la population gériatrique accueillie par la FIGAR, ces données confortent le choix d'orienter la réflexion sur le développement de solutions d'aval plutôt que d'amont. Au regard du positionnement adopté, les questions qui sous-tendent les travaux engagés pour la FIGAR sont donc les suivantes :

Quels mécanismes interviennent dans la décision d'entrée en institution, qui prend la décision et comment ?

Quelles alternatives à l'hospitalisation favoriseraient une prise de décision libre et éclairée par la personne âgée ?

Quelle alternative pourrait répondre aux besoins et aux souhaits de la personne âgée et contribuerait à fluidifier son parcours ?

Entre maintien à domicile et entrée en établissement, quelles troisièmes, quatrièmes, cinquièmes voies possibles ?

En quoi l'hébergement temporaire peut-il constituer une alternative satisfaisante à l'hospitalisation d'attente ? En quoi d'autres types de dispositifs peuvent aussi constituer une telle alternative ?

De cet ensemble d'interrogations peut émerger une question plus générale: comment favoriser la préparation d'un retour à domicile aidé ou d'une entrée en structure en dehors de l'hôpital pour les personnes âgées jugées sortantes ?

Afin de prendre en compte les différents enjeux posés, continuité du parcours de la personne âgée et fluidification de la filière gériatrique, la démarche employée est empruntée à la gestion de projet. Ce travail constitue la première étape du projet « Alternatives à l'hospitalisation d'attente » porté par la FIGAR. Il s'attache à présenter un diagnostic stratégique mettant en lumière les points forts et les points faibles de l'environnement de la filière ainsi que ceux d'éléments internes propres à chaque établissement support. Après avoir détaillé la méthode employée, les principaux résultats de l'analyse de l'environnement de la filière et de l'analyse interne des établissements seront rapportés. Cet écrit s'achèvera

¹⁸ Menand E, Lenain E, Lazarovici C, Chatellier G, Saint-Jean O, Somme D, Corvol A., "French multicenter evaluation of the appropriateness of admission to the emergency department of the over-80s", *J Nutr Health Aging*, vol. 19, n°6, 2015, p. 681

par des éléments de conclusions pertinents pour la FIGAR et par des pistes d'actions à envisager sur le court et moyen terme.

Méthode

1 Analyse externe : le diagnostic du territoire de FIGAR

L'analyse stratégique s'est déroulée en deux étapes. Une analyse de l'environnement (externe) puis une analyse du fonctionnement interne de la FIGAR ont été réalisées. Pour l'analyse externe, le territoire défini comme zone d'influence correspondait au territoire de filière « FIGAR » soit les trois pays de Rennes, de Brocéliande et des Vallons de Vilaine (Bain de Bretagne). Les données concernant ce territoire de filière ont été collectées à partir de publications de l'ARS Bretagne (Profils de territoire de Brocéliande, Rennes, Vallons de Vilaine¹⁹) et du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine (Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap²⁰). Les éléments recueillis portaient principalement sur les caractéristiques démographiques, les besoins de la population âgée et l'offre sanitaire et médico-sociale existante sur le territoire. Ces données ont été ensuite analysées à partir d'une Analyse SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)²¹. L'analyse des besoins et de l'offre à destination des personnes âgées a été complétée par une analyse des éléments de planification appliqués au territoire de filière. Ont été classés en fonction de leur nature contraignante ou favorable au projet, les contenus : du Schéma régional de l'organisation des soins (SROS) et du Schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS), du Programme inter-départemental

¹⁹ Disponibles sur Internet : Agence régionale de santé Bretagne, « Observatoire des territoires : Diagnostic par territoire de proximité » <<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Observatoire-des-territoires.176876.0.html>>, 2015

²⁰ Conseil général d'Ille et Vilaine, « Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap », < http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/schemadepartemental_0.pdf>, 2015

²¹ Outil de diagnostic stratégique visant à identifier les forces (Strengths), les faiblesses (Weaknesses), les menaces (Threats) et les opportunités (Opportunities) dans le cadre d'un projet

d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), du Programme territorial de santé n°5 (PTS5), du Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et de l'étude ARS sur l'Hébergement Temporaire (HT) en cours. Des entretiens individuels destinés à compléter ces données ont également été conduits auprès de professionnels de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'ARS Bretagne, du Conseil départemental d'Ille et Vilaine, du dispositif « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie » (MAIA) du Pays de Rennes et du Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) de Rennes.

2 Analyse interne : comparaison des trois établissements de la FIGAR

Pour l'analyse interne, un temps préparatoire d'observations et d'entretiens au sein des services de gériatrie aigue et de SSR PAPD des établissements supports de la filière a précédé le recueil d'éléments d'inter-connaissances entre ces structures. Des observations ont été conduites dans une perspective exploratoire et d'intégration aux équipes. Elles portaient notamment sur le repérage de situations complexes de personnes âgées et sur les solutions apportées par les équipes lors des visites, des staffs pluri-disciplinaires ou des réunions. Des entretiens individuels de type semi-directifs ont également été menés auprès de plusieurs professionnels concernés par la filière gériatrique : directeurs, directeurs de soins, cadres supérieurs de santé, cadres de santé, médecins et assistantes sociales. Les entretiens se sont déroulés aux urgences du CHU ainsi que dans les services de médecine gériatrique aigue et de SSR pour les trois sites. Les questions ont concerné le profil des patients dont l'orientation après l'hospitalisation pouvait s'avérer difficile, les solutions utilisées à ce jour et les pistes d'améliorations imaginées.

2.1 Variables comparatives retenues : recueil et analyse des données

2.1.1 Capacités et temps médical

Des données renseignant les capacités et le temps médical enregistrées au 1er janvier 2015 ont été collectées auprès de la direction de chaque établissement. Il s'agissait de recueillir ces données non seulement pour les unités fonctionnelles composant la filière de soins gériatrique mais aussi pour d'autres unités spécifiques à la prise en charge des personnes âgées et les EHPAD. L'analyse des capacités et des temps médicaux, exprimés en Equivalent

Temps Plein (ETP), s'est concentrée sur les services de courts séjours gériatriques et de SSR PAPD pour les trois établissements. Il convient de noter que pour le CHU, un temps global de gériatre a été identifié pour le service de SSR PAPD et de SSR polyvalent gériatrique. Un rapport entre le nombre d'ETP médicaux et le nombre de lits installés était calculé pour ces deux composantes de la filière gériatrique interne. Le ratio obtenu était ensuite comparé à un ratio théorique (calculé à partir des ETP et du nombre de lits préconisés dans la circulaire de mars 2007²²).

2.1.2 Fonctionnement et organisation

En parallèle de cette investigation, des éléments de fonctionnement et d'organisation propres à chaque structure ont été recueillis dans le cadre de focus groupes composés de trois à quatre membres (personnels administratifs et médicaux) et complétés par des entretiens individuels. Ces entretiens visaient à interroger les professionnels sur leurs pratiques et leurs perceptions de ces pratiques. Un guide d'entretien a été élaboré selon un scénario semi-directif et abordait le fonctionnement et l'organisation pour chaque étape du processus de prise en charge de la personne âgée, de son admission à sa sortie du service de gériatrie aigue ou de SSR. Les questions devaient amener à échanger sur les modalités d'entrées et de sortie des patients au sein de ma filière gériatrique interne de chaque établissement (**Annexe 4**). L'analyse de ces entretiens a consisté à repérer des spécificités d'organisation et de fonctionnement favorisant la fluidification du parcours des personnes âgées.

2.1.3 Activité

A) Services ciblés, critères d'inclusion

Les données d'activité des trois établissements supports concernaient les services de médecine gériatrique de courts séjours et de SSR PAPD pour l'année entière 2014. L'ensemble des unités de médecine du Pôle Gériatrique Rennais ont été incluses dans l'étude compte tenu de la spécialisation de l'établissement en gériatrie et donc du profil de la population accueillie. Cet établissement dispose actuellement de 35 lits de cardiologie, 19 lits de médecine neurologique et de 16 lits de médecine aigue gériatrique. Pour les trois

²² Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins *art.cit.*

établissements, les lits de soins palliatifs et les places d'hospitalisation de jour n'ont été pas été inclus dans l'enquête.

B) Méthode de collecte des données

La collecte des données a été réalisée à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information 2014 (PMSI). En médecine, elle a été effectuée après traitement interne du fichier de résumé d'unité médicale (RUM) attribuant pour les séjours multi-RUM (dans le cas d'un passage dans plusieurs services), le séjour au service d'admission, à l'exception des séjours pris secondairement en soins palliatifs lorsque la durée de séjour en palliatifs était plus importante qu'en secteur de médecine (mode d'admission en l'absence de place en palliatifs).

En SSR PAPD, le recueil s'est effectué à la semaine indépendamment de la date d'entrée et de sortie. Un séjour pouvait être représenté par un ou plusieurs résumés hebdomadaires de sortie (RHS). Afin d'analyser les variables des patients, il était nécessaire d'extraire les informations séjours à partir de la date de sortie sur la période analysée avec une seule occurrence par séjours. Pour les variables individuelles, l'analyse portait sur les patients de SSR PAPD sortis sur la période de recueil du PMSI 2014 soit du 30 décembre 2013 au 28 décembre 2014.

C) Variables retenues

Pour décrire les séjours en médecine, des variables telles que la sévérité, le mode d'entrée et le mode de sortie ont été retenues. La sévérité était décrite par Niveaux de sévérité de 1 (absence de sévérité) à 4 (sévérité maximale) ou par les lettres « E » pour les séjours avec décès, « T » pour les séjours de très courte durée hors ambulatoire et « Z » pour les séjours non segmentés (sans niveau de sévérité). Le mode d'entrée était déterminé par la provenance du domicile, d'une structure d'hébergement médico-social (EHPAD ou USLD), d'une mutation ou d'un transfert de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), d'une mutation ou d'un transfert de SSR, d'autres transferts (psychiatrie, hospitalisation à domicile (HAD) etc.). Le mode de sortie correspondait aux mêmes modalités auxquelles étaient ajoutés les décès. L'activité a également été décrite selon 2 types de case-mix²³ : le case-mix par catégorie majeure de diagnostic (CMD), correspondant le plus souvent à une spécialité

²³ Le case-mix désigne l'éventail des cas pris en charge et les niveaux de gravité des séjours associés

médicale et le case-mix par racine de Groupes homogènes de malades (GHM), évoquant une pathologie.

Pour décrire les séjours de SSR PAPD, le recueil de données concernait le sexe, la dépendance, le mode d'entrée et de sortie. La dépendance, selon le nouveau modèle de classification utilise les variables observées la première semaine d'hospitalisation. Les données ont donc été recueillies en dépendance moyenne à l'entrée. En conséquence, la base a utilisé les admissions 2014 indépendamment de la date de sortie. La dépendance physique et la dépendance cognitive étaient décrites selon les 4 classes en vigueur (score de 4 à 16 pour la dépendance physique et de 2 à 8 pour la dépendance cognitive). Seules les dépendances fortes (score supérieur à 12 pour la dépendance physique et score supérieur à 6 pour la dépendance cognitive) ont été retenues. Le mode d'entrée distinguait les entrées du domicile, de structures d'hébergements (EHPAD ou USLD), de MCO (mutations ou transferts) et d'un autre SSR (mutations ou transferts). Le mode de sortie était caractérisé selon les mêmes modalités que pour les entrées, et complété par les décès.

D) Plan d'analyse

Pour la médecine, les variables individuelles retenues ont été décrites en fonction de l'âge, du sexe et des durées de séjours pour les trois établissements. Les variables de groupages de médecine ont également été décrites en fonction des durées de séjours. Par niveau algorithmique, était calculé le nombre de journées produit par l'établissement. Le nombre théorique de journées était ensuite calculé en appliquant au nombre de séjours établissement par GHM la durée moyenne de séjour (DMS) observée à partir de la base nationale. L'Indice de performance (IP-DMS) était ensuite calculé en effectuant un ratio « nombre de jours théorique sur nombre de jours établissement ». Un établissement est estimé "efficient" pour un score supérieur à 1. Les données quantitatives (âge et durées de séjours) étaient décrites par leur moyenne et leur médiane. Les données qualitatives (sexe, appartenance à la classe d'âge des 85 ans et plus)–étaient exprimées en pourcentages par rapport à la population étudiée.

Avant de discuter les points forts et les points faibles de la méthode retenue, il faut noter que chacune des grandes étapes de ce diagnostic stratégique, analyse externe et analyse interne, a fait l'objet d'une communication interne à la FIGAR. La présentation des principaux

résultats (sous forme de Diaporamas) s'est effectuée lors des réunions de la FIGAR en présence des trois établissements et lors des réunions « filières internes » des structures, comme au PGR (**Annexe 3**). Une synthèse de l'ensemble du travail a également été rédigée afin qu'une diffusion des principaux éléments étudiés puisse être envisagée (**Annexe 1**).

3 Points forts et points faibles de la méthode utilisée

3.1 Analyse externe : des données récentes à compléter par des entretiens

Les données recueillies pour l'analyse externe sont récentes et s'appuient sur des publications des tutelles aux différents échelons. Cela atteste de la fiabilité des informations recensées et de l'actualité des opportunités repérées pour la filière (notamment dans le plan d'action annoncé par le schéma départemental). Par ailleurs, il serait intéressant de compléter les données collectées auprès des professionnels par des entretiens individuels auprès des acteurs du domicile : Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), plateformes de répit, Equipes Spécialisées Alzheimer (ESA). Enfin, des entretiens individuels menés auprès des personnes âgées et leurs proches permettraient d'introduire une démarche participative dès l'étape diagnostique du projet (pour l'analyse externe comme pour l'analyse interne)²⁴.

3.2 Analyse interne : une homogénéisation des données recherchée mais à parfaire

Pour l'analyse interne, l'immersion dans les services des établissements a nourri les enquêtes quantitatives et qualitatives qui ont suivi à plusieurs titres. Les observations ont dans un premier temps facilité la détermination de variables et de thèmes pertinents à investiguer. Dans un second temps, elles ont contribué à éclairer le sens des informations récoltées. Il convient de noter que les ETP médicaux recherchés ne distinguaient pas le temps de consultation du temps passé dans le service. Cette remarque devra conduire à considérer que

²⁴ Société française de santé publique, *Développement social et promotion de la santé : la démarche communautaire*, Vandoeuvre-lès-Nancy, Société française de santé publique, 2000

les temps médicaux par lit apparaissant dans les résultats sont probablement inférieurs en réalité.

Le recueil de données d'activité PMSI bénéficie d'un codage centralisé pour le MCO dans les trois établissements ce qui a limité les biais liés à l'investigateur. Il persistait toutefois un biais entre les établissements qui disposent chacun de leurs propres investigateurs. Au CHU, 39 séjours avaient plusieurs passages en gériatrie au cours du même séjour. En conséquence, les effectifs, les DMS et les pourcentages d'hommes en fonction du mode d'entrée ou du mode de sortie étaient seulement interprétables pour la première entrée en gériatrie et la dernière sortie.

La variable précarité n'a pas été retenue pour ce travail car l'utilisation de ses codes en 2014 n'était pas exhaustive et différait de façon trop importante entre les établissements étudiés. Différents codes PMSI de précarité existent : « Z74.1 », « Z74.2 » décrivant la dépendance envers un tiers aidant ou envers des soins d'hygiène, « Z59 » décrivant des difficultés sociales liées au logement ou aux conditions économiques, « Z60.2 » décrivant l'isolement social. Il est intéressant de relever que les catégories « Z59 » et « Z60 » ont été étendues en 2015 avec un descriptif plus précis et d'utilisation plus pertinente (en particulier le Z60.20 décrivant le patient vivant seul à son domicile).

Un point de vigilance concerne l'utilisation de l'IPDMS. Cet indicateur de performance est construit pour une population d'âge inférieur à la population accueillie dans les trois établissements. Plus précisément, les données nationales comportent plusieurs segmentations selon l'âge (au-delà de 69 ans ou de 79 ans pour certaines affections neurologiques) mais n'intègrent pas la notion d'âge extrême. Il est pourtant démontré que les durées moyennes de séjours augmentent avec l'âge²⁵.

A ce stade, la comparaison entre les trois centres n'est que descriptive et informative dans la mesure où les différentes données n'ont pas été soumises à des tests statistiques.

²⁵ Vigneron E et Haas S, *Les séjours longs du court-séjour médecine, chirurgie, obstétrique : Une approche territoriale : De l'identification médico-économique à l'approche territoriale d'une question médicale et sociale*, Paris, FEHAP et NFT, 2013, 130 p.

Analyse de l'environnement de la filière : opportunités et menaces

1 Le diagnostic territorial (Diaporama 1)

1.1 Données démographiques et analyse des besoins

Sur le territoire de santé n°5 (TS5 : Pays de Rennes, Fougères, Vitré et Redon), la population âgée de 75 ans et plus représente 21 % de l'ensemble de la population âgée bretonne soit 62 250 personnes. Il s'agit du territoire de santé comptant le plus grand nombre de personnes âgées en Bretagne. Avec 15 300 personnes (et près de 2500 sur les cantons de de Rennes Sud-ouest, Rennes Sud-est et Rennes Nord-Ouest), le canton de Rennes accueille le plus grand nombre de personnes âgées dans la région²⁶. Avec 40 133 personnes en 2009²⁷ (**Carte 2**), la population âgée de 75 ans et plus sur le territoire de la filière représente environ les 2/3 de la population âgée sur l'ensemble du TS5 (62 250 personnes en 2009) et plus de la moitié de ces personnes sur l'ensemble du département (78 650 personnes en 2009). Les caractéristiques démographiques pour chacun des trois Pays de la filière (Pays de Rennes, Brocéliande et des Vallons de Vilaine) figurent respectivement dans **les tableaux 1,2 et 3 (Annexe 5)**.

La projection de la population en 2016 met en évidence une augmentation de la part des personnes âgées de 75 ans et plus sur le territoire en moyenne de 1,8 % par an contre 1,6% au niveau régional²⁸. En 2040, la part des 75 ans et plus dans la population approchera les 12 %²⁹.

²⁶ Agence régionale de santé Bretagne, « Programme Territorial de Santé N° 5 : Rennes / Fougères / Vitré / Redon : Années 2013-2016 », <http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Projet_regional_de_sante/en_ligne_FEV_2014/PTS_5.pdf>, 2013

²⁷ Conseil général d'Ille et Vilaine, *op. cit.*

²⁸ Agence régionale de santé Bretagne, *op. cit.*

²⁹ Agence régionale de santé Bretagne, « Observatoire des territoires : Profil territoire : Territoire(s) de santé : 5 - Rennes / Fougères / Vitré / Redon », <http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Observatoire_territoires/2015/Profil_territoire_ARSB_TS5__V3.2015-06-01_.pdf>, 2015

L'une des conséquences de l'augmentation du nombre de personnes âgées dans le département et donc sur le territoire de la filière sera l'augmentation de la prévalence de la dépendance (+48,8% en Ille et Vilaine en 2030) Pour les pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine, le taux de personnes âgées dépendantes passerait de 25,1 % en 2010 à 30 % en 2020. Pour le Pays de Rennes, il conviendrait de distinguer une variation importante de ce taux selon les cantons (**Carte 3**). A l'horizon 2020, 10 842 personnes seraient dépendantes sur le territoire de filière soit 48,6 % (près de la moitié) de l'ensemble des personnes âgées dépendantes d'Ille et Vilaine.

Par ailleurs, l'extrapolation des taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer de l'étude épidémiologique PAQUID (Personnes Agées QUID) à la population d'Ille-et-Vilaine montre qu'à ce jour que 12 301 personnes de 75 ans et plus seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer (14 % de l'ensemble de ces personnes sur le département). Le principal facteur de risque de maladie d'Alzheimer étant l'âge (en particulier après 80 ans), le nombre de personnes atteintes en Ille et Vilaine devrait continuer d'augmenter³⁰.

1.2 Analyse de l'offre de santé

En complément de cette analyse de l'offre de santé par type d'offre, une analyse par Pays (Rennes, Brocéliande, Vallons de Vilaine est proposée dans **les tableaux 1, 2,3 (Annexe 5)**

1.2.1 Offre ambulatoire

Le Pays de Rennes ne comporte peu ou pas de difficultés en terme d'offre de premier recours. Les deux autres Pays présentent des densités de professionnels libéraux plus faibles notamment pour les médecins généralistes.

1.2.2 Offre sanitaire

Pour le TS5, l'analyse de l'offre sanitaire existante pour les personnes âgées met en évidence un taux d'équipement en services de Soins de suite et de réadaptation pour Personnes âgées polypathologiques dépendantes (SSR PAPD) inférieur au taux régional (25 vs 35 /10 000 hab. de 75 ans et plus). Concernant les SSR, il faut noter le déploiement de l'outil

³⁰ Conseil général d'Ille et Vilaine, *op. cit.*

informatique ORIS (Outil de Régulation des Inscriptions en SSR) dont l'objectif est d'optimiser la régulation des flux de patients entre les structures de court séjour et les SSR. Le territoire de filières bénéficie de quatre Unités de soins de longue durée (USLD). Le Pays des Vallons de Vilaine ne compte plus d'unité de ce type depuis la transformation des lits d'USLD en lits d'EHPAD à l'hôpital de proximité de Bain de Bretagne.

1.2.3 Offre médico-sociale

Concernant les dispositifs de maintien à domicile, les taux d'équipement en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et en Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) des Pays de Rennes et de Brocéliande sont supérieurs au taux régional (respectivement 21,7 et 25,7 vs 19,6 /1000 hab. > 75 ans). Le Pays des Vallons de Vilaine présente le taux d'équipement le plus faible du territoire de filière (12,7/1000 hab. > 75 ans), ce déficit est en partie compensé par une densité d'infirmiers libéraux supérieure (11,1 /10 000 habitants) aux Pays de Rennes et de Brocéliande (7,4 et 10,2 /10 000 habitants respectivement). S'ajoute à cette offre, la présence de Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour les personnes âgées sur l'ensemble du département. Sur le territoire de filière, le nombre de ces services par commune diffère selon les 3 pays.

Les données se rapportant à l'accueil temporaire en établissement révèlent des taux d'équipements en Accueil de jour (AJ) supérieurs au taux régional pour les Pays de Rennes et de Brocéliande (respectivement 2,8 et 3,9 vs 2,2 /1000 hab. > 75 ans). Le constat est identique pour les taux d'équipements en Hébergement temporaire (HT) (respectivement 3,2 et 2,8 vs 2,4 /1000 hab. > 75 ans). Les Vallons de Vilaine connaissent une situation moins favorable avec des taux d'équipements en AJ (1,3/1000 hab. > 75 ans) et en HT (2,1/1000 hab. > 75 ans) inférieurs à ceux de la région. Le territoire de filière ne comporte que 26 places d'HT autonome (à Orgères, Pays de Rennes) et seulement une place d'Accueil de Nuit à Médréac (10 places au total dans le département). Par ailleurs, l'accueil familial des personnes âgées ne représente qu'un tiers des personnes accueillies en Ille-et-Vilaine (dispositif utilisé majoritairement par les personnes en situation de handicap). Sur 348 places, 33 places (9%) sont exclusivement réservées aux personnes âgées et 133 places sont mixtes (38%). Cinq structures habilitées par le Conseil départemental participent à l'évaluation des demandes d'agrément et au suivi médico-social des personnes accueillies (**Carte 4**).

Les taux d'équipements en hébergement complet en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dépassent ceux de la région pour les trois Pays de Rennes, Brocéliande et Vallons de Vilaine (respectivement 119,6, 135,2 et 124,4, vs 117,9 /1000 hab. > 75 ans). Bien que les taux d'équipement en hébergement permanent en EHPAD sont supérieurs à ceux de la région Bretagne pour les trois Pays, la prise en compte de plusieurs facteurs doit conduire à nuancer l'importance de l'offre sur le territoire de filière. Pour le département d'Ille-et-Vilaine, l'augmentation du nombre de places en EHPAD entre 2005 et 2014 a été moins rapide que l'augmentation de la population âgée de 75 ans et plus. Cette tendance s'est traduite par une diminution des taux d'équipements en hébergement permanent (167 en 2005 vs 140 places en 2014 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus) (réf schéma p181). Pour les personnes âgées sans perte d'autonomie définitive, il est également intéressant de prêter attention aux taux d'équipements en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) médicalisés et petites unités de vie (PUV). Sur les Pays concernés par la filière, seul le Pays de Brocéliande présente un taux d'équipements en EPHA médicalisés et PUV supérieur au taux régional (22,2 vs 11,7 /1000 hab. > 75 ans).

Le territoire de filière dispose également d'un éventail quasi-complet des dispositifs prévus dans le plan Alzheimer 2008-2012 tels que les Unités Alzheimer, l'accueil de jour, les Pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), les Unités d'hébergement renforcé (UHR), les plateformes de répit, les consultations mémoires et les Equipes spécialisées Alzheimer (ESA). Il n'existe pas à ce jour d'Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) sur le TS5 mais l'ouverture d'une telle structure au sein du CHU de Rennes est prévue. Au sujet des UCC, il faut préciser qu'il s'agit d'unités spécialisées au sein des services de SSR polyvalents ou gériatriques pour des patients présentant des troubles du comportement aigus et devant permettre un retour au domicile. Il ne peut donc s'agir d'une unité destinée à la prise en charge de personnes en attente de places d'EHPAD. Seul le Pays de Rennes est couvert par le dispositif MAIA (Méthode d'action et d'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) sur le TS5. Le déploiement progressif de la méthode MAIA du Pays de Rennes prévoit dans le cadre du « *guichet intégré* »³¹ la mise en œuvre de projets communs notamment en lien avec la filière gériatrique rennaise. La MAIA invite d'ailleurs

³¹ Le guichet intégré favorise une réponse harmonisée et unique aux demandes des personnes âgées à tout endroit du territoire.

les représentants des établissements supports de la FIGAR à siéger à ses « *tables tactiques* »³². La MAIA est portée localement par l'association Inter-CLIC du Pays de Rennes, elle-même composée de quatre Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : le CLIC de Rennes, le CLIC Alli'âge, le CLIC Noroit et le CLIC de l'Ille et de l'Illet. Les Pays de Brocéliande et des Vallons de Vilaine sont également couverts par un CLIC³³.

1.3 La planification de l'offre sanitaire et médico-sociale aux échelons régionaux, départementaux et territoriaux : contraintes et opportunités s'appliquant au territoire de filière.

1.3.1 Le Projet Régional de Santé (PRS) et ses déclinaisons

A) La formalisation des filières dans le cadre du PRS

Conformément aux enjeux du projet régional de santé (PRS), qui prévoit la mise en place d'une organisation en parcours globale, intégrant les secteurs sanitaire, social et médicosocial, l'ARS Bretagne a prévu d'accompagner la formalisation des filières gériatriques pour améliorer le parcours des personnes âgées. Les travaux du groupe de travail (composé d'acteurs intervenant autour de la personne âgée dans les quatre territoires de filières) mis en place en janvier 2014, ont permis l'élaboration d'une convention constitutive type destinée à appuyer la contractualisation entre établissements. L'article 11 de la convention « Organisation de la fluidité » et plus particulièrement son annexe, propose des outils destinés à fluidifier les parcours. Pour exemple, une fiche de « synthèse des démarches de demande de structure d'aval ou de retour à domicile » doit permettre de préparer la sortie du patient hospitalisé le plus précocement possible. Le site Gaelig du Conseil Général d'Ille-et-Vilaine, le guide des établissements pour personnes âgées et le site Domiré (services d'aides à domicile) sont également des outils repérés pour la recherche de structures d'aval (convention constitutive filière ARS). Bénéfice des systèmes d'informations

³² La table tactique permet une concertation tactique. Il s'agit d'un espace collaboratif et décisionnel entre les producteurs d'aides et de soins.

³³ Entretien avec la MAIA du Pays de Rennes

B) Le Programme Territorial de Santé N° 5 (PTS5)

La thématique n°2 du PTS5 précise les modalités de mise en œuvre des filières gériatriques et de fluidification des parcours à l'échelle du territoire de santé. Il convient de mentionner aussi la thématique n°10 portant sur les SSR et affichant la nécessité d'améliorer les sorties d'hospitalisation pour les patients âgés (en retour à domicile ou en EHPAD), notamment en développant l'hébergement temporaire.

1.3.2 Le Schéma gérontologique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (2015-2019)

Dans le cadre de son nouveau Schéma, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine (CG) prévoit l'expérimentation de 30 places d'hébergement temporaire (HT) d'urgence pour les personnes âgées. D'après les données obtenues auprès de la Direction Personnes Agées-Personnes Handicapées du CG, l'attribution des places se ferait, après l'accord de l'ARS, sur la base d'un appel à projet. Une autre possibilité serait que des places d'urgence soient identifiées dans l'offre actuelle d'HT (appel à des établissements volontaires). Plusieurs profils de patients seraient retenus pour ce dispositif. Les personnes âgées en sortie d'hospitalisation (SSR notamment) et pour lesquelles aucune solution de retour de à domicile ou d'entrée en structure n'est immédiatement envisageable seraient éligibles³⁴. Parmi les mesures du plan d'action du schéma, figurent également la création de 10 places supplémentaires d'Accueil de Nuit et le développement de l'Accueil Familial.

1.3.3 L'étude conjointe ARS-CG sur l'hébergement temporaire

L'ARS conduit actuellement une étude régionale sur l'Hébergement Temporaire dont les résultats seront publiés en 2016. Cette étude devrait aboutir à une restructuration de l'offre existante selon les orientations nationales qui seront transmises. En effet, la Direction Générale de la cohésion sociale (DGCS) a conduit une étude sur l'hébergement temporaire dans 10 établissements d'Ile-de-France en 2014. Cette étude est actuellement complétée par une démarche de recherche-action dans les départements du Val de marne et de Vendée, démarche co-pilotée par la DGCS et le Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP). L'objectif principal de cette démarche impliquant usagers et

³⁴ Entretien avec un responsable du Conseil Départemental d'Ille et Vilaine

professionnels est d'améliorer l'usage des dispositifs d'accueil temporaire des personnes âgées en perte d'autonomie³⁵.

1.3.4 Loi de financement de la sécurité sociale 2015 (LFSS 2015)

Dans son article 53, la LFSS prévoit l'expérimentation d'«... *une prestation d'hébergement temporaire non médicalisée en amont ou en aval de l'hospitalisation* ». L'ARS Ile-de-France a initié une préfiguration de ces expérimentations avec la constitution d'un groupe de travail depuis 2012. En 2015, les travaux engagés vont aboutir à la mise en place d'hôtels hospitaliers en région Ile de France par l'intermédiaire d'un appel à candidatures. La prise de contact avec l'ARS Ile-de-France a permis d'obtenir des compléments d'informations par rapport à cette initiative régionale. L'hôtel hospitalier consiste en l'installation de lits non médicalisés au sein de l'établissement hospitalier ou en proximité et s'adresse à des patients répondant aux critères d'éligibilité suivants : patients non perfusés, non monitorés et autonomes. Le groupe de travail sur ce thème constitué principalement d'experts issus des services de Médecine et de Chirurgie, a orienté le projet vers une approche « parcours » (au sens de type de prise en charge) à durée finie. L'approche populationnelle qui pourrait être adoptée pour les personnes âgées nécessiterait d'adapter la prestation à des patients pour lesquels les périodes d'hospitalisation sont le plus souvent indéterminées. Cependant, la perspective d'étendre la réflexion aux services de SSR est énoncée et pourrait rejoindre davantage le projet d'alternative à l'hospitalisation des personnes âgées dont il est question dans cet écrit. Les expérimentations encadrées par l'article 53 de la LFSS serviront à préciser un certain nombre d'éléments relatifs à la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, comme : le type de parcours médical et social, le champ de responsabilité concerné (patient jugé sortant ou non sortant) et une structure de financement pérenne³⁶. En regard de ces éléments, la question de l'inscription dans ces expérimentations a été posée à l'ARS Bretagne. Il s'avère qu'en l'absence de cahier des charges national et d'appels à candidature, cette dernière n'est pas en mesure de se positionner à ce stade par rapport à ce projet³⁷.

³⁵ Entretien avec un chargé de mission de l'ARS Bretagne

³⁶ Entretien avec un chef de projet de l'ARS Ile de France

³⁷ Entretien avec un médecin de l'ARS Bretagne

1.3.5 Exemples d'alternatives à l'hospitalisation d'attente en France

Après avoir retranscrit les besoins des personnes âgées en sortie d'hospitalisation sur le territoire de la FIGAR et après avoir repéré les opportunités offertes par la planification départementale, régionale et nationale, il convient de s'intéresser à des exemples de structures intermédiaires en France.

A) L'unité d'hébergement temporaire d'urgence médico-sociale de Limoges

Pour limiter le prolongement d'hospitalisations inadéquates des personnes âgées, l'EHPAD du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges (Limousin) s'est dotée d'une unité de 16 lits d'hébergement temporaire d'urgence. L'unité installée dans un bâtiment déjà existant et adapté à la prise en charge des personnes âgées n'a pas nécessité de travaux spécifiques. Cette unité d'hébergement temporaire d'urgence médico-sociale (UHTU-MS) a vocation à fluidifier le parcours des personnes âgées en attente d'un retour à domicile ou d'une admission en EHPAD. Les critères d'admission correspondent à des profils de patients présentant une « *dépendance psychique ou psychologique nécessitant une aide aux actes de la vie quotidienne mais dont la pathologie est stabilisée* ». La durée maximale de séjour est fixée à un mois, renouvelable une fois. L'UHTU-MS propose une expertise gériatrique médicale et comporte une équipe pluridisciplinaire, formée et qualifiée à ce type d'accueil (dont les ratios agents/lits sont équivalents à un EHPAD). Une assistante sociale en lien avec les différents services du CHU prépare l'admission ainsi que la sortie de cette unité en lien avec les services d'aides à domicile ou avec les EHPAD (hors-CHU)³⁸.

1.4 Mise en perspective des résultats en fonction des données de la littérature (Diaporama 2)

Un suréquipement en hébergement temporaire est constaté sur le territoire de filière, il convient toutefois de prendre en considération la difficulté d'apporter une réponse adaptée à chaque situation tant les profils des personnes âgées accueillies diffèrent. La circulaire de novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire a prévu différents objectifs pour l'hébergement temporaire mais n'impose pas la

³⁸ Verger P, « Unité d'Hébergement Temporaire d'Urgence (UHTU) : 10^{ème} Journée Départementale de la Gérontologie », < http://www.chu-limoges.fr/IMG/pdf/3_-_philippe_verger_uhtu_-_chu.pdf>, 2014

spécialisation des lits ou des établissements par types de prises en charge³⁹. Le répit de l'aidant non professionnel, axe fort du plan Alzheimer 2008-2012⁴⁰, constitue en 2013 le motif de recours à l'hébergement temporaire le plus fréquemment observé par les gestionnaires d'établissement (60,3%) Il n'en reste pas moins que la préparation à l'entrée en hébergement permanent (19,1%) et les sorties d'hospitalisation, y compris de soins de suite et réadaptation, sont rapportés comme deuxième et troisième motifs de recours les plus fréquents (19,1% et 15,4 % respectivement)⁴¹. Ces derniers chiffres témoignent de potentiels besoins pour les personnes âgées, bien qu'ils ne soient pas exprimés dans la majorité des cas. En outre, la préparation de l'entrée en EHPAD et la sortie d'hospitalisation nécessitent, comme pour le répit, une réponse spécifique de l'hébergement temporaire. Les préconisations formulées par la CNSA confirment d'ailleurs la nécessité de voire se spécialiser territorialement les places d'hébergement temporaire (places d'accueil d'urgence, d'accueils post-SSR etc.)⁴². Quelques places d'hébergement temporaire en « post-hospitalisation » existent déjà, mais l'augmentation du nombre de ces places favoriserait la préservation de places exclusivement dédiées au répit, mission privilégiée de l'hébergement temporaire. La spécialisation des places encouragerait également la formalisation de projets de services spécifiques pour lesquels la circulaire de 2011 a normalement une exigence forte. La loi d'adaptation de la société au vieillissement entend favoriser l'accueil temporaire (hébergement temporaire et accueil de jour), notamment en améliorant son modèle économique admis comme étant actuellement peu attractif⁴³. Si le

³⁹ Direction générale de la cohésion sociale, « Circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire », <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0119.pdf>, 2011

⁴⁰ Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 », <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf>, 2008

⁴¹ CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, « Analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services médicosociaux : Activité 2013 », <http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_activite_2013_structures_alzheimer.pdf>, 2014

⁴² Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Dossier technique : État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées », <http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_DosTech_Hebergt_tempo_web.pdf>, 2011

⁴³ Assemblée Nationale *art. cit*

non-recours des usagers à l'hébergement temporaire s'explique en partie par un manque de visibilité de l'offre, il peut être attribué à la gestion difficile de files actives fluctuantes ainsi qu'à des programmations, des désistements et des sorties qui génèrent un temps administratif non négligeable⁴⁴. Les orientations nationales relatives aux nouvelles modalités de fonctionnement de l'hébergement temporaire vont en partie s'appuyer sur l'analyse des motifs de non-recours. Elles se dessinent actuellement au travers de la démarche de recherche-action conduite dans les départements du Val de marne et de Vendée par la DGCS et la SGMAP. Cette démarche est illustratrice de l'intérêt de mêler la régulation des politiques publiques aux initiatives de terrain⁴⁵. Ces interactions sont recherchées dans le projet d'alternative à l'hospitalisation d'attente de la FIGAR dès l'étape diagnostique. La mise en regard des éléments de diagnostic territorial avec les éléments de planification et d'orientation des instances décisionnaires en témoigne.

L'accueil familial précédemment cité est non seulement encouragé par le Conseil Départemental d'Ille et Vilaine mais fait aussi l'objet d'une attention particulière de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. Cette dernière marque une volonté des politiques publiques d'« Encourager le déploiement de l'accueil familial » par des mesures visant à la fois les personnes âgées et les accueillants. Parmi ces dispositions, il faut noter que la loi autorise l'accueil temporaire au sein des familles d'accueil et prévoit l'accès aux mêmes droits entre personnes âgées bénéficiant de l'accueil familial et celles résidant en établissement médico-social. Elle rend également obligatoire la formation pour les accueillants qui seront désormais salariés⁴⁶. Ce cadre législatif appuie le fait de retenir l'accueil familial comme alternative entre domicile et établissement dans le cadre notre projet.

L'article 53 de la LFSS mentionne l'expérimentation d'«... *une prestation d'hébergement temporaire non médicalisée en amont ou en aval de l'hospitalisation*. La préfiguration de cette expérimentation engagée par l'ARS Ile de France se traduit actuellement par la mise œuvre d'un projet d'hôtels hospitaliers pour le secteur MCO. Il convient de remarquer que

⁴⁴ Entretien avec un directeur de la CNSA

⁴⁵ Bloch MA et Hénaut L, *op. cit.*, p.154

⁴⁶ Assemblée Nationale *art. cit.*

le sens de l'expression « hébergement temporaire » utilisé dans ce contexte diffère de celui donné par la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, loi qui a donné une base légale à l'accueil temporaire (accueil de jour ou hébergement temporaire). La prestation mise en place en Ile de France peut cependant être source d'inspiration et d'innovation, comme peuvent l'être les pratiques développées à l'étranger, en particulier dans les Pays du Nord. Pour exemple, certains établissements hospitaliers de Norvège disposent de structures de soins intermédiaires destinées à raccourcir les durées d'hospitalisation et faciliter le retour à domicile. L'étude de l'une de ces structures accueillant des personnes âgées de 60 ans et plus met cependant en évidence le challenge que représente l'intégration d'une nouvelle structure dans un système de santé déjà complexe⁴⁷. Il est sans doute prématuré d'envisager ce type de dispositif pour les personnes âgées en France. Toutefois, la redéfinition des missions et des publics ciblés pour l'hébergement temporaire médico-social devrait contribuer à élargir la réflexion sur d'autres possibilités de structures de transition entre hôpital et retour à domicile (ou entrée en EHPAD). Qu'il s'agisse d'adapter les structures existantes ou de faire naître de nouvelles structures, l'enjeu majeur demeure la qualité de la réponse apportée aux personnes âgées, en fonction de leurs besoins et au regard des services déjà proposés par les partenaires.

En remarque conclusive de cette première partie, il faut rappeler le défi que représente l'augmentation du nombre de personnes âgées sur le territoire de la filière. L'augmentation associée du nombre de personnes âgées dépendantes et atteintes de maladies neurodégénératives confirme la nécessité d'accroître, mais plus encore, d'adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins de la population sur le territoire de la FIGAR. Parmi les opportunités qui se dessinent au travers des mesures engagées par les principales instances décisionnelles (ARS et Conseil Départemental), il conviendra de retenir pour le projet, les dispositifs les plus pertinents par rapport aux besoins et à l'offre existante en direction de la population âgée. Il faudra aussi tenir compte d'autres éléments internes comme énoncé ci-dessous.

⁴⁷ Johannessen AK, Luras H, Steihaug S, "The role of an intermediate unit in a clinical pathway", *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, p. 8

Analyse interne des établissements supports de la filière : forces et faiblesses (Diaporama 3)

1 Situations observées en services : esquisses de situation complexes

Les observations effectuées lors des visites et des staffs ont permis de repérer un certain nombre de situations laissant présager des difficultés d'orientation en sortie d'hospitalisation. Parmi ces situations, se distinguaient : l'existence de troubles cognitifs, l'absence ou la défaillance de l'aidant, le souhait de la personne âgée ou des familles d'une entrée en EHPAD mais sans disponibilité de places immédiate.

2 Profils de patients en situation complexe et solutions : perceptions des professionnels

Les caractéristiques des personnes âgées pour lesquelles l'aval d'hospitalisation risquait de poser problème et rapportées le plus souvent par les professionnels étaient les suivantes :

- Personne âgée de plus de 85 ans
- présentant des troubles cognitifs
- ayant chuté
- l'absence d'aidant informel ou un aidant défaillant
- pour qui il existait une conjugopathie ou des rapports conflictuels avec les enfants (ou entre les enfants)
- personne âgée isolée géographiquement ou socialement
- au contraire, une personne résidant en milieu urbain et dont le logement en appartement devenait inadapté
- personne âgée pour laquelle aucun plan d'aide n'avait été mis en place avant l'hospitalisation, témoignant parfois d'un manque d'anticipation
- les patients âgés ayant de faibles revenus
- les patients en attente d'une tutelle ou curatelle
- ceux qui demandaient à entrer en EHPAD attendaient une place

Au regard de ces situations et selon service concerné (urgences, court séjour ou SSR), les solutions envisagées par les professionnels étaient diversifiées mais présentaient des

similitudes en terme de gradation des choix opérés. Si la personne pouvait rentrer à domicile, le renforcement du plan d'aide et la mise en place d'alternatives telles que l'Accueil de jour et le SSIAD était avancés en premier lieu. En cas de retour à domicile jugé impossible ou de retour non souhaité par le patient, l'hébergement temporaire restait une solution privilégiée. Les professionnels ont cependant souligné la difficulté à trouver des places au sein de ces dispositifs, en particulier pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées nécessitant un hébergement temporaire spécialisé. Le manque de places en EHPAD mentionné par la majorité des professionnels entraînait également le maintien de patients âgés dans des lits d'hospitalisation. Les personnes interrogées étaient pour la plupart favorables à d'autres dispositifs tels que l'accueil de nuit ou l'accueil familial. Certaines ont toutefois précisé que ce type d'accueil ne pouvait être proposé qu'en l'absence de troubles cognitifs chez la personne âgée (à des patients chuteurs par exemple).

3 Composition de la filière gériatrique de soins dans les trois établissements

3.1 Capacités des établissements

Pour les trois établissements, l'ensemble des données de capacités et d'ETP médicaux (c'est-à-dire concernant les composantes de la filière de soins gériatrique mais aussi celles considérées hors filière) figurent dans **le tableau 4 (Annexe 6)**

Le CHU dispose d'une filière de soins gériatrique complète avec 30 lits de courts séjours gériatriques, 40 lits de SSR PAPD, 5 places en Hôpital de jour (HDJ) où sont également accueillies les personnes âgées en consultations gériatriques et consultations mémoire, une équipe mobile de gériatrie (EMG) interne intervenant aux urgences et dans les autres services du CHU, 120 lits d'USLD. Hors filière gériatrique de soins, le CHU comporte 120 places d'hébergement permanent en EHPAD mais ne possède aucune place en hébergement temporaire.

Le Pôle Gériatrique Rennais comporte 16 lits de court séjour gériatrique ainsi que 35 lits de cardio-gériatrie et 19 lits de neuro-gériatrie. Il dispose également de 5 places d'HDJ médecine qui, associé à la consultation gériatrique et mémoire ainsi qu'à l'Unité Gériatrique d'Evaluation et d'Orientation (UGEO), constitue une Plateforme Gériatrique d'Evaluation

et d'Orientation (PGEO). Pour compléter cette offre de filière, le SSR PAPD et l'USLD sont dotés respectivement de 60 lits et de 48 lits. Le Pôle médico-social de l'établissement détient 160 lits d'EHPAD et 6 places d'hébergement temporaire.

L'hospitalité Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne (HSTV) bénéficie de 23 lits de médecine à orientation gériatrique et poursuit son activité de consultations gériatriques et de consultation mémoire. Par ailleurs, le service de SSR PAPD compte 20 lits. Ces différents services s'inscrivent dans une filière incomplète puisque le centre hospitalier ne dispose pas de lits d'aval d'USLD ni d'EMG. L'établissement offre toutefois 252 places d'hébergement permanent en EHPAD et 5 places d'hébergement temporaire.

3.2 Temps médical dédié aux activités de court séjour gériatrique et de SSR PAPD

Pour les services de court séjour gériatrique des trois établissements, l'analyse des ETP médicaux (**tableau 4**) au regard des capacités installées met en évidence des ratios inférieurs à ceux énoncés dans la circulaire de mars 2007 (0,07 vs 0,10 ETP médecin par lit installé). Le ratio calculé pour les services de SSR PAPD sont également en dessous de ceux préconisés pour le centre hospitalier de Bain de Bretagne et le CHU (respectivement 0,03 et 0,04 vs 0,05 ETP médecin par lit installé) et équivaut au ratio minimum recommandé pour le PGR.

4 Organisation et fonctionnements en court séjour gériatrique et en SSR PAPD

4.1 Données relatives aux services de court séjour gériatrique

4.1.1 Dispositifs d'amont et admission en médecine gériatrique aigue

Les médecins traitants et les médecins coordonnateurs d'EHPAD peuvent contacter directement les gériatres du service de médecine gériatrique aigue du CHU et du PGR grâce à la mise en place d'un numéro unique. Les professionnels de santé peuvent également

contacter les gériatres à Bain de Bretagne même en l'absence de ligne directe formalisée. Au CHU, l'issue de l'appel peut se traduire : par une entrée programmée en gériatrie aigue ou une mise en attente, une indication de recours aux urgences du CHU, une orientation vers l'hôpital de jour, notamment s'il s'agit d'un besoin d'évaluation sociale ou d'une recherche de structure. En effet, les motifs d'appels des médecins traitants pour des problèmes sociaux associés à un épuisement de l'aidant sont rapportés comme très fréquents. L'orientation vers l'hôpital de jour est également possible pour le PGR.

L'Equipe Mobile de Gériatrie interne du CHU peut être sollicitée par les médecins séniors ou les internes des urgences pour un avis consultatif. La responsabilité de la prise en charge du patient reste confiée aux médecins du service des urgences. L'orientation de la personne âgée vers la médecine aigue gériatrique peut être préconisée en l'absence de problématique aigue si le retour à domicile présente un risque de dommages immédiats. L'hospitalisation inappropriée est alors identifiée et comptabilisée comme telle. Un retour à domicile est envisagé si la notion de risque à court terme est écartée. La mise en place de dispositifs de maintiens au domicile (accueil de jour, hébergement temporaire, SSIAD) est recherchée, notamment si un épuisement de l'aidant est constaté (en pratique ces dispositifs ne sont pas disponibles dès la sortie des urgences).

Au CHU, les personnes âgées sont accueillies en gériatrie aigue selon l'ordre de priorité suivant : la première place disponible de la journée est réservée à une personne âgée provenant des urgences, la deuxième place permet une entrée d'un patient de l'extérieur, la troisième place disponible est de nouveau destinée à un patient des urgences. Cette organisation est poursuivie à chaque nouvelle place disponible dans le service au cours de la journée. Au PGR, une entrée directe en gériatrie aigue est pratiquée seulement si le patient est déjà connu. Enfin, le Centre Hospitalier de Bain de Bretagne a défini ses critères d'admission dans le service de médecine en référence aux critères de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : recherche de diagnostic, mise en place d'un traitement, ou bilan de pathologie chronique.

4.1.2 Anticipation des sorties et gestion de l'aval

Au CHU, l'évaluation du besoin d'intervention sociale repose en premier lieu sur une expertise paramédicale (infirmière ou aide-soignante). Le médecin qui rencontre la famille dès la première semaine d'hospitalisation peut ensuite être amené à revoir la personne âgée et ses proches en binôme avec l'assistante sociale. Cette dernière assiste au staff multidisciplinaire du mardi après-midi. Dans le cadre de son projet médico-social, le PGR instaure l'harmonisation de certains outils et procédures entre services. C'est le cas de « la grille de repérage d'une problématique sociale » ayant vocation à être utilisée par le personnel paramédical. Par ailleurs, le PGR dispose d'une « cellule filière interne » animée par un Cadre Parcours et Ressources. Cette cellule pluri-disciplinaire se tient une fois par semaine (après les staffs de médecine du lundi et du mardi) et a pour mission d'optimiser la filière interne en anticipant les sorties. Enfin, une évaluation sociale est systématiquement prescrite par le gériatre à Bain de Bretagne et l'assistante sociale assiste au staff pluridisciplinaire du lundi après-midi.

S'il existe un besoin de poursuivre l'hospitalisation dans un service de soins de suite et de réadaptation, le cadre de santé peut effectuer plusieurs demandes de structures d'aval par l'intermédiaire du service ORIS (Outil de Régulation des demandes d'Inscriptions en SSR/HAD) dans les trois établissements. L'hôpital de Bain de Bretagne présente l'avantage d'avoir une même cadre de santé en médecine et en SSR PAPD, services situés par ailleurs dans le même bâtiment.

4.2 Données relatives aux services de SSR PAPD

4.2.1 Dispositifs d'amont et admission en médecine gériatrique aigue

Comme pour la médecine, l'attribution des places vacantes au CHU en SSR repose sur une suite logique. Sont prioritaires sur la première place disponible, les patients en attente de SSR et hospitalisés sur le même pôle (en gériatrie aigue ou en médecine interne). La deuxième place disponible est attribuée aux personnes âgées sur liste d'attente et hospitalisées sur les autres pôles du CHU. Viennent en troisième position les autres situations en attente de SSR et provenant de l'extérieur (pour rapprochement du domicile, familial etc.). Une commission d'admission commune aux deux SSR de l'établissement et

réunissant les cadres de santé et les médecins facilite également la distribution des places vacantes. Afin de mieux maîtriser les admissions en SSR, le PGR a engagé une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles au sein des services de SSR PAPD et polyvalent. Après avoir réalisé une revue de pertinences des journées d'hospitalisation, une revue de pertinence des critères d'admission en SSR va être réalisée. Elle a pour objectif de mettre en évidence les causes de non-pertinences des admissions.

4.2.2 Anticipation de la sortie et gestion d'aval

Une commission d'hébergement composée des gériatres, du cadre supérieur de santé, des cadres de santé, de l'assistante sociale et du représentant du bureau des sorties se réunit une fois par semaine au CHU. Une vigilance particulière est accordée à l'orientation des patients depuis le SSR vers une USLD ou un EHPAD dont les missions diffèrent significativement. A l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne, des éléments de projet de vie sont inclus dans le projet de soin dès l'hospitalisation en SSR PAPD. Il s'agit d'affirmer la mission de réhabilitation du SSR en inscrivant des activités occupationnelles et thérapeutiques pour les patients âgés dans le projet de service. Le devenir du patient est ainsi appréhendé dans sa globalité dès ce stade et la préparation de la sortie au domicile ou en structure est anticipée. Le devenir du patient est également accompagné par l'assistante sociale qui assiste au staff pluri-disciplinaire du service le mardi et à la commission d'admission EHPAD du lundi. Il faut ajouter qu'un livret de sortie à remettre au patient est actuellement en cours d'élaboration.

Enfin, les trois établissements ont exprimé leur volonté de renforcer les partenariats extérieurs avec les médecins libéraux, les SSIAD ou les infirmiers libéraux, les SSAD, la HAD, les EHPAD de proximité mais aussi les CLICs et la MAIA du Pays de Rennes.

5 Activité des établissements supports de la filière

5.1 Séjours de Court Séjour Gériatrique en 2014

5.1.1 Principales caractéristiques des séjours (Tableau 5)

En 2014, il faut dénombrer en Court Séjour Gériatrique : 1626 séjours pour le Pole Gériatrique Rennais (PGR), 790 séjours pour le CHU de Rennes et 546 séjours pour l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne (HSTV). Pour la moitié des séjours du PGR et du CHU de Rennes, l'âge était supérieur à 86 ans. Les durées moyennes de séjours (DMS) des personnes âgées accueillies étaient de 11,4 jours pour HSTV, 14,3 jours pour le PGR et 19,4 jours pour le CHU. Les DMS ont diminué pour l'ensemble des établissements entre 2013 et 2014, cette tendance semble se poursuivre en 2015.

5.1.2 Modes d'entrées et de sorties des personnes âgées (Tableaux 6 et 7)

Les modes d'entrée les plus fréquents au PGR comme à HSTV concernaient les transferts de MCO (respectivement 63% et 41% des séjours) sans que soit distinguée la part des séjours provenant des urgences de celle bénéficiant d'une entrée programmée. Pour le CHU, les mutations de MCO représentaient le mode d'entrée pour 74% des séjours (31% des séjours provenaient du domicile via les urgences et 43% étaient transférés en gériatrie aigüe après un passage en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. Venaient en deuxième position les entrées directes du domicile (23% pour le CHU, 25% pour le PGR et 35% pour HSTV).

Dans les trois établissements, les retours des personnes âgées au domicile concernaient la majorité des sorties (45% pour le CHU et le PGR et 34% pour HSTV). Les deuxièmes et troisièmes modes de sorties les plus fréquents étaient les mutations ou les transferts vers des services de SSR (25% des séjours concernés au CHU, 19% au PGR et 29% à HSTV) et les entrées ou retours en structure d'hébergement (16% de sorties vers un EHPAD ou une USLD pour le CHU, 21% pour le PGR et 20% pour HSTV). Dans les trois structures, les séjours destinés à se prolonger dans un SSR présentaient une DMS supérieure aux séjours aboutissant à un retour à domicile (pour exemple 19,4 vs 12,2 pour le PGR et 13 vs 10,7 pour HSTV). Cette tendance s'observait également lorsqu'une admission ou un retour en structure d'hébergement (EHPAD ou USLD) étaient envisagés. L'écart de DMS entre sortie au domicile et sortie vers une structure d'aval paraissait moindre lorsqu'il s'agissait d'une structure d'hébergement pour le PGR et pour HSTV. Pour le CHU, il semblait au contraire qu'une orientation vers un Hébergement médico-social ou une USLD augmentait davantage la DMS qu'une sortie vers un SSR.

5.1.3 Sévérité des séjours (Tableau 8)

Dans les trois établissements, les DMS augmentaient en fonction du niveau de sévérité et atteignaient 25,7 jours au CHU, 23,9 jours au PGR et 14,5 jours à HSTV pour les séjours de niveau de sévérité 4. Pour les trois structures, les séjours de niveau de sévérité 3 représentaient la plus grande part des séjours (respectivement 60,3%, 41,0% et 42,9% des séjours pour le CHU, le PGR et HSTV).

5.1.4 Pathologies des séjours (Tableau 9)

Bien qu'elles apparaissaient dans un ordre différent, les trois spécialités les plus fréquentes en nombre de journées pour le PGR et HSTV étaient la Neurologie, la Pneumologie, la Cardiologie. La pathologie la plus représentée dans les deux établissements était l'insuffisance cardiaque (29,7% des journées pour le PGR et 8,3% des journées pour HSTV). En Neurologie, le principal motif de recours aux soins pour le PGR et HSTV était l'accident vasculaire cérébral (10,2% et 3,5% des journées respectivement). Les pneumonies et pleurésies étaient les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées parmi les séjours relevant de Pneumologie dans les établissements (3,6% des journées du PGR et 7% des journées à HSTV).

Au CHU, la spécialité la plus représentée en nombre de journées était la psychiatrie. Les troubles mentaux d'origine organique étaient le plus fréquemment retrouvés et concernaient 9,5% des journées d'hospitalisation en gériatrie aigue.

5.2 Séjours de SSR PAPD en 2014

5.2.1 Principales caractéristiques des séjours (Tableau 10)

En 2014, pour 338 séjours au CHU de Rennes, 460 séjours au PGR et 162 séjours à HSTV, les DMS étaient respectivement de 40,5 jours, 45,9 jours et 32,4 jours. Une DMS de 39 jours a été relevée pour le CHU de Rennes. Les personnes âgées admises en SSR PAPD au PGR semblaient plus âgées qu'à HSTV.

5.2.2 Modes d'entrées et de sorties des personnes âgées (Tableaux 11 et 12)

Les mutations et transferts de MCO constituaient les modes d'entrées les plus courants pour le CHU de Rennes, le PGR et HSTV (96,4%, 85,7% et 95,1% des séjours respectivement). Les entrées directes du domicile occupaient la deuxième place pour le CHU (3,3% des séjours) et pour HSTV (4,3% des séjours), elles se situaient à la troisième place pour le PGR (5% des séjours) derrière les mutations et les transferts d'autres SSR (8,7% des séjours). Le PGR a renseigné une DMS inférieure pour les provenances du domicile (35,6 jours) par rapport à celles de MCO (41,2 jours). Pour cet établissement, l'âge des patients admis directement depuis leur domicile (82,6 ans) était également inférieur à celui des patients admis depuis un service de MCO (85,8 ans).

La part des séjours retournant à leur domicile à l'issue d'une hospitalisation en SSR PAPD s'élevait à 58,6% pour le CHU, 43% pour le PGR et 47,3% pour HSTV. Il s'agissait de la destination privilégiée pour les personnes âgées dans les trois établissements. La part des séjours orientés en EHPAD ou USLD (sans qu'il soit distingué une première admission d'un retour vers ce type de structure) constituait la deuxième destination la plus fréquente pour deux des établissements (26,7% des séjours du PGR et 30,1% des séjours de HSTV). Pour le CHU, l'Hospitalisation à domicile (HAD) arrivait en deuxième position (16,3% des séjours). La DMS attribuée aux sorties en EHPAD ou USLD dépassait la DMS des séjours s'achevant par un retour à domicile (respectivement 73,3 jours vs 38,6 jours) d'après les données du PGR. Les patients orientés vers leur domicile étaient en moyenne plus jeunes que ceux orientés en EHPAD ou USLD (84,5 ans vs 86,7 ans respectivement).

5.2.3 Dépendance physique et cognitive des personnes âgées

Parmi les séjours auxquels était attribuée une dépendance physique lors de leur première semaine d'hospitalisation, 37,2 % au CHU, 45,2% au PGR et 42,2% à HSTV présentaient un score de dépendance physique supérieur à 12. Les séjours pour lesquels une dépendance cognitive était constatée à l'entrée obtenaient un score supérieur à 6 dans 8,4% des cas au CHU, 28,7% des cas au PGR et 22,5% des cas à HSTV. Au PGR, les séjours des patients les plus dépendants physiquement (score supérieur à 12) étaient en moyenne plus longs que ceux des patients considérés comme moins dépendants.

6 Mise en perspective des résultats en fonction des données de la littérature

Dans les trois établissements de la FIGAR, les retours à domicile des personnes âgées étaient privilégiés à l'issue des séjours en Court Séjour Gériatrique et en SSR PAPD. Cependant, les données issues du PMSI et des entretiens avec les professionnels révélaient plusieurs facteurs susceptibles de contraindre le retour à domicile. Comme en témoignent également les données de la littérature⁴⁸, les principaux facteurs prédictifs d'une entrée en institution sont l'âge, le fait de vivre seul, les incapacités pour les actes de la vie quotidienne, de moins bonnes performances cognitives ou encore la sévérité des pathologies présentées. Il apparaît pourtant que l'évaluation du risque d'un retour au domicile repose sur d'autres facteurs que les seuls facteurs épidémiologiques. Les différentes perceptions que peuvent avoir la personne âgée, ses proches ou encore les professionnels d'une même situation contribuent de façon importante aux prises de décisions. A l'image du Canada, les questions d'éthique de l'accompagnement des personnes âgées pourraient imprégner davantage les formations des professionnels et contribueraient à éclairer des prises de décisions parfois difficiles⁴⁹.

Considérant ces premiers éléments, il n'en demeure pas moins qu'une poursuite d'hospitalisation en SSR ou une orientation en structure d'hébergement représentent l'issue justifiée de nombreux séjours. D'après les données du PMSI mobilisées dans ce travail, les structures d'aval constituaient la deuxième destination la plus fréquente après les retours au domicile pour les trois établissements étudiés. Par ailleurs, le PMSI et les entretiens professionnels mettaient en évidence des durées de séjours plus longues lorsqu'une admission en SSR ou une entrée en structure d'hébergement (EHPAD ou USLD) était recherchée. Ces données ainsi que celles apportées par l'étude Sanesco⁵⁰ s'accordent sur le

⁴⁸ Miller EA, Weissert WG, "Predicting Elderly People's Risk for Nursing Home Placement, Hospitalization, Functional Impairment, and Mortality : A Synthesis", *Med Care Res Rev*, vol. 57, n°3, 2000, p. 259

⁴⁹ Mantovani J, Rolland C, Andrieu S, Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile", *Série Etudes et Recherches*, n°83, p. 28

⁵⁰ Vigneron E et Haas S, *art. cit.*, p. 9

fait qu'en France, l'allongement des durées de séjours trouve son origine principale dans l'insuffisance de structures d'aval.

Entre retour à domicile parfois difficile et attente prolongée de structures d'aval, les entretiens avec les professionnels et les études documentaires ont fait émerger des solutions intermédiaires pour les personnes âgées. Ces alternatives à l'hospitalisation d'attente s'incarnaient notamment dans l'hébergement temporaire, celui-ci pouvant être utilisé comme « *une étape dans le parcours de la personne âgée dans le cadre de situations d'urgence (retour d'hospitalisation par exemple) qui peuvent déboucher, en fonction de l'appréciation de la situation par le médecin, les proches et l'ensemble des intervenants, sur un retour au domicile ou à une entrée en EHPAD* » d'après la circulaire de novembre 2011⁵¹. Au-delà de l'appréciation des professionnels et des proches, une décision de retour à domicile ou d'entrée en institution doit prendre en compte autant que possible les souhaits de la personne âgée. Dans un contexte de sortie d'hospitalisation, l'entrée en institution peut s'opérer sans retour à domicile intermédiaire et de façon plus ou moins consentie par la personne âgée. La littérature qualifie ces situations de « déprises imposées » pour la personne âgée c'est-à-dire de renoncements contraints du domicile dans le cas présenté⁵². L'hébergement temporaire peut alors intervenir non seulement comme solution d'attente d'une entrée en EHPAD mais surtout comme ressource intermédiaire et privilégiée pour préparer l'entrée dans une telle structure.

Face à l'indisponibilité des places d'hébergement temporaire rapportée par les différentes personnes interviewées, il convient de prêter attention à d'autres alternatives à l'hospitalisation d'attente des personnes âgées. Parmi les solutions avancées par les professionnels, se retrouvaient notamment l'accueil familial et l'accueil de nuit. Ces deux dispositifs complètent la palette de services médico-sociaux déjà existante et présentent l'avantage pour l'un d'être une solution familiale de proximité moins coûteuse que

⁵¹ Direction générale de la cohésion sociale, *art.cit.*

⁵² Mallon I, "Le « travail de vieillissement » en maison de retraite", *Retraite et Société*, vol. 3, n°52, p. 39-61

l'EHPAD⁵³ et pour l'autre de préserver une vie au domicile dans la journée (avec un éventuel plan d'aide) et de sécuriser la nuit.

L'insuffisance cardiaque représentait la pathologie la plus fréquente pour les séjours de court séjour gériatrique du PGR et de HSTV. L'assurance maladie propose une offre en sortie d'hospitalisation à destination des insuffisants cardiaques, il s'agit du Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO). Le PRADO fixe trois objectifs principaux : permettre au patient de retourner à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire, réduire les durées moyennes de séjours en soins aigus et adapter les circuits de prise en charge aux besoins des patients. Il consiste notamment à faire intervenir dès l'hospitalisation, un Conseiller Assurance Maladie chargé de faciliter le parcours de la personne entre établissement de soins et médecine de ville. La littérature scientifique montre que les programmes d'accompagnement des patients insuffisants cardiaques ont un impact fort en termes de réduction des hospitalisations pour décompensation cardiaque⁵⁴. A l'image des expérimentations menées au CHU et à la Polyclinique Saint Laurent de Rennes, le programme PRADO Insuffisance Cardiaque pourrait être envisagé pour la FIGAR.

Comme en témoignent les résultats de ce travail et les données de la littérature, les alternatives à l'hospitalisation d'attente des personnes âgées sont multiples et doivent se réfléchir en fonction de profils de personnes âgées tout aussi diversifiés.

⁵³ Rosso-Debord V, « Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées », <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000724.pdf>>, 2008

⁵⁴ Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, SHEPPERD S, Rubin HR, "Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis" *JAMA*, vol. 291, n°11, 2007, p. 1358-67

Conclusion

1 Résultats principaux

Au travers de l'analyse de l'environnement de la FIGAR et de l'analyse interne réalisée au sein de chacun des trois établissements, plusieurs alternatives à l'hospitalisation d'attente se dessinent. Comme énoncé précédemment, les alternatives peuvent revêtir des formes très variées selon qu'il s'agit d'une attente d'un retour au domicile ou d'une entrée en structure d'hébergement. L'hébergement temporaire demeure une structure intermédiaire privilégiée mais, parce qu'il offre une solution d'aval trop peu souvent disponible et parce qu'il ne peut répondre de façon satisfaisante à toutes les situations complexes en sortie d'hospitalisation, d'autres transitions doivent être envisagées. Une recomposition des missions et une restructuration de l'offre d'hébergement temporaire sont cependant à l'œuvre et permettront de voir ce dispositif s'améliorer. En Ille-et-Vilaine, l'expérimentation d'un hébergement temporaire d'urgence pour les personnes âgées préfigure les orientations annoncées par les instances décisionnaires (reconcentration et spécialisation de l'offre). En cela, elle constitue une véritable opportunité pour la FIGAR. Ce travail avait aussi pour vocation d'illustrer le fait que le choix d'une alternative (retour à domicile, entrée en EHPAD, accueil temporaire dans toutes ses formes etc.) doit reposer sur un consensus entre la personne âgée (avant toute chose), ses proches et les professionnels impliqués. Ces négociations se jouent à un moment ou l'autre dans le parcours de la personne âgée et peuvent notamment survenir lors d'une hospitalisation. Une structure d'hébergement temporaire d'urgence pourrait d'une part contribuer à ce que ces négociations se réalisent en dehors d'un contexte d'hospitalisation, d'autre part il permettrait à la personne âgée (et aux familles) d'entrevoir toutes les alternatives envisageables. A ce stade, il serait intéressant de poursuivre les investigations en recueillant les perceptions des personnes âgées et de leurs proches sur les difficultés rencontrées et les solutions imaginées.

2 Propositions d'actions

Les conclusions générales ci-dessus peuvent trouver une traduction concrète pour la FIGAR à différents niveaux. D'un point de vue méthodologique, le recueil d'éléments d'interconnaissance entre le CHU, le PGR et HSTV Bain de Bretagne pourrait s'appuyer sur un

véritable protocole d'investigation et un investigateur ou une équipe d'investigateurs uniques. Dans ce dernier cas, des staffs de validations des pratiques permettraient de consolider la validité interne de l'étude comparative entre les trois établissements. L'harmonisation du recueil de données d'inter-connaissance entre les trois établissements supports de la FIGAR serait un préalable à l'harmonisation de pratiques destinées à fluidifier la filière. Elle constituerait ainsi le point d'ancrage de nouveaux projets et permettrait d'envisager une évaluation commune des projets collaboratifs tels que « l'alternative à l'hospitalisation d'attente des personnes âgées ».

Concernant ce projet, objet principal du présent écrit, il apparaît que les opportunités qui se dessinent dans le plan d'action du conseil départemental rejoignent les solutions projetées par les professionnels. Ces solutions s'incarnant principalement dans l'hébergement temporaire, il serait intéressant pour la FIGAR de se saisir d'un futur appel à projet prévoyant l'expérimentation de trente places d'hébergement temporaire d'urgence. L'identification de places au sein des EHPAD des trois établissements supports pour des personnes âgées ne nécessitant plus de soins hospitaliers répondrait au double enjeu de concentration et de spécialisation de l'offre d'hébergement temporaire sur le territoire. La spécialisation de places au sein même de la FIGAR permettrait de tenir compte de profils de personnes âgées différents entre les trois établissements. Pour exemple, il convient de rappeler que le service de gériatrie aigue du CHU comporte une plus grande proportion de personnes âgées présentant des troubles cognitifs, des places d'hébergement temporaire à destination de ce type de patients pourraient être identifiées. De même, l'élaboration précoce d'un projet de vie, évaluant de façon anticipée les besoins de la personne, favoriserait la continuité de prise en charge des personnes âgées souhaitant par la suite une entrée en EHPAD⁵⁵. Pour rendre plus aisée l'émergence d'un tel projet, il conviendrait de compléter ce premier diagnostic de situation par le décompte d'une file active de patients qui, en théorie, auraient dû sortir de l'hôpital mais qui y demeurent faute de places d'aval. Des indicateurs comme le délai entre la date d'admission souhaitée dans la structure d'aval et la date réelle d'admission pourraient être renseignés à partir d'extractions de données du logiciel ORIS. La mesure du délai d'allongement de la durée moyenne de séjour pour attente

⁵⁵ Entretien avec un Directeur de la Recherche en Santé Publique à l'EHESP et ancien Directeur Scientifique de la CNSA

de lit d'aval permettrait d'attribuer un coût à la poursuite de l'hospitalisation d'attente. Ce coût pourrait ainsi être comparé au coût d'une prise en charge de type médico-sociale.

Afin de renforcer les messages précédemment énoncés, il faut noter que l'hébergement temporaire, à l'image des patients qui l'occupent, doit trouver sa place parmi les autres offres alternatives à l'hospitalisation. Il nécessite de consolider les partenariats avec les EHPAD environnants (au travers de conventions robustes) ainsi qu'avec l'ensemble des porteurs de dispositifs de maintiens à domicile pour qu'à terme la filière gériatrique devienne filière gérontologique.

Bibliographie

Bloch MA, Hénaut L, *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod, 2014, 315 p.

Creditor MC, "Hazards of Hospitalization of the Elderly", *Ann Intern Med*, vol. 118, n°3, 1993, p. 219-223

Ennuyer B, "1962-2007 : Regards sur les politiques du maintien à domicile » et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie", *Gérontologie et Société*, n°123, 2007, p.153-167

Johannessen AK, Luras H, Steihaug S, "The role of an intermediate unit in a clinical pathway", *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, p. 1-10

Mallon I, "Le « travail de vieillissement » en maison de retraite", *Retraite et Société*, vol. 3, n°52, p. 39-61

Mantovani J, Rolland C, Andrieu S, "Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile", *Série Etudes et Recherches*, n°83, p. 1-75

Menand E, Lenain E, Lazarovici C, Chatellier G, Saint-Jean O, Somme D, Corvol A., "French multicenter evaluation of the appropriateness of admission to the emergency department of the over-80s", *J Nutr Health Aging*, vol. 19, n°6, 2015, p. 681-687

Miller EA, Weissert WG, "Predicting Elderly People's Risk for Nursing Home Placement, Hospitalization, Functional Impairment, and Mortality: A Synthesis", *Med Care Res Rev*, vol. 57, n°3, 2000, P. 259-297

Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, SHEPPERD S, Rubin HR, "Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis" *JAMA*, vol. 291, n°11, 2007, p. 1358-67

Quivy R, Van Campenhoudt, L, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2006, 256 p.

Société française de santé publique, *Développement social et promotion de la santé : la démarche communautaire*, Vandoeuvre-lès-Nancy, Société française de santé publique, 2000

Vigneron E et Haas S, *Les séjours longs du court-séjour médecine, chirurgie, obstétrique : Une approche territoriale : De l'identification médico-économique à l'approche territoriale d'une question médicale et sociale*, Paris, FEHAP et NFT, 2013, 130 p.

Liens Internet :

Agence régionale de santé Bretagne, « Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016 », <http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Projet_regional_de_sante/en_ligne_FEV_2014/ARS_Prise_en_charge_transversale_-_partie_B_var2.pdf>, 2012

Agence régionale de santé Bretagne, « Programme Territorial de Santé N° 5 : Rennes / Fougères / Vitré / Redon : Années 2013-2016 », <http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Projet_regional_de_sante/en_ligne_FEV_2014/PTS_5.pdf>, 2013

Agence régionale de santé Bretagne, « Convention constitutive : Filière gériatrique hospitalière », <<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Les-filieres-geriatriques.178896.0.html>>, 2015

Agence régionale de santé Bretagne, « Observatoire des territoires : Diagnostic par territoire de proximité », <<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Observatoire-des-territoires.176876.0.html>>, 2015

Agence régionale de santé Bretagne, « Observatoire des territoires : Profil territoire : Territoire(s) de santé : 5 - Rennes / Fougères / Vitré / Redon », <http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Observatoire_territoires/2015/Profil_territoire_ARSB_TS5__V3.2015-06-01_.pdf>, 2015

II

Alexandra VAN DE VELDE -

Assemblée nationale, « Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'assemblée nationale en première lecture », <<http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp>>, 2015

Assemblée nationale, « Projet de loi modifié par le Sénat relatif à l'adaptation de la société au vieillissement », <<http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2674.asp>>, 2015

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Dossier technique : État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées»,

<http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_DosTech_Hebergt_tempo_web.pdf>, 2011

Conseil général d'Ille et Vilaine, « Schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap », < http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/schemadepartemental_0.pdf>, 2015

CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, « Analyse statistique des données issues des rapports d'activité 2013 des établissements et services médicosociaux : Activité 2013 », <http://www.cnsa.fr/documentation/rapport_activite_2013_structures_alzheimer.pdf>, 2014

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, « Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques », <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>>, 2007

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « Synthèse du rapport état de santé de la population en France », <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_v7_05022015.pdf>, 2015

Direction générale de la cohésion sociale, « Circulaire DGCS/SD3A n°2011-444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire », <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0119.pdf>, 2011

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), « Projections de population à l'horizon 2060 : Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans », < <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>>, 2010

III

Alexandra VAN DE VELDE -

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), « Tableaux de l'économie française », <<http://www.insee.fr/fr/ffc/tef/tef2015/T15F096/T15F096.pdf>>, 2015

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, « Plan solidarité-grand âge », <http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf>, 2006

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 », <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Alzheimer_2008-2012-2.pdf>, 2008

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Projet de cahier des charges des projets pilotes PAERPA », <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/cdc_paerpa.pdf>, 2013

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Stratégie nationale de santé, feuille de route », <<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>>, 2013

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, « Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 », <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf>, 2014

Rosso-Debord V, « Vers un nouvel accueil familial des personnes âgées et des personnes handicapées », <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000724.pdf>>, 2008

Liste des annexes

Annexe 1 : Synthèse.....	VI
Annexe 2 : Atlas territorial.....	IX
Annexe 3 : Supports de communication du projet (Diaporamas).....	XII
Annexe 4 : Guide d’entretien focus groupe.....	XX
Annexe 5 : Offre de santé par Pays composant le territoire de la FIGAR.....	XXIII
Annexe 6 : Capacités et temps médicaux au sein de la FIGAR.....	XXIV
Annexe 7 : Activité de Court Séjour Gériatrique en 2014.....	XXVII
Annexe 8 : Activité de SSR PAPD en 2014.....	XXXII

Annexe 1 : Synthèse

Contexte

En mars 2015, l'ARS Bretagne a marqué le lancement de la formalisation des filières gériatriques de territoire au travers d'une convention constitutive hospitalière type. L'existence de filières gériatriques de territoires a précédé la démarche de formalisation engagée comme en témoigne la structuration de la Fédération Inter-Hospitalière Gériatrique de l'Agglomération Rennaise (FIGAR) entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, l'Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne et les Grands Chênes, Pôle Gériatrique Rennais (PGR). Parmi les projets collaboratifs engagés, le projet de développer des alternatives à l'hospitalisation des personnes âgées en attente d'une place dans une structure d'aval a fait l'objet du présent travail.

Méthode

Ce travail constituait la première étape du projet « Alternatives à l'hospitalisation d'attente » porté par la FIGAR et s'est attaché à présenter un diagnostic stratégique mettant en lumière les points forts et les points faibles de l'environnement de la filière (analyse externe) ainsi que ceux d'éléments internes propres à chaque établissement support (analyse interne). Pour l'analyse interne, des données concernant les capacités et les temps médicaux, le fonctionnement et l'organisation ainsi que l'activité (données du Programme Médicalisé des Système d'Information, PMSI) ont été recueillis pour chacun des trois établissements.

Analyse externe : opportunités et menaces

Avec 40 133 personnes en 2009, la population âgée de 75 ans et plus sur le territoire de la filière (Pays de Rennes, des Vallons de Vilaine et de Brocéliande) représentait plus de la moitié de ces personnes sur le département. A l'horizon 2020, 10 842 personnes seraient dépendantes sur le territoire de filière soit près de la moitié de l'ensemble de ces personnes en Ille et Vilaine. Concernant l'offre alternative entre domicile et établissement, les taux d'équipements en Hébergement temporaire (HT) sont supérieurs au taux régional pour les Pays de Rennes et de Brocéliande (respectivement 3,2 et 2,8 vs 2,4 /1000 hab. > 75 ans). Ils sont inférieurs pour les Vallons de Vilaine (2,1/1000 hab. > 75 ans). Par ailleurs, l'accueil familial des personnes âgées ne représente qu'un tiers des personnes accueillies en Ille-et-Vilaine (dispositif utilisé majoritairement par les personnes en situation de handicap). Sur

VI

Alexandra VAN DE VELDE -

348 places, 33 places (9%) sont exclusivement réservées aux personnes âgées et 133 places sont mixtes (38%).

Analyse interne

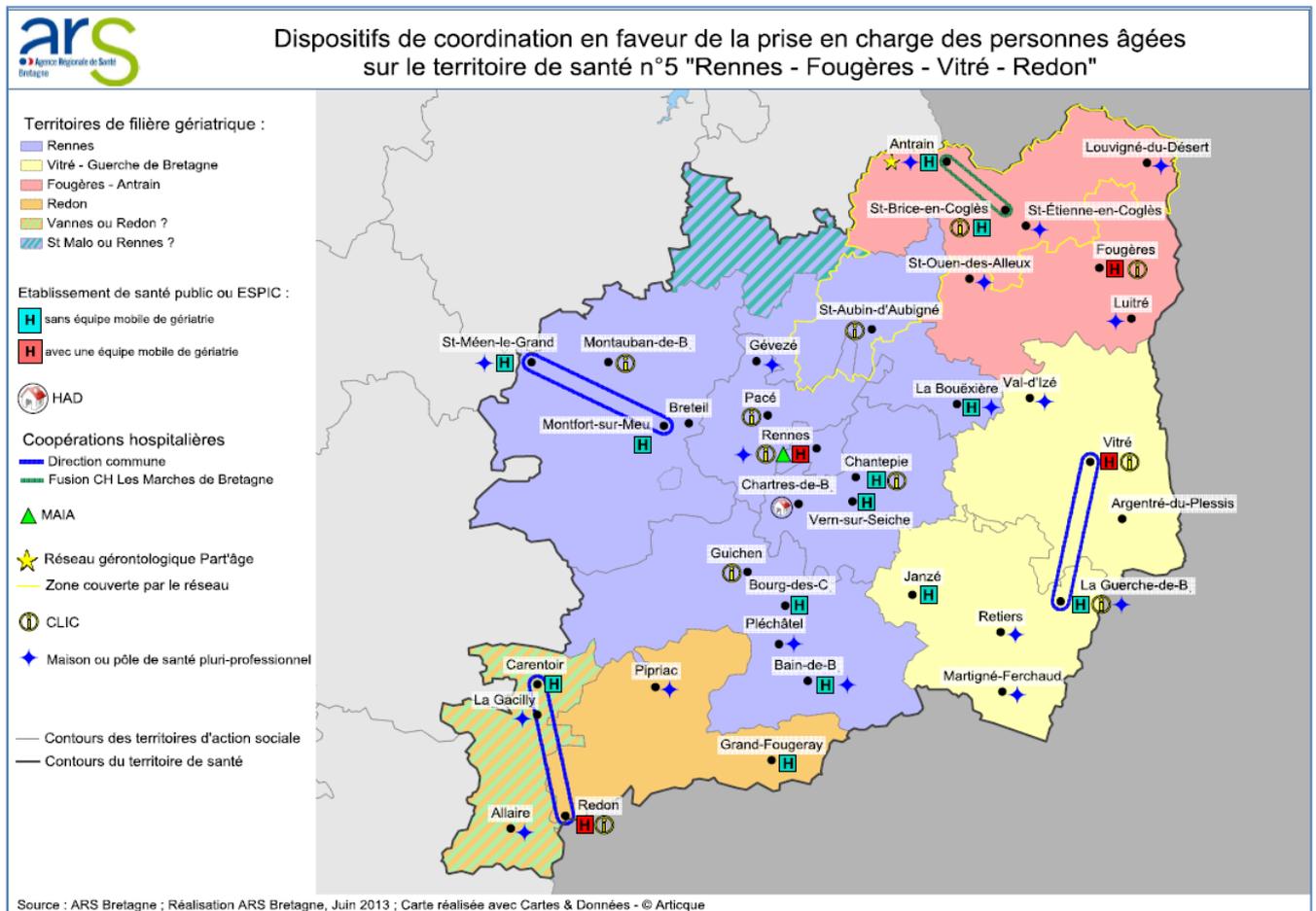
Parmi les spécificités repérées comme intéressantes pour fluidifier le parcours de la personne âgée hospitalisée, il convient de citer : l'Equipe Mobile de Gériatrie du CHU, la « cellule filière interne » animée par un cadre parcours et ressources au PGR et la présence d'un cadre unique en court séjour gériatrique (CSG) et en soins de suite et de réadaptation pour personnes âgées polyopathologies dépendantes (SSR PAPD) à Bain de Bretagne. Concernant les données d'activité, la destination la plus fréquente en sortie de CSG ou de SSR PAPD était le domicile dans les trois établissements. Pour les deux secteurs, il était également observé dans les trois centres un allongement de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) lorsque le patient sortait vers une structure d'aval (SSR, Etablissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou Unité de soins de longue durée). La pathologie la plus représentée (en nombres de journées) en CSG était l'insuffisance cardiaque pour le PGR et Bain de Bretagne. Il s'agissait des troubles mentaux d'origine organique pour le CHU.

Conclusion et perspectives

Au terme de ce travail, ont été objectivés et précisés les besoins d'une unité de transition entre prise en charge sanitaire et prise en charge médico-sociale pour les personnes âgées. Il serait nécessaire de préciser ce premier diagnostic par un recueil harmonisé des données PMSI internes aux établissements et de les consolider par des statistiques réalisées à partir des données du logiciel ORIS (Outil de Régulation des Inscriptions en SSR). Parmi les opportunités d'alternatives à l'hospitalisation d'attente qui se dessinent, il pourrait être retenu en priorité l'expérimentation de 30 places d'hébergement temporaire d'urgence proposée par le Conseil Départemental d'Ille et Vilaine. L'accueil familial encouragé par le département et par la loi d'adaptation de la société au vieillissement pourrait également constituer une troisième voie intéressante entre le domicile et l'entrée en établissement. Enfin, il conviendrait de consolider les partenariats avec les EHPAD environnants ainsi qu'avec l'ensemble des porteurs de dispositifs de maintiens à domicile pour qu'à terme la filière gériatrique devienne filière gérontologique.

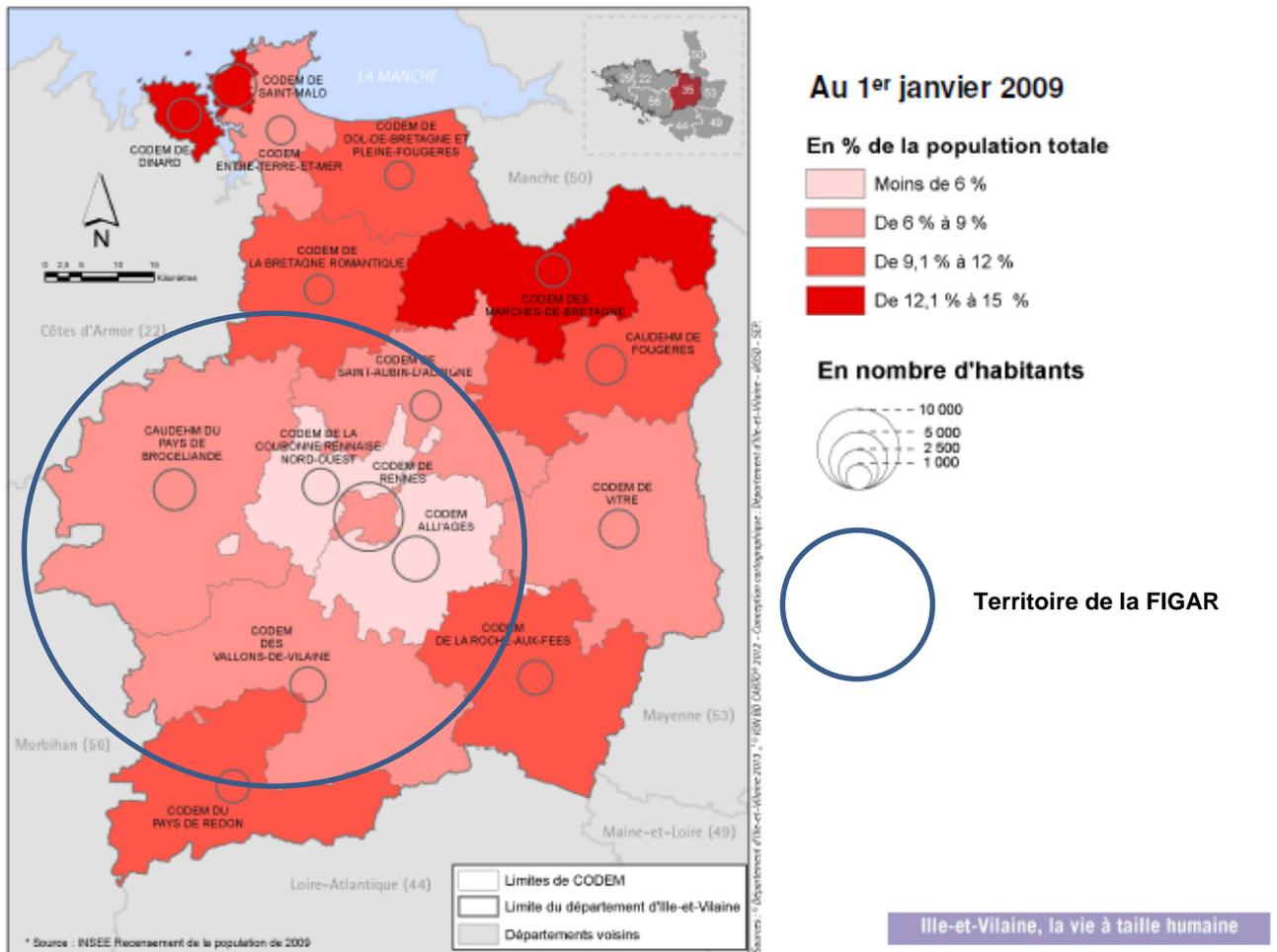
Annexe 2 : Atlas territorial

Carte 1 : Zone de couverture de la FIGAR (Territoire de filière gériatrique : Rennes)



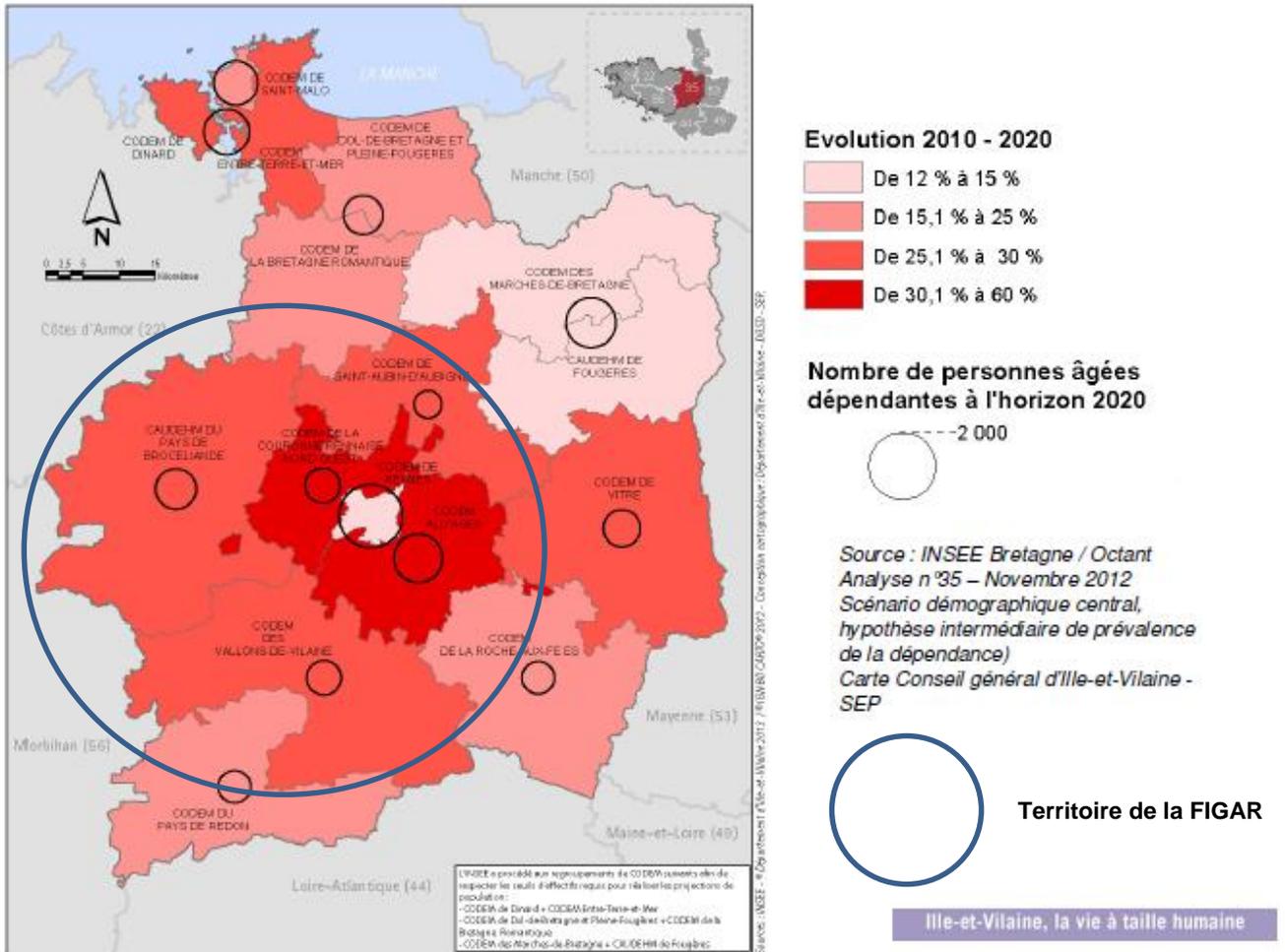
Source : ARS Bretagne, Juin 2013

Carte 2 : Population de 75 ans et plus vivant sur le territoire de FIGAR en 2009



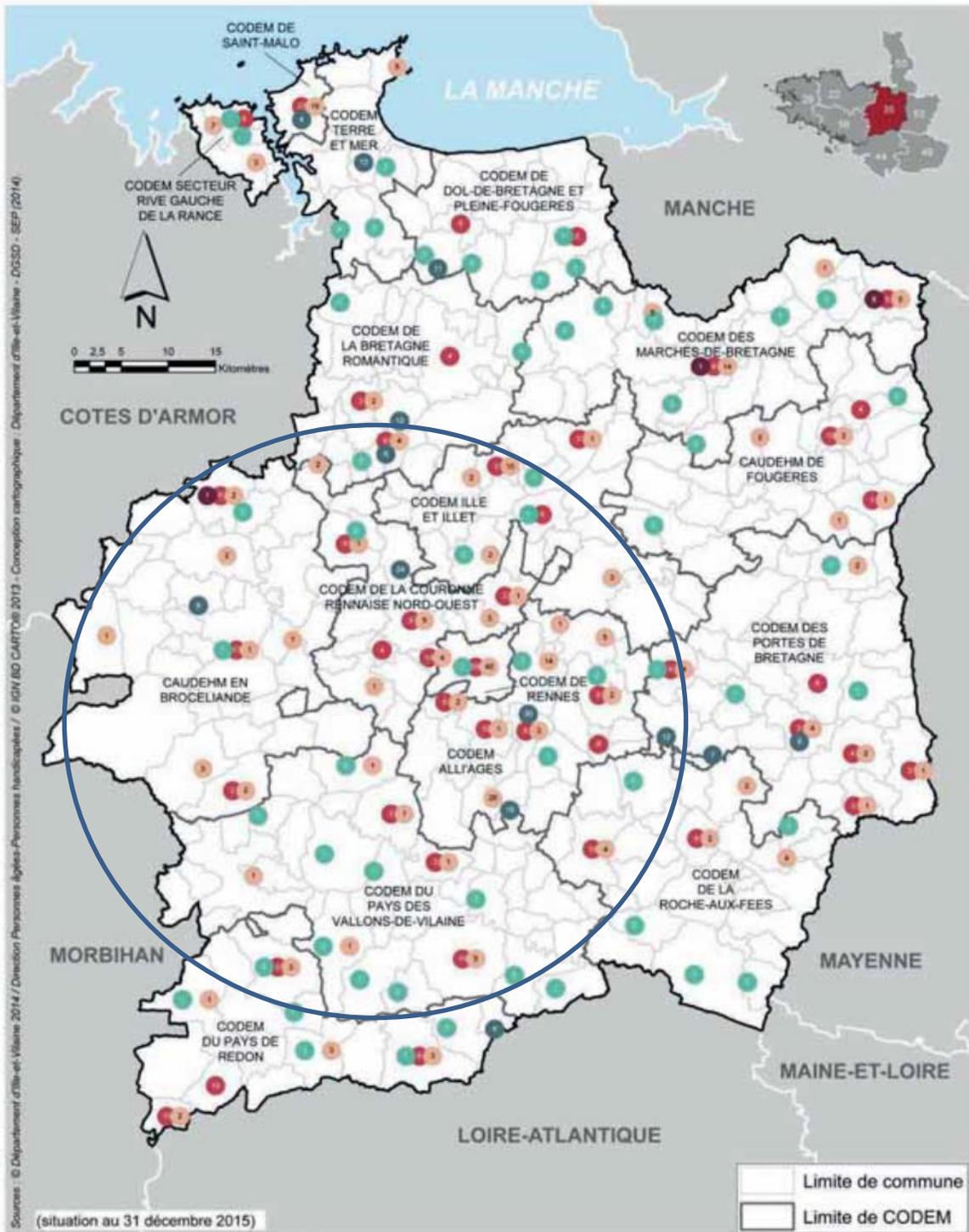
Source : Conseil Général d'Ile et Vilaine, 2013

Carte 3 : Projection de l'évolution de la population âgée dépendante sur le territoire de la FIGAR en 2020



Source : Conseil Général d'Ille et Vilaine, 2013

Carte 4 : Dispositifs d'aide au maintien à domicile sur le territoire de FIGAR en 2014



Nombre de places par type de dispositif :

- AJ (accueil de jour)
- HT (hébergement temporaire)
- AN (accueil de nuit)
- LA (logement adapté)
- Accueil familial



Territoire de la FIGAR



Source : Conseil Général d'Ille et Vilaine, 2015

Annexe 3 : Supports de communication du projet (Diaporamas)

Diaporama 1 : Analyse externe de la FIGAR et pistes d'actions envisagées (20 avril 2015)

20/04/2015 FIGAR 1

Contexte

- Constitution de la filière gériatrique de territoire « FIGAR » :
 - Gradation des soins et territorialisation de l'offre
- Identification d'un problème prioritaire et partagé par les 3 établissements supports :
 - L'engorgement des lits de court séjour gériatrique et des SSR par des personnes âgées en attente d'une place en EHPAD
- D'où le projet commun, ayant pour objectif de :
 - Développer une alternative à la poursuite de l'hospitalisation d'attente des personnes âgées ne pouvant pas rentrer à domicile

20/04/2015 FIGAR 2

Diagnostic : Objectif

- Etudier les possibilités de développer une structure intermédiaire de type médico-sociale à partir de la filière :
 - Type de structure, site, taille
 - Financements
 - Profil des patients éligibles
 - Compétences nécessaires ...

20/04/2015 FIGAR 3

Diagnostic : Méthode

➤ Diagnostic stratégique en 6 étapes :

20/04/2015 FIGAR 4

Diagnostic : Méthode : Analyse

➤ Analyse SWOT

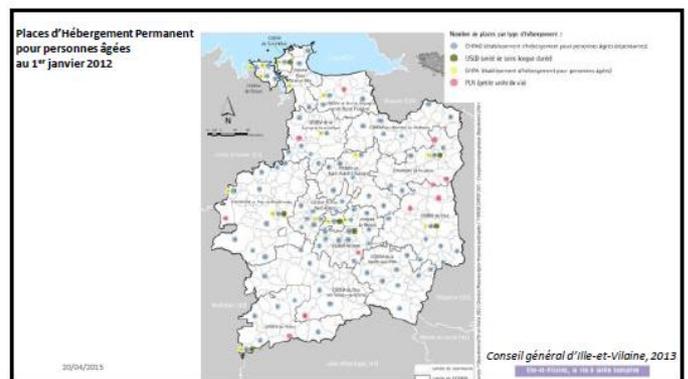
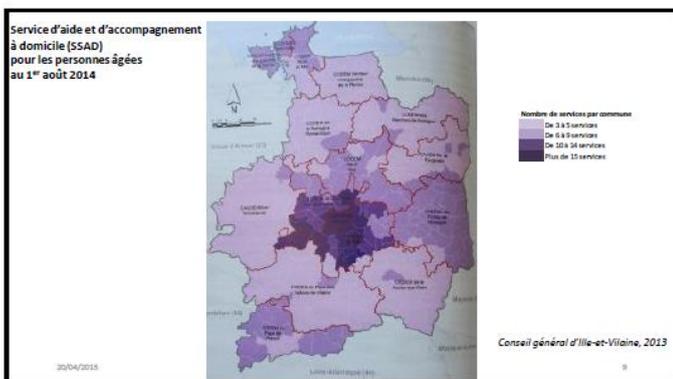
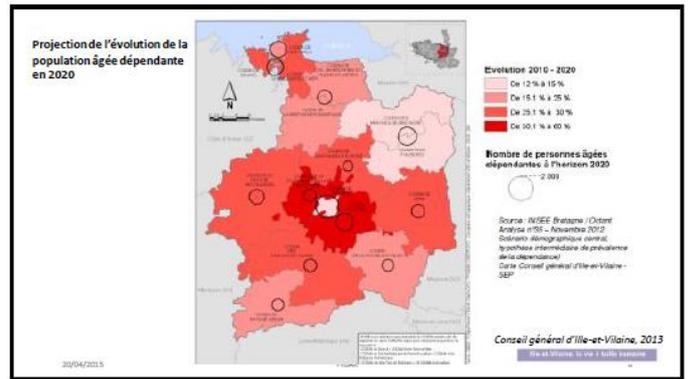
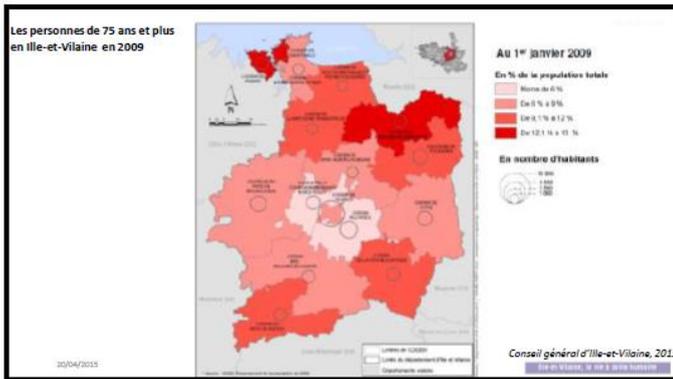
	Atouts	Handicaps
Interne	Forces S Strengths	Faiblesses W Weaknesses
Marché	Opportunités O Opportunities	Menaces T Threats

20/04/2015 FIGAR © www.piloter.org 5

Diagnostic : Résultats : Besoins et offre

Domaine	OPPORTUNITES	MENACES
Données sur les personnes âgées du territoire de filière		<ul style="list-style-type: none"> • 40 133 > 75 ans sur le territoire de filière (soit plus de la moitié des PA en Ile-et-Vilaine) • 10 542 personnes âgées dépendantes vivant sur le territoire de filière en 2020 (près de la moitié des PAD du département)
Offre existante	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'équipements SSIAD/SPASAD > à la région pour les Pays de Rennes et de Brocéliande • Taux d'équipements AJ et HT > à la région pour les Pays de Rennes et de Brocéliande • Accueil familial en Ile et Vilaine : 33 places PA et 133 places mixtes • Taux d'équipements HP en EHPAD > à la région pour les 3 Pays • Dispositif MAIA Pays de Rennes (table tactique) • 6 CLUC dont 4 à Rennes (porteurs MAIA) 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'équipements SSIAD/SPASAD < à la région pour le Pays des Vallons de Vilaine • Disparité de l'offre en SSIAD • Taux d'équipements AJ et HT < à la région pour le Pays des Vallons de Vilaine • Accueil de nuit en Ile et Vilaine : 10 places • Pays de Rennes : listes d'attentes +++ • Un dispositif absent sur les 2 autres Pays de la filière

20/04/2015 FIGAR 6



Diagnostic : Résultats : Eléments de planification

Domaine	OPPORTUNITES	MENACES
Projet régional de santé	<ul style="list-style-type: none"> Structuration en filière (territorialisation de l'offre) Fluidification du parcours patient => 2 priorités annoncées dans le SROS/SROMS et le PTS2 	
Schéma départemental en faveur de l'autonomie des PA/PH (2015-2019)	<ul style="list-style-type: none"> Expérimentation de 30 places d'Accueil d'Urgence (HT) Création de 10 places d'Accueil de Nuit Développement de l'Accueil familial (AJ/HT) Renforcement de la présence de professionnels en EHPAD 	<ul style="list-style-type: none"> HT d'urgence pour les PA en sortie d'hospitalisation : possible si augmentation du forfait soins (ARS) Pas de création de places d'HP en EHPAD
Etude ARS sur l'HT (en cours)	<ul style="list-style-type: none"> Objectivise les besoins en structure d'HT APP/ACC en 2016 ? 	<ul style="list-style-type: none"> Restructuration de l'HT prévue et non création de places
Réforme tarifaire des SSR (mars 2016)	<ul style="list-style-type: none"> Cohérence entre logique parcours du patient et logique économique 	<ul style="list-style-type: none"> Echéance courte, d'où la nécessité d'anticiper

30/04/2015 FIGAR 11

Pistes d'action :

- Conseil départemental d'Ille et Vilaine :
 - Schéma départemental en faveur de l'autonomie des PA/PH
 - Hébergement Temporaire (HT) d'urgence
 - Autres alternatives : Accueil de Nuit, Accueil Familial
- ARS Bretagne
 - Etude sur l'HT en cours
 - Appel à projets en 2016 ?

30/04/2015 FIGAR 12

XIII

Alexandra VAN DE VELDE -

Pistes d'action : engager une réflexion sur les process

- Logique territoriale : 1, 2, 3 unités ?
- Contraintes financières : nombre d'unités, taille critique ?
- Fluidité au sein de la structure : critères d'admission, comment assurer l'aval de la nouvelle structure ?
- Médicalisation de la structure : ETP médical, médecin salarié ou médecins libéraux ?

2014/2015

FIGAR

14

FIGAR

Fédération Française des Associations de Cardiologues Français

Réunion filière interne du 20/04/2015
Projet « Alternative à l'hospitalisation d'attente des personnes âgées »

Alexandra VAN DE VELDE
Etudiante Master 2 EHESP

2014/2015

FIGAR

14

Diaporama 2 : Mise en perspective du projet (1^{er} avril 2015)



Projet « Alternative à l'hospitalisation d'attente des personnes âgées »

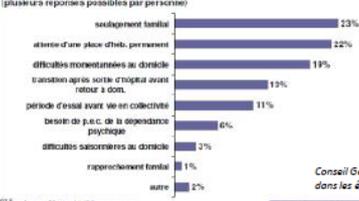
Rencontre CHU du 01/04/15

Alexandra VAN DE VELDE
Etudiante Master 2 EHESP

L'hébergement temporaire : enquête du Conseil Général

Profil des personnes accueillies

12. Quels sont les motifs d'admission des personnes accueillies en hébergement temporaire en 2012 ?
Indiquez le nombre de personnes admises par motif d'admission (plusieurs réponses possibles par personne)



Motif d'admission	Pourcentage
séjour familial	23%
absence d'une place d'hebergement permanent	22%
difficultés momentanées au domicile	19%
transition après sortie d'hôpital avant retour à domicile	19%
période d'essai avant vie en collectivité	11%
besoin de p.a.c. de la dépendance psychique	6%
difficultés substantielles au domicile	3%
rapprochement familial	1%
autre	2%

Conseil Général 35. Enquête sur l'hébergement temporaire dans les établissements pour personnes âgées, octobre 2013

L'hébergement temporaire : étude CNSA

L'hébergement temporaire présente un mode d'accueil et d'accompagnement parmi un ensemble de réponses en développement (accueil de jour, services d'aide à domicile, accueil familial, formules de répit à domicile ou accueils conjoints aidants / aidés, plateformes de services et réseaux).

En ce sens, il se situe dans un ensemble de réponses orientées vers l'accompagnement au domicile. Néanmoins, le bénéfice potentiel de l'hébergement temporaire en tant que préparation à l'accueil permanent existe et ne saurait être négligé.

Cette multiplicité de réponses possibles à des situations aussi variées interroge : les gestionnaires doivent-ils prévoir un projet de service susceptible de répondre à toutes les demandes, sachant que les conséquences sur le travail des équipes, le mode d'admission, la préparation de la sortie varient selon les populations accompagnées et leurs problématiques ?

Où s'agit-il de spécialiser l'offre en distinguant, par territoire, des places d'hébergement temporaire par nature de service ?

CNSA. Dossier technique. État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées, octobre 2011

Schéma en faveur de l'autonomie des PA/PH (2015-2019)

Parmi les décisions annoncées dans le Rapport des Actes Administratifs du 3 Mars 2015 :

- Expérimentation de 30 places d'accueil d'urgence (HT)
- Expérimentation de plusieurs dispositifs concourant à l'amélioration du parcours de la personne
- Création de 216 places médicalisées d'accueil pour PA
- Renforcement de la présence de professionnels en EHPAD

Conseil Général 35. Recueil des Actes Administratifs. Session du 1^{er} trimestre 2015 (janvier) et arrêtés, mars 2015

Autres alternatives à l'hébergement permanent : perceptions des acteurs concernés par la Figar

Au cours des entretiens et des réunions, ont été évoqués :

- Pour un dispositif de type médico-social :
 - Le SSIAD de nuit
 - L'accueil de nuit
 - Les familles d'accueil
- Pour un dispositif de type sanitaire :
 - Une « Equipe Mobile de Gériatrie » extra-hospitalière

Expériences en France

CHU Nancy (territoire pilote PAERPA) :

- Unité gériatrique d'entrées directes (Uged) = 15 lits (1% capacité des lits)
- Travail « sur le profil des patients qui bloquent les lits et pour lesquels les SSR ne sont de toute façon pas adaptés »
- Structure intermédiaire : hôtels médicalisés (projet en discussion)

Hospimedia, 13/02/15

- LFSS 2015 (art. 53) : « prestation d'hébergement temporaire non médicalisée en amont ou en aval de l'hospitalisation »

A l'étranger, données de la littérature

Structures intermédiaires « intermediate unit » :

Objective

The objective of this study is to explore an intermediate unit's role in the clinical pathway from hospital to home for older patients with somatic diseases.

Conclusion and discussion: This study describes challenges that may occur when a new unit is established in an existing healthcare system in order to achieve an appropriate clinical pathway from hospital to home.

Johannessen AK et al. « The role of an intermediate unit in a clinical pathway ». International Journal of Integrated Care, 2013

01/04/2015

7

Perspectives :

- Fluidifier la filière gériatrique : un enjeu qui semble être partagé par l'ensemble des acteurs concernés
 - Fluidifier la filière « Figar : quelles priorités, quelles orientations ? :
 - S'appuyer sur un dispositif existant (et augmenter la faisabilité) ?
 - Expérimenter, innover dans le cadre de nouveaux dispositifs ?
- => Nécessité d'un alignement des différents acteurs prenant part au projet sur les objectifs d'une telle structure

01/04/2015

8

Diaporama 3 : Analyse interne des trois établissements supports de la filière (22 juin 2015)


 RÉUNION FILIÈRE INTERNE DU 22/06/2015

Alexandra VAN DE VELDE
Etudiante Master 2 EHESP

22/06/2015 FIGAR 1

Etude comparée PGR, Bain, CHU

22/06/2015 FIGAR 2

Capacités des établissements supports

Etablissements supports	CHU Rennes	Groupe UGECAM Grands Chênes PGR	HSTV Bain de Bretagne
CSG (lits)	30	16	23
IMC	oui	non	non
USG	oui	oui	non
MDJ Gériatrique (places)	5	5	0
Consultation gériatrique	oui	oui	oui
Consultation mémoire	oui	oui	oui
USLD (lits)	120	48	0
USC (lits)	4 vers 7	non	non
UMR (lits)	0	12	0
SSR polyvalents (lits et places)	17	30 lits dont 3 lits soins palliatifs	25
SSR neurologique (lits et places)	0	25 lits et 3 places	0
SSR locomoteur (lits et places)	0	35 lits et 2 places	0
SSR PAPD (lits et places)	40	40 lits dont 3 lits soins palliatifs	20
SHAD hospitalier (lits)	120 dont 26 lits unité Alzheimer	160 dont 26 lits unité Alzheimer	252
Hébergement temporaire (places)	0	0	5
IRSA	0	0	14

22/06/2015 FIGAR 3

Fonctionnement et organisation : Les Grands Chênes PGR

- Revue de pertinence : critères d'admission et séjours
- Projet médico-social : standardisation outils et procédures
 - Grille d'entretien de repérage d'une problématique sociale
 - Courrier d'information au patient (SSR)
- Projet gérontologique en cours
- Cellule filière interne et Cadre parcours et Ressources

22/06/2015 FIGAR 4

Fonctionnement et organisation : HSTV Bain

- Cadre de santé unique pour le CSG et le SSR PAPD
- Filière gériatrique interne
- Mission de réhabilitation renforcée en SSR PAPD (ateliers à thématiques)
- Elaboration d'un livret personnalisé de sortie en cours (SSR PAPD)

22/06/2015 FIGAR 5

Fonctionnement et organisation : CHU

- Equipe mobile de gériatrie : intervention aux urgences et dans les autres services :
 - Avis spécialisé consultatif sur sollicitation d'un médecin sénior ou de l'interne
 - Depuis les urgences :
 - Orientation vers le CSG si le RAD présente un risque de dommages immédiats
- Staffs quotidiens médecins et équipe paramédicale en CSG

22/06/2015 FIGAR 6

Activité : Description des séjours de Court Séjour
Gériatrique en 2014

	CHU	PGR	HSTV Bain
Séjours (n)	790	1426	546
Journées d'hébergement (n)	15 332	23 291	6 149
Age moyen	85,5	85,1	83,7
Age médian	86,0	86,0	NA
> 85 ans (%)	~ 50	55,2	39,4
Sexe homme (%)	36,1	38,7	39,0
DMS (jours)	19,4	14,3	11,4
médiane des séjours (jours)	15	11	10
IPDMS	0,65	0,79	0,91

Age moyen et Age médian exprimés en années
Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours
Médiane des séjours exprimée en jours

22/06/2015

FIGAR

7

Activité : Description des séjours de SSR PAPD en
2014

	CHU	PGR	HSTV Bain
Nombre de séjours	338	460	162
Age moyen	83	85,6	84,9
> 85 ans (%)	50,0	59,6	NA
Sexe homme (%)	29,3	29,8	37,4
DMS	40,5	45,9	32,4
Médiane des séjours	34	35	26

Age moyen exprimé en années
Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours
Médiane des séjours exprimée en jours

22/06/2015

FIGAR

8

XVIII

Alexandra VAN DE VELDE -

Annexe 4 : Guide d'entretien focus groupe

Objectif principal : Mettre en évidence des modalités de fonctionnement au sein de chacun des trois établissements supports de la FIGAR, en particulier pour les services de médecine gériatrique aigue et de SSR

Objectifs secondaires :

- Recueillir les perceptions des professionnels concernés
- Amener les professionnels à se projeter (en termes d'améliorations du fonctionnement actuel ou d'innovations)

Méthode :

- Guide d'entretien structuré selon un scénario semi-directif
- Groupe constitué de 3 professionnels (sur la base de ceux présents en cellule de régulation au PGR)
- Lieux : 3 sites (CHU, PGR et HSTV Bain de Bretagne)
- Durée : 1 heure

Première partie (recenser les pratiques, recueillir des points de vue*...)

Programmation

Quelles sont les modalités d'entrées dans le service de gériatrie aigue (GA) ? En SSR ?

Possibilités d'admission 24h/24, 7j/7 ?

Modalités pratiques d'admissions en GA le jour :

Par qui (médecin sénior obligatoirement ?)

S'appuient-elles sur une fiche ? des critères explicites (si oui, quel référentiel est utilisé, HAS ou ATIH ou... ?)

Quel est le rôle du cadre de santé ?

Coordination Services hospitaliers-Médecine de ville

Existe-t-il une ligne directe pour la médecine libérale ? Si, oui :

Amplitude de la permanence téléphonique ? (jours ouvrables seulement ?)

Part estimée de médecins traitants *versus* médecin-co. ?

Le motif des appels vous semble-t-il pertinent dans la majorité des cas ?

Des questions sont-elles posées à l'adresseur sur la difficulté éventuelle d'orientation ultérieure ?

Négociations (possibilité d'admission d'un patient différent de celui proposé initialement ?)

Constitution de la filière

A quel stade se situe l'établissement pour sa structuration en filière gériatrique interne ?

Méthodologie adoptée : Personnes impliquées, fréquence des réunions, groupes de travail, principales étapes, calendrier

Une évolution de la filière gériatrique en filière gérontologique est-elle envisagée ?

Méthodologie envisagée : avec quels partenaires en priorité ? dans quel délai ? comment (moyens de communication, conventions ?) ?

Anticipation de la sortie et gestion de l'aval

Coordination avec les services sociaux

En général, à quel moment du séjour le recours au service social est-il évalué et déclenché ? (dès l'admission, durant les premiers jours d'hospitalisation etc.)

Comment le besoin d'une intervention du service social est-il évalué (grille de repérage etc.) ? OU contact systématique des patients avec une assistante sociale (AS) ?

Selon vous, le passage des assistantes sociales est-il réalisé dans un délai satisfaisant ?

A quelle fréquence des réunions multidisciplinaires sont-elles organisées (réunions quotidiennes, hebdomadaire ?) ? L'AS est-elle présente ?

Modalités de soins et d'accompagnement et gestion de l'aval

Un projet de soin et un projet de vie sont-ils élaborés pendant le séjour du patient en médecine ou SSR ? Si projet de vie, en quoi sa formalisation est-elle importante dès ce stade ?

Selon vous, dans quel délai (en moyenne) la sortie est-elle évoquée ?

En SSR, quand et comment les demandes d'aval sont-elles réalisées (outils homogénéisés) ?

Que pensez-vous d'un développement d'ORIS au secteur médico-social ?

Quels types de partenariats sont-ils mis en place avec les structures d'aval (conventions) ?

Sur quoi portent les engagements réciproques dans les conventions ? (critères et modalités de réadmission etc.) ?

XX

Alexandra VAN DE VELDE -

Pilotage

La bonne occupation des lits, la mobilisation des ressources humaines et la gestion d'aval font-elles l'objet d'une analyse ou d'une évaluation ?

Si oui, selon quelles modalités : cellule de régulation, Evaluation des Pratiques Professionnelles (revue de pertinence par exemple), tableau de bord etc. ?

Quelles sont les composantes existantes (ou en cours d'élaboration) du projet d'établissement ? En particulier, existe-t-il un projet gérontologique ?

Seconde partie (se projeter...)

Quels outils/procédures utilisés par votre établissement vous sembleraient pertinents à réinvestir dans la filière de territoire ?

Selon vous, quels outils/ procédures utilisés par les autres établissements supports (à votre connaissance) pourraient être généralisés ?

Annexe 5 : Offre de santé par Pays composant le territoire de la FIGAR

Tableau 1 : Offre de santé pour le Pays de Rennes

DOMAINE	OPPORTUNITES	MENACES
	15 300 PA > 75 ans pour canton rennais 63 109 PA > 65 ans et plus de 30 337 PA > 75 ans pour le Pays de Rennes	
Démographie		13 % > 65 ans (14,5 % TS5) et environ 6,2% > 75 ans (7,5% TS5)
Professionnels de santé libéraux	peu de difficultés en termes d'offre de soins de 1er recours	
Exercice coordonné	3 MSP/PSP	
Médecine	11 établissements (étab.) autorisés	
Chirurgie	7 étab. autorisés	
SSR	3 sites de SSR polyvalent dont 1 au CHU (Hotel Dieu), 1 au Pôle Gériatrique Rennais (PGR) et 1 à la Polyclinique St Laurent 2 sites de SSR PAPD dont 1 CHU (la Tauvrais) et 1 PGR	taux d'équipement en SSR PAPD < au taux régional (25 vs 35/10000 hab. > 75 ans) sur le TS5
Soins palliatifs	6 étab. autorisés	
USLD	3 étab. autorisés	
HAD	HAD 35 : antenne de Rennes	
Gérontopsychiatrie	CHGR	
SSIAD/SPASAD	Taux d'équipement > au taux régional (21,7 vs 19,6 /1000 hab. > 75 ans) 707 places	L'hermitage desservi par aucun SSIAD
AJ	Taux d'équipement > au taux régional (2,8 vs 2,2 /1000 hab. > 75 ans)	
HT	Taux d'équipement > au taux régional (3,2 vs 2,4 /1000 hab. > 75 ans) dont 26 places d'HT autonome à Orgères	
HP en EHPAD	Taux d'équipement > au taux régional (119,6 vs 117,9 /1000 hab. > 75 ans)	
EHPA médicalisé et PUV		Taux d'équipement très < au taux régional (4,3 vs 11,7/1000 hab. > 75 ans)
	ESA : 3 sites soit 30 places PASA : 9 sites soit 112 places Plateforme de répit : 1 MAIA : 1	
Mesures Alzheimer	CLIC : 4, rennes, all'âge et noroit, de l'ille et de l'illet consultations mémoires en milieu hospitalier : 3 UHR sanitaire : 1 au CHGR de Rennes et 1 au PGR de Chantepie	UHR : 0 site en médico-social UCC : 0 (1 à venir en 2015 CHU Rennes ?) consultations mémoires en milieu libéral : 0
Réseaux	Réseau diabète 35 couvre la totalité du TS5	pas de réseaux de soins palliatifs

Tableau 2 : Offre de santé pour le Pays de Brocéliande

DOMAINE	OPPORTUNITES	MENACES
	9615 PA > 65 ans et 5630 PA > 75 ans	
Démographie		14,6 % > 65 ans (14,5 % TS5) et 7,8 % > 75 ans (7,5 % TS5)
Professionnels de santé libéraux		zone à surveiller (zonage SROS) zone qualifiée de prioritaires sur les territoires de 1er recours : Plélan-le-Grand
Exercice coordonné	1 MSP/PSP	
Médecine	2 établissements (étab.) autorisés	
Chirurgie	0	
SSR	2 étab. autorisés SSR polyvalent (CH St méen et Monfort)	taux d'équipement en SSR PAPD < au taux régional (25 vs 35/10000 hab. > 75 ans) sur le TS5 Pas de SSR PAPD sur les 2 CH
USLD	1 étab. Autorisé	
Soins palliatifs	1 étab. Activité reconnue	
HAD	HAD 35 : antenne de Rennes	
Gérontopsychiatrie	CHGR	
SSIAD/SPASAD (hors ESA)	Taux d'équipement > au taux régional (25,7 vs 19,6 /1000 hab. > 75 ans) 137 places	
SAAD		
AJ	Taux d'équipement > au taux régional (3,9 vs 2,2 /1000 hab. > 75 ans)	Aucune place d'AJ autonome (tous adossés à EHPAD)
HT	Taux d'équipement > au taux régional (2,8 vs 2,4 /1000 hab. > 75 ans)	Aucune place d'AJ autonome (tous adossés à EHPAD)
HP en EHPAD	Taux d'équipement > au taux régional (135,2 vs 117,9 /1000 hab. > 75 ans)	
EHPA médicalisé et PUV	Taux d'équipement > au taux régional (22,2 vs 11,7 /1000 hab. > 75 ans)	
Mesures Alzheimer	PASA : 1 site soit 14 places Plateforme de répit : 0 MAIA : 0 CLIC : 1, CLIC de Brocéliande UHR : 1 site en médico-social (Médréac)	UCC : 0 consultations mémoires en milieu hospitalier/ libéral : 0 ESA : 0 UHR : 0 site en sanitaire
Réseaux	Réseau diabète 35 couvre la totalité du TS5	pas de réseaux de soins palliatifs

Tableau 3 : Offre de santé Pays des Vallons de Vilaine

DOMAINE	OPPORTUNITES	MENACES
	8 887 PA > 65 ans et 4166 PA > 75 ans	
Démographie		13,5 % > 65 ans (14,5 % TS5) et 6,7 % > 75 ans (7,5% TS5)
Professionnels de santé libéraux		zone à surveiller (zonage sros ambulatoire) peu de spécialistes zone qualifiée de prioritaires sur les territoires de 1er recours : Maure-de-Bretagne
Exercice coordonné	2 MSP/PSP	
Médecine	1 établissement (étab.) autorisé	
Chirurgie		0 étab. autorisé
SSR	1 site de SSR polyvalent 1 SSR PAPD à HSTV Bain de Bretagne	taux d'équipement en SSR PAPD < au taux régional (25 vs 35/10000 hab. > 75 ans) sur le TS5
USLD		0 étab. autorisé
Soins palliatifs	1 étab. autorisé	
HAD	HAD 35 : antenne de Bain	
SSIAD/SPASAD		Taux d'équipement < au taux régional (12,7 vs 19,6 /1000 hab. > 75 ans) 60 places
AJ		Taux d'équipement < au taux régional (1,3 vs 2,2 /1000 hab. > 75 ans)
HT		Taux d'équipement < au taux régional (2,1 vs 2,4 /1000 hab. > 75 ans) répartition sur le territoire ?? 0 HT autonome
HP en EHPAD	Taux d'équipement > au taux régional (124,4 vs 117,9 /1000 hab. > 75 ans)	taux d'équipement faible sur le canton de Maure-de-Bretagne
EHPA		Taux d'équipement très < au taux régional (4,2 vs 11,7/1000 hab. > 75 ans)
Mesures Alzheimer	ESA : 1 site soit 10 places PASA : 1 sites soit 14 places CLIC : 1, clic des 4 rivières consultations mémoires en milieu hospitalier : 1	Plateforme de répit : 0 MAIA : 0 UHR : 0 site en médico-social/san. UCC : 0 consultations mémoires en milieu libéral : 0
Réseaux	Réseau diabète 35 couvre la totalité du TS5	pas de réseaux de soins palliatifs

Annexe 6 : Capacités et temps médicaux au sein de la FIGAR

Tableau 4 : Capacités et Equivalents temps plein (ETP) médicaux

Etablissements supports	CHU Rennes	Groupe UGECAM Grands Chênes PGR	HSTV Bain de Bretagne et Clinique Saint Laurent
Court séjour gériatrique (lits)	30	16	0
ETP médecin	2,1	1,05	0
Médecine à orientation gériatrique	0	0	23
ETP médecin	0	0	1,6
Cardiologie gériatrique	0	35	0
ETP médecin	0	2,1	0
consultations externes cardio	0	oui	0
ETP médecin	0	0,9	0
Neurologie gériatrique	0	19	0
ETP médecin	0	1,3	0
Equipe mobile gériatrique interne	oui	non	non
Equipe mobile gériatrique externe	non	non	non
ETP médecin	1,5	0	0
HDJ Médecine Gériatrique (places)	5	5	0
ETP médecin	1,1	2	0
Consultation gériatrique	oui	oui	oui
Consultation mémoire	oui	oui	oui
ETP dédié	0,7	0,4	0,9
USLD (lits)	120	48	0
ETP médecin	1,1	0,8 (en tout sur les 60)	0
UCC (lits)	0	0	0
UHR (lits)	0	12	0
ETP médecin	0	non séparés de USLD	0
SSR polyvalents (lits)	17	30 lits dont 3 identifiés soins palliatifs	25
ETP médecin	non séparés de SSR PAPD	1,2	1,1
SSR neurologique (lits)	0	25	0
ETP médecin	0	1,4	0
HDJ SSR neurologique (places)	0	3	0
ETP médecin	0	0,1	0
SSR locomoteur (lits)	0	35	0
ETP médecin	0	1,1	0
HDJ SSR locomoteur (places)	0	2	0
ETP médecin	0	0,2	0
SSR PAPD (lits)	40	60 lits dont 3 identifiés soins palliatifs	20
ETP médecin	2,5 (en tout sur les 57)	2,7	0,5
Gérontopsychiatrie (lits)	0	0	0
ETP médecin	0	0	0
Consultation gérontopsychiatrique	non	non	non
ETP dédié	0	0	0
EMG gérontopsychiatrique	non (mais EMG de psychiatrie)	non	non
ETP médecin	0	0	0
Consultations oncogériatriques	oui	oui	non
ETP médecin	0,1	NA	0
EHPAD hospitalier (lits)	120	160	252
dont Hébergement Temporaire (places)	0	6	5
ETP médecin	1	1,8	1,4
Nombre de PU-PH	1	0	0
Nombre de Chefs de Cliniques Assistants	1	0	0
Nombre de PH temps plein	6	3	4
Nombre de PH temps partiel	6	9	5
Nombre de postes d'internes	4 en CSG, 4 en SSR, 1 en USLD	1 en CSG, 2 en SSR PAPD	1 en CSG
Total ETP médecin (hors internes)	10,1	17,05	5,5

Annexe 7 : Activité de Court Séjour Gériatrique en 2014

Tableau 5 : Description des séjours de Court Séjour Gériatrique en 2014

	CHU	PGR	HSTV Bain
Séjours (n)	790	1626	546
Journées établissement (n)	15 332	23 291	6 149
Age moyen	85,5	85,1	83,7
Age médian	86,0	86,0	NA
> 85 ans (%)	> 50	55,2	39,4
Sexe homme (%)	36,1	38,7	39,0
DMS (jours)	19,4	14,3	11,4
médiane des séjours (jours)	15	11	10
IPDMS	0,65	0,79	0,91

Age moyen et Age médian exprimés en années

Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours

Médiane des séjours exprimée en jours

Tableau 6 : Caractéristiques des séjours de Court Séjour Gériatrique en fonction du mode d'entrée en 2014

	CHU (n=790)	PGR (n=1626)	HSTV Bain (n=546)
Domicile			
Séjours n (%)	182 (23)	401 (25)	193 (35)
Age moyen	85,2	84,2	83,8
Sexe homme (%)	36	38	37
DMS	18,6	13,9	11,5
EHPAD ou USLD			
Séjours n (%)	9 (1)	139 (9)	87 (16)
Age moyen	NA	87,4	84,1
Sexe homme (%)	NA	35	37
DMS	NA	11,6	10,6
Transfert MCO			
Séjours n (%)	6 (<1)	1023 (63)	225 (41)
Age moyen	84,7	85,3	83,8
Sexe homme (%)	33	41	42
DMS	19,7	14,8	11,2
Autres transferts			
Séjours n (%)	NC	22 (1)	4 (1)
Age moyen	NC	80,9	74,9
Sexe homme (%)	NC	41	33
DMS	NC	24	10
Mutations MCO			
Séjours n (%)	587 (74)	NC	NC
Age moyen	NA	NC	NC
Sexe homme (%)	NA	NC	NC
DMS	NA	NC	NC
Mutations SSR			
Séjours n (%)	6 (<1)	41 (3)	37 (7)
Age moyen	76,3	86,4	82,6
Sexe homme (%)	67	15	41
DMS	12,5	11,5	10,6
Age moyen exprimé en années			
Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours			

**Tableau 7 : Caractéristiques des séjours de Court
Séjour Gériatrique en fonction du mode de sortie en
2014**

	CHU (n=790)	PGR (n= 1626)	HSTV Bain (n= 546)
Domicile			
Séjours n (%)	359 (45)	726 (45)	188 (34)
Age moyen	85,8	84,2	83,4
Sexe homme (%)	36	42	41
DMS	14,5	12,2	10,7
EHPAD ou USLD			
Séjours n (%)	124 (16)	334 (21)	110 (20)
Age moyen	NA	87,6	83,9
Sexe homme (%)	NA	34	36
DMS	NA	14,5	11,2
Transfert MCO			
Séjours n (%)	31 (4)	79 (5)	37 (7)
Age moyen	84,0	82,2	80,5
Sexe homme (%)	45	41	41
DMS	15,3	11,6	8,8
Autres transferts			
Séjours n (%)	NC	11 (1)	19 (3)
Age moyen	NC	79,4	76,0
Sexe homme (%)	NC	55	20
DMS	NC	13	11,8
Mutations MCO			
Séjours n (%)	18 (2)	NC	NC
Age moyen	83,5	NC	NC
Sexe homme (%)	61	NC	NC
DMS	22,8	NC	NC
SSR			
Séjours n (%)	194 (25)	306 (19)	160 (29)
Age moyen	NA	84,6	84,3
Sexe homme (%)	NA	27	39
DMS	NA	19,4	13
Décès			
Séjours n (%)	64 (8)	170 (11)	32 (6)
Age moyen	85,5	86,9	86,4
Sexe homme (%)	59	51	32
DMS	17,3	15,6	10,9

Age moyen exprimé en années

Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours

Tableau 8 : Description des séjours de Court Séjour Gériatrique en fonction de la sévérité en 2014

	CHU (n=790)	PGR (n=1626)	HSTV Bain (n=546)
Sévérité 1			
Séjours n (%)	16 (2,0)	144 (8,9)	26 (4,8)
DMS	3,3	7,3	5,4
Sévérité 2			
Séjours n (%)	90 (11,4)	524 (32,2)	151 (27,7)
DMS	12,2	10,2	9,8
Sévérité 3			
Séjours n (%)	476 (60,3)	666 (41,0)	234 (42,9)
DMS	18,9	16,5	12,6
Sévérité 4			
Séjours n (%)	183 (23,2)	192 (11,8)	70 (12,8)
DMS	25,7	23,9	14,5
E séjours avec décès			
Séjours n (%)	1 (0,1%)	12 (0,7)	NA
DMS	1	0,7	NA
T séjours de très courte durée			
Séjours n (%)	4 (0,5)	23 (1,4)	5 (0,9)
DMS	1	1,3	1
Z séjours non segmentés			
Séjours n (%)	20 (2,5)	65 (4,0)	60 (11,0)
DMS	23,1	19,5	9,2

Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours

Tableau 9 : Description du case mix en Court séjour gériatrique par spécialités médicales en 2014

	CHU	PGR	HSTV Bain
1-Neurologie			
Séjours (n)	64	281	63
Jours établissement (n)	1843	5152	695
DMS moyenne	28,8	18,3	11
IPDMS	0,53	0,74	1,13
4-Pneumologie			
Séjours (n)	38	199	79
Jours établissement (n)	909	2649	981
DMS moyenne	23,9	13,3	12,4
IPDMS	0,57	0,86	0,99
5-Cardiologie			
Séjours (n)	49	692	67
Jours établissement (n)	1360	8373	811
DMS moyenne	27,8	12,1	12,1
IPDMS	0,48	0,89	0,93
8-Locomoteur			
Séjours (n)	60	74	43
Jours établissement (n)	1535	1274	529
DMS moyenne	25,6	17,2	12,3
IPDMS	0,54	0,72	1,07
19-Psychiatrie			
Séjours (n)	81	93	53
Jours établissement (n)	2771	1520	596
DMS moyenne	34,2	16,3	11,2
IPDMS	0,41	0,76	1
23-Recours aux soins			
Séjours (n)	9	150	74
Jours établissement (n)	299	2398	645
DMS moyenne	33,2	16	8,7
IPDMS	0,32	0,5	0,95

Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours

Indice de Performance-Durée moyenne de séjour (IPDMS)

XXX

Alexandra VAN DE VELDE -

Annexe 8 : Activité de SSR PAPD en 2014

Tableau 10 : Description des séjours de SSR PAPD en 2014

	CHU	PGR	HSTV Bain
Nombre de séjours	338	460	162
Age moyen	83	85,6	84,9
> 85 ans (%)	50,0	59,6	NA
Sexe homme (%)	29,3	29,8	37,4
DMS	40,5	45,9	32,4
Médiane des séjours	34	35	26

Age moyen exprimé en années

Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours

Médiane des séjours exprimée en jours

Tableau 11 : Description des séjours de SSR PAPD en fonction du mode d'entrée en 2014

	CHU (n=338)	PGR (n=460)	HSTV Bain (n=162)
Domicile			
Séjours n (%)	11 (3,3)	23 (5,0)	7 (4,3)
Age moyen	NA	82,6	NA
DMS	NA	35,6	NA
EHPAD ou USLD			
Séjours n (%)	1 (0,3)	3 (0,6)	1 (0,6)
Age moyen	NA	87,2	NA
DMS	NA	NA	NA
MCO			
Séjours n (%)	326 (96,4)	394 (85,7)	154 (95,1)
Age moyen	NA	85,8	NA
DMS	NA	41,2	NA
SSR			
Séjours n (%)	0 (0,0)	40 (8,7)	0 (0,0)
Age moyen	NC	85,4	NC
DMS	NC	42,2	NC

Age moyen exprimé en années

Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours

Tableau 12 : Description des séjours de SSR PAPD en fonction du mode de sortie en 2014

	CHU (n=338)	PGR (n=464)	HSTV Bain (n=146)
Domicile			
Séjours n (%)	198 (58,6)	210 (43,5)	69 (47,3)
EHPAD ou USLD			
Séjours n (%)	31 (9,2)	124 (26,7)	44 (30,1)
MCO			
Séjours n (%)	34 (10,1)	69 (14,9)	29 (19,9)
SSR			
Séjours n (%)	2 (0,6)	21(4,5)	NC
Décès			
Séjours n (%)	16 (4,7)	40 (8,6)	4 (2,7)
HAD			
Séjours n (%)	55 (16,3)	NC	NC
Psychiatrie			
Séjours n (%)	2 (0,6)	NC	NC

Age moyen exprimé en années

Durée moyenne de séjour (DMS) exprimée en jours

PARTIE 2 : ANALYSE REFLEXIVE

La mission de stage professionnel et son évolution

Rappelons tout d'abord l'énoncé de la mission au début de stage : étudier les possibilités de développer des alternatives à la poursuite de l'hospitalisation d'attente lorsque le projet d'une personne âgée hospitalisée est d'être domicilié par la suite en EHPAD. Ce problème étant partagé par les professionnels des trois établissements supports de la FIGAR, j'ai choisi d'admettre comme postulat de départ l'attente d'un patient âgé hospitalisé générée par une orientation en structure d'aval, notamment en EHPAD. En effet, les difficultés rencontrées dans ce type de situation et avancées par les professionnels rejoignaient mes propres représentations. Ces dernières se sont notamment construites lors de ma précédente expérience d'infirmière et renvoyaient à des problèmes repérés dès le stade de ma formation lors de stages dans des services de médecine ou de chirurgie. Le problème de l'occupation d'un lit d'hospitalisation par le bon malade, au bon moment n'est pas nouveau, et l'incontournable « *ce malade tu me le prends ?* »¹ témoigne des négociations à l'œuvre au sein même de l'hôpital entre des services de plus en plus spécialisés. Il me semble que la réforme de la tarification à l'activité (T2A) associée à l'augmentation de l'âge des patients accueillis à l'hôpital rendent encore plus nécessaires la recherche de la juste place, pour l'usager comme pour les professionnels.

1 L'approche globale

Je ne pouvais pas espérer de terrain plus favorable que trois filières de soins gériatriques où s'exerce une spécialité, la gériatrie, ayant pour vocation la prise en charge globale des personnes âgées, dans une approche bio-psycho-sociale. Aussi, l'enjeu principal de ma mission de stage a consisté à concilier une approche sanitaire (sans doute la plus évocatrice

¹ Moisson JC, "Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant", *Pratiques et organisation des soins*, vol. 39, n°3, 2008, p. 176

pour une infirmière) avec une approche populationnelle et gestionnaire pour appréhender le problème posé. La réalisation de mon stage dans les trois établissements de la FIGAR a permis de multiplier les échanges avec des professionnels chez qui l'une ou l'autre approche prédominait. Etre stagiaire non pas dans un lieu mais des lieux de stage a été donc très favorable pour persister dans une approche pluridisciplinaire du début à la fin de mes travaux. J'ai pu observer que cette pluridisciplinarité, au-delà de se manifester naturellement dans les relations entre les différents professionnels d'un service de gériatrie, s'incarnait au quotidien dans les réunions, les staffs et les projets. Le projet de stage qui m'a été confié devait tenir compte de cette diversité, diversité qui devait elle-même être appréhendée dans des structures très différentes.

2 La diversification des points de vue

J'en viens à présent sur les alternatives possibles à la poursuite de l'hospitalisation lorsque celle-ci n'est plus nécessaire. L'initiative de départ s'est concentrée non pas sur le dispositif mais bien le principe d'un « hébergement temporaire » pour des personnes âgées en attente d'une place en EHPAD. En interrogeant les différents professionnels concernés par le projet dans les trois établissements, j'ai pu constater une grande variété de perceptions de ce que pourrait-être un tel dispositif. Les perceptions des professionnels éclairées par les données de littérature ont fait émerger un grand nombre de questions, d'ouvertures, de possibilités d'alternatives que je n'avais pas entrevues jusqu'alors. A ce stade, il m'est apparu une autre grande ligne directrice de mon travail : interroger les points de vue des professionnels pour « déconstruire » mes propres représentations, les évidences mais aussi pour « reconstruire » l'objet de la commande de stage et pouvoir à terme proposer des pistes d'actions synthétiques, qui soient une traduction des différentes projections des professionnels².

3 Le pragmatisme

Au regard des différents entretiens menés et des lectures parcourues, j'ai interrogé ma mission initiale selon deux axes principaux : le principe de l'hébergement temporaire devait-il uniquement se situer au sein d'un EHPAD, pouvait-on l'envisager ailleurs ? Devait-il seulement concerner les personnes pour qui l'orientation en EHPAD était déjà décidée ? Ce

² Quivy R, Van Campenhoudt, L, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2006, 256 p.

qui m'a semblé complexifier la réflexion au début de mon stage m'est ensuite apparu comme un élément facilitant le choix de la méthode puis la priorisation d'actions, notamment en terme de faisabilité. M'inscrivant dans un stage de mission professionnelle je me suis attachée à ce que les conclusions de ce travail puissent avoir une visée opérationnelle. La proposition de pistes d'actions concrètes exigeait, une fois le diagnostic établi, un certain pragmatisme, « *terme pris non pas dans son acception vague de bon sens, mais dans celui d'une véritable philosophie d'intervention, qui lie étroitement action, savoirs, apprentissage, et qui postulent que seules comptent les idées qui, se confrontant aux faits, apportent des progrès objectivables* »³. J'ai la satisfaction de pouvoir présenter à l'issue de ce stage des propositions concrètes d'actions, qui ne prennent certes pas en compte toutes les dimensions du problème mais qui, à mon sens, peuvent se réaliser.

Inscription de la mission dans une action de santé publique : intérêts et limites

1 Prolongement de l'hospitalisation inadéquate des personnes âgées : un problème de santé publique

Au début de ma formation spécifique en santé publique (Licence 3 et Master 1), j'ai appris qu'un problème de santé publique se définissait selon plusieurs critères : sa fréquence, ses conséquences (gravité, implications pour le système de soins, coût) et la possibilité de corriger le problème. Comme nous l'avons vu dans le corps du mémoire, le prolongement inapproprié de l'hospitalisation d'une personne âgée peut être déterminant dans l'évolution délétère de son état de santé. Le seul fait que l'on me confie une mission de stage sur ce thème, signifiait l'importance du problème. L'objectivation du problème au travers d'une enquête quantitative et les données de la littérature m'ont confortée dans le fait qu'il s'agissait d'un véritable problème de santé publique. Devant la fréquence de l'hospitalisation des personnes âgées, ses conséquences potentielles en termes de déclin fonctionnel, d'énergie mobilisée des professionnels pour trouver des places dans les structures d'aval, de coût, je suis convaincue que ce problème répond à la définition d'un problème de santé publique. En outre, ce problème est potentiellement corrigeable par des actions de santé

³ Moison JC, *art. cit.*, p. 178

publique comme j'ai pu le mettre en évidence au terme de ma mission de stage. Les actions proposées portant sur uniquement sur le système de soins (création de places en aval de l'hospitalisation, ce qui constitue une première étape mais demeure insuffisante si l'on veut inscrire le projet dans une démarche de promotion de la santé.

2 L'engagement dans une démarche de promotion de la santé à poursuivre

Telle que définie dans la Charte d'Ottawa en 1986, la promotion de la santé se définit comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ». Je regrette de ne pas avoir eu le temps d'initier une telle démarche pendant la durée de mon stage mais je peux toutefois considérer avoir apporté ma contribution en agissant sur au moins un axe de la promotion de la santé : la réorientation du système de soins⁴. Parce qu'ils sont concernés en premier lieu, je crois indispensable l'implication des personnes âgées et de leurs proches dans la construction de nouvelles solutions. Je suis convaincue que la co-construction du projet avec les usagers facilitera d'une part leur appropriation des dispositifs proposés et d'autre part favorisera la prise en compte des dimensions éthiques concernées.

3 Epidémiologie : limites du PMSI et difficultés rencontrées

La santé publique utilise de nombreuses méthodes, souvent issues d'autres disciplines que la médecine : démographie, économie, sociologie, épidémiologie. Cette dernière étudie la fréquence, la répartition temporo-spatiale des problèmes de santé ainsi que leurs déterminants. Au travers de l'analyse des données PMSI des trois établissements supports de la filière, j'ai tenté de décrire les caractéristiques des séjours de court séjour gériatrique et de SSR. Les difficultés rencontrées pour homogénéiser des variables ont rendu l'interprétation des données particulièrement difficile. De mon point de vue, il sera utile d'affiner cette première analyse pour renseigner le profil des séjours (et par extension des personnes âgées) pour lesquels l'hospitalisation n'est plus nécessaire mais se prolonge. L'étude des caractéristiques de la population en attente de structure d'aval relève, selon moi,

⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « Promotion De La Sante : Charte d'Ottawa », <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf>

de l'épidémiologie descriptive et la méthode empruntée ne doit pas se limiter aux seules données du PMSI (elle sera à compléter avec une étude des dossiers médicaux, les données du logiciel ORIS par exemple).

Apports du stage en lien avec le projet professionnel

Initialement, le choix de mon stage a porté sur une approche populationnelle, celle des personnes âgées. Les rencontres effectuées et les compétences acquises au cours du stage m'ont aidée à préciser mon projet professionnel. Parmi les connaissances et les compétences mobilisées durant cette période, j'ai pu améliorer : ma connaissance de la population âgée dans une dimension de santé publique, ma capacité à m'adapter à un environnement complexe, ma capacité à travailler dans un cadre de partenariats multiples, mes compétences d'analyse et de synthèse, ma capacité à manager un projet, en particulier dans sa phase diagnostique...

Pour la suite, je suis désireuse et me sens la capacité d'aller vers le management de personnel pour compléter ces expériences bien que l'animation de réunions, le contact rapproché avec des directeurs d'établissement et des chefs de service m'ont permis d'appréhender les composantes du leadership (institutionnelles et surtout relationnelles).

Mise en perspective du travail sur le plan de la santé publique et sur le plan personnel

A l'issue de ce stage, j'ai la grande satisfaction d'avoir pu appréhender des problèmes qui rejoignent ceux traités actuellement au niveau départemental, régional, national, voir international. L'intérêt porté à la fluidification du parcours des personnes âgées au sein des filières gériatriques inaugure des améliorations possibles pour les autres parcours via la diffusion de la culture gériatrique. Cette exemplarité des parcours des personnes âgées se retrouve au niveau national. Pour exemple, l'objectif annoncé de voir se développer des

plates-formes territoriales d'appui destinées à l'ensemble de la population s'appuie sur les expérimentations du dispositif PAERPA⁵.

Par ailleurs, je pense pouvoir affirmer que les conclusions du présent rapport de mission de stage en matière d'hébergement temporaire sont cohérentes par rapport aux réflexions nationales. Rappelons que des études ont été menées sur le dispositif d'hébergement temporaire par la DGCS et la SGMAP, leur publication est à surveiller. Je suis persuadée que la cohérence du projet par rapport aux politiques publiques en cours et à venir ainsi que sa pertinence par rapport à un problème de santé publique majeur sont suffisamment établies pour engager le projet dans sa deuxième phase, la mise en œuvre.

L'étude des profils des séjours de personnes âgées en attente d'une structure d'aval reste à parfaire mais les difficultés rencontrées ne sont pas propres à ce travail. Plus généralement, les problèmes de la France à constituer des études de grande taille par rapport à ce qui se pratique dans d'autres pays s'explique en partie par une sous-utilisation des bases nationales comme le PMSI. De plus, le PMSI « *ne permet pas d'obtenir des diagnostics suffisamment fiables et précis par référence aux contraintes épidémiologiques* »⁶.

Au cours de mon stage, j'ai présenté plusieurs candidatures pour des fonctions en lien avec la population des personnes âgées. Au moment de l'écriture de ce mémoire, ma candidature a été retenue pour trois entretiens dans des structures très différentes (plates-formes de services médico-sociales, caisse de retraite et conseil départemental). Les entretiens ont nourri ma réflexion pendant le stage tout comme le stage a renforcé le contenu de mes échanges avec des recruteurs. Je n'ai pas encore toutes les réponses suite à ces entretiens mais ma précédente expérience infirmière, ma formation en santé publique ainsi que le stage que je viens de réaliser confirment mon souhait de travailler dans ce domaine.

⁵ Auteur inconnu, "Coordination territoriale d'appui : 7 missions", *Réseau, Santé et Territoire*, n°59, 2014, p. 17

⁶ Goldberg M, Quantin C, Guéguen A, Zins M, "Bases de données médico-administratives et épidémiologie : intérêts et limites", *Courrier des Statistiques*, n°124, 2008, p. 69

Bibliographie

Auteur inconnu, “Coordination territoriale d’appui : 7 missions“, *Réseau, Santé et Territoire*, n°59, 2014, p. 16-25

Goldberg M, Quantin C, Guéguen A, Zins M, “Bases de données médico-administratives et épidémiologie : intérêts et limites“, *Courrier des Statistiques*, n°124, 2008, p. 59-70

Moisdon JC, “Gouvernance clinique et organisation des processus de soins : un chaînon manquant“, *Pratiques et organisation des soins*, vol. 39, n°3, 2008, p. 175-181

Liens Internet :

Organisation Mondiale de la Santé, « Promotion De La Sante : Charte d'Ottawa », <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf>

VAN DE VELDE	Alexandra	08/07/15
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION D'ATTENTE DES PERSONNES AGEES : QUELLES SOLUTIONS POUR LA FEDERATION INTER-HOSPITALIERE GERIATRIQUE DE L'AGGLOMERATION RENNAISE ?		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>La Fédération inter-hospitalière gériatrique de l'agglomération rennaise (FIGAR) réunit depuis 2012 le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, le Pôle Gériatrique Rennais et l'hôpital de Bain de Bretagne dans le cadre de projets collaboratifs innovants. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation inadéquate des personnes âgées, notamment lorsqu'elles sont en attente d'une place dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes s'établit comme priorité. La première étape de ce projet a consisté à réaliser une analyse de l'environnement de la FIGAR et une analyse des services de Court séjour gériatrique et de Soins de suite et de réadaptation gériatrique dans les trois centres entre février et juin 2015. Le diagnostic territorial a montré qu'en 2020, 10 842 personnes seraient dépendantes sur le territoire de filière soit près de la moitié de l'ensemble de ces personnes en Ile et Vilaine. Il révélait des taux d'équipements en Hébergement temporaire (HT) globalement supérieurs au taux régional mais n'offrant pas une réponse satisfaisante aux besoins du territoire. Pour les deux secteurs gériatriques étudiés, il était observé dans les trois centres un allongement de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) lorsque la sortie du service s'effectuait vers une structure d'aval. Il semble que le profil des séjours des personnes âgées influence leur durée. Il conviendrait de préciser les caractéristiques des séjours dont la destination est une structure d'aval pour adapter la réponse entre hospitalisation et structure d'aval. A ce stade, l'expérimentation de places d'HT d'urgence en sortie d'hospitalisation pourrait constituer une piste intéressante pour la FIGAR.</p>		
<p>Mots clés : Personnes âgées, Hébergement temporaire, hospitalisation</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		