



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

Promotion : 2016 - 2017

Date du Jury : Décembre 2017

**La restructuration d'une filière
gériatrique, un enjeu majeur et
stratégique pour un territoire de santé**

L'exemple du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Joana BADIOLA

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier Monsieur Michel GLANES, directeur du Centre hospitalier de la Côte Basque pour m'avoir permis d'effectuer mon stage de professionnalisation au sein de son établissement de santé. J'ai pu appréhender à ses côtés les différentes missions d'un chef d'établissement et la complexité du métier, notamment par rapport au rôle politique qu'il endosse au sein de sa structure comme à l'extérieur. Qu'il soit sincèrement remercié pour la confiance accordée durant ces huit mois de stage à Bayonne.

Je tiens également à remercier Monsieur Jean Bernard CAZENAVE et Madame Laetitia FOURCADE, respectivement directeur des affaires financières et directeur du pôle filière gériatrique du CHCB¹, aux côtés desquels j'ai appris le métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social tant dans sa dimension quotidienne que stratégique. Je les remercie pour leur grande disponibilité tout au long de mon stage, pour les nombreux conseils qu'ils m'ont apportés et pour la bonne humeur avec laquelle nous avons travaillé ensemble.

Mes remerciements les plus sincères vont également à toute l'équipe de direction du Centre hospitalier de la Côte Basque qui m'a particulièrement bien accueillie et intégrée et avec qui j'ai pu aborder de nombreux sujets me permettant d'appréhender sereinement mes futures fonctions.

Que soient remerciés tous les acteurs du pôle filière gériatrique et notamment le Docteur Florent FIASSON chef de pôle, Madame Sylvie ZABALETA cadre de pôle, Laurence et Isabelle admissionnistes, qui ont su faire preuve de disponibilité et avec lesquels j'ai eu des échanges très intéressants sur la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées.

Je remercie enfin toutes celles et ceux qui m'ont aidés et soutenus dans la rédaction de ce mémoire.

¹ Maîtres de stage à tour de rôle, car mutations au sein de l'équipe de direction

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	2
1 La filière gériatrique du Centre hospitalier de la Côte Basque, une filière construite et reconnue	5
1.1 Le territoire Navarre Côte Basque face au vieillissement de la population	5
1.1.1 Le territoire Navarre Côte Basque, un territoire de santé vieillissant et atypique 5	
1.1.2 Une politique nationale active en faveur des personnes âgées	7
1.1.3 Les caractéristiques d'une filière gériatrique.....	10
1.2 Une offre de soins gériatriques hospitalière adaptée à la prise en charge des personnes âgées.....	12
1.2.1 Une offre de soins gériatrique diversifiée et complète au sein du CHCB	12
1.2.2 Les particularités d'une filière multi sites	14
1.2.3 Le nécessaire décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, pour garantir la réussite de la filière gériatrique	15
1.3 L'offre de soins gériatrique sur le territoire de santé.....	16
1.3.1 Une collaboration très étroite entre le CHCB, l'hôpital local et les EHPAD du territoire.....	17
1.3.2 L'ouverture timide du CHCB envers les établissements privés du territoire	17
1.3.3 Le positionnement du CHCB dans le maillage territorial.....	18
2 Une filière gériatrique perfectible nécessitant une restructuration	20
2.1 Une prise en charge des personnes âgées à améliorer	20

2.1.1	Un passage aux urgences trop souvent évitable.....	20
2.1.2	L'hébergement du patient dans des services pas toujours adapté	21
2.2	La prise en charge de la spécificité des ressources humaines en gériatrie, facteur clé de réussite.....	21
2.2.1	Les soins gériatriques, une exigence de compétences mal reconnue..	22
2.2.2	La souffrance des soignants, trop présente dans la prise en charge des personnes âgées	23
2.2.3	Le manque d'attractivité du secteur gériatrique.....	24
2.3	La restructuration architecturale du pôle, une phase indispensable dans la consolidation d'une filière territoriale	26
2.3.1	La restructuration de l'offre sanitaire de l'hôpital	27
2.3.2	Le renforcement de la qualité de l'offre médico-sociale de l'établissement.....	30
2.3.3	L'influence des élus politiques dans les choix stratégiques du directeur d'établissement.....	31
3	Les leviers d'action pour réussir la restructuration de la filière gériatrique et renforcer son positionnement sur le territoire de santé.....	33
3.1	Considérer la prise en charge des personnes âgées de façon globale et transversale au sein de l'hôpital.....	33
3.1.1	Une dynamique institutionnelle nécessaire pour accompagner le pôle gériatrique vers le changement.....	33
3.1.2	Collaborer davantage avec les autres services hospitaliers.....	34
3.1.3	Développer la communication tant interne qu'externe.....	36
3.2	Structurer une filière publique-privée grâce à la création d'un GCS.....	38
3.2.1	Maintenir une filière complète de soins gériatriques sur le territoire	38
3.2.2	Adopter une vision stratégique en termes de ressources humaines et financiers	39
3.2.3	Garantir les conditions d'une coopération efficace.....	40
3.3	Renforcer et développer l'ouverture de la filière gériatrique sur le territoire	41

3.3.1	Conforter et renforcer le positionnement territorial de la filière gériatrique	42
3.3.2	Poursuivre l'amélioration de l'articulation des liens ville-hôpital	42
3.3.3	Innover et conforter les actions dans et hors les murs.....	45
	Conclusion	48
	Bibliographie	50
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

AS : aide-soignant

ASH : agent des services hospitaliers

CHCB : Centre hospitalier de la Côte Basque

CLIC : centre local d'informations et de coordination gérontologique

CPEG : consultation de prévention et d'évaluation gérontologique

CMPG : consultation mémoire de proximité gériatrique

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DAF : dotation annuelle de financement

DMS : durée moyenne de séjour

EHPAD : établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes

EMOG : équipe mobile de gériatrie

GCS : groupement de coopération sanitaire

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAD : hospitalisation à domicile

HPST : hôpital patient santé territoire

IDE : infirmier diplômé d'état

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

NCB : Navarre Côte Basque

NCBS : Navarre Côte Basque Sud

PASA : pôle d'activités et de soins adaptés

PPS : projet personnalisé de soins

PRS : projet régional de santé

SEP : syndrome d'épuisement professionnel

SROS : schéma régional d'organisation des soins

SSR : soins de suite et de réadaptation

SSRG : soins de suite et de réadaptation gériatrique

T2A : tarification à l'activité

UCC : unité cognitivo-comportementale

UHR : unité d'hébergement renforcée

UPEG : unité de prévention et d'évaluation gérontologique

USA : unité de soins de Saint Jean de Luz

USLD : unité de soins de longue durée

Introduction

Selon le Conseil Economique Social et Environnemental, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait atteindre 6,6 millions d'individus en France d'ici 2025, soit une augmentation de près de 25%. Le vieillissement de la population, mais surtout la prise en charge médicale des personnes vieillissantes sont donc devenues des enjeux importants et des défis majeurs à relever pour les pouvoirs publics. L'allongement de la durée de la vie n'est en soit pas un véritable souci, ce qui pose réellement question c'est davantage les conditions dans lesquelles est réalisée cette évolution démographique et notamment de quelle façon pourra être prise en charge la dépendance, problématique centrale dans la prise en charge de nos aînés.

Les patients âgés représentent une population très fragile, la plupart du temps poly pathologiques, aux besoins spécifiques et nécessitent ainsi une prise en charge adaptée à leur état de santé. Cette prise en charge doit être entendue de façon élargie c'est-à-dire du domicile de la personne jusqu'à son entrée éventuelle en institution.

Bien que le contexte budgétaire et financier reste compliqué, les établissements sanitaires et médico-sociaux ont à cœur de mettre en œuvre les moyens nécessaires afin de garantir une optimisation du parcours des personnes âgées.

Au sein du département des Pyrénées Atlantiques, le Centre hospitalier de la Côte Basque (CHCB), en direction commune avec le Centre hospitalier de Saint Palais est un établissement de santé qui regroupe un nombre important de services et unités, tant sanitaires que médico-sociaux pour la prise en charge des personnes âgées. Il a ainsi souhaité identifier toutes ces activités et les réunir en un seul et unique pôle, sous la dénomination de « pôle filière gériatrique ». Cette identification marque ainsi la volonté forte de l'établissement de regrouper les activités relatives à la prise en charge des plus âgés, ce qui favorise donc a priori une certaine complémentarité entre les services hospitaliers et les professionnels de santé.

De plus, outre les services intra établissement, il est important de ne pas négliger les partenariats entre structures d'amont et d'aval afin de fluidifier autant que possible le parcours du patient. La circulaire du 28 mars 2007 le mentionne d'ailleurs précisément « *la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* ». A travers ce texte réglementaire, on comprend bien la volonté du gouvernement de faire collaborer les services sanitaires et médico-sociaux, pour une prise en charge globale et transversale de la personne âgée. Par ailleurs, la loi hôpital,

patients, santé, territoire (HPST) du 21 juillet 2009 vient renforcer cette dynamique en mettant l'accent sur les coopérations entre établissements de santé.

Il faut donc noter que la structuration d'une filière gériatrique doit impérativement être pensée à l'échelle d'un territoire de santé de proximité et non pas uniquement au travers d'un seul et unique établissement de santé.

S'agissant du Centre hospitalier de la Côte Basque, sa particularité est qu'il s'est engagé depuis quelques années dans une démarche de structuration d'une filière de soins « personnes âgées » en proposant une offre à la fois sanitaire et médico-sociale au sein de son propre établissement, en partenariat avec d'autres structures du territoire. Toutefois si la dynamique est lancée sur le sujet, le directeur de l'établissement a souhaité poursuivre la démarche en renforçant les moyens mis à disposition pour la prise en charge des personnes âgées du bassin de population. Malgré un contexte budgétaire contraint, des difficultés à recruter les ressources humaines, il a été fait le choix de repenser les organisations sur la filière, afin de répondre davantage et de façon optimale aux besoins de la population sur le territoire. Ce projet de consolidation voire de restructuration totale de la filière a d'ailleurs été suivi par l'ensemble des partenaires de l'hôpital public (Agence régionale de santé, conseil général, structures médico-sociales partenaires, collectivités territoriales etc..) tant le projet était ambitieux mais réaliste pour la population.

Ainsi, la question de départ qui a permis de conduire la réflexion à travers ce mémoire a été la suivante : « dans quelle mesure la restructuration d'une filière gériatrique peut constituer un enjeu majeur et stratégique pour tout un territoire de santé ? ».

Pour répondre à ce questionnement, il a donc fallu baser le mémoire en trois temps et comprendre tout d'abord de quelle façon s'est structurée l'offre de soins sanitaire et médico-sociale gériatrique sur le territoire de santé (première partie). Puis analyser en quoi la filière gériatrique du Centre hospitalier de Bayonne reste perfectible et donc nécessite une restructuration en profondeur (seconde partie). Enfin, nous avons dû réfléchir au différents leviers d'actions qui peuvent être mis à la disposition d'un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social pour consolider une filière gériatrique et renforcer son rôle territorial (troisième partie).

Méthodologie

La rédaction de ce mémoire a nécessité l'élaboration d'une méthodologie rigoureuse.

J'ai tout d'abord fait le choix de travailler sur un sujet auquel j'ai été confronté tout le long de mon stage de professionnalisation, afin de pouvoir prendre suffisamment de recul vis-

à-vis des informations recueillies. La thématique impliquant un grand nombre d'acteurs, je souhaitais pouvoir analyser, à la lumière des réunions, rencontres et documents les éléments qui m'étaient transmis durant ces huit mois.

De plus, il a fallu enrichir mes connaissances sur le sujet par une recherche bibliographique, tant sur des écrits assez théoriques sur la thématique, que des écrits plus pratico-pratiques tels que des articles de journaux locaux etc... La littérature relative à mon sujet de mémoire étant assez riche et diversifiée, la difficulté a résidé dans le fait de devoir prendre du recul et se centrer uniquement sur le lieu de mon stage. En effet, si de nombreux ouvrages traitent de la mise en place d'une filière gériatrique, ils sont finalement assez peu à analyser le fonctionnement d'une filière déjà construite et identifiée et à comprendre comment poursuivre la dynamique pour aller toujours plus loin.

Face à ce constat, j'ai choisi de baser une grande partie de mon analyse sur les échanges et discussions que j'ai pu avoir tout au long de mon stage avec les acteurs intra ou extra établissement, concernés par la prise en charge des personnes âgées. La thématique de mon mémoire étant un sujet qui a été évoqué tout au long de ces huit mois passés à Bayonne, à travers de nombreuses réunions tant institutionnelles qu'au sein du pôle, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs sans pour autant réaliser une grille d'entretien. En effet par expérience, j'ai constaté que réaliser des entretiens avec pour appui une liste de questions rendait les échanges peu dynamiques et pouvait destabiliser l'interlocuteur. J'ai donc préféré d'adapter chacun de mes entretiens en fonction du message que souhaitait me faire passer la personne rencontrée.

Par ailleurs, j'ai laissé une place très importante aux discussions « d'entre deux couloirs », qui permettaient une certaine proximité avec mon interlocuteur et qui facilitait ainsi davantage de communication avec le personnel.

J'ai également beaucoup profité des temps d'observation en réunion pour compléter mes recherches, ce qui m'a permis de comprendre les différents points de vue des acteurs sur le sujet et de prendre le recul nécessaire. De nombreuses réunions ont été mises en place (à mon initiative ou pas) au sein du pôle filière gériatrique au cours desquelles j'ai recueilli un nombre non négligeable de données. Ces informations, certes essentielles pour la rédaction de mon mémoire, m'ont permis de compléter ma vision de la thématique étudiée et me serviront par conséquent dans mon futur exercice professionnel.

Annexe 1 : liste des entretiens

1 La filière gériatrique du Centre hospitalier de la Côte Basque, une filière construite et reconnue

Il est important avant de connaître les atouts et les faiblesses de la filière gériatrique du CHCB de comprendre le contexte territorial et démographique ainsi que l'organisation de l'offre sur le territoire de santé Navarre Côte Basque.

1.1 Le territoire Navarre Côte Basque face au vieillissement de la population

1.1.1 Le territoire Navarre Côte Basque, un territoire de santé vieillissant et atypique

Au 1er janvier 2010, 37 487 personnes étaient âgées de 60 ans ou plus au sein de l'agglomération Côte Basque Adour², soit près de 31% de la population de l'agglomération³. Cette proportion est plus importante que celle observée aux niveaux national, régional ou départemental. Parmi les cinq communes⁴ qui composent l'agglomération, la part des personnes âgées de plus de 60 ans ou plus est particulièrement élevée dans la commune d'Anglet (32%) et surtout de Biarritz (40,5%). Concernant plus spécifiquement les personnes âgées de 75 ans ou plus, elles sont environ 16 500 au sein de l'agglomération, soit 13,6% de l'ensemble de la population (9% en France).

De plus, les personnes âgées atteintes de démence nécessitent une prise en charge spécifique. Au sein de l'agglomération Côte Basque Adour, il était estimé en 2010 que 3 000 personnes de 75 ans ou plus seraient atteintes de démence. Elles devraient être environ 3 600 en 2020 et 4 000 en 2030.

La couverture des besoins de prise en charge des personnes âgées sera de plus en plus problématique dans les deux décennies à venir au vu du vieillissement attendu de la population du territoire Navarre Côte Basque (NCB) si l'offre de soins pour l'accueil des personnes âgées n'évolue pas ou peu. La gériatrie constitue à ce titre un enjeu majeur pour l'ensemble des établissements du territoire et notamment le CHCB, ainsi que pour les partenaires médico-sociaux et libéraux.

D'un point de vue territorial, le territoire NCB Sud (sur lequel se trouve le CHCB) est né en application de la loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST)⁵. Depuis 2010, l'Agence

² Le 1^{er} janvier 2017, en application du schéma départemental de coopération intercommunale³, elle fusionne avec neuf autres intercommunalités pour former la communauté d'agglomération du Pays basque.

³ Rapports d'activité du CHCB

⁴ Bayonne, Anglet, Biarritz, Boucau et Bidart

⁵ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Joana BADIOLA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

régionale de santé (ARS) Nouvelle Aquitaine a rationalisé le découpage de la région en faisant correspondre les territoires de santé aux départements, exception faite du département des Pyrénées Atlantiques divisé en deux territoires de santé ; le territoire Navarre Côte Basque et le territoire Béarn Soule. Cette particularité concernant le découpage du territoire de santé est culturelle et historique et correspond à une certaine logique puisque les deux territoires de santé comprennent une agglomération de taille équivalente⁶ (Bayonne pour le territoire NCB et Pau pour le territoire Béarn Soule). Sur le plan sanitaire, on retrouve également deux centres hospitaliers assez similaires, à savoir le CHCB d'une part et le Centre hospitalier de Pau d'autre part. Ce territoire qui représente 157 communes⁷, est constitué d'une partie côtière urbaine et d'une partie pays basque intérieur avec une grande disparité démographique entre les deux⁸.

De plus, selon le Centre régional de documentation pédagogique, le territoire NCB ne fait pas partie d'un désert médical. En effet, on trouve 150 médecins spécialisés pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est inférieure à 90 médecins spécialisés pour 100 000 habitants. Cependant, malgré cette forte proportion, nous assistons à une désertification de la part de ces spécialistes au niveau du Pays Basque intérieur, puisque plus de 90% de ces médecins se trouvent sur le littoral.

Enfin, s'agissant du secteur médico-social sur le territoire et plus particulièrement du secteur personnes âgées, en 2017 l'offre se répartit de la façon suivante : 53 établissements pour personnes âgées, soit 3 375 lits répartis entre établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD), en sachant que les deux seules unités de longue durée appartiennent au CHCB. La capacité d'accueil en hébergement complet est de 3 334 lits, en accueil de jour de 41 et autant en accueil temporaire.

La particularité de l'offre de soins sur le secteur personnes âgées au sein de ce territoire réside dans le fait qu'il existe une part importante de structures privées qui proposent de l'hospitalisation de courte durée (10 établissements) ou des soins de suite et de réadaptation (12 établissements dont 9 sur la commune de Cambo).⁹

L'offre publique sanitaire et médico-sociale sur le territoire NCB est donc essentiellement assurée par le CHCB, le reste des établissements de santé étant privé à but lucratif ou non. Un quart des EHPAD sur le territoire est privé à but lucratif et non habilité à l'aide sociale, ne permettant donc pas l'accès aux soins des personnes à faibles revenus.

⁶ Plus de 100 000 habitants

⁷ Dont 125 en territoire rural

⁸ 348 hab/m² au niveau de la côte et 22 hab/m² au niveau du Pays Basque intérieur

⁹ Soit 1 000 lits

1.1.2 Une politique nationale active en faveur des personnes âgées

De nombreux textes réglementaires nationaux ont été publiés ces dernières années, préconisant la mise en œuvre de filières de soins gériatriques. Parmi ces textes on retrouve la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques qui s'attache à décrire les voies d'amélioration de cette filière de soins. A travers ce texte, les pouvoirs publics souhaitent renforcer l'accès à des soins de proximité :

- grâce au rôle capital du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées (premier niveau de recours au soins), à travers la mise en place de consultations gériatriques avancées ou de pôles d'évaluation gériatrique, auxquels les médecins généralistes pourront adresser leur patient. Le rôle primordial des hôpitaux locaux, premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques est également mis en avant, tout comme l'importance du travail en réseau.

- en favorisant les filières courtes en développant des unités ou services de court séjour gériatrique destinés aux patients gériatriques et mieux adaptés à leurs besoins et en faisant appel lorsque nécessaire aux équipes mobiles gériatriques.

- en améliorant les réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée, c'est à dire l'hospitalisation à domicile (HAD) ou encore les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) à orientation gériatrique...

Suite à la parution de la circulaire de 2002, un plan Solidarité Grand Age 2007-2012 a été annoncé en 2006 par Philippe BAS¹⁰. Ce nouveau plan a été élaboré pour cinq ans pour « *mieux prendre en compte l'ensemble des conséquences humaines du vieillissement* »¹¹. En effet, le système hospitalier français doit pouvoir faire face à la fois à l'accroissement du nombre de personnes âgées mais également répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, qui sont dans la plupart des cas poly-pathologiques et fragiles et prévenir ainsi la perte d'autonomie et de dépendance.

Le plan Solidarité Grand Age, qui a pris le relais du plan Vieillesse et Solidarité 2004-2007 est bâti sur cinq grands axes : donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elle, inventer la maison de retraite de demain, adapter l'hôpital aux personnes âgées, assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance et insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention. L'axe 3 nous intéresse particulièrement ici puisque l'objectif clairement énoncé à l'époque était le renforcement

¹⁰ A l'époque ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

¹¹ Discours de Dominique DE VILLEPIN, Premier ministre en visite à Bergerac en Dordogne en 2006

des filières gériatriques dans les hôpitaux. Le Premier ministre l'évoquait ainsi : « *pour que tous les établissements disposant d'un service d'urgences soient en mesure d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions [...] 1.000 places de court séjour gériatrique et 3.000 places de soins de suite et de réadaptation seront créées dans les cinq ans* », et leur répartition sur le territoire sera effectuée en fonction des besoins ».

Ainsi, à travers l'objectif d'adapter au mieux l'hôpital aux personnes âgées, l'idée des pouvoirs publics est d'une part de développer la médecine gériatrique sur les territoires de santé grâce à la mise en place et la labélisation de filières gériatriques, la création de places supplémentaires en court séjour¹², en SSR,¹³ en hospitalisation de jour¹⁴, augmenter le nombre d'équipes mobiles de gériatrie¹⁵ et le recrutement de professionnels de santé qualifiés en gériatrie¹⁶.

D'autre part, le texte précise que les liens entre le domicile et l'hôpital doivent être resserrés, à travers la formalisation de conventions entre les différents partenaires, le développement de réseaux de santé « personnes âgées » et la diffusion élargie d'informations sur la disponibilité des places.

Puis, la circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques vient généraliser et renforcer les dispositions de la circulaire du 18 mars 2002. Ce texte va encore plus loin que le travail amorcé en 2002 et décrit l'organisation optimale à mettre en œuvre afin de favoriser une prise en charge globale médico-psycho-sociale graduée de nos aînés. Elle met l'accent sur le fait qu'une filière gériatrique doit proposer l'ensemble des dispositifs de soins qui couvrent l'intégralité des parcours possible du patient âgé, prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de ses besoins de santé. On retrouve ainsi l'ensemble des dispositifs qui peuvent bénéficier au patient âgé et que les établissements de santé doivent mettre en place, à savoir : les différents types de prises en charge spécifique dans le cadre d'hospitalisations programmées et non programmées, la proposition d'un avis gériatrique quel que soit le service dans lequel le patient sera hospitalisé, l'accès rapide aux plateaux techniques ou encore un accompagnement de la sortie d'hospitalisation afin de réduire le risque de ré hospitalisation.

La circulaire de 2007 explique également le rôle de "ressources" que doit avoir une filière gériatrique, pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social et doit mettre en œuvre tous les moyens pour développer des partenariats externes au sein de son territoire d'implantation.

¹² 1 lit/1000 habitants > 75 ans soit +1000

¹³ 3 lits/1000 habitants > 75 ans soit + 3000

¹⁴ 1 place/2000 habitants > 75 ans soit + 950

¹⁵ 86 équipes supplémentaires

¹⁶ 7000 professionnels en 5 ans, soit 800 médecins et 6000 soignants

Le texte insiste aussi sur l'importance d'inscrire les filières de soins gériatriques dans une dynamique d'organisation territoriale, que les établissements négocient dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) sur la base de référentiels d'organisation des soins.

La circulaire contient également 5 annexes qui décrivent des référentiels d'organisation, sur lesquels les établissements doivent s'appuyer pour créer ou développer des filières gériatriques au sein de leur institution : on y trouve notamment les référentiels liés au court séjour gériatrique, aux équipes mobiles gériatriques, aux unités de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique ou encore aux SSR pour les personnes âgées poly pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance.

Au-delà de la réglementation, certains rapports ont également traité du sujet, influençant par conséquent le contenu des textes vu ci-dessus. On peut notamment prendre l'exemple du rapport présenté par Claude JEANDEL, Pierre PFITZENMEYER et Philippe VIGOUROUX en avril 2006, intitulé "un programme pour la gériatrie"¹⁷. Compte tenu du problème démographique lié aux personnes âgées qui s'annonçait d'ici 2020, le rapport prévoyait une augmentation de la demande de soins gériatriques et des besoins en soins hospitaliers spécifiques. Face à ce constat, les trois professionnels ont formulé vingt recommandations qui s'articulent autour de cinq objectifs¹⁸, parmi lesquels "créer un label filière gériatrique pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences".

Enfin, si la mise en place de filières gériatriques et la prise en charge des personnes âgées sont des préoccupations nationales, elles le sont également au niveau régional. En effet, d'un point de vue planification sanitaire, les établissements de santé doivent se référer au projet régional de santé (PRS). Le PRS qui constitue la véritable feuille de route pour la mise en œuvre d'une politique au service de la santé de la population et notamment des plus fragiles est décliné en plusieurs schémas, dont le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Si le SROS 2017 - 2021 de la région Nouvelle Aquitaine est actuellement en cours d'élaboration, l'ancien schéma comprenait l'objectif suivant : *agir de façon spécifique sur l'amélioration de la filière de prise en charge des personnes âgées*. L'ensemble des établissements de santé de la région tel que le CHCB doivent donc garantir une offre de soins gériatriques intégrant l'ensemble des modalités de prise

¹⁷ JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., 2006, Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir, Paris, 40 pages.

¹⁸ 2) Faire contractualiser en tant que partenaires de la filière gériatrique labellisée les établissements et structures associés à la filière gériatrique

3) Prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques

4) Développer la coordination entre tous les partenaires tout au long du parcours du patient

5) Disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gérontologique

Joana BADIOLA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

en charge des personnes âgées¹⁹ afin d'éviter des hospitalisations complètes ou de limiter leur durée lorsque l'état du malade le permet ou encore développer les liens entre les établissements sanitaires et les EHPAD, notamment par l'intervention des équipes mobiles de gériatrie afin d'anticiper les situations de crise et éviter les hospitalisations .

1.1.3 Les caractéristiques d'une filière gériatrique

Une filière gériatrique est avant tout une filière de soins, que l'on peut définir comme la trajectoire de soins empruntée par le patient²⁰. Toute filière de soins, peu importe sa spécificité doit respecter l'indépendance de chacun des acteurs (médecin traitant, hôpital, structure médico-social etc....), qui se relaient les uns les autres, au fur et à mesure de la prise en charge du patient. Cependant dans la majorité des cas, la prise en charge d'un patient nécessite le recours à des connaissances et des compétences particulières qui impliquent de coordonner un partenariat entre tous les acteurs. Cela nécessite de facto un travail de collaboration entre tous les professionnels de santé aussi bien à l'instant T de la prise en charge qu'en amont ou en aval.

La filière de soins gériatriques hospitalière n'échappe donc pas à cette définition puisqu'elle constitue une organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné, de manière à proposer aux patients âgés (quel que soit son lieu de résidence) tous les parcours de soins possibles en fonction des besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique²¹. Elle garantit au patient âgé son orientation rapide en fonction de ses besoins, soit au sein de la filière, soit vers un service de spécialité non gériatrique. Le texte va même plus loin en affirmant « *qu'une filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social. Elle est le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation des personnels de l'établissement de santé et des acteurs externes à l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées* ».

La mise en œuvre d'une filière gériatrique n'est donc pas exclusivement interne à un établissement de santé, bien au contraire. Le but étant d'étendre le travail réalisé au sein d'un établissement et de l'élargir à l'extrahospitalier. L'intérêt réside alors dans la participation active de nombreux acteurs et professionnels de santé, peu importe qu'ils exercent au sein de la même institution. Les objectifs d'une filière gériatrique s'articulent autour des trois axes suivants :

¹⁹ Notamment l'hôpital de jour et le développement des unités de gériatrie avec séjours de courte durée (3 à 5 jours)

²⁰ F. DUQUESNE, Les Centenaires : quels enjeux pour la médecine d'urgence ?

²¹ Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

- le renforcement de l'accès à des soins de proximité (médecin généraliste, consultations et pôles d'évaluation gériatriques, hôpital local) ;
- le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission courtes ;
- et l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée (soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile). L'ensemble s'inscrit dans une logique de travail en réseau.

Une filière gériatrique hospitalière, telle que nous allons l'appréhender à travers cette étude, comprend donc une dimension territoriale, qui va ainsi fédérer plusieurs maillons d'une même chaîne gériatrique à savoir le court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les SSR gériatriques, les USLD et les EHPAD.

Par ailleurs, on peut faire le constat qu'il n'existe pas un seul et unique modèle de filière gériatrique²². En effet, cela dépend de l'offre existante sur le territoire de santé concerné, des besoins de la population, de la démographie etc... Pour autant, les missions d'une filière personnes âgées restent toujours similaires, à savoir : une prise en charge des patients en admission directe programmée ou non, un bilan médical, une évaluation gériatrique globale standardisée, un diagnostic et un traitement des pathologies aiguës et chroniques non stables, l'élaboration d'un projet de soins et d'un projet de vie et enfin la diffusion des bonnes pratiques gériatriques.

L'établissement de santé centre référent gériatrique labellisé assure donc un rôle de ressources et coordonne la filière gériatrique dont les partenaires extra hospitaliers (établissements sanitaires et/ou médico-sociaux). L'hôpital est ainsi le garant des bonnes pratiques et reste le pilier des partenariats relatifs à la prise en charge des personnes âgées sur le territoire d'implantation.

La structuration ou la consolidation d'une filière gériatrique s'inscrit donc dans une démarche de territorialisation des soins et de coopération entre les établissements.

²² Constat confirmé à travers les différents échanges avec les acteurs du secteur
Joana BADIOLA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2017

1.2 Une offre de soins gériatriques hospitalière adaptée à la prise en charge des personnes âgées

Le CHCB à travers son offre de soins a su s'adapter aux exigences nationales sur la prise en charge des personnes âgées.

1.2.1 Une offre de soins gériatrique diversifiée et complète au sein du CHCB

En 2016, le CHCB comprend 1 243 lits et places répartis en 485 lits d'hospitalisation complète de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), 210 lits de moyen et long séjour, 123 lits de psychiatrie, 161 places d'hospitalisation partielle et de 264 lits d'EHPAD.

L'activité en pleine dynamique du CHCB s'exerce sur 4 sites :

- le site de Saint-Léon à Bayonne comprend la majorité des activités de soins²³, les consultations externes et la direction ;
- le site de Cam de Prats à Bayonne rassemble les lits de gériatrie, de psychiatrie ainsi que les services hôteliers et logistiques ;
- le site des Unités de soins (USA) de Saint-Jean-de-Luz regroupe les activités de médecine gériatrique, de neuro-rééducation, le centre périnatal et l'EHPAD Udazkena ;
- enfin le site de Trialdi à Saint-Jean-de-Luz se compose des USLD et de l'activité de SSRG.

En termes de pilotage et de stratégie de l'hôpital, le projet médical du projet d'établissement 2017-2021 énonce cinq orientations stratégiques, parmi lesquelles figure une orientation relative à la filière gériatrique²⁴ : disposer de filières médicales identifiées et complètes et notamment par le biais de la restructuration attendue de la filière gériatrique au service d'un parcours coordonné en intra et extra hospitalier.

Côté management du pôle, il est assuré par un directeur référent, directeur adjoint du CHCB en charge de la filière gériatrique, un médecin chef de pôle et une cadre de pôle.

Plus précisément, le pôle filière gériatrique réparti sur les trois sites du CHCB comprend :

- l'unité de prévention et d'évaluation gérontologique (UPEG) : cette entité regroupe l'équipe mobile de gériatrie (EMOG) et les consultations proposées au CHCB pour les patients âgés. L'EMOG intervient dans les services du CHCB et en extrahospitalier dans

²³ Activités d'urgence, de médecine, de chirurgie, les services de pédiatrie et de maternité, les services médico-techniques

²⁴ Les 4 autres orientations sont les suivantes : poursuivre le développement d'activité de recours et de haute spécialisation, asseoir un rayonnement territorial fort, assurer le développement de la recherche et d'une innovation constante et positionner la prévention et la santé publique au cœur de la stratégie d'établissement

les EHPAD du territoire. Un panel de consultations est proposé aux patients âgés du territoire : consultations d'évaluation gériatrique, consultations gériatriques de suivi, consultation mémoire, psycho-gériatrique, familiale.

- le court séjour gériatrique : il est réparti entre les sites de Saint-Léon et Saint-Jean-de-Luz. Ce service fait partie intégrante du pôle filière gériatrique, grâce à deux unités spécifiquement dédiées à la prise en charge des patients poly-pathologiques de plus de 75 ans.

- les SSRG : la structure de SSR²⁵ compte 38 lits installés dans le bâtiment « Trialdi » à Saint-Jean-de-Luz. L'équipe pluridisciplinaire est composée d'infirmiers diplômés d'état (IDE), d'aides-soignants (AS), d'agents des services hospitaliers (ASH), psychologue et ergothérapeute afin de préparer au mieux le projet de sortie du patient âgé.

- les USLD : elles sont distribuées entre les sites de Saint-Jean-de-Luz (« Trialdi ») et de Cam de Prats (« L'Arrayade »).

- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : le CHCB comprend un EHPAD de 264 lits, constitué de plusieurs unités de vie, réparties sur le site de Cam de Prats à Bayonne (184 lits) et sur le site Udazkena à Saint-Jean-de-Luz (80 lits).

Une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 14 lits sur le site de Cam de Prats a été ouverte en octobre 2012. Elle accueille des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et souffrant de troubles du comportement. Un projet spécifique a été rédigé et les thérapies non médicamenteuses sont privilégiées. Des assistants de soins en gérontologie ont été formés depuis 2011 à la prise en soins et à l'accompagnement de ces publics. Un pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) a également été mis en place en 2015.

Afin de diminuer la dispersion des lits d'EHPAD de la filière, le CHCB a inscrit au sein de son projet d'établissement, un projet de restructuration de toute la filière gériatrique, et notamment concernant l'EHPAD de Saint Jean de Luz. Plus précisément, il s'agira de reconstruire le bâtiment « Udazkena » afin de maintenir une offre médico-sociale sur le territoire luzien, car la vétusté et l'inadaptation des locaux ne permettent pas actuellement d'organiser une prise en charge optimale des résidents. D'autres opérations architecturales concernant les autres pôles du CHCB entraîneront également des conséquences sur les unités de vie situées sur la ville de Bayonne, de manière à favoriser une concentration maximale des lits sur un même site médico-social.

²⁵ labellisée en 2011

1.2.2 Les particularités d'une filière multi sites

Le pôle filière gériatrique est une entité diversifiée, du fait de sa multiplicité géographique (deux sites à Bayonne, deux sites à St Jean de Luz), de sa diversité de prises en charge (consultations externes, appui technique, hospitalisation complète, hébergement) et de sa diversité de financements (T2A, DAF...). L'unicité du pôle est donc rendue difficile, notamment par l'éclatement des structures qui rend complexe l'activité des personnes qui assurent l'encadrement du pôle, ainsi que l'harmonisation des pratiques sur l'ensemble des structures, marquées par leur histoire et leurs habitudes de travail.

S'agissant de la diversité physique des structures hospitalières, celles-ci rendent contraignantes l'activité quotidienne du directeur de la filière gériatrique comme du chef de pôle et de la cadre de santé, qui doivent multiplier les déplacements et engendrent ainsi une perte de temps non négligeable. De plus, la particularité du site de Saint Jean de Luz réside dans le fait qu'historiquement, ce site excentré par rapport au reste de l'hôpital, a toujours hébergé une activité de soins dédiée à la prise en charge des personnes âgées. Or les personnels qui y exercent montrent régulièrement une volonté très forte d'indépendance vis à vis du reste de l'hôpital et la quasi mono-spécialisation dans l'activité de gériatrie n'améliore pas les choses. Ce sentiment d'indépendance est essentiellement marqué chez les soignants, le personnel médical étant amené plus régulièrement à effectuer des déplacements au sein des différents services situés sur le site principal bayonnais dans le cadre des prises en charges complexes des personnes âgées. Ce sentiment d'indépendance des personnels paramédicaux est perçu notamment par le refus d'effectuer des déplacements sur le site principal pour des réunions institutionnelles ou encore par l'affirmation de pratiques individuelles luziennes (en EHPAD principalement), qui ne sont pas en harmonie avec le reste de l'institution.

Il faut noter pour autant que les médecins et cadres ont souhaité au maximum harmoniser les pratiques et les outils sur l'ensemble de la filière, peu importe le site hospitalier. Pour ce faire, la direction de la qualité et gestion des risques a mis en place une cellule qualité de pôle chargée d'analyser les pratiques, les outils mis en œuvre au sein de la filière etc... Malgré cela, la diversité des sites hospitaliers sur deux communes reste un frein à cette dynamique. En témoignent notamment la disparité des procédures d'admission en EHPAD et USLD selon les sites ou encore le manque de communication entre les services bayonnais et luziens. Si les différentes structures appartiennent à un même pôle, il reste encore difficile d'atteindre un niveau d'homogénéité qui permettrait de renforcer le développement de la filière.

Après de nombreux échanges auprès des acteurs concernés, il semble donc qu'une des solutions les plus pertinentes soit la diminution du nombre de sites hospitaliers et donc le rapprochement des activités de soins en un seul et unique lieu. Si l'on constate que la filière gériatrique est beaucoup plus consolidée qu'elle ne l'était autrefois, il perdure un certain nombre de dysfonctionnements qui doivent être identifiés par le directeur pour améliorer l'organisation quotidienne des équipes et ainsi améliorer la performance des services et unités du pôle.

Enfin, l'intégration des EHPAD (multisites) de l'établissement au sein du CHCB rend parfois difficile l'existence du secteur médico-social au sein de la filière gériatrique. En effet, la culture sanitaire dans un établissement de santé de cette taille est prépondérante et laisse peu de place au médico-social. L'hôpital est donc davantage considéré comme un lieu de passage temporaire, d'hospitalisation de plus ou moins courte durée et il est parfois délicat de considérer les EHPAD (comme les USLD) comme un lieu de vie où le projet d'accompagnement personnalisé doit être la priorité dans la prise en charge des personnes âgées. Le rôle du directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social est donc d'autant plus important qu'il trouve ici toute sa légitimité, de par sa culture médico-sociale.

1.2.3 Le nécessaire décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, pour garantir la réussite de la filière gériatrique

Qu'on parle de construction ou de restructuration d'une filière gériatrique, le succès ne peut être atteint que par la volonté des acteurs de développer des passerelles entre le sanitaire et la médico-social, afin d'encourager la transversalité dans les soins et l'accompagnement des personnes dépendantes. En 2010, l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)²⁶ allait d'ailleurs dans ce sens puisqu'il mettait en évidence des ruptures à des moments clé du parcours. Il faut donc réfléchir aux modalités permettant de gérer le bon cheminement de la personne du fait de la complexité de ses pathologies, dans des organisations où la qualité du travail des professionnels est très satisfaisante.

Le décloisonnement des champs sanitaires et médico-sociaux constitue donc une des valeurs essentielles au développement (ou à la consolidation) d'une filière gériatrique. Le fonctionnement séparé des secteurs sanitaire et médico-social est le fruit de l'histoire. Modes d'intervention, culture, taille des acteurs institutionnels, logiques administratives...autant de différences qui ont contribué à ériger ce fameux

²⁶ Sur le thème « Vieillesse, longévité et assurance maladie »

« cloisonnement » si décrié aujourd'hui. Discontinuité de la prise en charge, redondance ou manque de complémentarité des interventions, ignorance des autres acteurs, complexité des démarches à effectuer... la liste des griefs engendrés par ce cloisonnement est assez longue. Or conformément à la loi dite « HPST » de juillet 2009, le directeur du CHCB a voulu mener une politique cohérente de transversalité entre tous les services et unités du pôle filière gériatrique tout en souhaitant que cette dynamique soit suivie par les acteurs concernés. En effet, ce décroisonnement suppose obligatoirement une volonté forte de tous les professionnels quels qu'ils soient de collaborer ensemble, peu importe le champ d'intervention, afin de réussir le développement effectif d'une véritable filière gériatrique, intra et extra hospitalière. Faire travailler ensemble des équipes (médicales ou soignantes) qui exercent réciproquement dans les secteurs sanitaire et médico-social n'est pas évident et encore moins naturel. Cela peut parfois être vécu comme une contrainte et il peut même y avoir des enjeux de pouvoirs et des tensions.

Le chef d'établissement doit donc être présent pour accompagner les équipes dans cette démarche et leur montrer la pertinence de cette « logique » de décroisonnement tant pour les personnes accueillies et accompagnées que pour les professionnels.

Toutefois, le risque d'intégrer des EHPAD au sein d'un établissement de santé dans lequel la culture sanitaire est très forte, est de perdre l'identité médico-sociale de ce type de structure. En effet, si le séjour d'un patient au sein d'un service de soins est généralement de courte durée et temporaire, l'hébergement d'un résident en EHPAD ou USLD est la plupart du temps définitif et s'apparente alors à son domicile. L'objectif du CHCB est donc de conserver à tout prix l'identité médico-social de ces deux types de structures, tout en facilitant les transferts et la prise en charge des résidents (ou patients pour les USLD) vers des services de soins lorsque leur état de santé le nécessite.

A noter également que les personnels des EHPAD et des USLD sont mobiles au sein du centre hospitalier et peuvent provenir d'une unité de MCO. Il s'agit alors pour l'encadrement de faire preuve de pédagogie envers ces personnels. C'est un travail de fond qu'il est nécessaire de mener afin que les structures d'EHPAD (voire d'USLD) s'affirment comme des lieux de vie bien que rattachés à un établissement de santé.

1.3 L'offre de soins gériatrique sur le territoire de santé

Au niveau territorial, le CHCB a su également imposer son positionnement.

1.3.1 Une collaboration très étroite entre le CHCB, l'hôpital local et les EHPAD du territoire

Depuis 2013, la clinique Sokorri située sur la commune de Sant Palais a changé de statut pour devenir un établissement de santé public. La particularité de cet établissement de 76 lits est qu'il est en direction commune avec le CHCB et à eux deux forment le groupement hospitalier de territoire (GHT) de Navarre Côte Basque. La situation de ces deux établissements de santé facilite donc largement les coopérations entre professionnels de santé notamment pour la prise en charge des personnes âgées.

La mise en place d'une direction commune et encore plus la création d'un GHT est de nature à faciliter le développement d'une filière de soins. L'Agence nationale d'appui à la performance l'a d'ailleurs précisé en indiquant que *« les coopérations semblent plus facilement mises en œuvre qu'elles sont impulsées par un directeur ayant en charge la direction commune des établissements partis à la convention »*. L'existence d'un seul et unique directeur, chef d'établissement favorise ainsi la prise de décisions et facilite ainsi la communication entre les acteurs.

Par ailleurs, outre la signature de conventions classiques entre le CHCB et les EHPAD du territoire, l'établissement a souhaité lors de la mise en place du groupement hospitalier de territoire associer les structures médico-sociales aux différents échanges, afin d'élargir les débats ayant pour but de fluidifier toujours plus le parcours du patient. Il existe donc un véritable partenariat entre l'hôpital public et les EHPAD du territoire.

1.3.2 L'ouverture timide du CHCB envers les établissements privés du territoire

Depuis plusieurs années, le CHCB souhaite construire des partenariats en lien avec les établissements privés ou associatifs qui ont une activité gériatrique importante, mais cette démarche est encore assez timide. Un des seuls partenariats qui perdure est celui avec la Fondation Luro à Ispoure. La fondation Luro est une association loi 191 sans but lucratif, située en milieu rural et qui se compose d'une structure sanitaire de 34 lits (une clinique) et d'un EHPAD de 94 places pour un bassin de population d'environ 12 000 habitants. Plus précisément, l'hospitalisation comprend deux services, un service de médecine de 14 lits et un service de réadaptation moyen séjour de 20 lits. Compte tenu du territoire de santé sur lequel se trouve l'établissement, ce dernier a souhaité maintenir une polyvalence de ses activités de façon à assurer un réseau local de services pour personnes âgées. En effet, les lits situés au sein de la Fondation Luro hébergent essentiellement des personnes âgées au travers de la médecine interne et du SSR. C'est la raison pour laquelle la Fondation et le CHCB ont souhaité mettre en place un partenariat concernant la prise en charge des personnes vieillissantes. La coopération

entre ces deux structures a débuté il y a une quinzaine d'années et ne fait que croître d'année en année. L'exemple le plus marquant reste la mise en place de consultations spécialisées sur le site d'Ispoure, par des médecins du CHCB. Ces consultations, notamment de pneumologie, de cardiologie, de gastro-entérologie permettent de capter des patients directement à la source (la plupart étant des personnes âgées) et de renforcer le rôle d'établissement de proximité pour la Fondation Luro.

De plus, les praticiens qui exercent à Ispoure au sein du service de médecine interne et de SSR travaillent de façon étroite avec les professionnels du CHCB, de façon à réduire les déplacements des patients sur le site bayonnais et de privilégier une prise en charge toujours plus proche du domicile.

S'il est difficile d'obtenir des chiffres précis concernant l'activité de consultations ou encore le nombre de transferts de patients évités sur l'hôpital (faute d'indicateurs mis en place par l'établissement), on peut tout de même affirmer que cette démarche permet à la Fondation d'entrer dans une filière de soins, celle du CHCB. La structure joue ainsi parfaitement son rôle d'hôpital de proximité en complémentarité avec les autres établissements de santé et les professionnels libéraux et marque a volonté de s'inscrire résolument dans le projet territorial de santé à l'échelle du Pays Basque.

Ce travail de collaboration entre acteur public et privé permet ainsi de compléter l'offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire, d'assurer pour les établissements de petite taille leur vocation de proximité et donc d'améliorer le parcours du patient.

1.3.3 Le positionnement du CHCB dans le maillage territorial

Outre les relations privilégiées entre le Centre hospitalier de la Côte Basque et certaines structures du territoire, l'établissement est intégré dans le maillage territorial. Qu'il s'agisse de structures d'amont ou d'aval, le CHCB souhaite améliorer toujours plus la coordination entre les structures de soins de la filière gériatrique et les différents acteurs médico-sociaux du territoire.

Le CHCB fait notamment partie de la MAIA existante sur le territoire Navarre Côte Basque et travaille également en étroite collaboration avec le centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC). Les professionnels de santé de l'hôpital sont bien identifiés par ces structures externes et souhaitent développer de nombreuses actions à destination des personnes âgées.

En revanche peu de partenariat existent à l'heure actuelle avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qu'il faudrait par conséquent tenter de développer dans le futur projet de restructuration de la filière gériatrique.

Enfin, il existe une offre importante de structures médico-sociales lucratives pour la prise en charge des personnes âgées sur le territoire de santé avec lesquelles il n'est pas toujours évident de collaborer. Si les professionnels de santé souhaitent entamer un travail de partenariat entre structures publiques et privées, il n'est pas toujours évident de mettre en place concrètement certains axes de collaboration, faute de volonté des directions respectives.

Si l'on constate qu'il existe réellement depuis quelques années une volonté de la part du CHCB de créer une filière gériatrique, il n'en demeure pas moins qu'elle reste perfectible et doit donc être consolidée.

2 Une filière gériatrique perfectible nécessitant une restructuration

Qu'on l'envisage d'un point de vue du projet médical, des ressources humaines ou architectural, la restructuration de la filière gériatrique du CHCB est indispensable.

2.1 Une prise en charge des personnes âgées à améliorer

2.1.1 Un passage aux urgences trop souvent évitable

La majorité des personnes âgées prises en charge au sein du CHCB arrivent à l'hôpital par les urgences. Or ce circuit n'est pas optimal car par définition, les personnes arrivent aux urgences dans un état de fragilité très avancé et nécessitent alors une prise en charge médicale et soignante très importante. Les délais d'attente peuvent être très longs sur des brancards ou des lits porte, ce qui peut engendrer une aggravation de l'état de santé des patients et la venue de complications physiques et psychiques rapides.

Malheureusement une évaluation gériatrique n'est pas demandée de façon systématique à l'arrivée de la personne ; elle ne l'est que lorsque les médecins urgentistes y pensent, retardant ainsi d'éventuels diagnostics et fragilisant ainsi toujours plus l'état de santé du patient.

Le rôle des urgences dans la prise en charge des personnes âgées est primordial puisqu'il s'agit de la voie d'entrée prioritaire dans un hôpital. Il y a donc tout un travail de prévention à réaliser en amont, en lien étroit avec les CLIC, les médecins généralistes, les cabinets infirmiers libéraux etc... Plus l'état de santé du patient qui arrive aux urgences est dégradé, plus il mettra du temps à s'en remettre et restera longtemps hospitalisé dans les services hospitaliers. Les nombreuses discussions que j'ai pu avoir avec les médecins gériatres du pôle m'ont conforté dans l'idée que les praticiens ne communiquent pas assez entre eux, ou du moins pas assez rapidement, au détriment du patient.

De plus, j'ai fait le constat que l'hôpital local de Saint Palais ne jouait pas forcément son rôle d'hôpital de proximité. En effet, alors que la population sur le territoire est de plus en plus âgée et que l'établissement de santé dispose d'un service d'urgence (deux lits seulement), la quasi-totalité des patients gériatriques arrivent aux urgences du CHCB, par le biais du SAMU notamment. Pour les praticiens, la collaboration entre les deux établissements est telle qu'il est plus aisé de transférer les patients dont l'état de santé est un peu préoccupant. Or après avoir fait une étude approfondie des typologies de patients gériatriques transférés de l'hôpital de Saint Palais vers le site bayonnais, il s'avère que près d'un tiers n'aurait pas nécessité d'être déplacé. Il y a donc un réel enjeu sur ce sujet, à traiter avec les professionnels de santé et les médecins libéraux.

2.1.2 L'hébergement du patient dans des services pas toujours adapté

Si le CHCB dispose de deux services de court séjour gériatrique, l'un sur le site bayonnais l'autre sur le site luzien, spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées, il n'en demeure pas moins qu'une grande partie des patients qui devrait relever de ces services est hospitalisé dans d'autres services de l'établissement. Plusieurs raisons à cela : un manque de place parfois dans ces services, une mauvaise orientation, un refus des praticiens de médecine gériatrique pas toujours bien clarifié etc... Or laisser un patient malade âgé, poly pathologiques dans un service non spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées peut réellement devenir délétère pour le patient.

On retrouve très souvent cette situation lorsque le choix d'orientation du patient s'effectue entre l'USLD et l'EHPAD. Par définition, la prise en charge / en soins en USLD est plus importante que celle que l'on retrouve en EHPAD, les résidents ayant moins d'autonomie dans les premiers que dans les seconds. Or au CHCB, les équipes médicales et soignantes présentes sur l'unité de soins de longue durée de Bayonne ont beaucoup souffert d'absentéisme ce qui a eu de lourdes conséquences sur les effectifs. Aussi, compte tenu de la charge de travail des professionnels et du manque de personnel, il est assez fréquent de voir une mauvaise orientation d'une personne âgée ; à titre d'exemple, un patient relevant normalement d'une prise en charge en USLD va être transférée en EHPAD faute de pouvoir l'accompagner médicalement dans l'unité de soins de longue durée. Cette situation qui peut paraître choquante devient finalement banalisée. Les effets de cette prise en charge sont donc très néfastes pour le patient/résident, qui peut voir son état se dégrader très rapidement.

Or en tant que directeur, il est très difficile de faire admettre cette situation existante entre EHPAD et USLD par la communauté médicale, qui refuse d'admettre qu'il existe des « mauvaises orientations » délibérées. Il y a donc un véritable travail de sensibilisation à effectuer auprès des personnels médicaux sur le sujet.

2.2 La prise en charge de la spécificité des ressources humaines en gériatrie, facteur clé de réussite

La filière gériatrique du CHCB n'est pas épargnée par les problématiques liées aux ressources humaines, que l'on retrouve au sein de la plupart des filières médico-sociales des établissements de santé. En effet, travailler auprès des personnes âgées n'est pas

souvent vécu par les professionnels comme valorisant²⁷. Ce secteur souffre toujours d'une image négative, peu importe la raison : une charge de travail trop lourde, une impression de pertes des acquis vécue par les étudiants ou jeunes professionnels qui estiment qu'il n'y a pas de soins techniques, une confrontation difficile avec le corps vieillissant, avec la perte des facultés mentales ou encore la peur de ce que nous pouvons devenir, miroir d'une réalité à laquelle nous ne souhaitons pas être exposés. La mise en place d'une politique de recrutement des personnels dans le secteur de la gériatrie afin de pourvoir des postes vacants est donc essentielle. Mais par la suite, que faire pour que les professionnels recrutés souhaitent rester sur leur poste ?

2.2.1 Les soins gériatriques, une exigence de compétences mal reconnue

Contrairement aux idées reçues, le champ des compétences dans le secteur gériatrique est très large. En effet, la charge de travail des soignants a beaucoup augmenté en raison notamment de la poly pathologie des patients et/ou des résidents hébergés et hospitalisés au sein de l'établissement. Car l'objectif du personnel soignant est d'assurer à la fois des soins techniquement lourds et un projet de vie pour chaque résident.

Exercer auprès des personnes âgées nécessite de développer une certaine "culture gériatrique" chez le personnel tant médical que soignant. Il est important dès le début de la carrière des jeunes professionnels de mettre l'accent sur cette culture afin de limiter au maximum les peurs et appréhensions qui peuvent être soulevées au cours de leur exercice professionnel. A contrario, le plaisir de travailler dans un secteur d'activité si spécifique, auprès d'un public fragilisé doit être développé.

Au cours des nombreux échanges que j'ai pu avoir avec différents interlocuteurs²⁸ de la filière gériatrique du CHCB, l'idée qu'il n'y a pas de soins techniques dans ces services perdure auprès de la jeune génération et la grande majorité des soignants estime perdre en compétences. C'est pourtant l'idée inverse qui devrait émerger, dans la mesure où les soins auprès des personnes âgées poly-pathologiques demandent des compétences multiples et approfondies. Il semble donc important, à travers l'ensemble des témoignages recueillis, d'impliquer davantage les professionnels et notamment les cadres de proximité pour former et transmettre un enseignement théorique. Cette idée négative véhiculée au sein de la filière gériatrique doit disparaître au fil du temps, grâce à l'implication des cadres et de la direction. Il est en effet nécessaire de réduire l'écart entre "la théorie" et "la pratique" avant la confrontation souvent douloureuse sur le terrain pour

²⁷ Discussion au cours de mon stage avec une IDE et une AS

²⁸ Cadre de santé, IDE et AS pour la plupart

des jeunes non préparés. La qualité de la prise en charge des personnes âgées au sein de ces services, loin des images de maltraitance véhiculées par la presse doit également être privilégiée. Enfin, il faut valoriser l'exercice des professionnels de santé, principalement soignants, pour leur permettre de développer certaines compétences et connaissances acquises au contact de personnes poly-pathologiques, fragiles et dépendantes.

Le directeur du CHCB a été sensibilisé à cette problématique par plusieurs cadres de santé et a décidé que les cadres et tous les professionnels doivent s'impliquer dans la formation sur le terrain. Cette implication se traduit, sur le pôle de gériatrie, par un accueil personnalisé de tous les stagiaires et jeunes professionnels à travers notamment : la présentation du pôle, des projets en cours, du fonctionnement général du service, des moyens mis à leur disposition pour atteindre leurs objectifs...

Enfin, l'intervention auprès des personnes âgées se caractérise également par la richesse des contacts. En général, une relation longue s'établie entre le soignant et le patient/résident, principalement pour ceux hébergés en EHPAD et en USLD. L'exercice au sein de ces services de longue durée est réellement enrichissant pour les professionnels de santé, ce qui peut être une plus-value pour ces derniers. Pourtant, les échanges réguliers que j'ai pu entretenir avec certaines personnes de la filière ne vont pas réellement dans ce sens. Nombreux sont les soignants qui préféreraient exercer dans d'autres services hospitaliers, tels que les urgences, la pédiatrie ou encore la chirurgie, qui les rapprochent davantage des apports théoriques et pratiques appris lors de leur formation. C'est notamment le cas des IDE, qui recherchent toujours plus d'innovation et de soins techniques.

Au-delà des soins, donner du sens au quotidien à la prise en charge de la personne âgée est aussi primordial. Ceci se fait au travers de projets individualisés de soins et/ou de vie, afin que les personnels ne soient pas uniquement dans l'exécution quotidienne de tâches, source fréquente d'épuisement professionnel.

2.2.2 La souffrance des soignants, trop présente dans la prise en charge des personnes âgées

Les professionnels de santé qui exercent au sein de la filière gériatrique du CHCB (principalement les soignants) ne sont pas épargnés par le phénomène de souffrance au travail, connue sous le nom de « burn out », c'est à dire syndrome d'épuisement professionnel (SEP) en français. Décrite depuis les années 70 en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, les médecins, psychologues, psychiatres, sociologues et responsables des ressources humaines ont contribué à sa prise de conscience.

En gériatrie selon LANDRY, les causes de la souffrance des soignants sont liées à des éléments qui tiennent à la fois au contexte gériatrique lui-même (rencontre de personnes âgées dites démentes et proches de leur fin de vie), aux idéologies qui y sont véhiculées dans les établissements (lieu de vie, médicalisation...) et à certains facteurs institutionnels.

S'agissant des derniers, on a trop tendance à confiner la gériatrie en milieu de soins, au détriment d'un milieu de vie. Le projet de vie individualisé est sensé y apporter une réponse, mais il est encore trop peu opérationnel. La parcellisation du travail et l'interruption des tâches empêchent une présence continue et personnalisée auprès du patient, ce qui dévalorise souvent l'activité des professionnels. Les temps d'échanges et d'écoute mutuelle sont encore insuffisants selon les soignants²⁹ par leur durée et leur qualité : interruptions, report, rapidité, lieux mal choisis, nombre de résidents... De l'avis même des soignants, leur travail manque de cohérence.

Face à ce constat, le chef d'établissement de l'hôpital de Bayonne a souhaité aller à la rencontre du personnel exerçant auprès des personnes âgées. Cette initiative, très appréciée des professionnels est alors l'occasion pour ces derniers de s'exprimer sur leurs conditions de travail et leur mal-être éventuel. De ces discussions, sont notamment ressortis le souhait des équipes de se sentir valorisé notamment par la participation à des discussions inter disciplinaires, de trouver des points de repères dans des situations difficiles, et de rétablir la confiance entre soignants et direction.

Enfin, il faut noter que les organisations syndicales de l'établissement sont très sensibles au sujet de la souffrance des soignants du pôle gériatrique et interpellent régulièrement la direction sur cette thématique, aussi bien lors des instances représentatives du personnel que lors de réunions plus restreintes. Il est donc important que le directeur (chef d'établissement ou directeur référent de la filière) soit à leur écoute et mette en place une véritable politique de communication sur le sujet.

2.2.3 Le manque d'attractivité du secteur gériatrique

Comme évoqué supra, l'exercice au sein d'une filière gériatrique et plus particulièrement en EHPAD ou en USLD souffre d'une image négative, ce qui engendre des conséquences négatives vis à vis du recrutement du personnel paramédical. La pénurie d'effectif se retrouve essentiellement pour les IDE et les AS. Cette problématique n'est pas nouvelle, puisque dès les années 2000, la littérature hospitalière abordait

²⁹ Conversation avec plusieurs AS au détour d'un couloir

fréquemment cette thématique : « les solutions d'urgence à la pénurie d'infirmières »³⁰, « pénurie d'infirmières; la course contre la montre »³¹.

Au sein de l'hôpital de Bayonne, la difficulté réside essentiellement dans le taux d'absentéisme sur la filière supérieur au taux moyen de l'établissement (12% contre 10% sur tout l'établissement). Il existe un "turn over" important dans les professions d'IDE et d'AS et lorsque les postes vacants sont pourvus, c'est le taux d'absentéisme qui devient une difficulté récurrente.

Face à ce constat et pour remédier à ce problème, il faut marquer un engagement fort de la direction de l'établissement pour mettre en œuvre une véritable politique de recrutement, qui doit être relayée à tous les niveaux de décisions concernées. Bien que la mobilisation de tous les acteurs reste complexe, elle est primordiale. De plus, compte tenu des éléments cités supra, la stratégie de fidélisation du personnel en gériatrie passe indéniablement par l'amélioration de la satisfaction au travail, c'est à dire un niveau élevé de couverture des attentes professionnelles d'un individu à un moment donné³². Sur ce sujet, les motifs d'insatisfaction relayés au directeur d'établissement sont multiples. On retrouve notamment l'augmentation de la charge de travail liée parfois au sous-effectif, à la multiplication des tâches confiées au IDE ou encore à la dégradation de l'état général des patients. Le manque de temps est également un facteur non négligeable, le personnel rétorquant souvent l'insuffisance de temps pour échanger avec les patients et les familles. Enfin, les soignants, comme le personnel administratif évoquent souvent le peu de reconnaissance dont ils font l'objet (c'est-à-dire manque de remerciements, d'encouragements ou de considération pour le secteur).

Cet aspect lié aux ressources humaines est un point crucial à ne pas négliger, lorsque l'objectif est de développer une filière de soins interne à un établissement de santé. Pour tenter de fidéliser au maximum le personnel sur un secteur d'activité peu attractif, une des solutions peut être de donner du sens à certains projets, en les développant à plusieurs niveaux. A titre d'exemple, le projet d'établissement d'un hôpital est primordial et doit permettre aux professionnels d'avoir une lisibilité claire sur les projets en cours au sein de la filière. Cela marque également l'implication constante que doit avoir la direction. De plus, intégrer au sein du projet d'établissement et du projet médical les nombreux projets en cours de la filière gériatrique permet au personnel de se sentir entendu et écouté et perçoit dans cette initiative une sorte de reconnaissance et d'implication de la part de la direction, élément contribuant à fidéliser les personnels.

³⁰ Techniques hospitalières, nov. 2001, n°661

³¹ Soins, avril 2003, n°674

³² Réflexion de P. Paillé

Fidéliser le personnel soignant au sein de la filière gériatrique doit être un des objectifs prioritaires pour l'établissement de santé. Et cela ne peut se concevoir sans un accompagnement adapté et personnalisé dès le recrutement. Pour ce faire, il est souvent demandé une grande disponibilité à l'encadrement, de façon à ce que les cadres puissent répondre aussi souvent que nécessaire aux interrogations et aux doutes des nouveaux personnels.

Par ailleurs, garantir la satisfaction au travail et la qualité de la prise en charge passe par une communication renforcée des projets mis en œuvre au sein de la filière. Le CHCB en est un parfait exemple, puisque la communication des projets de la filière personnes âgées a été renforcée au cours des dernières années, notamment par le biais des publications sur le site intranet et internet de l'hôpital. Les professionnels de la gériatrie doivent faire connaître la qualité du travail qu'ils réalisent de façon large et étendue, à la fois en interne au sein de l'institution comme en externe, en acceptant de témoigner.

Fidéliser les professionnels est une mission extrêmement difficile, surtout sur un secteur d'activité qui souffre d'une image négative, peu importe les actions mises en œuvre et l'implication de la direction. Néanmoins la restructuration d'une filière gériatrique ne peut réussir sans le soutien, les compétences et les connaissances des professionnels qui exercent auprès des plus fragiles.

2.3 La restructuration architecturale du pôle, une phase indispensable dans la consolidation d'une filière territoriale

Compte tenu de l'ensemble des éléments cités supra et de l'analyse stratégique de l'environnement intra et extra hospitalier, le directeur d'établissement doit envisager plusieurs scénarii possibles relatifs à une restructuration de la filière gériatrique, afin d'allier les besoins de son établissement, ceux du territoire et les contraintes de l'hôpital.

Après de nombreux échanges avec les professionnels de la filière gériatrique du CHCB, les membres de l'équipes de direction, l'autorité de tarification, les élus locaux etc..., l'établissement a fait le choix d'engager une restructuration conséquente de son pôle, tant sur le champ sanitaire que médico-social. L'objectif du scénario qui sera présenté ci-dessous est de conserver, pour l'hôpital, le rôle de pilier du service public en santé et de montrer son engagement fort envers le secteur médico-social et la prise en charge des personnes âgées.

2.3.1 La restructuration de l'offre sanitaire de l'hôpital

En regroupant les différents services et/ou unités de l'hôpital selon les modalités de prises en charge des personnes âgées, l'établissement répond tout d'abord à la circulaire de 2007 qui définit les modalités de prise en charge des personnes âgées poly pathologiques au sein d'un même hôpital ou entre établissements relevant d'un même territoire de santé. Ensuite, ce regroupement sur des sites uniques permettra aux professionnels de santé d'exercer dans des conditions optimales et évitant pour les patients la perte de chance qui existe en raison de l'éclatement géographique des sites hospitaliers.

Pour mémoire, l'offre sanitaire actuelle relative au pôle gériatrique du CHCB est inégalement répartie entre deux sites hospitaliers :

Activité de soins	Site géographique	Lits
Court séjour gériatrique	Site de Saint Léon à Bayonne	24 lits
	Site USA à Saint Jean de Luz	30 lits
Soins de suite et de réadaptation	Site de Trikali à Saint Jean de Luz	38 lits

NB : les USLD bien que correspondant à de l'activité sanitaire, sont considérées comme faisant partie intégrante de l'activité médico-social du CHCB.

Le scénario envisagé pour repenser l'offre sanitaire pourrait donc être le suivant :

- consolider d'une part le rôle du court séjour gériatrique en transférant l'ensemble des lits situés sur le site luzien, vers le site bayonnais pour ne créer qu'une seule unité ;
- transférer d'autre part les lits de SSR situés sur le site de Trikali au niveau des USA de Saint Jean de Luz.

Conforter l'offre de court séjour gériatrique

La circulaire du 28 mars 2007 précise que « *le court séjour gériatrique doit garantir l'accessibilité à un plateau technique comportant un équipement de radiologie standard, échographie, doppler veineux et artériel, échocardiographie, tomodensitométries, analyses biologiques et d'anatomie pathologique, endoscopies digestives, dans des délais compatibles avec la pathologie du patient. Il doit pouvoir accéder en urgence au plateau technique dans les mêmes conditions que les autres spécialités* ».

Seul le site de Saint-Léon permet à l'heure actuelle de remplir ces critères, notamment en raison de l'absence de plateau technique sur le site luzien. L'option serait donc de rassembler l'ensemble des lits de court séjour gériatrique du CHCB sur un seul site (Saint-Léon) afin d'avoir un accès rapide à l'ensemble du plateau technique, d'obtenir des avis spécialisés avec un délai plus court, d'éviter le transfert des patients en ambulance sur Bayonne pour la réalisation d'examen complémentaires, de présenter les patients

aux différents staffs et ainsi d'améliorer la qualité de la prise en charge et de réduire la durée moyenne de séjour.

Rappelons que l'objectif de ces différentes unités reste toujours la prise en charge du sujet âgé de plus de 75 ans, poly pathologique, fragile, à risque de pathologies en cascade mettant en jeu le pronostic vital à court terme ou le pronostic fonctionnel. L'unification sur un seul et même site facilitera également la collaboration entre praticiens de diverses spécialités, facilitant ainsi une évaluation globale du patient reposant sur une évaluation gériatrique standardisée et multidisciplinaire qui permettra d'établir un projet personnalisé de soins (PPS).

Désormais, grâce à la proximité du plateau technique, l'objectif à atteindre est d'optimiser les parcours du patient âgé, de limiter autant que faire se peut la durée moyenne de séjour (DMS) et d'atteindre un taux d'occupation proche des 100%. Le regroupement des lits de court séjour gériatrique du site de Saint Jean de Luz vers le site Bayonnais de Saint Léon supprimera par conséquent la perte de chance actuelle due à l'éloignement du plateau technique tout en diminuant le coût des transports (30% des dépenses du transport hospitalier³³ sont générés par les transports du court séjour gériatrique de Saint Jean de Luz).

Toutefois, compte tenu des contraintes architecturales sur le site bayonnais, il est peu probable que la capacité totale actuelle des 30 lits du court séjour gériatrique de Saint Jean de Luz soit maintenue et installée sur le site principal bayonnais. Or cette modification capacitaire engendrera forcément des conséquences en termes de réponse à un besoin de santé publique mais également financières pour l'hôpital avec une perte significative d'activité. Ce point, essentiel pour un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social sera analysé et étudié dans la troisième partie de ce mémoire, en essayant d'y apporter quelques solutions potentielles.

Par ailleurs, ce regroupement sur un site unique permettrait de diversifier les types de parcours de soins en s'articulant de la manière suivante :

- une unité d'hospitalisation non programmée en lien avec le flux des urgences correspondant à l'unité actuelle de 24 lits. Cette unité pourra également accueillir des patients gériatriques hébergés dans les services de chirurgie et les patients gériatriques pris en charge dans les services de médecine pourront bénéficier d'une expertise gériatrique par l'intervention de l'EMOG. En l'absence de place en court séjour de gériatrie et dans un service de médecine, les patients âgés fragiles sont orientés dans un service de chirurgie où ils sont pris en charge par un médecin du

³³ Entretien avec le directeur des services économique et logistique du CHCB

court séjour de gériatrie. Ils sont ensuite transférés en court séjour de gériatrie dès qu'une place est disponible.

- une unité d'hospitalisation programmée de 20 lits (lits transférés de St Jean de Luz) en lien direct avec les médecins libéraux et coordonnateurs d'EHPAD pour limiter le recours aux services d'accueil et d'urgences délétère pour les patients fragiles à risque confusionnel majeur source de forte morbi-mortalité. Cette unité doit répondre à la forte demande de la ville insuffisamment satisfaite à ce jour et doit promouvoir un accès direct du patient gériatrique vers le court séjour de gériatrie.

Par ailleurs, l'organisation médicale optimale à envisager étant donné l'activité forte et le nombre croissant d'hébergés³⁴ serait au minimum de quatre praticiens hospitaliers gériatres et un assistant spécialiste gériatre³⁵. De plus, une activité d'hospitalisation de jour pourrait éventuellement s'intégrer à l'hospitalisation de jour actuelle des services de médecine. Ce point nécessiterait certainement d'être étudié à l'appui d'une étude médico-économique au sein du pôle.

Conforter l'approche spécifique rééducative et réadaptative gériatrique du CHCB

Le territoire de santé NCB dispose à ce jour d'une offre de soins importante en SSRG. Compte tenu de la concurrence très présente sur le territoire, l'objectif du pôle gériatrique du CHCB pourrait être de mieux valoriser le SSRG en renforçant le positionnement rééducatif et réadaptatif global de l'hôpital. Pour ce faire, il est donc primordial de réussir le déménagement du SSRG d'un site vers un autre³⁶ pour une nécessaire modernisation. Notons que le déménagement de site est très attendu par les équipes médicales et soignantes, car les conditions architecturales actuelles vétustes ne permettent plus de prendre en charge correctement les patients âgés fragiles³⁷. Certains patients sont encore hébergés dans des chambres doubles, sans cabinet de douche etc... Les soignants quant à eux exercent dans des conditions de travail relativement difficiles, disposent d'équipements très anciens³⁸ et s'en plaignent régulièrement auprès de la direction de l'hôpital. Le regroupement de la médecine gériatrique sur St Léon permettra que le déménagement du SSRG ait lieu dans les locaux laissés alors vacants.

Toutefois, la capacité actuelle du SSRG est de 38 lits destinée à de l'hospitalisation complète. Or, comme évoqué supra concernant le court séjour gériatrique, il est fort probable que le transfert des lits de SSR sur un autre bâtiment impliquera un redimensionnement capacitaire de l'unité, avec une diminution du nombre de lits. Les propos échangés avec la direction des services techniques ainsi qu'avec le chef du pôle

³⁴ Activité 2016 : 19 471 journées, 1 962 entrées, DMS : 9.92

³⁵ Information recueillie en bureau de pôle

³⁶ Pour rappel : du site Trikaldi au site USA, tous deux situés sur la commune de Saint Jean de Luz

³⁷ Le bâtiment Trikaldi date de 1976

³⁸ Absence quasi-totale de contentions

filière gériatrique m'amènent à penser que la capacité de lits devrait passer de 38 à 28 ou 30 lits, ce qui aura forcément des conséquences sur la capacité du CHCB à répondre à la demande. Il faudra donc rester vigilant sur ce point.

2.3.2 Le renforcement de la qualité de l'offre médico-sociale de l'établissement

Conformément à la circulaire du 28 mars 2007, toute filière gériatrique d'un établissement de santé a pour but de permettre à chaque patient de pouvoir accéder à une prise en charge globale. Aussi, l'objectif recherché par le CHCB à partir de la restructuration de sa filière est d'assurer la continuité de la prise en charge des patients entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Le CHCB, dans sa volonté d'aller plus loin dans la formalisation d'une filière de soins dédiée à la prise en charge des plus vulnérables a souhaité, en sus de l'offre sanitaire, renforcer la qualité de l'offre médico-sociale EHPAD et USLD³⁹ de l'établissement.

S'agissant des unités de longue durée, le CHCB a souhaité améliorer la prise en charge des personnes âgées par le renforcement du positionnement de l'USLD au sein de la filière et du territoire de santé. Si en termes de restructuration architecturale, il n'y a pas nécessité que les USLD soient impactées par le déménagement des différentes unités, leur organisation et leur fonctionnement doivent pour autant être améliorées. En effet, dans la mesure où les patients qui intègrent les USLD sont de plus en plus fragiles et dépendants, il est important de poursuivre l'amélioration de la médicalisation (transfusions, plaies complexes, hypnoanalgésie, soins palliatifs etc...) et de maintenir la qualité de prise en charge des grands risques gériatriques, à savoir la nutrition, les troubles cutanés, l'hygiène bucco-dentaire, les troubles de la déglutition, la douleur ou encore la prévention de la iatrogénie.

Par ailleurs, concernant les EHPAD du CHCB et compte tenu de la vétusté de certains bâtiments hébergeant les résidents, l'établissement a fait le choix de proposer une offre luzienne diversifiée, en reconstruisant l'EHPAD Udazkena, situé sur la commune de Saint Jean de Luz. Si l'on poursuit la réflexion en ce sens, cette restructuration architecturale pourrait également être l'occasion de créer, en sus des places d'hébergement traditionnel, des places d'hébergement temporaire. Il serait donc opportun d'établir une étude en lien avec l'ARS, afin de connaître le réel besoin sur le territoire de santé.

³⁹ Si les USLD sont des unités appartenant au secteur sanitaire, le CHCB l'inclue davantage dans la prise en charge médico-sociale des patients et résidents. Pour davantage de cohérence dans la rédaction du mémoire, il a été fait le choix de considérer cette activité dans la partie « médico-sociale »

Face à ce constat et pour impulser une certaine dynamique sur les EHPAD, les prochaines années pourraient être consacrées :

- à l'amélioration de la prise en soins des résidents accueillis avec l'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé. Ces projets, bien qu'ils soient systématiquement rédigés dès l'entrée en institution, ne sont pas forcément suivis tels qu'ils devraient l'être quotidiennement ;
- à la prévention du déclin fonctionnel avec une prise en charge nutritionnelle et des activités physiques adaptées ;
- à l'accompagnement plus poussé et personnalisé des familles, notamment lors de la fin de vie d'un proche ;
- à la promotion de la formation soignante, grâce à la diffusion des connaissances, du savoir-faire et du savoir-être spécifique au pôle gériatrique
- à l'accompagnement des unités spécialisées pour les patients atteints de maladie Alzheimer ou syndromes apparentés: c'est à dire UHR, PASA...
- à la sécurisation du circuit du médicament
- enfin, à la poursuite de l'amélioration de la fluidité du parcours patient au sein de la filière gériatrique, grâce à la mise en place de staff organisés selon les thématiques concernées, d'une commission d'admission commune entre EHPAD et USLD...

2.3.3 L'influence des élus politiques dans les choix stratégiques du directeur d'établissement

Le citoyen lambda voit en l'hôpital un lieu où l'on soigne, où l'on accueille les malades, sans distinction d'âge, de situation sociale ou d'origine. C'est le lieu où la solidarité s'exerce à plein. Pour l'élu, l'enjeu politique est important. L'hôpital représente l'aménagement du territoire, c'est aussi l'organisation sanitaire de l'agglomération. L'hôpital est un signe de reconnaissance de la valeur d'une ville, joue un rôle pour la renommée de la commune et c'est un gisement d'emplois.

S'agissant particulièrement de l'hôpital de Bayonne, les élus des communes du territoire de proximité sont pour certains très impliqués dans la vie du CHCB à travers notamment les conseils de la vie sociale ou le conseil de surveillance. L'éclatement géographique du pôle filière gériatrique impacte donc plusieurs bassins d'activité que les maires des communes concernées tentent de défendre. C'est notamment le cas pour la commune de Saint Jean de Luz, impactée par la vente du site de Trikaldi et pour laquelle le

positionnement et le soutien du maire ont été décisifs. La disparition d'un site hospitalier implanté sur une ville emporte forcément d'importantes conséquences en termes de réponses aux besoins de santé publique comme en termes politiques. Il est en effet difficilement envisageable pour le maire d'une ville, de voir disparaître un site hospitalier, qui permettait jusqu'alors de répondre aux besoins sanitaires de la population et employait de nombreuses personnes issues de l'agglomération (luzienne en l'occurrence).

C'est la raison pour laquelle le projet de restructuration de la filière gériatrique a mis plusieurs années avant de se concrétiser. Il était nécessaire de trouver un terrain d'entente entre le directeur du centre hospitalier de la Côte Basque et le maire luzien.

Or si les relations entre un chef d'établissement et un élu politique peuvent parfois être relativement tendues en fonction des thématiques, elles peuvent aussi être empreintes de confiance mutuelle. Prenons pour exemple, le cas du CHCB et la vente du site de Trikalidi. Le plan local d'urbanisme prévoyait initialement que le site devait rester un site à vocation sanitaire ou médico-social. Or après des années de négociation et de recherche d'un acquéreur potentiel, aucun acteur médico-social n'a souhaité acheter le site hospitalier, soit un ensemble de plus de 13.000 m². Compte tenu du projet de restructuration de la filière gériatrique qui ne pouvait avoir lieu sans cette opération immobilière, la ville de Saint-Jean-de-Luz a décidé de modifier préalablement son plan local d'urbanisme afin d'y permettre la réalisation d'un programme d'aménagement à large dominante sociale. L'objectif visé par le maire de la ville était de garder la finalité "sociale, voire médico-sociale" de ce terrain. Ainsi, après de nombreuses négociations, il a été décidé de proposer en lieu et place du bâtiment qui héberge une partie de la filière gériatrique, un programme de 174 logements dont plus de la moitié correspond à des logements locatifs sociaux.

Ce projet de restructuration de la filière "personnes âgées" du CHCB, n'est finalement pas uniquement le projet du seul établissement de santé public de la côte basque, puisque les élus locaux se sont fortement impliqués et mobilisés pour que soient développée une offre de logements accessible à la majorité de la population et que l'offre de santé sur le territoire soit consolidée. L'engagement de la commune sur ce dossier est donc double : d'une part en qualité de facilitateur du projet grâce à la mise en relation de l'ensemble des partenaires et l'adaptation réglementaire de ses documents d'urbanisme et d'autre part en qualité de partenaire co-financeur.

3 Les leviers d'action pour réussir la restructuration de la filière gériatrique et renforcer son positionnement sur le territoire de santé

Pour restructurer sa filière gériatrique, le CHCB est allé encore plus loin, en souhaitant notamment accentuer les partenariats tant internes qu'externes.

3.1 Considérer la prise en charge des personnes âgées de façon globale et transversale au sein de l'hôpital

3.1.1 Une dynamique institutionnelle nécessaire pour accompagner le pôle gériatrique vers le changement

Emettre le souhait de consolider la filière gériatrique existante au sein de son établissement implique nécessairement que le directeur dispose d'une vision stratégique à long terme pour son institution. La volonté de voir se développer un certain nombre de projets opérationnels sur la filière doit être poursuivie par le chef d'établissement. Il est en effet trop fréquent d'entendre dire que le secteur "personnes âgées" est laissé à l'abandon notamment dans les établissements de santé, impactant a fortiori l'image de la gériatrie et du travail réalisé auprès de nos aînés.

L'engagement du directeur sur ce sujet reste donc primordial si l'on souhaite impulser une certaine dynamique sur la filière. Qu'il s'agisse d'un engagement moral, financier voire humain, les équipes sur le terrain doivent sentir qu'elles sont accompagnées activement par le directeur. Cette condition est certes très exigeante mais reste néanmoins indispensable à la conduite du changement.

Restructurer architecturalement un bâtiment ne suffit pas à consolider une filière. Le secteur médico-social a l'instar du secteur purement sanitaire, a lui aussi ses spécificités qu'il faut prendre en compte. Le directeur d'établissement doit donc être vigilant sur ce point et comprendre quels sont les besoins individuels et collectifs à satisfaire. C'est notamment le cas en ce qui concerne les plans annuels de financement des équipements. Il semble en effet inenvisageable d'un point de vue managérial de restructurer toute une filière de soins en mettant les moyens financiers en termes de locaux et en délaissant les équipements nécessaires à une bonne prise en charge des patients et des résidents.

Si les équipements à la pointe de la technologie sont courants dans les services de médecine et plus encore de chirurgie, les services de gériatrie disposent malheureusement trop souvent d'équipements anciens et dégradés. Il est donc important

que le directeur soit vigilant sur ce point et en fasse une priorité. L'investissement qui a été fait dans les services dits prestigieux doit également être envisagé au sein des unités et services qui prennent en charge les personnes âgées.

Au sein du CHCB par exemple, le directeur a souhaité augmenter de façon significative le montant alloué aux équipements dédiés à la prise en charge des personnes âgées, tels que les lits Alzheimer, les lèves malades etc... Cela montre ainsi l'intérêt porté par la direction aux conditions de travail des personnels au sein de ces unités et améliore significativement la qualité de vie au travail et les conditions de prise en charge des patients.

Par ailleurs, d'un point de vue des ressources humaines, le constat est souvent identique. Comme cité plus haut dans le document, le manque de moyens humain et financier est très voire trop souvent cité comme un argument des médecins et des soignants à l'égard de la direction. Or les équipes ont besoin d'un accompagnement en fonction des besoins exprimés. Tel est le cas notamment concernant les formations sollicitées par les agents et plus particulièrement les formations d'hypnose. Ces dernières sont de plus en plus demandées par les médecins et/ou les infirmières, qui voient à travers cette technique un moyen de prendre en charge la personne âgée en diminuant l'utilisation de médicaments et permettant d'apaiser la personne âgée et soulager ses douleurs éventuelles.

Prendre en compte les besoins et souhaits des équipes montre l'importance accordée à leur exercice professionnel et permet par conséquent de garantir le succès d'une filière gériatrique territoriale consolidée et renforcée.

3.1.2 Collaborer davantage avec les autres services hospitaliers

La prise en charge des personnes âgées ne se cantonne pas uniquement aux services appartenant au pôle gériatrie du CHCB. Bien au contraire, de plus en plus de patients de plus de 75 ans se retrouvent hospitalisés dans les services de médecine et chirurgie de l'établissement. Or la prise en charge d'une personne âgée polyopathologique reste complexe et nécessite souvent des connaissances et compétences médicales très particulières. La collaboration étroite entre les médecins spécialistes (quel que soit l'activité de soins) et les gériatres paraît donc primordiale, pour une prise en charge optimale du patient.

Les équipes médicales des différents services ne communiquent pas toujours suffisamment entre elles, ce qui peut parfois générer des difficultés dans le parcours de soins du patient. Il est donc important de promouvoir la communication interne entre médecins et soignants.

De plus, au cours de l'année 2015, le CHCB a bénéficié de 19 737 séjours de patients âgés de plus de 75 ans, sachant que le pôle de gériatrie n'a accueilli que 1 574 séjours soit seulement 8% des séjours⁴⁰. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'offrir à l'ensemble des services hospitaliers de médecine, chirurgie, obstétrique, un avis ou une évaluation au sein de leur propre service. En effet, toute réorientation ou hébergement n'apparaît pas pertinent et efficient. Il pourrait donc être intéressant que le pôle de la filière gériatrique propose sur le site de Bayonne un avis en termes de prise en soin gérontologique pour une population ciblée comme fragile. Ceci dans une dynamique d'optimisation de la charge de cette population à risque de dépendance et ses conséquences en termes de durée moyenne de séjour. Parmi cette population cible, une évaluation et une identification pourraient être réalisées en partenariat avec le pôle réanimation-urgences. Elle permettrait d'optimiser la prise en charge des hospitalisations non programmées. L'équipe mobile de gériatrie en intra-hospitalier aurait donc une activité dédiée aux urgences et aux consultations, afin d'éviter des hospitalisations inadéquates en termes de risques et de bénéfices.

Par ailleurs, de plus en plus de personnes âgées sont atteintes de troubles psychiatriques (troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer...) ou psychiques (dépression par exemple) et nécessitent une prise en charge complète à la fois sur le plan gériatrique et psychiatrique. Or les équipes aussi bien médicales que paramédicales qui exercent au sein des USLD et des EHPAD, sont régulièrement en difficulté face aux situations de crise, et ne peuvent pas toujours répondre de façon adaptée aux besoins des patients ou des résidents. Il s'agit là d'une attente forte du secteur médico-social (médecins comme soignants). De nombreux patients nécessitent donc une prise en charge psychogériatrique spécifique que les gériatres n'ont pas. Suite à de nombreux entretiens avec le chef du pôle gériatrie, l'idée de créer une véritable unité de psychogériatrie sur le site bayonnais du CHCB a émergé et concernerait les patients atteints :

- d'une maladie d'Alzheimer ou un syndrome apparenté avec des troubles psycho-comportementaux relevant de psycho-gériatrie ;
- d'une maladie psychiatrique vieillie ou récente relevant de géronto-psychiatrie;
- de pathologies intriquées.

L'organisation soignante des USLD est désormais adaptée à une population psychogériatrique susceptible de présenter des épisodes de décompensation comportementale. En effet, des assistants de soins en gérontologie font partie de l'équipe et une intervention hebdomadaire psychogériatrique d'un médecin pourrait être réalisée pour appui technique, soutien et analyse de situations cliniques complexes.

⁴⁰ Rapport d'activité 2015 du CHCB - source DIM

D'un point de vue architectural, bien que les locaux existants soient vétustes, ils peuvent être réorganisés pour accueillir au mieux les patients : individualisation de chambres doubles, création de nouveaux espaces (espace de vie, espace famille, espace rééducatif, espace activité, espace salon, lieu d'isolement au sein de l'unité psychogériatrique ...).

A ce jour, très peu de structures ou services sont adaptés à une prise en charge géronto-psychiatrique sur le territoire de santé Navarre Côte Basque, or il existe un réel besoin dans ce secteur. Des coopérations en interne entre les deux pôles mentionnés supra ont déjà été mis en place, mais désormais il s'agit de développer davantage ce travail de partenariat en créant une véritable filière psychogériatrique. Cette filière, essentiellement intra-établissement pourrait même être envisagée sous l'angle territorial, pour faire face à cet enjeu de santé publique. L'éclaircissement des parcours de soins spécifiques de ces patients est un enjeu de santé publique. De multiples acteurs de soins sont ainsi concernés au-delà des seuls services du CHCB⁴¹.

Les axes de travail sont nombreux et complexes car mobilisant beaucoup d'acteurs :

- identifier clairement une filière psycho-gériatrique de la personne âgée
- conforter les consultations psycho-gériatriques et psychiatriques de la personne âgée
- renforcer l'équipe mobile de gériatrie avec une double compétence gériatrique et psychiatrique de la personne âgée
- développer les structures d'accueil et des soins psycho-gériatriques en SSR (UCC), en USLD et en EHPAD à l'échelle hospitalière et territoriale.

Enfin, il semblerait intéressant pour consolider la filière gériatrique que le directeur d'établissement impulse une certaine dynamique dans le développement d'autres filières de soins innovantes et l'activité de recherche. A titre d'exemple, des partenariats entre certains services du CHCB pourraient émerger notamment en ce qui concerne l'orthogériatrie; cela permettrait de prendre en charge au plus tôt les patients âgés fragiles hospitalisés en chirurgie en pré ou post-opératoire pour diminuer la morbi-mortalité et les pertes fonctionnelles. La recherche clinique quant à elle pourrait être développée en EHPAD et USLD.

3.1.3 Développer la communication tant interne qu'externe

Une des conditions indispensables à la réussite d'une filière gériatrique est la communication que l'on fait des nouveaux projets tant en interne qu'en externe. Le CHCB en est l'illustration parfaite. En effet, la filière était déjà construite mais de nombreuses faiblesses existaient ce qui la rendait donc perfectible. Aussi, le directeur d'établissement,

⁴¹ UCC de CAMBO-LES-BAINS (Léon Dieudonné), unités protégées des EHPAD, cliniques psychiatriques ...

s'il souhaite que les équipes de professionnels sur le terrain le suivent dans sa démarche de renforcement de la prise en charge des personnes âgées sur le territoire, et que les acteurs externe à la structure soient informés des nouveaux projets doit mettre en place un plan de communication.

D'une part en interne, pour que les professionnels s'approprient les projets souhaités par le chef d'établissement il est nécessaire qu'ils puissent s'exprimer et participent à la mise en place des nouvelles actions. L'information descendante (c'est-à-dire de la direction vers les personnels) est importante mais insuffisante. Le directeur du CHCB l'a d'ailleurs bien saisi puisqu'il a souhaité que les personnels tant médicaux que paramédicaux participent notamment à la construction du nouvel EHPAD. Pour ce faire, il a été proposé par exemple que les soignants découvrent d'autres EHPAD du département afin de s'en s'inspirer et déclinent ainsi les nouvelles idées dans le nouveau projet à Udazkena. Les professionnels quels qu'ils soient ont besoin d'être valorisés et la communication très active va dans ce sens.

Pour ce faire, l'information doit circuler dans les instances classiques d'un établissement (comité technique d'établissement, commission médicale d'établissement, comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail etc...) mais il est également très important de réunir les professionnels à travers des groupes de travail en comité restreint. Cela renforce ainsi une certaine proximité entre l'encadrement et les professionnels sur le terrain. Il sera alors important par la suite d'évaluer régulièrement l'impact de ce genre de communication pour savoir s'il est adapté à la demande des agents ou s'il faut modifier l'outil utilisé.

D'autre part, concernant la communication en externe, elle peut prendre différentes formes en fonction du public visé. Un tel projet de restructuration de la filière gériatrique doit être largement diffusé pour sensibiliser un maximum de personnes. S'agissant des professionnels, il faut notamment délivrer une information auprès des médecins libéraux, acteur privilégié dans le parcours patient et ressources majeures pour les médecins hospitaliers. Il ne faut toutefois pas oublier d'organiser des évènements ou des réunions d'information à destination des familles d'une part, mais également avec les élus territoriaux. Ces derniers peuvent également devenir la courroie de transmission des informations, ils ne doivent donc pas être négligés. Souvent interpellés par la population lorsqu'un nouveau projet voit le jour dans leur commune, les maires apprécient d'être tenus au courant des évolutions importantes qui ont lieu au sein d'un établissement de santé, dans la mesure où cela impacte obligatoirement son bassin de population.

3.2 Structurer une filière publique-privée grâce à la création d'un GCS

Le rapport de Gérard Larcher de 2008 sur les missions de l'hôpital a mis en évidence les défauts de coordination entre les structures hospitalières dans le parcours de soin du patient. La coopération entre établissements de santé constitue désormais une priorité de la politique nationale d'organisation des soins. Elle peut néanmoins prendre la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Les GCS ont été créés en 1996 mais la loi HPST simplifie le cadre juridique du recours aux groupements de coopération sanitaire. Les GCS constituent le mode de coopération privilégié entre les établissements de santé publics et privés. Ces coopérations entre établissements sont en principe fondées sur la base du volontariat. Néanmoins, les ARS étant en charge de la coordination régionale, elles peuvent demander à un ou plusieurs établissements de santé d'établir ce partenariat ; c'est ce qui s'est produit entre le CHCB et la Polyclinique Côte Basque.

3.2.1 Maintenir une filière complète de soins gériatriques sur le territoire

Pour rappel, dans le cadre de la restructuration de la filière gériatrique publique du CHCB, les lits de court séjour gériatrique situés sur Saint Jean de Luz seront transférés sur Saint Léon, afin d'être installés à proximité du plateau technique, conformément à la circulaire de 28 mars 2007. Or l'inconvénient principal de ce projet réside dans la perte totale de l'activité de médecine gériatrique sur Saint Jean de Luz, ce qui impactera de facto l'offre de santé actuelle sur l'ensemble du territoire de santé de proximité alors même qu'il existe une file active non négligeable sur ce territoire. En termes de capacité, une réduction du nombre de lits de CSG de l'hôpital de Bayonne est à prévoir, avec le transfert de seulement 24 lits sur 30. Sur le plan des autorisations sanitaires, le CHCB libèrera donc 6 lits de médecine gériatrique au moment du rapprochement du service de court séjour sur Saint Léon. Par conséquent, dans la mesure où le seul plateau technique existant sur Saint Jean de Luz est situé au sein de la Polyclinique Côte Basque, l'hôpital peut proposer que celle-ci reprenne ces 6 lits pour créer une unité de médecine gériatrique, dans le but de maintenir une offre de soins adaptée sur le territoire luzien. Cette unité⁴² serait créée à la fois par la transformation de lits autorisés à la Polyclinique et par les 6 lits apportés par l'hôpital.

Cette proposition a d'ailleurs été entérinée par le directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine Michel LAFORCADE en novembre 2016 : « *il existe sur Saint Jean de Luz une offre de soins de proximité sur le territoire luzien qu'il faut à tout prix maintenir pour le bien*

⁴² La capacité exacte restera à définir grâce à une étude médico-économique

de la population ». Il paraîtrait opportun, si ce partenariat se concrétise, de le formaliser par la création d'un groupement de coopération sanitaire, outil juridique adéquat en l'espèce. Les axes de collaboration pourront s'inscrire dans les projets médicaux des établissements respectifs. Et cela permettrait notamment la mise en place d'une équipe médicale mutualisée.

On pourrait ainsi préconiser de recourir aux nouvelles dispositions du 4° de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique qui autorisent un GCS de moyens à exploiter des autorisations d'activités de soins ou d'équipements matériels dont sont titulaires les membres⁴³. Ce type de GCS est appelé communément « GCS article 108 », puisqu'il s'agit d'une nouvelle disposition introduite par l'article 108 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, destinée à faciliter l'exploitation en commun d'activités de soins sans pour autant créer un établissement de santé.

En sus de maintenir une offre de soins sur le territoire luzien en médecine gériatrique, les objectifs visés par les deux établissements à travers cette coopération sont multiples. L'attractivité des praticiens sur Saint Jean de Luz peut en effet être largement améliorée et une coopération privilégiée sur plusieurs activités en commençant par le CSG pourrait être envisagée dans le futur.

3.2.2 Adopter une vision stratégique en termes de ressources humaines et financiers

D'un point de vue des ressources humaines, ce type de coopération entre établissement de santé public et privé doit être envisagé avec prudence. En effet, les établissements partenaires souhaitent la plupart du temps proposer la mise à disposition de leur propre personnel, car ils ont l'impression de garder une main mise sur l'organisation et le fonctionnement du groupement.

De plus, ce type de coopération ne peut réussir, qu'à la condition que soient constituées des équipes médicales solides. Compte tenu du contexte et du nombre de lits potentiellement installés au sein de la polyclinique, il semble opportun qu'il y ait au minimum la présence de trois praticiens gériatres⁴⁴, afin d'assurer la permanence et la continuité des soins. De plus, dans la mesure où l'hôpital public est la structure pivot de la

⁴³ « Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour: [...] 4° Exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants. Dans ce cas, la convention constitutive du groupement fixe les règles de responsabilité à l'égard des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant. Par dérogation à l'article L. 6122-4 et à l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser le groupement à facturer les soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres, dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est autorisé à facturer les soins, il se substitue aux établissements membres qui ne facturent plus les soins délivrés au titre de l'autorisation d'activité de soins exploitée par le groupement. Les établissements de santé confient les informations relatives à l'exploitation commune des autorisations au groupement de coopération sanitaire qui en assure la transmission conformément aux dispositions de l'article L. 6113-8. »

⁴⁴ Ou 2 gériatres + un interne

filière gériatrique et dispose de médecins gériatres compétents, il serait assez logique que ce soit lui qui mette à disposition du GCS les ressources médicales.

S'agissant du personnel non médical, le directeur pourrait proposer que les agents soient salariés de la Polyclinique, avec une mise à disposition au GCS. Dans ce cadre, on peut même aller plus loin et envisager de conserver certains agents contractuels du CHCB qui exercent sur le site de Saint Jean de Luz et seraient intéressés par le fait de travailler au sein de la Polyclinique. Leur contrat de droit public sera alors transformé en contrat de droit privé (CDD ou CDI le cas échéant). La création d'un tel dispositif peut faire peur à certains agents qui y voient (à tort) une menace pour leur emploi. Le rôle du directeur est alors de les rassurer en communiquant régulièrement sur le projet et en faisant en sorte de satisfaire les agents difficilement mobilisables géographiquement. Si l'objectif initial est de maintenir une offre de soins de médecine gériatrique sur le territoire de santé, les professionnels doivent tout de même être rassurés quant à la finalité d'une telle coopération. C'est là aussi le rôle d'un directeur d'établissement de santé ou médico-social.

En sus du personnel, il pourrait être opportun que le CHCB envisage également d'autres apports, à valider avec la Polyclinique. Il s'agirait par exemple de la mise à disposition d'équipements et de plateau technique, de travaux de restructuration de locaux, de la participation à des actions de formation ou encore à la permanence des soins.

Par ailleurs, la question du statut du GCS (public ou privé) devra aussi être analysée entre les deux établissements et tranchée en lien avec l'ARS. A noter que s'il s'agit d'un GCS avec une tarification publique, les règles de la comptabilité publique seront appliquées (nomination d'un comptable – trésorier public). En revanche, si le GCS opte pour une tarification privée, il faudra appliquer les règles de gestion de droit privé (nomination d'un commissaire aux comptes notamment). Les deux directeurs devront donc se coordonner pour choisir le meilleur statut juridique et la meilleure tarification, afin de convaincre l'ARS de la pertinence du choix.

3.2.3 Garantir les conditions d'une coopération efficace

Qu'il s'agisse de la mise en œuvre d'une coopération public / privé, ou de tout autre partenariat, la réussite de ce genre de projet ne peut aboutir que si certaines conditions sont réunies, notamment celles relatives aux relations humaines à entretenir entre les deux institutions. Le cas du CHCB et de la Polyclinique en est une parfaite illustration.

En effet, pour que la coopération entre les deux établissements fonctionne de façon optimale, il est nécessaire d'établir une relation de confiance entre les directions des deux structures. Bien que l'objectif soit partagé, un partenariat ne peut être possible entre les

deux structures que si les équipes (administratives et médicales) se font confiance mutuellement. Tout directeur doit prendre conscience que les considérations « public contre privé » doivent être écartées pour pouvoir collaborer étroitement et avancer sur un projet commun de coopération.

En outre, il faut avoir à l'esprit que les établissements privés peuvent être craintifs face à ce genre de projet, qui peut signifier pour eux baisse d'activité, perte éventuelle de patients, diminution du chiffre d'affaire etc... Le directeur de l'établissement public doit donc faire en sorte de rassurer notamment le conseil d'administration de la structure privée. A titre d'exemple, lors des réflexions entre le CHCB et le Polyclinique, les membres du conseil d'administration de la clinique étaient certes favorables au développement d'une collaboration étroite entre eux deux, mais restaient plus interrogatif quant à la forme juridique du futur partenariat.

Par ailleurs, outre la bonne entente qui doit avoir lieu entre les directions, une collaboration étroite est indispensable entre les équipes médicales pour un bon déroulement du projet. Ce sont essentiellement les médecins qui portent le projet médical ; les équipes doivent donc s'inscrire à tout prix dans une démarche de collaboration, afin d'élaborer un véritable projet médical commun, que chacun des deux établissements peut intégrer dans son propre projet d'établissement.

Enfin, il doit exister un réel travail collaboratif entre l'établissement de santé, l'autorité de tarification et les élus des collectivités afin que le projet puisse se concrétiser dans des conditions optimales. Si les élus politiques ne disposent pas du même pouvoir contraignant que celui des ARS, il est tout de même très important de communiquer sur de tels sujets avec les responsables politiques concernés. Il faut les rassurer et les tenir informés pour ne pas rompre le lien de confiance existant.

3.3 Renforcer et développer l'ouverture de la filière gériatrique sur le territoire

Pour constituer une filière gériatrique de territoire, l'établissement doit se tourner vers ses partenaires extérieurs, qu'ils soient hospitaliers, libéraux ou privés de façon à optimiser le parcours du patient. Impulser une certaine dynamique en ce sens reste donc nécessaire pour permettre aux différents acteurs concernés de développer des actions concrètes et ainsi mettre en place toute une filière de soins passant du secteur sanitaire au secteur médico-social.

De nombreuses réunions ont eu lieu ces derniers mois au sein du CHCB avec les partenaires extérieurs pour rappeler toute l'offre de soins disponible sur l'hôpital mais

surtout envisager ensemble de quelle manière l'établissement de santé peut s'ouvrir progressivement sur son territoire de référence. Sur cette seconde partie, les partenaires semblent d'accord sur les modalités de coopération proposées, qui permettent de renforcer et d'assoir la filière gériatrique du CHCB et d'atteindre une filière gériatrique territoriale.

3.3.1 Conforter et renforcer le positionnement territorial de la filière gériatrique

L'ensemble des textes règlementaires comme les différents rapports qui ont été élaborés préconisent de développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours patient.

Le CHCB doit donc se positionner en tant qu'établissement de référence sur le territoire matière de prise en charge des personnes âgées. Il serait notamment opportun de mettre en place un certain nombre d'actions afin de répondre à la demande des médecins traitants d'admettre rapidement les patients âgés à partir de leur domicile. L'hôpital de Bayonne jouerait ainsi le rôle de centre référent de gériatrie aigue du territoire.

De plus, il semblerait indispensable de développer les coopérations sur le territoire, principalement où les besoins de la population sont grandissants et où l'offre de soins est trop faible. Ainsi, pourrait être créée par exemple une unité de court séjour gériatrique au sein de l'hôpital de St Palais. S'agissant du partenariat avec les établissements associatifs, la collaboration avec la Fondation Luro pourrait également être renforcée par la création de consultations spécialisées pour la population âgée, qui seraient effectuées par les praticiens du CHCB.

3.3.2 Poursuivre l'amélioration de l'articulation des liens ville-hôpital

Si la filière gériatrique du CHCB dispose d'une offre de soins sanitaire et médico-sociale complète, il n'en demeure pas moins que l'établissement doit renforcer et diversifier sa collaboration. En effet, le rôle "ressources" dont bénéficie l'hôpital lui confère une certaine légitimité vis à vis des partenaires extérieurs et notamment des libéraux.

Plusieurs projets pourraient en effet être proposés par le chef d'établissement. Les contacts médecins traitants et gériatres de l'hôpital de Bayonne pourraient par exemple être simplifiés par le biais d'Hospiline. Depuis le 20 juillet 2015 le Centre Hospitalier de la Côte Basque met ce dispositif à disposition des praticiens de ville du territoire.

Il s'agit d'une ligne téléphonique dédiée, permettant d'entrer directement en contact avec un confrère spécialiste de l'établissement. Si plusieurs disciplines de références du

CHCB⁴⁵ ont participé au lancement du dispositif Hospi'Line, la gériatrie et notamment le secteur médico-social n'a pas encore testé cette nouvelle ligne. Il apparaît donc opportun d'accélérer le déploiement du dispositif sur ce secteur, afin de faciliter les relations ville-hôpital pour la prise en charge des personnes âgées.

L'intérêt de ce dispositif pour la filière gériatrique est tout d'abord d'obtenir en première intention un avis médical séniorisé rapide, dans un deuxième temps de programmer si besoin, une consultation urgente puis d'envisager une hospitalisation rapide sans passer par les urgences de l'hôpital.

Par ailleurs, renforcer la dimension territoriale de la filière gériatrie passe également par le renforcement des consultations externes. Le CHCB a tout intérêt à poursuivre le développement et la coordination des consultations en optimisant l'organisation et en réduisant les délais. Il est important que les praticiens de l'hôpital communiquent davantage auprès des professionnels libéraux sur l'offre diversifiée de consultation gériatrique : consultation de prévention et d'évaluation gérontologique (CEPG), consultation mémoire de proximité gériatrique (CMPG), consultation gérontopsychiatrique, consultation chuteurs âgés, consultation plaies de la personne âgée fragile, consultation aide aux aidants familiaux ... Une grande partie de ces consultations s'inscrivent dans une dynamique de prévention primaire avec le souci d'éviter des hospitalisations indues. Ces consultations doivent pouvoir accueillir des patients qui sont passés par les urgences et revenus au domicile. Elles sont également pertinentes en prévention secondaire après un passage dans un service de MCO non gériatrique. Ces différentes consultations sont théoriquement une porte d'entrée à un hôpital de jour peut-être en devenir. Il serait certainement intéressant de se pencher sur le sujet et étudier l'opportunité éventuelle de créer un tel hôpital.

Enfin, les médecins traitants semblent souvent démunis en cas de pluripathologies chez leurs patients âgés, notamment en présence de pathologies cardiaques ou de cancers. Il y existe ainsi sur le territoire NCB une forte demande de la part des professionnels libéraux que l'hôpital développe une consultation onco-gériatrique et cardio-gériatrique. Ce sujet pourrait ainsi être développé dans le projet médical du pôle filière gériatrique et dans le projet médical partagé du GHT.

Enfin, renforcer les liens entre la ville et l'hôpital peut passer par la consolidation du positionnement extra-hospitalier de l'EMOG. Il est important de maintenir l'ouverture historique sur la ville et se servir de l'EMOG comme interface entre l'établissement de soins, les EHPAD du territoire et le domicile des personnes âgées.

⁴⁵ Chirurgie gynécologique et mammaire, endocrinologie et diabétologie, gastro-entérologie, hématologie, maladies infectieuses, oncologie, neurologie, pédiatrie et pneumologie

Pour ce faire, il semble opportun d'aller encore plus loin dans les actions engagées.

Tout d'abord en termes de psychogériatrie, le CHCB fait l'objet d'une forte demande extra hospitalière⁴⁶. L'équipe mobile est donc très mobilisée notamment au niveau des EHPAD afin de prévenir et d'identifier la souffrance psychique et ses conséquences notamment en termes d'hospitalisation avec un partenariat qui ne cesse de grandir. Ce travail d'évaluation et de prévention de nature psychogériatrique doit donc être poursuivi et amplifié afin de soulager la souffrance psychique et ces conséquences en termes d'iatrogénie, de chutes et d'hospitalisations. Cette orientation nécessitera par conséquent une contractualisation spécifique avec les EHPAD.

De plus, L'EMOG réduit actuellement ses interventions au domicile des personnes âgées dans la mesure où elles sont très chronophages. Néanmoins il est souhaitable que l'équipe maintienne une activité minimale de ce type, qu'il s'agisse d'évaluations complexes ou d'actions de concertation avec les différents intervenants du territoire autour de ces situations complexes.

Certaines demandes du domicile sont alors réorientées vers la consultation externe. Les infirmières de l'EMOG interviennent désormais en consultation externe avec le médecin en soutien, de manière à valoriser leur travail et à répondre à ces demandes extra hospitalières plus rapidement qu'auparavant.

Enfin, le volet formation sur l'échelle de tout un territoire ne doit pas être négligé. L'EMOG du CHCB, référent en matière de gériatrie sur le territoire peut jouer un rôle de sensibilisateur et de formateur au repérage de la fragilité les différents acteurs de terrain. Les professionnels de santé sont très souvent demandeurs de formation sur les situations complexes car ils se sentent malheureusement démunis face aux situations compliquées qu'ils rencontrent.

Cela pourrait prendre la forme de conférences autour du thème de la fragilité gériatrique, destinées à un large public de professionnels

Dans la mesure où la filière gériatrique du CHCB existe déjà depuis quelques années, la question se pose de savoir quelles actions concrètes et innovantes pourraient être envisagées qu'elles soient mises en place au sein même de l'institution ou à l'extérieur.

⁴⁶ Augmentation d'activité liée essentiellement à l'expérimentation d'interventions régulières dans 3 EHPAD qui se sont portés candidats en 2014/2015. En 2017, 14 nouveaux EHPAD souhaitent désormais une intervention régulière de l'EMOG.

3.3.3 Innover et conforter les actions dans et hors les murs

Plusieurs types d'actions innovantes ont pu débiter ou vont se développer rapidement dans le but de proposer aux usagers (patient, résident et/ou familles) une prise en charge médicale, soignante voire sociale la plus performante possible.

L'aide et la prévention aux aidants (familiaux et professionnels) doit devenir une priorité dans la prise en charge des plus fragiles. En tant que directeur d'établissement, il est important d'apporter une attention particulière aux aidants familiaux ainsi qu'aux professionnels de santé. En termes de dispositif, on peut faire référence à la consultation d'aides aux aidants familiaux, mise en place récemment au sein des EHPAD du CHCB et qui remporte un franc succès auprès des usagers. Il s'agit de prévenir les risques liés à l'épuisement des aidants favorisant d'autres pathologies (cardiovasculaires et psychiques). Cette consultation s'inscrit également dans la prévention de la maltraitance. C'est une action individuelle ou familiale et non une action de groupe. Il s'agit d'un lieu d'écoute, de soutien et d'information gérontologique. Elle s'adresse aux aidants familiaux confrontés à une complexité vis-à-vis d'un parent, le plus souvent âgé et fragile en situation de refus d'aide, de troubles psycho-comportementaux, de conflits au sein de la famille ou avec un établissement.

Cette consultation, qui existe depuis quelques années est renforcée depuis 2017, compte tenu des besoins recensés sur le territoire. Elle est portée par 4 consultants formés à l'approche systémique des familles et des institutions. Elle peut permettre également d'orienter des aidants conjoints vers des consultations d'évaluations gérontologiques dans le cadre du dépistage des fragilités.

Par ailleurs, compte tenu des réels besoins exprimés par les familles, notamment lors de l'entrée en institution de leurs proches, le CHCB souhaite développer un programme de prévention collectif de l'épuisement des aidants. L'idée étant d'accompagner les familles d'un proche institutionnalisé en EHPAD ou en USLD et qui serait porté par la coordination médicale EHPAD du pôle filière gériatrique du CHCB.

L'entrée en institution est, pour les aidants familiaux ou naturels, une nouvelle étape dans l'accompagnement de leur proche, à l'origine de stress, de culpabilité souvent et d'une redistribution des rôles. Les données de la littérature montrent les bénéfices d'interventions psychosociales auprès des aidants en prenant notamment appui sur des procédures de soins en institutions (EHPAD/USLD), une formation sur l'évolution et le pronostic de la maladie de leur proche et un soutien dans l'aide aux décisions relatives à la fin de vie. Actuellement, de tels programmes sont développés auprès des aidants des personnes au domicile mais peu pour les patients/résidents des institutions.

Le programme "aidant en EHPAD/USLD" se déroule en 6 ateliers de 2 heures animés par des professionnels gériatriques, autour d'une thématique définie.

Son objectif principal vise la prévention de l'épuisement de l'aidant familial ou naturel par le biais de la formation, l'information, la réflexion et le soutien des aidants. Ce projet s'inscrit en complémentarité avec la consultation d'aide aux aidants familiaux portée également par le pôle filière gériatrique.

Ce programme permet aussi de créer un espace d'échanges entre aidants familiaux ou naturels et équipes soignantes en EHPAD ou USLD.

Outre les ateliers à destination des familles des résidents, il est intéressant de mettre en place des consultations à destination des aidants professionnels. Il s'agit de prévenir et/ou de limiter les risques psycho sociaux et de prévenir la maltraitance. L'intérêt est porté sur l'environnement d'un professionnel du champ sanitaire ou médico-social. Il s'agit de considérer l'impact des liens travail/famille notamment autour des modèles relationnels qui font résonance dans les deux espaces. Elle vient questionner la place, les actions et le confort du professionnel dans certaines situations gériatriques ou gérontologiques à risques. Cette consultation a été créée au CHCB à la suite de groupes de réflexions pluridisciplinaires auprès d'EHPAD ou de structures de maintien au domicile ou des professionnels ressentaient le besoin d'échanger autour de leur ressenti et de leur positionnement. Elle est anonyme et est portée par quatre consultants formés à l'approche systémique des familles et des institutions.

D'autres ateliers portés par les gériatres ont leur importance et sont synonymes d'ouverture de l'établissement vers l'extérieur. Il s'agit notamment des ateliers de prévention des chutes où l'objectif est de prévenir les chutes par l'intermédiaire d'une approche éducative et d'un travail sur l'équilibre. Il s'agit à la fois de prévention primaire et de prévention secondaire. L'avantage de ces ateliers est qu'ils peuvent être réalisés tant sur l'hôpital de Saint Palais que sur Bayonne.

Par ailleurs, une dernière action hors les murs, très innovante, pourrait être envisagée, afin de lutter contre le risque suicidaire chez les personnes âgées. En France, le taux de suicide des plus de 75 ans est sept fois plus important que chez les plus de 15 ans, « et ces chiffres évoluent continuellement. » précise le professeur Michel Debout, l'un des spécialistes du suicide en France. A cet âge en effet, de multiples facteurs de stress psychosociaux (isolement, précarité, perte de l'autonomie...) ont été incriminés comme facilitateurs de l'éclosion des conduites suicidaires.

Un comité de pilotage⁴⁷ a d'ailleurs été chargé en 2013, de proposer des pistes d'amélioration de la politique de prévention du suicide. Ainsi, le repérage de la dépression et de la crise suicidaire étant encore insuffisant, il pourrait être opportun de proposer sur

⁴⁷ Installé par Madame Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie le 23 mai 2013

le long terme des actions de prévention du suicide des personnes âgées en collaboration avec la psychiatrie et la médecine de ville et envisager par exemple une communication large sous forme de conférence d'information.

Conclusion

Si le constat d'un vieillissement de la population est indéniable, le rôle des politiques publiques et des acteurs du monde de la santé est de trouver des solutions pour permettre une prise en charge optimale du patient et faciliter la fluidité de son parcours, tant dans le domaine sanitaire que médico-social.

Ainsi, il est nécessaire pour l'ensemble des structures de proposer une offre de soins adaptée à la demande et aux besoins de la population. La mise en place d'une filière gériatrique au sein d'un établissement apparaît donc comme une solution adéquate pour la prise en charge des personnes âgées. Le CHCB s'est lancé dans une telle dynamique il y a plusieurs années, proposant sur l'ensemble du territoire de santé une véritable offre de services tant au sein de son propre établissement qu'en collaboration avec l'ensemble de ses partenaires. Toutefois si la filière gériatrique du Centre hospitalier de la Côte Basque est déjà relativement construite et identifiée des professionnels de santé extérieurs à la structure, il n'en demeure pas moins qu'elle reste perfectible et donc à améliorer.

De nombreux partenariats existent désormais entre structures du territoire Navarre Côte Basque qu'il est important de développer, pour renforcer la dynamique déjà bien installée sur le CHCB concernant la prise en charge des plus âgés. Dans cette optique, il est donc indispensable de poursuivre le décloisonnement des logiques sanitaires et médico-sociales en associant l'ensemble des acteurs concernés pour garantir la fluidité et la continuité de la prise en charge

Par ailleurs, la restructuration d'une filière gériatrique (qui plus est celle de l'hôpital de Bayonne) nécessite un accompagnement tant en interne qu'en externe. En effet, si le développement ou la consolidation d'une filière constitue l'une des priorités d'un établissement, il n'en demeure pas moins que les équipes médicales et soignantes doivent figurées au cœur des réorganisations envisagées. Ce sont elles en effet qui portent le projet médical, animent la filière et coordonnent les actions qui permettront la réussite d'une telle filière de soins.

La réalisation d'un tel mémoire a été source d'enrichissements pour mon futur exercice professionnel en tant que directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social. La restructuration d'une filière gériatrique ne peut être synonyme de réussite seulement si le chef d'établissement impulse une certaine dynamique au sein même de sa structure et fait de la prise en charge des personnes âgées une de ses priorités.

Enfin, la mise en place des groupements hospitaliers de territoire doit être envisagée comme un facteur favorisant les coopérations hospitalières et médico-sociales et devrait

permettre de faciliter encore davantage les échanges entre professionnels sur tout un territoire de santé.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel, n°2 du 3 janvier 2002, p124
- Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, n°54 du 5 mars 2002, p4118
- Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Journal Officiel, n°151 du 1^{er} juillet 2004, p11944
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de la l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel, n°167 du 2 juillet 2009, p12184
- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Journal Officiel, n°0301 du 29 décembre 2015 page 24268
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Documents de planification

- Agence régionale de santé Aquitaine, 2011, schéma régional d'organisation sanitaire
- Agence régionale de santé Aquitaine, 2011, schéma régional d'organisation médico-sociale, 225p
- Centre hospitalier de la Côte Basque, 2017, projet d'établissement 2017-2021
- Centre hospitalier de la Côte Basque, juin 2017, projet institutionnel EHPAD / USLD
- Plan Alzheimer 2008-2012
- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012

Ouvrages et articles

- ANGER E., GIMBERT V., décembre 2011, « quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) – les coopérations entre professionnels de santé », Centre d'analyse stratégique, pp 1-11
- COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., avril 2012, « le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Evolution de 2003 à 2011 », questions d'économie de la santé, n°175, pp 5-7
- DAIEFF S., BABADJAN P., « Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique », Gérontologie et société 2008/3 (vol. 31 / n° 126), p. 105-111
- GUEDJ J., avril 2012, « la dimension sanitaire de EHPAD pourrait prendre le dessus sur leur dimension médico-sociale », EHPAD Mag, n°4, pp10-12

Rapports

- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales, 90p
- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, Le parcours des personnes âgées sur un territoire – réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire, 78p
- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2012, les coopérations dans le secteur médico-social, guide méthodologique, 102p
- AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, Les parcours des personnes âgées sur un territoire, retours d'expérience, 74p
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, juin 2011, assurance maladie et perte d'autonomie – contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées, 186p
- JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX P., 2006, un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir, 40p

Mémoires

- BLIEZ V., la gériatrie recrute – attractivité et fidélisation en gériatrie, quelle stratégie pour le directeur des soins ?, mémoire ENSP, 67p
- BURTSHER P., la filière de soins gériatriques, un levier pour l'action du directeur d'un hôpital local – étude sur la mise en œuvre d'une filière à l'échelle d'un territoire de santé en Alsace, mémoire EHESP, 67p

- ETCHETTO C., la création d'une filière gériatrique au Centre hospitalier Saint Nicolas de Blaye, mémoire de l'EHESP, 58p
- ERGUY I., les enjeux de la structuration d'une filière gériatrique sur le territoire de santé Navarre - Côte Basque, mémoire EHESP, p63
- CAZENAVE JB., la structuration d'une filière gériatrique de territoire : un enjeu stratégique dans le contexte d'une direction commune – l'exemple des centres hospitaliers d'Agen, Nérac, Fumel et de l'EHPAD de Puymirol p63
- RICHARD I., Les stratégies d'attractivité et de fidélisation du personnel en milieu hospitalier : l'exemple de la profession infirmière en gériatrie aux Hospices Civils de Lyon, Mémoire ENSP, novembre 2008

Sites internet

- Centre hospitalier de la Côte Basque <http://www.ch-cote-basque.fr> (visité le 20.06.2017)
- AR Nouvelle Aquitaine <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr> (visité le 22.06.2017)
- Institut national de la statistique et des études économique <http://www.insee.fr> (visité le 18.07.2017)
- Haut Conseil de Santé Publique <http://www.hcsp.fr> (visité le 20.07/2017)
- Vie Publique <http://www.vie-publique.fr> (visité le 26/08/2017)
- Plateforme ASV <http://www.plateforme-asv.org> (visité le 2.09.2017)

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des entretiens

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

En interne :

M. POURRIERE - Directeur des soins du CHCB

M. ROSSIGNOL - Directeur des affaires médicales – Secrétaire général du CHCB

Dr FIASSON - Chef du pôle filière gériatrique

Dr CAMPOMANES - Gériatre, responsable de l'EMOG

Dr LAMOULIATTE - Gériatrie, responsable de l'unité de court séjour gériatrique sur le site de Saint Léon

Dr LATOUR – Gériatrie, responsable des consultations mémoire

Mme ZABALETA – Cadre supérieure du pôle filière gériatrique

Mmes SASSIE, TROUVE, POURRIERE, SORHOUE : cadres de santé du pôle filière gériatrique

Isabelle et Laurence – admissionnistes sur le pôle filière gériatrique

En externe :

Mme LABEQUE – Directrice de l'EHPAD de Sare

BADIOLA

Joana

Décembre 2017

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2016 - 2017

**La restructuration d'une filière gériatrique, un enjeu majeur
et stratégique pour un territoire de santé**
L'exemple du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Résumé :

Conformément à la réglementation, le Centre hospitalier de la Côte Basque a développé une offre de soins tant sur le champ sanitaire que médico-social, afin de garantir une prise en charge optimale des personnes âgées. Une filière gériatrique a ainsi été créée, grâce aux partenariats de l'ensemble des professionnels de santé.

Toutefois, bien que cette filière déjà construite et identifiée par l'ensemble des partenaires sur le territoire présente certains atouts, elle comprend également quelques faiblesses.

Le directeur du Centre hospitalier de la Côte Basque ayant souhaité faire de la gériatrie une des priorités de son projet d'établissement, il a voulu lancer une démarche institutionnelle pour restructurer et consolider la filière actuelle. Aussi, le renforcement des liens de partenariats avec les structures sanitaires et médico-sociales du territoire est par conséquent devenu indispensable, pour garantir la réussite de la nouvelle filière gériatrique.

Mots clés :

Personnes âgées – filière – gériatrie – sanitaire - médico-social – parcours patient – territoire – partenariat – coopération - résident - patient

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

