



**EHESP**

---

**DESSMS**

Promotion : **2010-2011**

Date du Jury : **décembre 2011**

---

**Les enjeux de la structuration d'une  
filière gériatrique sur le Territoire de  
santé Navarre – Côte Basque**

---

**Iban ERGUY**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Marie-Isabelle LABEQUE, directrice adjointe en charge de la filière gériatrique, aux côtés de laquelle j'ai appris le métier de directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, tant dans sa mission de gestion des affaires quotidiennes que dans sa partie stratégique, notamment lors des réunions extérieures qui m'ont fait prendre conscience de l'importance d'avoir des liens avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux sur le territoire. Je la remercie pour sa disponibilité qui a été sans faille tout au long du stage, partageant ainsi avec elle des moments forts de la vie d'un établissement, ses succès, ses joies comme ses difficultés.

Je remercie également Monsieur Michel GLANES, directeur du Centre Hospitalier de la Côte Basque, d'avoir accepté ma demande de stage au sein de son établissement. A ses côtés, j'ai pu appréhender les différentes missions d'un chef d'un établissement de santé de référence et le rôle politique qu'il endosse, au sein de l'établissement comme à l'extérieur. Il a su montrer qu'une filière gériatrique complète et organisée était nécessaire dans un établissement de plus de 1 200 lits. Les directeurs adjoints du CHCB doivent être remerciés pour leur expertise et leurs conseils sur tous les dossiers que j'ai pu aborder avec eux, ainsi que pour les débats riches et animés qui se sont déroulés lors des comités de direction.

Que soient remerciés tous les acteurs du pôle filière gériatrique, et en premier lieu le Docteur Edouard ZAPATA, chef de pôle, Madame Sylvie ZABALETA, cadre de pôle, et Madame Anita GOMEZ, cadre coordonnateur de la qualité et de la sécurité des soins, qui ont su faire preuve de disponibilité et avec lesquels j'ai eu des entretiens intéressants sur la discipline gériatrique et l'accompagnement des personnes âgées. Je tiens à remercier également l'ensemble des cadres de santé, médecins, soignants et personnels administratifs des structures du pôle, avec une mention spéciale au personnel de la structure d'EHPAD d'Udazkena à Saint-Jean-de-Luz auprès duquel j'ai appréhendé la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées dans leur aspect humain au quotidien.

Enfin, mes remerciements vont à toutes les personnes qui m'ont aidé d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette étude et en particulier le service des enquêtes de satisfaction du CHCB représenté par Madame Tonita FERNANDEZ.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Un pré requis indispensable : l'étude des besoins des acteurs du Territoire de santé Navarre-Côte Basque .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 L'étude des besoins, point de départ indispensable à la conduite de projet .</b>	<b>5</b>
1.1.1 Etablir l'état de la demande (besoins des acteurs) et de l'offre (offre de soins)	5
1.1.2 Déterminer les objectifs stratégiques de la mise en place des projets .....	6
1.1.3 Définir les orientations opérationnelles et proposer un mode de suivi et d'évaluation .....	6
<b>1.2 Le Territoire de santé Navarre – Côte Basque : un territoire dichotomique ...</b>	<b>7</b>
1.2.1 Les particularités d'un territoire vieillissant et bicéphale.....	7
1.2.2 Le positionnement du CHCB, établissement hospitalier de référence, dans les rapports entre secteur public et secteur privé .....	10
1.2.3 Les enjeux de la planification territoriale .....	11
<b>1.3 Les besoins et attentes des acteurs des champs sanitaire et médico-social</b>	<b>14</b>
1.3.1 Les besoins et attentes/difficultés exprimées de façon globale .....	14
1.3.2 Les résultats de l'enquête à destination des établissements pour personnes âgées du Territoire .....	16
<b>2 Le passage d'une filière hospitalière à une filière territoriale comme gage d'accessibilité, de continuité et de qualité du parcours de soins et d'accompagnement de la personne âgée sur le Territoire .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Le parcours du patient gériatrique au sein du CHCB.....</b>	<b>19</b>
2.1.1 Le patient gériatrique : une personne âgée fragile .....	19
2.1.2 La constitution progressive d'un unique pôle qui rassemble les activités de la filière	22
2.1.3 Les obstacles structurels et conjoncturels à un parcours fluide.....	24
<b>2.2 L'ouverture progressive du CHCB vers son territoire de référence.....</b>	<b>29</b>
2.2.1 L'engagement du CHCB en direction des EHPAD du Territoire .....	30
2.2.2 Un exemple significatif à construire : le partenariat avec la Fondation Luro d'Ispoure .....	32
2.2.3 La filière territoriale : un modèle théorique de parcours de soins fluide et sans rupture	35

<b>2.3 La définition d'objectifs cibles pour la structuration d'une filière gériatrique territoriale pertinente .....</b>	<b>37</b>
2.3.1 La finalité des projets de coopération : améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité de l'accompagnement et la prise en soins des personnes âgées sur le territoire .....	38
2.3.2 Des objectifs précis permettant la construction de projets pertinents .....	40
<b>3 Des projets de coopération dans un véritable réseau comme moyen de structurer la filière gériatrique territoriale.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 Le réseau de santé : une forme juridique qui associe tous les acteurs du territoire .....</b>	<b>42</b>
3.1.1 L'intégration des acteurs dans un réseau.....	42
3.1.2 Les conditions du bon fonctionnement de la filière en réseau .....	44
<b>3.2 Les différentes pistes de réflexion autour des projets de coopération .....</b>	<b>46</b>
3.2.1 Consolider les outils existants .....	47
3.2.2 Améliorer la coordination du parcours des usagers dans la filière territoriale	49
3.2.3 Insérer deux nouveaux projets du CHCB au sein de la filière territoriale .....	51
<b>3.3 La nécessité de suivre les projets et d'évaluer leur pertinence .....</b>	<b>55</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>59</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>61</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**APA** : Allocation Personnalisée à l'Autonomie  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale  
**CHCB** : Centre Hospitalier de la Côte Basque  
**CHT** : Communauté Hospitalière de Territoire  
**CLIC** : Comité Local d'Information et de Communication  
**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie  
**DMS** : Durée Moyenne de Séjour  
**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**EMOG** : Equipe Mobile de Gériatrie  
**ETP** : Equivalent Temps Plein  
**FIQCS** : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins  
**GCS** : Groupement de Coordination Sanitaire  
**GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale  
**GIE** : Groupement d'Intérêt Economique  
**GMP** : Gir Moyen Pondéré  
**HAD** : Hospitalisation à Domicile  
**HPST** : Hôpital, Patients, Santé, Territoire (loi du 21 juillet 2009)  
**IDE** : Infirmier Diplôme d'Etat  
**MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique  
**MIG** : Mission d'Intérêt Général  
**SSR** : Soins de Suite et Réadaptation  
**PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés  
**PMT** : Projet Médical de Territoire  
**PH** : Praticien Hospitalier  
**PRS** : Projet Régional de Santé  
**SROS** : Schéma Régional d'Orientation Sanitaire  
**SROSMS** : Schéma Régional d'Orientation Sociale et Médico-Sociale  
**T2A** : Tarification à l'Activité  
**UCC** : Unité Cognitivo-Comportementale  
**UHR** : Unité d'Hébergement Renforcé  
**USLD** : Unités de Soins de Longue Durée

## Introduction

Le 24 août 2011, le Premier ministre, François Fillon, annonçait si ce n'est l'abandon, du moins le report du chantier de la réforme du financement de la dépendance, annoncée comme une priorité par le Président de la République. Il est vrai que le contexte économique et ses répercussions sur la situation budgétaire dans les pays européens sont défavorables à l'adoption de nouvelles prestations sociales, et en particulier à tout projet d'envergure nationale destinée aux personnes âgées. La circulaire budgétaire pour le secteur médico-social<sup>1</sup> témoigne des restrictions dans le financement de la prise en charge des personnes vulnérables et en perte d'autonomie dans les établissements.

Ce contexte reflète la double contrainte que subit aujourd'hui le secteur médico-social, quelque soit le public accompagné. D'une part, les exigences en terme de qualité des prestations s'affinent et s'accroissent : les établissements médico-sociaux sont soumis à une évaluation externe dont les résultats conditionnent le renouvellement de leur autorisation, de leur droit à fonctionner, selon des critères bien précis qui renvoient à divers référentiels et encadrés par un cahier des charges défini règlementairement<sup>2</sup>. D'autre part, les crédits consacrés à la santé publique en général ne sont plus à la hauteur de l'enjeu que représentent le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes âgées et la chronicisation de certaines pathologies ; or la prise en charge de ces personnes vulnérables, dont les besoins augmentent, ne peut se passer de financement public.

Ainsi, on aboutit à un paradoxe, entre accroissement des exigences et diminution des moyens accordés. Ces sujets concernent pourtant tous les domaines de la vie sociale et économiques et révèlent un véritable changement sociétal. L'attention portée aux personnes âgées est aujourd'hui un défi pour les institutions sanitaires et médico-sociales.

Les premières assurent la prise en soins des patients âgés en établissement ou à domicile. Les secondes accompagnent les résidents sur la base du projet personnalisé défini pour chaque résident accueilli ou personne âgée suivie à domicile. Les termes de personne âgée malade, de résident, de structure d'amont ou d'aval, sont utilisés en fonction de l'état de santé et du lieu d'accueil de la personne âgée. On parle également de « patient gériatrique » pour désigner la personne âgée de plus de 75 ans, se

---

<sup>1</sup> Circulaire interministérielle N°DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

<sup>2</sup> Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance. On utilise également les mots de « gériatrie » qui désigne une spécialité médicale orientée vers la prise en soins de la personne âgée ou de « gérontologie » qui est l'étude du vieillissement dans une dimension globale (sociale, économique, médicale, psychologique,...).

Le secteur des personnes âgées est, depuis 1999, en permanente adaptation face à l'évolution législative et réglementaire. Le financement des établissements a été réformé depuis une dizaine d'années, pour adopter par exemple un financement tripartite ou une tarification à l'activité. La prise en charge institutionnelle des personnes âgées est donc financée de plusieurs façons mais doit tendre à un même objectif contraignant : la convergence tarifaire, qui impose aux établissements d'harmoniser leurs tarifs avec ceux des établissements équivalents. Par ailleurs, la politique continue d'amélioration de la qualité des prestations impose aux établissements d'apporter des réponses plus individualisées aux besoins complexes des personnes accueillies. Enfin, la loi du 21 juillet 2009<sup>3</sup> place le patient au cœur de la double exigence de prévention et de prise en soins, situe désormais l'établissement de santé au centre de son territoire de référence et invite les établissements sanitaires et médico-sociaux à impulser des démarches de partenariat.

Le rapprochement entre établissements dans un travail de partenariat est donc un axe fort des politiques de santé publique menées sur un territoire. Au sens strict du terme, le partenariat est une association d'entreprises, d'institutions, en vue de mener une action commune<sup>4</sup>. C'est un terme plus général que la coopération qui désigne, elle, un système par lequel des personnes intéressées à un but commun s'associent et collaborent : coopérer (*co-operare*) signifie agir, travailler conjointement avec quelqu'un à<sup>5</sup>.

L'étude des enjeux de ces formes de partenariat sur le territoire constitue l'objet central de l'étude que nous allons mener, l'objectif étant de répondre aux besoins des personnes âgées sur un territoire. Celui-ci est la base de tout projet et pour notre travail nous allons nous baser sur le Territoire de santé Navarre – Côte Basque : alors que le département est souvent choisi comme territoire de santé, celui-ci recouvre la partie occidentale du département des Pyrénées-Atlantiques. Sur ce territoire, le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) est le seul établissement public de santé. C'est donc l'établissement de référence et l'établissement pivot de la filière gériatrique. Il dispose au total de près de

---

<sup>3</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST

<sup>4</sup> *Le nouveau Petit Robert de la langue française*, édition 2010

<sup>5</sup> *ibid.*

1 200 lits d'hospitalisation de jour, de semaine ou complète et d'hébergement, et compte environ 2600 ETP d'agents<sup>6</sup>. Il est actuellement réparti sur trois sites : deux à Bayonne (Saint-Léon et Cam de Prats) et un à Saint-Jean-de-Luz. Son activité est organisée en pôles, définis par l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>7</sup> et consacrés par la loi HPST comme principe obligatoire et unique d'organisation interne et comme lieux de mise en œuvre des stratégies et du management. Ils sont aujourd'hui en cours de contractualisation. La prise en soins des patients gériatriques est assurée au sein du pôle filière gériatrique, qui comprend aujourd'hui 489 lits, répartis sur les trois sites du CHCB. Il est dirigé par un chef de pôle, un cadre de pôle et un directeur adjoint.

Le court séjour gériatrique de 37 lits, est réparti entre les sites de Saint-Léon (7 lits) et Saint-Jean-de-Luz (30 lits). L'extension à 12 lits du site de Saint-Léon est prévue pour 2012. La structure de soins de suite gériatrique compte lui 38 lits installés dans le bâtiment « Trialdi » à Saint-Jean-de-Luz. Les unités de soins de longue durée (USLD) sont distribuées entre les sites de Saint-Jean-de-Luz (« Trialdi », 76 lits) et de Cam de Prats (« L'Arrayade », 74 lits) : cette capacité a été dimensionnée suite à la redéfinition des lits de long séjour du CHCB au 1<sup>er</sup> janvier 2009. Les 264 lits d'EHPAD du Centre Hospitalier sont répartis sur les deux villes de Bayonne et Saint-Jean-de-Luz. A Bayonne (site de Cam de Prats), se trouvent les structures « Bichta Eder » (85 lits), « Goxoki » (46 lits), 22 lits d'EHPAD installés à « L'Arrayade » et deux unités de vie Alzheimer, de 16 lits chacune, aux « Maisons de l'Arrayade ». La structure « Udazkena » de Saint-Jean-de-Luz a une capacité de 80 lits, dont 11 lits dans l'unité de vie Alzheimer (le « Patio »). L'équipe mobile de gériatrie (EMOG) et les consultations gériatriques complètent le dispositif.

La constitution actuelle du pôle et les projets de consolidation et de diversification qu'il élabore sont dans la droite ligne de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques<sup>8</sup>. Celle-ci, comme dans toute filière de soins (oncologie, prise en charge des AVC, addictologie,... par exemple), défend une prise en soins continue de la personne âgée jusqu'à l'accompagnement en fin de vie et un parcours fluide dans les structures sanitaires et médico-sociales.

Le thème choisi se place dans le droit fil de l'objectif de décloisonnement entre les champs sanitaire et médico-social. Ce rapprochement intéresse directement le DESSMS puisqu'il se place lui-même à la confluence entre ces deux champs. Il est un acteur majeur dans la définition des politiques sanitaires et médico-sociales de l'établissement sur un territoire. Le sujet permet également d'aborder plusieurs questions de santé publique : la complexification de la prise en charge de la dépendance des personnes

---

<sup>6</sup> Rapport d'activité 2010 du Centre Hospitalier de la Côte Basque

<sup>7</sup> Ordonnance du 2 mai 2005

<sup>8</sup> Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

âgées, la gouvernance du secteur et l'adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale aux besoins de la population sur un territoire. Le positionnement au sein d'un centre hospitalier de référence pendant la période de stage permet d'avoir une approche globale des problématiques du territoire. Cette vision générale n'étant pas suffisante, l'étude conduit à rencontrer d'autres directeurs d'établissements et ainsi à appréhender leur vision de la prise en charge des personnes âgées sur le Territoire.

A travers ce travail, les deux aspects stratégique et opérationnel du métier de DESSMS seront mobilisés. D'une part, l'étude de ce thème invite au pilotage de projet, au travail d'observation et d'expertise du directeur dans une optique de positionnement de l'établissement sur le territoire, en fonction des politiques nationales et territoriales. D'autre part, le sujet permet d'envisager la mobilisation des ressources financières et humaines pour la réalisation du projet, ainsi que la mise en place d'une démarche d'évaluation après la mise en place des différentes actions.

Ainsi, le CHCB, établissement public de santé de référence et pivot de la filière gériatrique, a un rôle à jouer dans la structuration de l'offre sanitaire et médico-sociale à destination des personnes âgées. Il ne peut agir seul et s'approprier tous les outils et moyens de prise en soins et d'accompagnement : les acteurs du Territoire doivent tirer parti de l'existence de la filière gériatrique hospitalière. Comment peut-il alors rendre pertinent et opérationnel le partenariat avec les acteurs des champs sanitaire et médico-social, dans le but de répondre aux besoins des personnes âgées sur le Territoire Navarre-Côte Basque ?

L'étude des besoins des acteurs sanitaires et médico-sociaux d'un territoire particulier qu'est le Territoire de santé Navarre-Côte Basque est nécessaire au préalable : c'est à ces besoins que devra répondre toute organisation de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées sur le Territoire (1). Face à ces besoins, le CHCB dispose d'une offre pour le patient gériatrique, qui n'est pas sans contraintes, ce qui l'amène à établir des partenariats ; mais ces relations bilatérales ne suffisent pas et le CHCB doit s'engager dans une véritable filière territoriale (2). Afin de rendre cette filière opérationnelle, elle devra s'intégrer dans un cadre juridique matérialisé par le réseau de santé et des actions seront mises en œuvre pour structurer l'offre sanitaire et médico-sociale, dans le but d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées (3).

# **1 Un pré requis indispensable : l'étude des besoins des acteurs du Territoire de santé Navarre-Côte Basque**

Cette partie a pour objectif d'établir une base de travail, de poser clairement les besoins exprimés par les acteurs sanitaires et médico-sociaux et leurs demandes, en ce qui concerne la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées, sur un territoire particulier qu'est le Territoire Navarre-Côte Basque.

## **1.1 L'étude des besoins, point de départ indispensable à la conduite de projet**

Il s'agit de présenter la démarche qui va être mise en œuvre et définir une méthode de conduite de projet, en déterminant quels sont les enjeux de la structuration d'une filière territoriale. La grille de référence est présentée dans le *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, élaboré par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)<sup>9</sup>.

### **1.1.1 Etablir l'état de la demande (besoins des acteurs) et de l'offre (offre de soins)**

Pour utiliser un terme médical, il s'agit dans un premier temps d'établir le diagnostic territorial. Cette analyse doit s'effectuer en plusieurs étapes et concerne l'ensemble des acteurs intéressés par la structuration de l'offre de soins et d'accompagnement des personnes âgées.

Avant toute description de l'offre existante, il sera nécessaire de prendre du recul sur les particularités du Territoire, en termes géographiques, démographiques avec un focus sur les personnes âgées. Tout projet s'applique sur un territoire et il doit être adapté à celui-ci. Des données statistiques et démographiques ainsi que des cartes nous permettront d'effectuer cette analyse.

Sur ce Territoire s'appliquent des politiques nationales et locales et l'offre sanitaire et médico-sociale est planifiée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Conseil Général : il sera intéressant d'analyser les enjeux de cette planification territoriale, notamment dans les rapports entre le secteur public et le secteur privé, grâce aux entretiens réalisés dans ces deux institutions.

---

<sup>9</sup> ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*

Puis, la demande et les besoins des acteurs du Territoire seront recueillis puis analysés, grâce à deux outils : la réunion territoriale organisée par la Délégation Territoriale (DT) de l'ARS dans les Pyrénées-Atlantiques le 22 mars 2011 et une enquête sous forme de questionnaire à destination des établissements pour personnes âgées du Territoire.

Après avoir synthétisé ces besoins et demandes, ce sera au tour de l'offre sanitaire et médico-sociale de l'établissement de référence, le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB), d'être décrite et analysée. L'établissement pivot de la filière gériatrique dispose d'une offre quasi-complète, au regard de la circulaire du 28 mars 2007<sup>10</sup> mais des contraintes ne peuvent lui permettre d'assurer ses missions de façon optimale.

### **1.1.2 Déterminer les objectifs stratégiques de la mise en place des projets**

Ces objectifs stratégiques seront établis grâce à la confrontation entre la demande et les besoins des acteurs et de l'offre existante actuellement, sur le Territoire considéré, avec ses particularités. Ces objectifs nous permettront de répondre à cette question : dans quelle mesure le CHCB peut-il structurer l'offre de soins et d'accompagnement des personnes âgées sur le Territoire ? Il s'agira de s'interroger sur le rôle du CHCB dans cette mission et ses limites par rapport aux autres acteurs. Il s'agira également de choisir la forme que peut prendre cette structuration et quels seront les objectifs principaux pour répondre aux besoins des acteurs sanitaires et médico-sociaux et, par là, aux besoins des personnes âgées sur le Territoire. Des consultations bibliographiques, au centre documentaire du CHCB et à la bibliothèque de l'EHESP, ainsi que des entretiens et des réunions de travail en interne et en externe m'ont permis d'apporter des éléments théoriques et pratiques à l'établissement de ces objectifs stratégiques.

### **1.1.3 Définir les orientations opérationnelles et proposer un mode de suivi et d'évaluation**

Les actions mises en œuvre se traduiront par la proposition de projets. Ceux-ci seront réalisés dans le cadre choisi pour structurer l'offre, en prenant en considération leurs impacts organisationnels, humains et financiers. Ils devront évidemment répondre aux besoins évoqués précédemment et devront pour cela faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation dans le temps.

Cette étude ne fera que proposer certaines orientations opérationnelles, elle ne sera pas exhaustive. Seront présentés en priorité les projets relevant du CHCB et dont la mise en œuvre est possible. De même, leur suivi et leur évaluation devront être aisés, grâce à des indicateurs clairs qui permettront éventuellement de les ajuster.

---

<sup>10</sup> Circulaire n°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Des entretiens avec les professionnels de terrain ainsi que des visites sur place m'ont permis d'analyser certaines propositions de projets que je décrirai dans ce travail.

L'objet de ce travail sera donc de déterminer quelle forme peut prendre la structuration de l'offre de soins et d'accompagnement et les projets qui en découleront. Mais avant toute chose, il est nécessaire d'analyser le terrain de travail, celui sur lequel lesdits projets se concrétiseront.

## **1.2 Le Territoire de santé Navarre – Côte Basque : un territoire dichotomique**

Il s'agit de faire un état des lieux du Territoire de santé Navarre – Côte Basque, grâce à des données chiffrées, aux documents de planification territoriale et aux entretiens réalisés à la DT ARS et au Conseil Général.

### **1.2.1 Les particularités d'un territoire vieillissant et bicéphale**

Le Territoire de santé Navarre-Côte Basque est né en application de la loi HPST, en 2010. Jusque là on parlait de « Territoire de santé de Bayonne ». Celui-ci était constitué de l'arrondissement de Bayonne, de quelques communes de l'arrondissement de Pau et du sud des Landes.

La toute nouvelle ARS Aquitaine a rationalisé le découpage de la région, faisant correspondre les territoires de santé aux départements (Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne) à l'exclusion du département des Pyrénées-Atlantiques divisé en deux Territoires de santé, Navarre-Côte Basque et Béarn-Soule, illustrés par la carte n°1 en annexe 1.

En effet, cette dualité du département est culturelle et a des conséquences sur son organisation administrative dans certains domaines : deux chambres de commerce et d'industrie, une antenne du Conseil Général à Bayonne, une antenne de la Chambre d'agriculture à Saint-Palais,... La partition du département en deux territoires de santé entre dans cette logique, à laquelle on peut ajouter l'existence de deux agglomérations de taille comparable (+ de 100 000 habitants), Pau et Bayonne, qui sont des centres d'activité économique qui attirent deux bassins de population différents. Enfin, dans le domaine sanitaire, deux centres hospitaliers de taille équivalente (Centre Hospitalier de Pau et Centre Hospitalier de la Côte Basque) se partagent la patientèle du département et des zones limitrophes des Landes et des Hautes-Pyrénées.

Le Territoire Navarre-Côte Basque d'environ 2 500 km<sup>2</sup> représente la partie occidentale du département des Pyrénées-Atlantiques et correspond à l'arrondissement de Bayonne. Il compte 157 communes, dont 125 communes en territoire rural. Ceci en fait la première caractéristique : c'est un territoire bicéphale puisqu'il est clairement divisé entre, à l'ouest, la Côte basque, qui rassemble les villes côtières de l'aire urbaine (Bayonne, Anglet, Biarritz, Saint-Jean-de-Luz, Hendaye) et une première bande de villages périurbains et rurbains, et à l'est le Pays basque intérieur, rural, avec cinq pôles d'attraction (Bidache, Hasparren, Saint-Étienne-de-Baïgorry, Saint-Jean-Pied-de-Port, Saint-Palais) qui constituent des centres économiques de première importance pour les zones de moyenne montagne. Ce tableau récapitule les données géographiques et démographiques générales du Territoire<sup>11</sup> :

	<b>Côte Basque</b>	<b>Pays Basque intérieur</b>
<b>Superficie (km<sup>2</sup>)</b>	618	1 650
<b>Population</b>	215 177	45 067
<b>Densité (hab/km<sup>2</sup>)</b>	348	27

On note donc une disparité entre les deux parties du Territoire, matérialisée par la carte n°2 en annexe 1.

En 2007, la population du territoire est d'environ 260 000 habitants, alors que le département en compte 643 000, soit 40% de la population du département des Pyrénées-Atlantiques. On estime que, pour 2040, la population du Territoire va atteindre 310 000 habitants, soit une augmentation de plus de 15%. Cette projection est inférieure à la moyenne du département et de la région, et correspond peu ou prou à la moyenne nationale.

Voici la situation démographique du territoire aujourd'hui, dans son environnement :

2007	<b>Territoire NCB</b>	Pyrénées-Atlantiques	Aquitaine	France
< 20 ans	<b>21%</b>	22%	23%	25%
20-59 ans	<b>52%</b>	52%	53%	52%
60-74 ans	<b>16%</b>	15%	14%	15%
75 ans et +	<b>11%</b>	11%	10%	8%

<sup>11</sup> Les chiffres concernant la population sont issus de l'INSEE (recensement de la population 2007), du CREAHI Aquitaine et du service études, statistiques et prospectives de l'ARS Aquitaine. Il a été difficile de trouver des données pour un territoire infra-départemental et de croiser les informations de la DT ARS (niveau Territoire Navarre-Côte Basque) et du Conseil Général (niveau départemental).

On observe une plus forte proportion de personnes âgées (de plus de 60 ans) au sein du territoire Navarre-Côte Basque ; à l'inverse le nombre de jeunes (moins de 20 ans) est plus faible que les niveaux départemental, régional et national. C'est donc un territoire relativement vieux, dont la caractéristique ne pourra que s'accroître du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie et du tropisme des personnes âgées vers la Côte basque et le Pays basque intérieur. En effet, alors que la population des moins de 20 ans va peu augmenter entre 2007 et 2040 (de 57 000 à 62 000, soit 9%), celle des plus de 75 ans va s'accroître de 87% (de 30 000 à 56 000) ; il y aura donc autant de jeunes de moins de 20 ans que de personnes âgées de 75 ans et plus. Cette tendance s'accroît du fait du prix de l'immobilier sur la Côte basque : les jeunes et les familles de l'agglomération bayonnaise ont tendance aujourd'hui à s'installer dans le sud des Landes, soit en dehors du Territoire, où le prix du foncier est plus abordable qu'à Anglet ou Biarritz.

Pour compléter ces données, dans le département, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile diminue avec l'âge mais une majorité de personnes âgées vit à domicile, même à plus de 90 ans (64%). Plus de 5 000 personnes âgées de plus de 75 ans sont atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : la prévalence de ces maladies augmente avec l'âge. Enfin, 77‰ des plus de 60 ans sont allocataires de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) (91‰ en Aquitaine), soit une progression de +4% entre 2009 et 2010 ; 57% d'entre eux vivent à domicile.

En 2010, les 53 établissements pour personnes âgées du territoire (EHPAD + USLD) ont une capacité d'accueil de 3 375 lits. Il est à noter d'emblée qu'il n'existe sur le territoire que deux établissements accueillant des unités de soins de longue durée, les deux structures appartenant au CHCB (L'Arrayade à Bayonne et Trialdi à Saint-Jean-de-Luz) et disposant de 150 lits au total.

La capacité d'accueil installée en hébergement complet est de 3 334 lits. Les places en accueil de jour (41 places sur 9 établissements) et en hébergement temporaire (41 places sur 14 établissements) sont faibles.

Sur le territoire, le taux de personnes âgées accueillies venant d'un autre département est supérieur à la moyenne de l'Aquitaine, tant en EHPAD (18% de résidents venant d'un autre département contre une moyenne de 15% en Aquitaine), que dans les autres établissements pour personnes âgées (27% contre 21%).

## **1.2.2 Le positionnement du CHCB, établissement hospitalier de référence, dans les rapports entre secteur public et secteur privé**

S'il ne fallait retenir qu'une seule caractéristique du Territoire de santé Navarre-Côte Basque, ce serait la présence d'un seul établissement de santé public hospitalier, les autres établissements de santé étant privés (dont une majorité de privés lucratifs). De même, la proportion d'établissements médico-sociaux privés est bien plus élevée que les établissements publics autonomes (fonction publique hospitalière) : ceux-ci sont au nombre de 3, auquel il faut ajouter l'EHPAD du CHCB.

En 2010, on trouve sur le Territoire 10 établissements de soins de courte durée privés et 12 établissements de soins de suite et de réadaptation privés (dont 9 dans la seule commune de Cambo-les-Bains soit 1 000 lits). Tous ces établissements intéressent le parcours de soins de la personne âgée puisque, en fonction de la pathologie dont il est atteint, il se rendra dans tel ou tel établissement spécialisé dans une affection : cardiologie, pneumologie, rééducation fonctionnelle,... Mais les établissements privés de court séjour ont peu de culture gériatrique. Or, la personne âgée a de grandes chances d'être prise en charge dans ces établissements, du fait de leur nombre et de leur répartition sur le territoire, ce qui peut engendrer des difficultés dans la prise en soins.

Dans ce contexte, le CHCB peut tirer profit de la plus-value qu'il possède grâce aux actions pluridisciplinaires qu'il impulse en son sein et à l'extérieur, notamment celles financées par l'enveloppe Missions d'intérêt Général (MIG). Outre la permanence d'accès aux soins que l'hôpital public se doit d'assurer, cette enveloppe finance les équipes mobiles et en particulier l'équipe mobile de gériatrie, l'un des moteurs des relations entre le CHCB et son territoire de référence.

Le CHCB a donc pris conscience de l'importance d'avoir des relations construites avec les acteurs privés du Territoire au travers du Groupement de Coordination Sanitaire (GCS) de cardiologie avec un groupe de cliniques privées à but lucratif et du GIE (Groupement d'Intérêt Economique) Imagerie du Pays basque, mais aussi au travers de sa filière gériatrique (voir 2.).

En ce qui concerne le champ médico-social, le taux d'équipement en EHPAD est satisfaisant. Mais cette tendance est faussée par la forte proportion d'EHPAD privés à but lucratif sur le Territoire de santé Navarre-Côte Basque : le ¼ des EHPAD du Territoire est privé à but lucratif, alors que la moyenne nationale se situe aux alentours de 15-20%. Ils entrent bien dans le calcul du taux d'équipement mais ne sont pas habilités à l'aide sociale, ce qui pose la problématique de l'accessibilité des personnes âgées à faibles ou moyennes ressources notamment sur la Côte Basque (où le nombre d'EHPAD privés à

but lucratifs est parfois majoritaire). Ces établissements sont en concurrence pour remplir leurs lits, dans une logique inverse aux EHPAD privés à but non lucratif et publics.

La politique du Conseil Général a longtemps été celle de ne pas gêner la création d'établissements privés lucratifs. Quant à la DT ARS, elle est aujourd'hui liée à la DG ARS quant aux financements, celle-ci gérant les enveloppes régionales. La Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie établit les taux, les moyennes et les comparaisons qui doivent guider la politique de ces deux autorités de contrôle et de financement.

### **1.2.3 Les enjeux de la planification territoriale**

L'offre sanitaire et médico-sociale est soumise à une planification pluriannuelle, élaborée par l'ARS et le Conseil Général, au travers de plusieurs documents. Seuls ceux concernant les personnes âgées seront évoqués.

La planification sanitaire et médico-sociale est en cours de révision. La réactualisation du Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SROSMS, composante du Projet Régional de Santé, au même titre que le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, SROS) se fera concomitamment à celle du Schéma départemental en faveur des personnes âgées du Conseil Général (qui s'appellera à partir de 2012, Schéma départemental pour l'autonomie).

La coordination entre la planification du Conseil Général et celle de l'ARS est déterminante dans le secteur des personnes âgées et cette concordance de date est saluée par les représentants des deux autorités rencontrés.

Le Schéma départemental en faveur des personnes âgées du Conseil Général 2006-2011 est en cours d'évaluation et le bilan est très relatif, au regard des objectifs qui avaient été posés. L'un des premiers objectifs avait été d'équilibrer l'offre sur le département, afin de mieux réguler l'installation des EHPAD privés à but lucratif, en autorisant la création de places uniquement pour les établissements habilités à l'aide sociale.

Le Conseil Général avait pour objectif en 2006 de créer 1 435 places sur 5 ans. Or ce chiffre avait été construit sur un taux d'équipement calculé de façon globale, en mêlant hébergement médicalisé, non médicalisé, permanent, temporaire,... De plus, les crédits de soins autorisés par la DDASS ne suivaient pas cette projection.

Mais le Conseil Général considère que ne pas avoir créé ces places ne signifie pas ne pas avoir répondu aux besoins : la politique de maintien à domicile a été encouragée.

A partir de 2012, la politique du Conseil Général sera ciblée sur l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour dont le nombre de places, on l'a vu, est plutôt faible. Et lorsqu'elles

existent, elles sont peu mobilisées par les acteurs de terrain, d'où une communication à faire par le Conseil Général, notamment auprès des médecins traitants. Bémol : en milieu rural, difficile de faire de l'accueil de jour (problème du transport). L'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile sera donc privilégié au détriment de l'hébergement en établissement.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'hébergement permanent, le Conseil Général se montrera plus attentif à proposer des actions réalisables au vu du budget de l'ARS, en étant au plus près des orientations du SROSMS et établir des projections communes sur les taux d'équipement.

Ainsi, l'institution départementale a choisi de mener des actions d'amélioration de la qualité de l'existant et que la création de places n'est que secondaire pour l'avenir. L'objectif est d'atteindre un ratio effectif/lit à 0,57 de moyenne sur le département, alors qu'il est à 0,55 en moyenne aujourd'hui (0,61 dans les EHPAD publics, considérés comme sur dotés). Les besoins résident surtout dans le soin et notamment un déficit de la présence d'aides-soignants, dont les effectifs sont financés à 30% par le Conseil Général (dépendance) et à 70% par l'ARS. Mais le manque de reconnaissance de la gériatrie ne permet pas de recruter facilement des aides-soignants dans le champ des personnes âgées. Le Conseil Général développe des modules spécifiques orientés vers la gériatrie, en partenariat avec le Conseil Régional.

L'autre piste d'amélioration des structures existantes réside dans l'augmentation du temps de psychologue en EHPAD, en l'adaptant au Gir Moyen Pondéré (GMP) et au nombre de résidents, sachant que la présence d'un psychologue est vecteur de la qualité de vie des résidents et de la qualité de vie au travail des équipes.

Enfin, le schéma 2012-2017 souhaite améliorer la lisibilité et la visibilité par les usagers des structures qui dépendent du Conseil Général : les 12 Maisons de la Solidarité Départementale (dont 6 sur le Territoire Navarre-Côte Basque) sont les lieux d'information des usagers sur toute l'action sociale du Conseil Général (personnes âgées, enfance, personnes handicapées, insertion sociale) ; les 6 pôles gérontologiques gèrent la politique personnes âgées du département : instruction des dossiers APA, évaluation du plan d'aide, construction pluridisciplinaire du plan d'aide,...

Or, l'usager se perd parfois dans ce système : il y entre souvent par la mairie de la commune de son domicile (le CCAS). L'idée est alors que les institutions s'adaptent à la demande de la personne, après qu'elle a franchi ce guichet d'entrée unique. Le schéma 2012-2017 souhaite alors raisonner en termes de parcours et non plus de dispositifs, dans l'accompagnement de la personne âgée dans ses démarches à domicile.

L'autre enjeu réside dans l'organisation sur le département de la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Là encore, c'est au niveau départemental que la planification de l'offre de soins et médico-sociale se construit. Celle-ci est basée sur le Plan Alzheimer 2008-2012. La mesure 16 préconise la création des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et des unités d'hébergement renforcé (UHR). Dans le département, l'ARS prévoit 26 PASA et une seule UHR. Pour l'instant, un seul PASA a été labellisé dans le département pour 4 dossiers déposés. A l'inverse, 8 dossiers de demande de création d'UHR ont été déposés et à ce jour aucun n'a été labellisé. Le CHCB a lui-même fait une demande de création d'UHR en EHPAD.

On le voit, l'effort de l'ARS Aquitaine, dans l'enveloppe financière qu'elle a reçue, porte essentiellement sur les PASA, dont elle encourage la création, à moyens constants, ce qui pose problème pour la qualité de la prise en charge la journée des résidents accueillis dans les PASA et des autres résidents de la structure.

La mesure 17 du Plan Alzheimer prévoit la création des unités cognitivo-comportementales (UCC) en établissement de soins de suite, pour permettre une réadaptation après hospitalisation des patients gériatriques souffrant de troubles psychiques en phase aiguë, dans le but de permettre un retour à domicile, une fois les effets de la crise stabilisés, par une prise en charge pluridisciplinaire autour d'un projet individuel. Une UCC a été récemment labellisée, à Cambo-les-Bains, dans un établissement de soins de suite gériatrique.

Au-delà de l'énumération de ces structures spécialisées, les acteurs du Territoire peuvent se saisir de ces nouveaux outils en aval de l'hospitalisation, en amont de l'entrée en EHPAD, pour des séjours de courte durée lors de crises ou bien pour permettre à des patients ou résidents dont le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a été posé mais qui sont encore mobiles de continuer à faire fonctionner leurs capacités restantes.

Seuls des projets de collaboration ou de partenariat écrits et clairs permettront de tirer profit de ces nouveaux outils. Le problème est que les autorités de financement et de contrôle, notamment l'ARS, demandent à ces structures de fonctionner à moyens constants. Leur efficacité devra donc être évaluée quelques mois après le début de leur fonctionnement.

Pour assurer ses objectifs, la planification doit prendre en considération les besoins du territoire et les besoins des acteurs sanitaires et médico-sociaux. L'expression de ces besoins sert, pour notre étude, à déterminer dans quel sens orienter les actions du CHCB, au travers de sa filière gériatrique.

### 1.3 Les besoins et attentes des acteurs des champs sanitaire et médico-social

Avant de déterminer ces besoins et attentes, deux questions préliminaires se posent :

- **Envers quelle(s) institution(s) ces acteurs expriment-ils ces besoins et attentes ?** Dans le cadre de mon stage, j'ai participé à une réunion territoriale Navarre-Côte Basque organisée par la DT ARS des Pyrénées-Atlantiques le 22 mars 2011, dans laquelle des directeurs d'établissements, des médecins coordonnateurs, des représentants des associations d'aide à domicile, des représentants des usagers étaient conviés pour faire un bilan des besoins exprimés en amont, sur la base d'une enquête réalisée par l'ARS, censée aider à la construction du SROSMS 2012-2017. Pour notre étude, il était également nécessaire de mesurer ces besoins et attentes par rapport au CHCB, dans le but de mesurer la capacité de l'établissement à structurer cette filière gériatrique territoriale. Il fallait donc compléter les éléments obtenus lors de la réunion du 22 mars par l'analyse des demandes de ces acteurs vis-à-vis du CHCB, au travers d'un questionnaire.
- **Quels acteurs doivent être pris en compte ?** Pour l'enquête je me suis limité aux établissements pour personnes âgées, à savoir les EHPAD (privés et publics) et les établissements de SSR. Ces structures sont liées au CHCB, centre hospitalier de référence du Territoire, en aval ou en amont de l'hospitalisation. Ces questionnaires ont été adressés aux directeurs d'établissements.  
En ce qui concerne les établissements de SSR, je souhaitais dans un premier temps me limiter aux établissements de soins de suite gériatriques. Mais les personnes âgées sont appelées à se rendre dans tous les établissements de SSR, en fonction des affections et pathologies pour lesquelles elles ont subi une hospitalisation. J'ai donc élargi le domaine d'application de l'enquête à tous les établissements de SSR.

#### 1.3.1 Les besoins et attentes/difficultés exprimées de façon globale<sup>12</sup>

Les principales difficultés seront évoquées pour mettre en exergue les tensions dans la prise en charge continue de la personne âgée sur le Territoire.

C'est surtout sur des publics bien ciblés que les difficultés se concentrent : les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, pour lesquelles le soutien trouve ses limites aussi bien à domicile si elles n'ont pas d'entourage qu'en établissement

---

<sup>12</sup> Document remis lors de la réunion territoriale du 22 mars 2011, organisée par la DT ARS

lorsqu'il n'y a pas d'unité sécurisée, ce qui est le cas la plupart du temps ; les personnes souffrant de troubles du comportement (inadéquation des formations du personnel, refus de soins) ; les personnes en fin de vie pour lesquelles l'accompagnement est rendu difficile par le manque de temps d'IDE et de psychologue ; les personnes âgées vivant à domicile, pour lesquelles certains plans d'aide et le soutien aux aidants sont insuffisants.

La problématique des ressources humaines est aussi fréquemment abordée, notamment lors des rencontres avec les autorités responsables de l'autorisation des effectifs des établissements. La question du manque d'effectif est souvent posée, à laquelle il faut ajouter un souhait de former davantage les professionnels, en priorité à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et au projet personnalisé. Ils insistent aussi sur la nécessité de renforcer l'attractivité des métiers de la gérontologie en général. Ce besoin de formation est visible dans le décalage ressenti entre les formations à la promotion de la bientraitance, via *Humanitude* notamment, et les faibles moyens alloués en personnel.

En termes d'accessibilité, les usagers, acteurs eux aussi, pointent l'insuffisance des transports en milieu rural pour se rendre dans les différentes structures d'information et d'hébergement, ce qui pose la question de la pertinence de la création d'accueils de jour dans certaines zones du Pays basque intérieur, solutions de répit pour les aidants, nécessaires pour assurer un maintien à domicile de qualité. Globalement, c'est une lassitude voire un découragement des aidants familiaux que les acteurs de terrain font remonter et ont un besoin de soutien de la part des professionnels.

En termes d'information et d'accessibilité à l'information, la multiplication des guichets rend l'information peu lisible (CLIC, Pôle gérontologique, CCAS,...). Le même phénomène touche les services d'aide à domicile : les usagers ont l'impression d'un émiettement de ces services, parfois sur une même zone.

Des partenariats sont engagés entre les acteurs du Territoire dans le but d'assurer une continuité de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées. Certains d'entre eux sont formalisés par des conventions. Néanmoins, il est encore difficile de nouer des partenariats avec le secteur de la santé mentale que les acteurs qualifient de « cloisonné » et de « peu disponible », notamment pour des problématiques liées à la psychogériatrie.

Les acteurs sont donc en demande de partenariats renforcés, harmonisés et formalisés, de façon pérenne et coordonnée. Ceux-ci doivent selon eux être centrés sur les points de rupture du parcours qui peuvent être des points de rupture dans le parcours de soins : passage de la médecine de ville à l'hôpital, de l'hôpital au domicile,... Toute entrée en

établissement nécessite selon eux une coordination entre les différents professionnels, y compris les aidants.

### **1.3.2 Les résultats de l'enquête à destination des établissements pour personnes âgées du Territoire**

L'objectif principal du questionnaire était de mesurer le degré des relations que chaque établissement pour personnes âgées destinataire entretenait avec le CHCB et en particulier avec sa filière gériatrique, et les réponses qu'ils attendaient de ce partenariat. La méthodologie de cette enquête est précisée dans l'annexe 2.

58 établissements (EHPAD et SSR) recensés sur le Territoire ont été destinataires de l'enquête. Sur ces établissements, on compte :

- 46 EHPAD : 21 privés non lucratifs, 17 privés lucratifs, 5 publics communaux, 3 publics autonomes ;
- 12 établissements de SSR : 8 privés lucratifs, 4 privés non lucratifs.

Le taux de retour est très satisfaisant : 30 établissements ont répondu soit 51,72% des destinataires. Parmi eux, 26 EHPAD, 3 SSR et un établissement qui est à la fois EHPAD et SSR (comptabilisé parmi les 46 EHPAD lors de l'envoi du questionnaire).

On note que proportionnellement les EHPAD ont été les plus prompts à répondre puisque 56,52% d'entre eux ont renvoyé le questionnaire, contre 25% des SSR.

Les résultats classés par statut juridique reflètent peu ou prou les proportions du total des établissements (graphique n°1 de l'annexe 2).

Quant à la situation géographique des établissements, parmi les répondants, on trouve autant de structures de zone urbaine que périurbaine ou rurale (graphique n°2).

A ce stade de l'analyse, on peut d'ores et déjà dire que l'échantillon des établissements ayant répondu au questionnaire est représentatif.

La filière gériatrique du CHCB est connue par la quasi-totalité des établissements ayant répondu au questionnaire (96,7%). Lorsqu'il leur est demandé de faire part de ce qu'ils connaissent de cette filière, les établissements indiquent plusieurs réponses (graphique n°3), la réponse la plus donnée étant « l'EMOG » (Equipe Mobile de Gériatrie). L'EMOG intervient en extra-hospitalier (voir 2.2.1.) : le fait qu'elle soit citée en premier lieu reflète une certaine efficacité de son travail à l'extérieur de son domaine d'action de référence qu'est le centre hospitalier. A noter que l'Equipe mobile de soins palliatifs tout comme la consultation douleur, toutes deux citées, n'appartiennent pas au pôle filière gériatrique du CHCB.

L'accessibilité aux différentes sources d'information est considérée comme facile par 60% des établissements mais une bonne minorité des établissements (26,7%) estime que les informations concernant la filière gériatrique ne sont pas facilement accessibles.

Les sources d'information sont de plusieurs types. Parmi ceux qui y accèdent facilement, il était demandé aux établissements de citer les lieux, documents et personnes auprès desquels ils avaient accès à ces informations (graphique n°4).

Cette question avait pour but de cibler les sources d'information à développer ou à améliorer. Mais peu d'établissements se sont réellement exprimés sur cette question, ce qui n'en fait pas un échantillon très représentatif.

Puis, parmi ceux qui considèrent que l'accès aux informations concernant la filière gériatrique est difficile, les raisons invoquées sont la méconnaissance du monde hospitalier (les « méandres » de l'hôpital) et, au-delà, du manque de coordination entre le champ sanitaire et le champ médico-social. Or ce lien est essentiel pour assurer un parcours de soins sans rupture pour la personne âgée.

Le chapitre suivant concerne le partenariat avec le CHCB. La plupart des établissements (90%) ayant répondu au questionnaire ont conclu un partenariat avec cette institution. Ce n'est pas toujours un partenariat unique et global, mais plutôt de multiples collaborations dans des domaines bien précis, aussi bien en termes de conseil que de formation. Ainsi, les partenariats les plus cités sont ceux qui concernent l'EMOG, l'équipe mobile de soins palliatifs et la convention entre le CHCB et les EHPAD du Territoire.

56,17% des établissements répondants sont satisfaits de ce partenariat et 26,7% plutôt satisfaits, soit au total 82,87% de taux de satisfaction, ce qui est un excellent score (graphique n°5).

Ces établissements évoquent en premier lieu les compétences des intervenants du CHCB, ainsi que leur réactivité lors de la demande venant de leur part. De même, les établissements soulignent une relation de confiance et une bonne collaboration avec les équipes du CHCB. A l'inverse, ils évoquent des délais longs pour l'intervention des équipes, une fois la demande effectuée. Ils parlent également du manque de suivi de la part du CHCB et souhaitent davantage de rencontres.

La question suivante concernait les éventuelles améliorations qu'ils pourraient suggérer à propos de ces partenariats. La première renvoie au souhait de voir les délais de rendez-vous raccourcis pour les consultations et les évaluations gériatriques. Ils mettent l'accent plus précisément sur le délai entre la prise de rendez-vous, rapide du fait de la disponibilité du secrétariat, et le rendez-vous en lui-même. Ils souhaitent également que le CHCB désigne un « référent gériatrie », interlocuteur unique pour les établissements.

Enfin, le dernier chapitre du questionnaire concerne la façon dont les établissements considèrent la prise en soins et l'accompagnement de la personne âgée et en particulier leurs difficultés (graphique n°6). Aux réponses fermées décrites sur ce graphique, d'autres éléments ont été apportés : le manque d'informations suite à une hospitalisation (courrier, traitements et soins), les problèmes de relations avec les familles et les difficultés et délais pour faire admettre une personne âgée en hospitalisation.

On remarque donc que les problématiques concernent des publics particuliers (personnes âgées à troubles psychique, personnes âgées en fin de vie,...), ainsi que les ruptures qui peuvent subvenir dans le parcours de soins de la personne âgée.

Par la suite, les établissements ont été invités à suggérer des solutions que pouvait apporter, selon eux, le CHCB à ces difficultés. Les directeurs ayant répondu au questionnaire ont été force de proposition et ces suggestions sont très utiles pour la conduite du changement. L'idée d'avoir pour ces établissements du Territoire un « référent gériatrie » revient à plusieurs reprises, tout comme « l'aide » et le conseil que peut apporter le pôle filière gériatrique, tant dans l'élaboration d'un dossier de soins type que dans la formation. Deux directeurs d'établissements évoquent la création d'une filière psycho-gériatrique.

Enfin, dans la rubrique « Remarques et suggestions », certains directeurs suggèrent une amélioration du partenariat entre le CHCB et les EHPAD du Territoire, un échange de compétences et la création d'une filière psycho-gériatrique.

Ainsi, trois tendances se dégagent des deux sources d'information :

- ***Un manque de lisibilité des structures et un accès parfois difficile à l'information*** : le monde hospitalier est parfois complexe à appréhender par les structures du Territoire ; la création d'un référent unique pour la gériatrie au CHCB serait intéressante pour ces structures.
- ***Les liens parfois rompus avec l'hôpital, lors du parcours de soins de la personne âgée*** dans les structures du Territoire : cette thématique s'inscrit pleinement dans le lien entre le sanitaire et le médico-social, que le DESSMS se doit d'assurer, mais aussi dans la problématique de la prise en charge difficile à domicile qui nécessite des relais pour les aidants familiaux. Il existe aussi une demande en direction du champ de la psychiatrie hospitalière ainsi qu'une volonté de s'intéresser à la psycho-gériatrie.

- **La nécessité de formation et sensibilisation** des équipes à des problématiques particulières de prise en soins et accompagnement : fin de vie, troubles du comportement et troubles psychiques et psychiatriques.

Le CHCB doit maintenant jouer son rôle dans la structuration de l'offre, sur la base de ces besoins et attentes. Il s'agit de confronter la demande des acteurs du territoire avec l'offre actuelle du CHCB, afin de poser des objectifs stratégiques des projets de partenariat possibles, dans le but d'assurer, dans un parcours fluide de soins et d'accompagnement des personnes âgées.

## **2 Le passage d'une filière hospitalière à une filière territoriale comme gage d'accessibilité, de continuité et de qualité du parcours de soins et d'accompagnement de la personne âgée sur le Territoire**

Le CHCB propose une offre gériatrique quasi-complète par rapport à la réglementation, au sein d'un pôle encore en constitution et soumis à des contraintes. Afin de répondre au plus près aux besoins des personnes âgées sur le Territoire, il est nécessaire de passer d'une logique interne, hospitalière, de pôle à une vision plus globale, territoriale où le CHCB est l'établissement pivot.

### **2.1 Le parcours du patient gériatrique au sein du CHCB**

Il s'agit dans cette partie d'analyser l'offre du CHCB, établissement pivot de la filière gériatrique, en matière de prise en soins et d'accompagnement de la personne âgée : le CHCB, par sa filière gériatrique hospitalière, peut-il répondre aux besoins et attentes exprimés par les acteurs du Territoire ?

#### **2.1.1 Le patient gériatrique : une personne âgée fragile**

Il est difficile de donner une définition précise du patient gériatrique. Dans les années 1980-1990, plusieurs médecins et chercheurs ont affiné l'approche de cette problématique<sup>13</sup>, par la réflexion autour du terme de « fragilité » et de ses facteurs.

---

<sup>13</sup> DRAME Moustapha et al., février 2004, « La fragilité du sujet âgé : actualité – perspectives », *Gérontologie et société*, n° 109, pp. 31-45

L'âge de 75 est posé comme limite basse par la circulaire du 28 mars 2007. Chez un tel patient coexistent « *plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeur, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques, et de problèmes sociaux surajoutés* »<sup>14</sup>. La prise en soins d'un patient gériatrique justifie donc une approche particulière au-delà d'une simple prise en charge en spécialité médicale.

Cette fragilité atteint son paroxysme lors de l'aggravation d'une des pathologies dont souffre le patient ou lors de la survenue d'une affection aiguë. On parle traditionnellement de crise, comme on parlerait de décompensation chez un patient atteint de troubles psychiques.

Mais au-delà de cet aspect, le patient gériatrique peut également souffrir d'autres pathologies chroniques, notamment des troubles qui affectent le système nerveux ou les capacités cognitives, ainsi que de problématiques sociales qui ont conduit à son isolement. Il est donc au carrefour de plusieurs approches, qui ne se limitent pas au simple aspect médical.

Des gériatres américains<sup>15</sup> ont défini des critères de fragilité en 1991. On y trouve, entre autres, le grand âge (plus de 75 ans), une ou des pathologie(s) invalidante(s), la malnutrition, l'incontinence, la poly-médication, des problèmes médico-sociaux et familiaux. Ces patients gériatriques sont dans un état intermédiaire, ni malades, ni en bonne santé, mais souffrent de déséquilibres certains. La prise en soins de ces personnes nécessitera donc une attention particulière qui prenne en considération différents facteurs : physiques, neuro-psychologiques, sociaux et environnementaux.

En novembre 2010, une étude médico-économique a été conduite au sein du CHCB. Celle-ci a permis d'évaluer quels étaient les profils des personnes âgées hospitalisées et d'estimer « un potentiel d'hospitalisation » pour le court séjour gériatrique, axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière. Cette dynamique s'inscrit dans le projet d'extension de la capacité des lits de court séjour gériatrique, sur le site de St Léon.

L'étude révèle qu'en 2009, 27% des adultes hospitalisés en MCO sont des personnes âgées de plus de 75 ans et représentent 28,4% des hospitalisations. Si l'on étudie plus attentivement les causes de l'hospitalisation, on note qu'un patient de 75 ans et plus présente, en plus du motif d'hospitalisation, trois autres affections ou pathologies. Cette

---

<sup>14</sup> Annexe 2 de la circulaire du 28 mars 2007

<sup>15</sup> WINOGRAD C.H. et al., 1991, « Screening for frailty: Criteria and predictors of outcomes », *Journal of the American Geriatrics Society*, n°39

tendance reflète une des caractéristiques du patient gériatrique, la conjonction de plusieurs facteurs de fragilité.

Parmi ces personnes, 50,8% peuvent être considérés comme des patients gériatriques, soit la moitié, ce qui représente 46% des hospitalisations des personnes de plus de 75 ans. 64% des hospitalisations gériatriques passent par les urgences, soit près des deux tiers, suite à la dégradation soudaine de l'état de santé causée par une chute à domicile ou bien un AVC.

En ce qui concerne le lieu de l'hospitalisation, il faut distinguer les hospitalisations « mono-service » (71% des patients gériatriques) et les hospitalisations « multi-services ». Pour les premiers, 42% des hospitalisations se déroulent en court séjour gériatrique et près de 15% en médecine interne par exemple. A l'inverse, pour les seconds, 71% des patients ne sont jamais passés dans un service de court séjour gériatrique du CHCB. Ceux-ci sont passés en moyenne par 2,7 services différents. Cette tendance montre l'impact positif du passage par le court séjour gériatrique qui permet de repérer plus facilement ledit patient et ses pathologies, de cibler les facteurs sur lesquels il est nécessaire d'agir et éviter ainsi un trop grand nombre d'hospitalisations. Or on observe que les patients gériatriques n'effectuent pas toujours de séjour en court séjour gériatrique et entrent majoritairement à l'hôpital par les urgences.

Ce parcours chaotique du patient gériatrique rappelle donc l'importance de la première phase de l'hospitalisation : l'évaluation gériatrique, qui prend en compte tous les aspects de la vie de la personne âgée. J'ai pour ma part assisté à un entretien d'évaluation gériatrique d'un patient, admis en service de médecine interne et dont la situation a été signalée par le service à l'EMOG. Il avait toutes les caractéristiques du patient gériatrique et sa situation a été analysée par un médecin gériatre et une IDE de l'EMOG à l'aide d'un questionnaire : difficultés à se déplacer, troubles de la mémoire, isolement social,...

Cette évaluation est bien souvent effectuée dès l'arrivée de la personne âgée aux urgences, afin de déterminer son orientation vers un service d'hospitalisation. L'identification de ce patient fragile est effectuée à l'aide d'une grille afin d'évaluer la situation du patient avant la crise<sup>16</sup>. Mais la demande qui provient du service des urgences n'est pas toujours claire et parfois, ce service considère l'EMOG comme un assistant social. Or considérer l'évaluation comme gériatrique ne signifie pas laisser de côté l'aspect médical, plus technique, que certaines spécialités médicales ne veulent pas attribuer aux médecins gériatres.

---

<sup>16</sup> Voir annexe n°3

Une fois la personne orientée vers le service ou la structure qui paraît être une réponse à ses besoins, l'intervention de l'EMOG fait l'objet d'un suivi, si le patient, la famille ou le médecin traitant le demandent, le but étant de prévenir toute crise future éventuelle par l'échange d'informations entre les différents acteurs de la prise en soins et l'accompagnement de la personne âgée.

Cette évaluation<sup>17</sup> constitue donc le point de départ de toute filière gériatrique : en amont de l'hospitalisation, pour repérer clairement le patient gériatrique mais aussi en aval, pour déterminer l'institution qui doit le prendre en charge.

### **2.1.2 La constitution progressive d'un unique pôle qui rassemble les activités de la filière**

Le pôle filière gériatrique, par l'offre de soins qu'il propose, a pour but de permettre à chaque patient de pouvoir accéder à une prise en soins globale, conformément à la circulaire du 28 mars 2007. Celle-ci insiste sur la continuité de la prise en charge des personnes âgées et sur l'adéquation de l'offre de soins par rapport aux réalités du territoire : c'est le cœur de l'action d'un DESSMS au sein de son établissement et plus encore lorsqu'il exerce au sein d'un centre hospitalier de référence, disposant d'une filière gériatrique.

Le pôle filière gériatrique du CHCB conclut en 2011 la phase de contractualisation avec le directeur de l'établissement. Bien qu'il existait déjà, avec un directeur référent, un chef et un cadre de pôle bien déterminés, il était nécessaire d'officialiser son existence, au même titre que les autres pôles d'activité clinique et médico-techniques du CHCB.

Il dispose aujourd'hui d'un court séjour de 37 lits (bientôt 42), d'une structure de soins de suite gériatrique (labellisée comme telle en 2010, de 38 lits), d'unités de soins de longue durée (150 lits sur deux sites), d'une Equipe mobile de gériatrie et de consultations gériatriques, conformément à la circulaire du 28 mars 2007. Une consultation mémoire récemment constituée complète le dispositif (cf. 2.2.2.).

La particularité de ce pôle est l'intégration, depuis 2009, des cinq structures d'EHPAD dans le pôle, alors qu'elles en étaient exclues jusque là, et dont la circulaire ne préconise pas l'intégration dans la filière de soins. Les membres de l'encadrement du pôle disposent ainsi d'une vision globale de la filière hospitalière, ce qui est un avantage.

---

<sup>17</sup> Annexe n°4

Sans entrer dans le détail de la description des différents services et structures, trois aspects principaux caractérisent la prise en soins et l'accompagnement des patients/résidents au sein du pôle :

- Elles ont un rôle d'orientation et de prévention : on retrouve cette double mission dès la prise en charge du patient par la structure. L'évaluation gérontologique est l'exemple-type de ce double rôle comme nous l'avons évoqué précédemment. L'objectif d'orientation adéquate lie les décisions administratives et médicales, au sein d'équipes pluridisciplinaires. La prévention tend à considérer parfois l'aspect social plutôt que la dimension médicale ou curative. Ainsi le service de soins de suite cherche à prévenir toute perte d'autonomie à domicile et élabore des projets d'éducation thérapeutique des patients.
- Elles entretiennent des liens avec l'environnement extra-hospitalier : ces relations sont nécessaires pour assurer la continuité du parcours de soins de la personne âgée et pour instaurer des liens sur le territoire. On retrouve en particulier le rôle déterminant du médecin traitant en amont (prescription de la consultation, appel à l'EMOG,...) et en aval (compte-rendu diffusé par le gériatre, suivi des recommandations,...). Il est évident qu'au sein de l'EHPAD ou des USLD les liens avec les familles sont déterminants, de même qu'avec le médecin traitant et les professionnels libéraux qui interviennent quotidiennement.
- Elle prépare à la sortie du patient par la rédaction des recommandations ou du projet thérapeutique personnalisé en SSR par exemple. L'objectif est de permettre un accompagnement médico-social de qualité et de réduire le risque de ré-hospitalisation. Le retour à domicile est privilégié et un substitut au domicile est proposé, en accord avec le patient et/ou sa famille et/ou son représentant légal en cas de perte d'autonomie mesurée par la grille AGGIR.

La pluridisciplinarité est une des spécificités de la gériatrie, elle repose sur une approche transversale des problématiques et de toute prise en soins de patient. L'évaluation gérontologique en est un exemple. Chez une personne âgée fragile, les soins infirmiers sont tout aussi essentiels que les soins médicaux et le traitement chez une personne âgée fragile : l'incontinence, la désorientation, l'isolement social,... intéressent tout autant le médecin gériatre, que l'IDE ou l'assistante sociale ; de même en SSR, la double mission de soins de base et réadaptation pour une réinsertion sociale implique des professionnels de compétences diverses (IDE, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes,...)

Ces personnels ont des compétences complémentaires et ils sont prêts à envisager la décompensation des patients lors de l'entrée en institution ou bien à la prévenir lorsque l'évaluation se fait à domicile. De même, la pluridisciplinarité permet d'organiser de façon

globale la sortie du patient de l'institution ou son avenir dans l'institution (substitut du domicile) : les aspects non médicaux de la vie de la personne âgée à son domicile, avant l'hospitalisation, et ses capacités d'adaptation sont analysés afin d'élaborer le projet personnalisé (en EHPAD ou USLD) ou le projet thérapeutique (en SSR). Les pratiques professionnelles différentes se croisent pour construire un projet adapté et optimal, dans la mesure des possibilités de l'institution.

Ainsi, adossées au centre hospitalier pivot de la filière, les trois grandes catégories de besoins que la filière doit prendre en charge selon la circulaire sont assurées : hospitalisation non programmables (activité de l'EMOG aux urgences et court séjour gériatrique), hospitalisations programmables (court séjour, SSR, USLD), et bilans (consultations gériatriques). L'objectif est d'arriver certes à ce que prescrit la circulaire, d'arriver à une complétude de ce que peut offrir un établissement de référence au bassin de population, le but étant de répondre aux besoins de la population en terme d'offre de soins.

Mais le contexte de restrictions budgétaires ne permet pas d'atteindre les objectifs souhaités. Il en est de même pour le suivi du Plan Alzheimer : les financements ne permettront pas d'être aussi ambitieux que ne l'est ce plan national (cf. UHR en Pyrénées-Atlantiques).

Les limites peuvent également venir de l'établissement lui-même. La circulaire précise qu'une structure d'hôpital de jour adossée aux consultations gériatriques doit être une des composantes de la filière. Bien que sa création est prévue dans les orientations stratégiques du pôle filière gériatrique, sa mise en place sera difficile du fait des différentes questions qui se posent quant à son implantation, aux médecins qui le coordonneront et aux liens avec les hôpitaux de jour des autres spécialités.

Les obstacles à la mise en place de cette filière, qui fonctionne déjà et qui existe en tant que tel, sont donc nombreux. Ils entravent l'optimalité de la réponse du CHCB aux besoins de la population, et par là, la fluidité du parcours de soins de la personne âgée.

### **2.1.3 Les obstacles structurels et conjoncturels à un parcours fluide**

Le pôle est récent dans sa constitution et malgré une volonté institutionnelle d'harmonisation, son fonctionnement reste entravé par des obstacles structurels (inhérents à la filière gériatrique) et conjoncturels (en lien avec la situation actuelle du pôle).

## A) Les contraintes structurelles

### a) *La stigmatisation de la discipline gériatrique*

Cette problématique est souvent abordée par les médecins gériatres comme par les soignants, ainsi que dans la littérature spécialisée<sup>1819</sup>. Deux entretiens avec des médecins<sup>20</sup> m'ont également permis de mesurer la difficile reconnaissance de la gériatrie, par les autres services et spécialités médicales notamment.

Elle est souvent reconnue comme une spécialité par défaut, qui recueillerait les patients dont les autres services ne voudraient pas, soit du fait de leur âge (proche de la fin de vie et dont l'affection ne peut être soignée) ou du fait de la complexité de sa situation (présence de plusieurs pathologies ou problématiques d'ordre social ou familial). Ainsi, une personne âgée atteinte d'un accident vasculaire cérébral (AVC) récupérable est orientée vers un établissement de soins de suite de neuro-rééducation, même en dehors du CHCB. En revanche, la même personne qui souffre d'un AVC non récupérable est prise en charge par les services de court séjour gériatrique ou SSR gériatrique.

Certains gériatres dénoncent certains de leurs pairs qui considèrent « *la gériatrie comme la poubelle de l'hôpital, au motif de l'âge* »<sup>21</sup>. Les mots sont forts, ils s'insurgent contre la vision « *dépotoir* »<sup>22</sup> de la gériatrie : les spécialités médicales se réserveraient les patients pour lesquels une intervention et des soins qui requièrent une technicité particulière, avec une chance de guérison.

Or, la gériatrie est aussi une spécialité et la dimension technique n'est pas absente, par exemple lorsqu'il s'agit d'évaluer les capacités cognitives de la personne ou bien lors des examens réalisés en consultation gériatrique. La technicité n'implique pas ici une guérison au sens strict du terme, mais un certain rééquilibrage des capacités de la personne âgée.

Les personnels soignants présents aux états généraux de la gériatrie<sup>23</sup> ont eux-mêmes évoqué la mauvaise image de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées : « *soigner le vieux* »<sup>24</sup> n'est pas toujours valorisant pour des personnels plus enclins à effectuer des tâches techniques que des toilettes quotidiennes.

---

<sup>18</sup> WINOGRAD C.H. et al., 1988, « Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation », *Journal of the American Geriatrics Society*, n°36

<sup>19</sup> Rapport n°2005-53 présenté par le Dr Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et Jean-Paul BASTIANELLI, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, IGAS, mai 2005

<sup>20</sup> Entretien des 4 (équipe EMOG du CHCB) et 27 mai 2011 (chef du pôle filière gériatrique)

<sup>21</sup> Entretien des 4 (équipe EMOG du CHCB) et 27 mai 2011 (chef du pôle filière gériatrique)

<sup>22</sup> *ibid.*

<sup>23</sup> Etats généraux de la gériatrie : cycle de réunions pluridisciplinaires, organisé suite au mouvement de grève de février 2011

<sup>24</sup> *ibid.*

Le rapport IGAS sur les EMOG<sup>25</sup> résume cette vision dépréciative de la gériatrie, en parlant d'EMOG « travailleur social » et l'EMOG « urgentiste » : elle aurait un rôle de désengorgement des services pour les patients ayant des difficultés sociales et serait appelée pour tout problème qui pèse sur le personnel des urgences.

Enfin, la constitution de filières gériatriques a un effet pervers : l'exclusion des patients âgés vers cette spécialité, et uniquement vers elle. La gériatrie, au travers de la filière, serait trop spécialisée et on aurait tendance à oublier que la personne âgée peut être prise en charge par d'autres services. L'emploi du terme de filière est à ce titre évocateur : la prise en soins de la personne âgée est-elle cloisonnée dans ces réseaux ? Le patient gériatrique, une fois entré dans cette filière, est-il condamné à y rester ?

Le dilemme reste alors entier : comment organiser au sein d'un établissement la prise en soins de la personne âgée ? Il semble que la filière soit la façon la plus optimale d'assurer ces prestations, eu égard aux risques que créerait l'éparpillement des services pour assurer un parcours continu. Le rôle du directeur est de faire des choix et de prendre des décisions ; celle-ci paraît être la plus efficiente.

*b) Les contraintes financières :*

Le court séjour gériatrique est une activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), financée au travers de la tarification à l'activité (T2A). L'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD), désormais budget principal du CHCB, est construit à partir des recettes prévues pour l'exercice N +1. Ces recettes dépendent de l'activité et non plus de la dotation globale annuelle versée par l'assurance maladie. Ainsi, plus l'activité est élevée, plus les recettes seront également élevées. Et cette activité est conditionnée par les durées moyennes de séjour (DMS) qui doivent être les plus courtes possibles pour assurer un turn-over au niveau des lits de MCO.

Or la DMS des patients admis en court séjour gériatrique est élevée. En 2010<sup>26</sup>, la DMS est de 10,95 jours et elle augmente par rapport à 2009 où elle était de 9,72. A titre de comparaison, la DMS 2010 en médecine interne est de 2,48 jours et de 2,97 en neurologie-cardiologie.

La contrainte de la T2A impose donc normalement que la DMS soit courte. Mais la prise en soins de la personne âgée fragile ne peut se satisfaire de cette contrainte financière pour deux raisons :

---

<sup>25</sup> Rapport n°2005-53 présenté par le Dr Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et Jean-Paul BASTIANELLI, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, IGAS, mai 2005

<sup>26</sup> Rapport d'activité 2010 du Centre Hospitalier de la Côte Basque

- le court séjour gériatrique doit assurer le bien-être de la personne âgée : la prise en charge doit être globale, l'évaluation peut prendre du temps du fait de l'intervention de différents acteurs ;
- des raisons sociales peuvent empêcher la sortie rapide du patient du service, notamment si aucun lit d'aval n'est disponible pour elle, qu'elle ne dispose pas de ressources financières suffisantes ou encore du fait d'un environnement familial ou social dégradé qui nécessiterait l'intervention du service social.

Les autres structures de la filière sont financées différemment, sans unicité budgétaire. Ainsi, le SSR est encore financé par un système de dotation (T2A à partir de 2013), l'EMOG reçoit ses crédits d'un financement MIG et l'EHPAD d'une part et les USLD d'autre part sont financés par deux budgets annexes différents, à financement tripartite (résident, Conseil Général, ARS).

Le parcours d'une personne âgée se voit donc tronqué par des passages d'un système de financement à un autre. Il est parfois difficile pour le directeur d'expliquer au patient/résident ou à sa famille les raisons pour lesquelles le tarif d'une chambre en USLD est plus élevé qu'une chambre en EHPAD.

Son rôle est d'instaurer du liant dans le passage de la personne âgée d'une structure à une autre et il se doit d'être vigilant quant à la compréhension des mécanismes de financement, qui ont des implications sur la vie quotidienne du patient/résident : l'incompréhension peut en effet être source de désorientation pour la personne âgée.

## **B) Les contraintes conjoncturelles : la difficile unicité du pôle filière gériatrique**

Ces difficultés conjoncturelles sont dues essentiellement aux changements qui affectent l'organisation de la prise en soins et de l'accompagnement de la personne âgée au sein du CHCB. Le directeur se doit de conduire ce changement, en conciliant l'histoire de l'établissement et les projets nécessaires pour répondre aux attentes du public accueilli, tout en faisant preuve de pédagogie auprès des équipes. Les concertations peuvent être fructueuses, comme le sont les réunions de service ou les états généraux de la gériatrie.

La notion de pôle unique n'est pourtant pas encore intégrée par l'ensemble des membres du personnel. Un effort est tout de même fait sur l'harmonisation des outils sur l'ensemble de la filière et une cellule qualité a été nouvellement créée afin de discuter de ces outils et de les évaluer. Mais les services et les unités communiquent peu entre eux. En témoigne le manque de continuité des courriers médicaux entre médecins des différentes unités que déplore parfois le chef de pôle, coresponsable du fonctionnement fluide du pôle et de

la communication entre les structures. En témoignent également les ressentiments qui peuvent être exprimés entre une structure d'EHPAD et une structure d'USLD au sujet du remplacement de l'absentéisme : le personnel d'une des deux structures déplore que ce remplacement ne se fasse que dans un sens, alors que, selon lui, il ne bénéficie pas en retour de ce mécanisme quand il en aurait besoin.

Le rôle de la direction est alors d'objectiver les différents moyens qu'elle met en place pour favoriser l'harmonisation entre les structures du pôle et de corriger les éventuelles imperfections de l'organisation.

L'unicité du pôle est également rendue difficile par l'éclatement des structures du pôle en plusieurs sites : St Léon, Cam de Prats, Trikali, site de l'Hôpital de St Jean de Luz, et bientôt le terrain du Prissé pour la nouvelle structure d'EHPAD de « Bichta Eder ». D'une part, l'éclatement des sites rend difficile l'activité du chef de pôle, des cadres de pôle et coordonnateur, et du directeur en charge de la filière gériatrique. Les déplacements engendrent de la perte de temps. D'autre part, l'historique de Saint-Jean-de-Luz, où l'on a décidé de cantonner la gériatrie lors du rattachement du site au Centre Hospitalier de la Côte Basque, pèse sur certains membres du personnel qui ne travaillent pas toujours de façon harmonieuse avec leurs collègues des sites bayonnais. Le site luzien est en quelque sorte mono-spécialisé (à l'exception de lits de neuro-rééducation) et la volonté d'indépendance est accrue. Mais cette mono-activité fait aussi s'interroger sur la politique sanitaire menée par les autorités de tarification et de contrôle : dès qu'un hôpital local est en souffrance ou menace de fermer, les lits sont convertis en lits de gériatrie. Loin de déplorer cette situation, qui est sûrement due aux besoins du bassin local de population, ce changement d'orientation d'activité et cette spécialisation peuvent être perçus comme une difficulté.

Par ailleurs, il est difficile de se détacher des habitudes prises dans les tâches quotidiennes : la routine s'installe et chaque décision est prise sans réflexion sur sa pertinence pour l'usager. La difficulté principale réside dans la capacité à situer la personne âgée dans son parcours de soins et de vie. Ainsi, la pratique instaurée en EHPAD consistait à orienter le résident en fin de vie vers le court séjour gériatrique : autrement dit, aucun résident ne décédait au sein de la structure d'EHPAD, domicile du résident, par crainte d'affronter la fin de vie. Les réponses apportées à l'enquête à destination des établissements pour personnes âgées du Territoire en témoignent. Le rôle du directeur est alors de faire preuve encore une fois de pédagogie pour expliquer précisément quelles sont les missions de chaque structure de la filière gériatrique.

Enfin, l'intégration des EHPAD dans le pôle induit un effet pervers : il est difficile pour le secteur médico-social d'exister au sein du pôle filière gériatrique. Le personnel de l'EHPAD est le même que celui de l'ensemble du CHCB et a parfois des difficultés à considérer l'EHPAD comme un lieu de vie qui intègre les soins dans l'accompagnement, décliné dans le projet personnalisé. Le directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux trouve ici toute sa légitimité. Il est le garant de cet accompagnement médico-social vis-à-vis des résidents, au sein du substitut de domicile qu'est l'EHPAD.

Ainsi, toutes les contraintes ou difficultés évoquées concernent certes l'organisation et le fonctionnement des structures et unités du pôle filière gériatrique, mais par leur implication, elles induisent des ruptures dans le parcours de la personne âgée. Un parcours de soins et d'accompagnement optimal ne peut donc se limiter au pôle du CHCB. Autrement dit, la filière gériatrique n'est pas uniquement le pôle : les acteurs de la filière sont dispersés sur le territoire et revêtent des personnalités juridiques et des rôles différents. Le CHCB doit donc s'ouvrir en direction de ces acteurs : la filière gériatrique doit nécessairement passer de la logique de pôle à la logique de territoire, ce qui exige parfois un changement de culture. Cette exigence est parfois induite par l'embolie des lits de court séjour ou de SSR du CHCB qui ne peuvent pas contenir tous les besoins en soins des personnes âgées fragiles. Or la mission principale d'une filière est bien d'assurer un parcours de soins fluide et de qualité.

Alors, il est nécessaire de se demander quel rôle peut jouer la filière gériatrique du CHCB sur son territoire de référence, comment elle peut répondre aux besoins et attentes des acteurs du territoire. Seule une ouverture du centre hospitalier vers le Territoire de santé Navarre-Côte Basque pourra permettre d'envisager cette problématique.

## **2.2 L'ouverture progressive du CHCB vers son territoire de référence**

Le CHCB, à travers sa filière gériatrique, a été partie prenante de l'élaboration du volet « Personnes Agées » du Projet Médical de Territoire (PMT), construit à partir de 2006, dans le cadre de la 3<sup>ème</sup> génération des SROS. Son objectif est de mettre en œuvre des actions de partenariat, sans demander des moyens supplémentaires. Les réunions ont été tout de même l'occasion pour les différents acteurs de se connaître et de faire remonter les problématiques et les besoins pour l'actualisation du SROSMS et du PRS. Elles ont permis aux acteurs publics et privés de travailler ensemble sur des sujets et des propositions tels que « compléter l'offre sanitaire et médico-sociale pour assurer sa vocation de proximité et améliorer le parcours du patient », « améliorer l'articulation de

l'offre sanitaire et médico-sociale » ou encore « harmoniser les procédures d'admission en EHPAD ». Ce PMT n'a pas de caractère opposable et n'a pas de durée particulière d'application ; sa portée est donc limitée sur le territoire.

Mais au-delà, le CHCB développe déjà ses activités sur le Territoire. Il joue en quelque sorte un rôle de prestataire de service auprès des acteurs sanitaires et médico-sociaux, au travers de la convention que certaines de ces structures ont signé avec lui et par l'activité externe de l'EMOG. Mais ce rôle-là n'est pas suffisant pour structurer l'offre sur le Territoire : plus qu'une filière gériatrique sur le territoire, l'objectif à atteindre est la mise en œuvre d'une filière gériatrique territoriale.

### **2.2.1 L'engagement du CHCB en direction des EHPAD du Territoire**

En tant qu'établissement pivot, le CHCB propose aux EHPAD du Territoire une convention de coopération<sup>27</sup>, conformément au modèle proposé par la circulaire du 28 mars 2007<sup>28</sup>. Il a bien sûr adapté cette convention mais avant la publication de la circulaire, des dispositions avaient déjà été prises dans le sens d'une collaboration avec les établissements hébergeant des personnes âgées.

Suite à la loi du 30 juin 2004<sup>29</sup> adoptée après les événements de l'été 2003, un plan canicule avait été rédigé par le CHCB, pour l'ensemble des services de court, moyen, long séjour et d'hébergement. Dans ce plan, on trouve notamment le « plan bleu », spécifique à la prise en charge en urgence des personnes âgées en cas d'épisode caniculaire et de mesures déclenchées par le préfet de département. Cette convention ne faisait que poser les principes et des dispositions concernant l'EMOG y avaient été ajoutés.

La circulaire du 28 mars 2007 est venue structurer la convention du CHCB, en établissant un modèle-type : objet de la convention (flux de patients, communication des informations, bonnes pratiques, diffusion de la culture gériatrique commune) en précisant l'organisation des consultations et des hospitalisations et de l'intervention de l'EMOG au sein des EHPAD.

Les mesures à mettre en place pendant la pandémie grippale sont venues la compléter par la suite.

Afin de rendre ce texte opérationnel, le CHCB demande à l'EHPAD avec lequel il signe la convention de lui fournir son propre « plan bleu » et les mesures qu'il prend en cas de pandémie grippale, le but étant de coordonner ces actions avec l'organisation du CHCB.

---

<sup>27</sup> Annexe n°5

<sup>28</sup> Annexe 6 de la circulaire du 28 mars 2007

<sup>29</sup> Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Aujourd'hui, il existe une demande de réactualisation de cette convention de la part des EHPAD signataires, mais aussi une volonté pour d'autres établissements de voir le domaine d'application de la convention étendu, comme c'est le cas pour un groupe privé à but lucratif d'établissements de santé de court séjour<sup>30</sup>. Celui-ci a émis la volonté d'intervention de l'EMOG dans ses services. Or les cliniques de ce groupe ne disposent pas de court séjour gériatrique au sein des cliniques de ce groupe, ni de gériatre : le personnel se trouve alors en difficulté lors de prises en charge de la douleur ou de patients polyopathologiques. Aucune culture gériatrique n'existe dans ce groupe et accepter la signature d'une telle convention supposerait, d'une part, une adaptation complète de celle-ci voire la rédaction d'un nouveau texte, et d'autre part qu'une collaboration équitable soit mise en place entre les deux interlocuteurs, ce qui ne semble pas évident dans un contexte de forte concurrence entre secteur public et secteur privé.

Dans le cadre de la convention, l'EMOG est sans doute l'activité extra-hospitalière la plus connue de la filière gériatrique du CHCB. En effet, dans l'enquête, elle est citée en premier parmi les éléments que les établissements interrogés « connaissent de la filière gériatrique du CHCB ».

Les établissements (direction, soignants, médecin coordonnateur) font appel à l'EMOG pour plusieurs raisons : des situations précises pour lesquelles les soignants éprouvent des difficultés de prise en charge comme les troubles du comportement (premier motif d'appel à l'EMOG<sup>31</sup>) ; des difficultés à gérer une situation médicale, environnementale (rapports au sein de la structure, financement du séjour de la personne âgée,...) ou sociale ; des questions liées à la pertinence de l'hospitalisation du résident et ses conséquences ; des interrogations sur la notion de maltraitance et au-delà toute problématique médico-juridique.

Aujourd'hui, l'activité extra-hospitalière de l'EMOG est en augmentation. Selon le rapport d'activité 2010 de l'EMOG, celle-ci correspondait à 649 consultations en 2008, environ 1 018 en 2009 et près de 1 275 en 2010, soit une augmentation de 57% entre 2008 et 2010 et de 25% entre 2009 et 2010. Les évaluations représentent la majorité de l'activité réalisée, suivi de près par l'appui technique aux équipes. 59% des personnes âgées auprès desquelles l'EMOG est intervenue vit à domicile, 39% en EHPAD. Un suivi à un mois de la première évaluation est réalisé pour évaluer les premières recommandations émises dans l'avis.

La principale difficulté de l'activité extra-hospitalière concerne la longueur des délais d'intervention de l'EMOG. En effet, si la prise de rendez-vous est rapide et le secrétariat

---

<sup>30</sup> Entretien avec des représentants de ce groupe réalisé le 5 janvier 2011

<sup>31</sup> Bilan d'activité 2010, Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de la Côte Basque

disponible, la réponse apportée sur le terrain à la demande de l'établissement tarde parfois plusieurs semaines : le mal-être des équipes ne peut que s'accroître si une solution n'est pas apportée à des troubles du comportement. Cela entache quelque peu l'efficacité du travail de l'EMOG voire même sa crédibilité. Le rapport d'activité 2010 souligne la nécessité de l'arrivée d'un ETP de gériatre, prévue par les crédits MIG, « *afin d'assurer la continuité de la réponse aux demandes extra-hospitalières* »<sup>32</sup>. Ce rapport indique également la nécessité d'une réflexion sur la création d'une équipe de psychogériatrie à part entière, afin que l'EMOG ne soit pas uniquement concentrée sur la prise en charge des troubles psychiques et psychiatriques de la personne âgée.

L'exemple de l'EMOG et celui la convention qui lie le CHCB et les EHPAD signataires mettent en exergue le rôle de prestataire de service que remplit le CHCB. Mais l'ouverture vers le Territoire doit également concerner les flux de patients : la collaboration naissante avec la Fondation Luro en est un exemple.

### **2.2.2 Un exemple significatif à construire : le partenariat avec la Fondation Luro d'Ispoure**

Cet établissement cumule des caractéristiques particulières au Territoire de santé Navarre-Côte Basque. C'est un établissement privé à but non lucratif (comme la majorité des établissements), il est situé en milieu rural (à Ispoure, près de Saint-Jean-Pied-de-Port), et se compose d'une structure sanitaire (clinique) et d'un EHPAD, dans un bassin de 12 000 habitants.

Après des difficultés et des contraintes qui se sont accumulées pour cet établissement de milieu rural (contraintes techniques, de sécurité, financières et budgétaires), malgré une activité de chirurgie irrégulière qui l'a contraint à transformer ses 23 lits de chirurgie en hospitalisation complète et l'inexistence d'un service d'urgences (prise en charge des petites urgences et rôle d'orientation vers d'autres structures pour les urgences plus complexes), l'établissement dispose aujourd'hui de 19 lits de SSR, 14 lits de médecine interne, un lit de chirurgie ambulatoire, des plages de consultations spécialisées et 96 lits d'EHPAD.

Les gestionnaires de l'établissement ont souhaité maintenir la polyvalence de ses activités en étant prestataire de services pour l'ensemble de la population du bassin et en assurant un réseau local de services pour les personnes âgées. En effet, les services que propose la Fondation Luro correspondent aux besoins des personnes âgées au travers de la médecine interne ou de la chirurgie ambulatoire. L'établissement mise donc sur la

---

<sup>32</sup> Bilan d'activité 2010, Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de la Côte Basque

qualité et la pluridisciplinarité de ses activités, en tant que structure privée à but non lucratif.

L'avenir incertain et la fragilité de la structure en milieu rural l'ont amené à se tourner vers le CHCB, afin d'une part de stabiliser la polyvalence de ses activités et d'autre part d'avoir une activité suffisante pour maintenir ces activités.

#### **A) Les différents projets de territoire qui peuvent être menés en partenariat**

Dès 2002, une discussion a été engagée avec le directeur du CHCB afin de mettre en place des projets de partenariat la collaboration avec la clinique Sokorri n'ayant pas été possible. Les discussions ont rapidement été orientées vers l'activité gériatrique. Depuis 2003-2004, l'actuel chef du pôle filière gériatrique du CHCB intervient à la Fondation Luro, au travers de la coordination du réseau LEGO 7, réseau des EHPAD de l'ex-territoire de santé de Bayonne. Sa venue tous les 15 jours puis tous les mois a anticipé la création de la fonction de médecin coordonnateur, par la discussion avec les médecins généralistes et l'apport de connaissances en gériatrie. Il y intervient désormais au titre de l'EMOG.

Aujourd'hui, il s'agit de renforcer et diversifier cette collaboration. Plusieurs projets et idées sont évoqués dans cette première phase de réflexion comme par exemple, mettre en place des consultations spécialisées de PH (neurochirurgie, gynécologie,...) : l'intérêt de cette démarche serait, pour les médecins du CHCB, de capter les patients directement à la source, et pour la Fondation Luro d'être un établissement de santé de proximité reconnu. Ces projets seraient pour la Fondation Luro l'occasion d'entrer dans une filière de soins, celle du CHCB. Pour celui-ci, c'est une coopération non contrainte avec un investissement moindre.

Un projet retient particulièrement l'attention du directeur de la Fondation Luro<sup>33</sup>, celui de la réorganisation du circuit des urgences. La Fondation ne reçoit plus d'urgences, les patients sont orientés par le 15 vers la clinique Sokorri à Saint-Palais ou vers le CHCB à Bayonne. Or les urgences, notamment à Bayonne, se trouvent vite embolisés et les patients gériatriques parfois mal orientés. En particulier, le court séjour gériatrique ne peut plus accueillir de patients lors d'hospitalisations en urgence à certains moments. L'objectif serait donc d'orienter les patients gériatriques du Pays basque intérieur vers la Fondation Luro, ce qui demande une régulation fine.

L'avantage est qu'il existe à la Fondation Luro un bloc opératoire, utilisé aujourd'hui pour la chirurgie ambulatoire. Si le projet aboutit, les discussions entre le service d'urgences du CHCB et la Fondation Luro devront se dérouler au cas par cas, selon le degré d'urgence

---

<sup>33</sup> Entretien avec le directeur de la Fondation Luro réalisé le 30 mai 2011

et la provenance géographique des patients. L'ARS devra évidemment donner son accord, comme elle a autorisé le fonctionnement de la consultation mémoire.

### **B) Un projet réalisé : la consultation mémoire**

Le SROS III, pour la période 2007-2012, a prévu une consultation mémoire sur le Territoire et plus précisément à Ispoure et à Saint-Jean-de-Luz. Cette orientation va dans le sens d'un maillage du territoire et vient renforcer et diversifier l'offre de soins en direction des personnes âgées. Un dossier commun CHCB-Fondation Luro avait été déposé en 2008 auprès de l'ARH et approuvé fin 2010 par l'ARS Aquitaine.

Le projet prévoit la création de 0,5 ETP de praticien hospitalier, d'1 ETP de neuropsychologue et de 0,5 ETP de secrétaire médical. Dans ce projet, la Fondation Luro n'apporte pas de financement. C'est la dotation MIG, versée au CHCB, qui financera cette consultation.

Cette consultation va se dérouler en trois étapes, marquées par un suivi pluridisciplinaire :

- trois entretiens, entre le médecin gériatre et le patient, entre le médecin et la famille, et enfin les deux réunis. Ils auront pour but de préciser le motif de la demande et de vérifier l'impact physique, psychique et relationnel des troubles. Des examens complémentaires seront proposés : consultations en imagerie, en orthophonie, bilan biologique ;
- une évaluation neuropsychologique, entre le neuropsychologue et le patient, afin de mieux cerner les troubles cognitifs et leurs conséquences dans la vie quotidienne ;
- une consultation de synthèse avec le médecin gériatre et l'annonce du diagnostic au patient et à sa famille. Un traitement sera prescrit et un projet de soins personnalisé sera proposé, en collaboration avec les professionnels de terrain. Une consultation d'aide aux aidants sera proposée si nécessaire. Un courrier sera adressé au médecin traitant.

La première et la deuxième étape seront réalisées dans la même journée pour une meilleure articulation.

Afin de ne pas engorger la consultation mémoire, une consultation préalable sera réalisée pour les patients consultés à Bayonne par un médecin gériatre du pôle, afin d'orienter vers la consultation mémoire les patients qui en relèvent effectivement.

Les actions que nous venons de décrire témoignent d'une véritable volonté de partenariat voire de collaboration sur le Territoire de la part du CHCB et de ses interlocuteurs. Mais ces actions sont ponctuelles, bilatérales et orientées dans une direction : de l'hôpital vers

l'extérieur. Il s'agit maintenant de constituer une filière territoriale, concept particulier, qui introduit un esprit de coopération entre ses membres.

### **2.2.3 La filière territoriale : un modèle théorique de parcours de soins fluide et sans rupture**

Le CHCB nous l'avons vu s'ouvre progressivement vers le Territoire de santé Navarre-Côte Basque duquel il est établissement de référence, et en particulier au niveau de sa filière gériatrique.

Cette ouverture, telle que nous l'avons présentée, témoigne d'un changement de culture, au vu des différentes contraintes et difficultés évoquées pour le pôle. Elle témoigne aussi d'une certaine obligation pour l'unique hôpital public du Territoire d'être prestataire de services pour les acteurs sanitaires et médico-sociaux du Territoire et en particulier les établissements pour personnes âgées.

Mais l'offre de services ne suffit pas. Le partenariat doit se faire en interaction et de façon multilatérale. Chaque acteur apporte à l'autre des compétences, des savoir-faire mais s'inscrit aussi dans un échange de flux de patients.

Cela implique que l'ensemble des établissements et professionnels soit au service de l'ensemble des patients sur le même territoire. Le CHCB, seul établissement public de santé du Territoire, aura donc nécessairement besoin d'interagir avec des établissements privés de court séjour ou de SSR.

La prise en charge globale de la personne doit donc s'effectuer par le travail de coopération entre acteurs, dans une relation réciproque qui ne se limite pas à une relation univoque de prestataire de service. La trajectoire de soins des personnes âgées doit pouvoir s'inscrire dans le cadre d'un travail de réseau, par le partenariat entre acteurs sur le territoire et qui assurerait l'accès, la continuité la coordination et l'interdisciplinarité dans les soins<sup>34</sup>.

La coopération entre les acteurs est donc nécessaire, au-delà du partenariat, la coopération étant plus exigeante que le partenariat. Elle appelle une formalisation, contrairement au partenariat qui est plus informel. Elle va également au-delà de la coordination, dont la seule exigence est la présence d'un coordonnateur ou coordinateur, liant le système des différents acteurs, dans le but « *d'agencer les parties d'un tout selon un plan logique, pour une fin déterminée* ». <sup>35</sup>

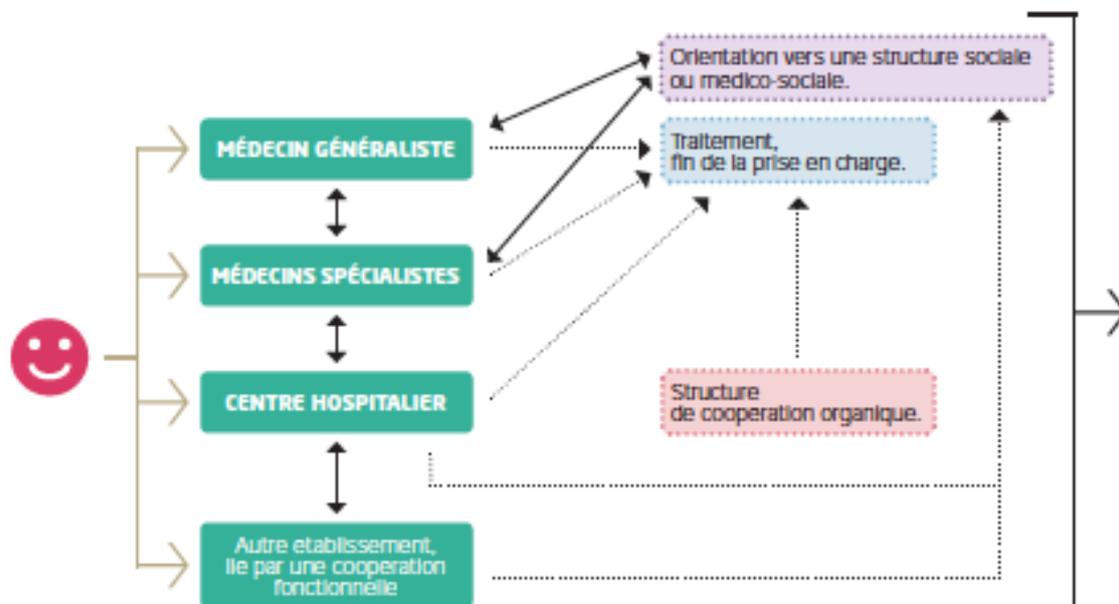
---

<sup>34</sup> Maisonneuve C., 2002, « Un programme pour favoriser la prise en charge des personnes âgées fragiles », *Soins gérontologiques*, n°36, pp. 5-6

<sup>35</sup> *Le nouveau Petit Robert de la langue française*, édition 2010

La prise en soins et l'accompagnement de la personne âgée est donc exigeante et implique tous les acteurs : médecins libéraux, aide à domicile, établissements de santé, établissements médico-sociaux. Ce n'est plus la filière gériatrique qui est concernée mais bien une filière territoriale.

Cette notion de filière territoriale est explicitée par l'ANAP<sup>36</sup>. Dans ce modèle, il n'incombe plus au patient d'organiser lui-même la succession des intervenants médicaux et paramédicaux dont il a besoin. Autrement dit, une fois la personne entrée dans la filière territoriale, celle-ci s'adapte pour apporter à la personne âgée la réponse la proche de ses besoins. Le modèle théorique, illustré par ce schéma, permet ainsi au patient de ne pas sortir du système et de lui proposer un « *parcours sans perte de chance* »<sup>37</sup>.



Ce modèle théorique appelle les remarques suivantes :

- Le patient n'entre qu'une fois dans la filière, quel que soit l'acteur mobilisé au début du parcours. Celui-là n'est pas forcément le médecin généraliste, la personne âgée ayant le libre choix du praticien ou de l'établissement de santé ou médico-social<sup>38</sup>.
- Le médecin généraliste, les spécialistes, le centre hospitalier et tout autre établissement lié par une coopération fonctionnelle sont en interaction les uns avec les autres. Ainsi le patient n'a pas besoin de solliciter les acteurs à chaque transition dans le parcours. Ces acteurs trouvent les moyens et les supports pour communiquer entre eux.
- Ces interactions entre acteurs se retrouvent également lors de l'orientation de la personne âgée vers une structure d'aval. Le médecin généraliste et les médecins

<sup>36</sup> ANAP, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*

<sup>37</sup> Préambule de la circulaire du 28 mars 2007

<sup>38</sup> CE, 18 février 1998, *Section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins*

gériatres communiquent et collaborent avec les EHPAD, lors des consultations ou lors des interventions de l'EMOG.

- Le modèle de filière territoriale ne fait pas de différenciation entre secteur public et secteur privé. Les différences de statut juridique ne doivent pas porter atteinte à l'efficacité de la filière territoriale.

L'efficacité de la filière territoriale est donc conditionnée par la communication et la collaboration entre les professionnels et les établissements dans un cadre plus large de coopération, avec pour but d'assurer ainsi une prise en soins et un accompagnement sans ruptures.

Le CHCB a donc un rôle déterminant à jouer sur le Territoire Navarre-Côte Basque, au travers de sa filière gériatrique. Mais ce n'est plus d'une filière gériatrique sur le territoire dont il s'agit, mais bien véritablement d'une filière territoriale gériatrique où prise en soins et accompagnement des personnes âgées et territoire sont liés. La coopération est donc une réponse pour la constitution de cette filière territoriale. Tous les acteurs doivent d'une part pouvoir y trouver leur intérêt, au sein de relations gagnant-gagnant, au service de la personne âgée fragile. Un équilibre doit s'instaurer, entre structuration de la filière territoriale par l'établissement de référence et engagement équitable de tous les acteurs.

Il s'agit maintenant de déterminer quels sont les objectifs cibles de la structuration de cette filière territoriale, au travers de la coopération entre acteurs sanitaires et médico-sociaux.

### **2.3 La définition d'objectifs cibles pour la structuration d'une filière gériatrique territoriale pertinente**

Les objectifs qui seront définis seront la base des projets de coopération qui pourront être proposés et mis en œuvre. Ils tendent vers une seule et même finalité : améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité l'accompagnement et de la prise en soins des personnes âgées sur le territoire.

### **2.3.1 La finalité des projets de coopération : améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité de l'accompagnement et la prise en soins des personnes âgées sur le territoire**

Les trois critères d'accessibilité, de continuité et de qualité évoquent à la fois des contraintes issues de l'environnement sanitaire et médico-social, et des exigences législatives et réglementaires. Tout projet sera donc soumis à ces critères qui rappellent trois dimensions essentielles du métier de directeur et, au-delà, de *manager*.

#### **A) La dimension économique et financière : l'accessibilité**

Cet aspect peut être envisagé à deux niveaux : celui de la personne âgée qui cherche à satisfaire ses besoins et celui des autorités de financement et de contrôle dont le rôle est de rendre le financement efficient.

La personne âgée doit facilement accéder aux différents services, professionnels de terrain et établissements, quelle que soit sa situation financière et géographique. La problématique se pose surtout pour les personnes âgées vivant en milieu rural et pour lesquelles l'absence de transport en commun engendre des coûts supplémentaires de déplacement (cf. 1.3.1.).

Les autorités de financement et de contrôle, elles, ont pour mission d'assurer un maillage territorial équitable, en fonction des critères de population et des contraintes géographiques. Les décisions et schémas de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Général assurent la planification de la création et de l'extension de ces services et établissements.

La marge de manœuvre du directeur d'établissement est alors relativement réduite. Dans un contexte de rationalisation budgétaire, la mutualisation des moyens est recherchée et encouragée par les autorités de financement et de contrôle, au travers des regroupements d'activité, des conventions de coopérations voire des GCS ou GCSMS. Ces modes de collaboration sont un gage de financement pérenne de l'activité.

Mais la nouvelle procédure d'appels à projets limite les initiatives émanant des gestionnaires des établissements. En effet, le nouveau dispositif inverse le processus d'autorisation : désormais, les projets de création, transformation ou extension s'inscriront en réponse à des appels à projets lancés par les financeurs, sur la base de diagnostics et états des besoins, réalisés au sein de chacun des territoires, sur la base d'un cahier des charges et d'un calendrier défini par les financeurs eux-mêmes.

Autre contrainte : alors que tous les acteurs de terrain doivent interagir, la pénurie de médecins libéraux en milieu rural limite l'accès des personnes âgées à la filière et au parcours sans rupture.

## **B) La dimension organisationnelle : la continuité**

La coopération se matérialise également dans les rapports que peuvent entretenir entre eux les champs sanitaire et médico-social. On parle de dimension organisationnelle car la continuité des soins et de l'accompagnement concerne surtout les organisations, c'est-à-dire les établissements et les différentes conventions ou modes de coopérations déjà engagés entre les institutions. Celles-ci sont désormais regroupées sous une même autorité qui pilote les champs sanitaire et médico-social, l'ARS, créée par la loi HPST qui a accéléré le décloisonnement entre les deux champs

L'appellation *patient-résident* souligne la nécessité de la globalité de la prise en charge de la personne âgée au sein d'un parcours fluide. En témoigne également la mise en place du dossier d'admission unique pour l'ensemble des EHPAD du Territoire Navarre-Côte Basque.

Les ruptures se concrétisent souvent par des goulots d'étranglement : à cause d'un manque de place dans une structure d'aval (ex. passage du court séjour au SSR), les patients sont contraints de rester dans la structure ou bien de trouver une alternative parfois non adaptée à leur état de santé ou encore à cause de difficultés d'ordre social qui empêche le patient de retourner à domicile.

Il existe également des ruptures dans le parcours de la personne âgée qui sont inhérentes au secteur de la gérontologie. Chaque type d'établissement possède son propre type de facturation, selon qu'il est financé par l'Assurance Maladie et/ou par le Conseil Général, ce qui peut être déroutant notamment pour les familles. De même, le passage du domicile à l'établissement peut être pour la personne âgée fragile synonyme de perte de repères et de troubles du comportement.

Mais parler de décloisonnement entre sanitaire et médico-social ne signifie pas que les deux champs se confondent. Le médico-social garde sa singularité : l'EHPAD est un lieu de vie et le projet personnalisé englobe à la fois le projet de soins et le projet de vie sociale. Le directeur doit être vigilant à maintenir cet équilibre, tout en essayant de gommer les ruptures qui peuvent survenir dans les passages d'un établissement à un autre ou d'un service à un autre, notamment par les différentes actions de coopération qui pourront être mises en place.

### **C) La dimension sanitaire et médico-sociale : la qualité**

Le critère de qualité concerne l'aspect sanitaire et humain de la prise en soins et de l'accompagnement de la personne âgée : urgences, soins, hospitalisation, accompagnement social,... Il s'agit d'apporter à ces personnes une réponse au plus près de leurs besoins et qui soit la plus pertinente possible.

La qualité de la prise en soins et de l'accompagnement s'appréhende lors de tout passage du domicile à un établissement (sanitaire ou médico-social) et, au-delà, lors de l'entrée de la personne âgée dans la filière. En effet, la première étape est essentielle : le maximum d'informations doit être recueilli par les professionnels pour répondre au plus près aux besoins. De même, ces professionnels doivent accompagner la personne âgée fragile au sein de la filière. C'est notamment le rôle de l'assistant social qui, en amont et en aval, a pour mission de faire en sorte que le passage du domicile à l'établissement (et inversement) ne perturbe pas la personne âgée et que la perte d'autonomie soit compensée par les différentes prestations possibles.

Elle se mesure aussi par la limitation du nombre et de la durée des hospitalisations, au travers des actions de prévention qui auront pu être mises en œuvre en amont. L'hospitalisation, nous l'avons dit, peut avoir un caractère perturbant pour la personne âgée. D'où la mise en place et le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) : les structures d'EHPAD du CHCB ont recours à cette alternative à l'hospitalisation en institution, pour préserver au maximum les capacités de la personne. Par ailleurs, notamment à cause de la problématique des lits d'aval, l'hospitalisation peut parfois se prolonger alors que les personnes âgées ont leur état stabilisé. Cette baisse de la qualité de la prise en soins s'accroît lorsque la personne âgée relève du court séjour gériatrique et qu'elle est hospitalisée dans un autre service de spécialité.

La diffusion des bonnes pratiques gériatriques joue un rôle dans l'amélioration de la qualité de la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées. L'enquête à destination des établissements mentionnée en 1.3.2. montre que ces actions de formation et d'information sont appréciées et demandées par les acteurs sanitaires et médico-sociaux interrogés. Les équipes mobiles (gériatrique et de soins palliatifs pour le CHCB) sont également révélatrices de la mission d'intérêt général de l'hôpital public, en offrant des prestations pluridisciplinaires, gage de qualité de prise en charge globale de la personne âgée.

#### **2.3.2 Des objectifs précis permettant la construction de projets pertinents**

Les objectifs cibles sont issus de la confrontation de la demande (besoins et difficultés évoquées par les acteurs sanitaires et médico-sociaux) et de l'offre (celle du CHCB), au

sein d'une filière territoriale au sein de laquelle, nous l'avons dit, des actions de coopération pourront être menés. Il ne s'agit donc pas de présenter tous les points évoqués par ces acteurs, mais de reprendre ceux pour lesquels une réponse concrète peut être apportée et auxquels des projets de coopération peuvent répondre. Ils sont présentés sous la forme d'un tableau, en les regroupant par critères.

<b>Critère</b>	<b>Objectifs</b>
<b>Accessibilité</b>	Rendre l'information plus lisible sur la filière gériatrique du CHCB
	Raccourcir le délai d'intervention des équipes d'évaluation gériatrique et des consultations
	Améliorer l'accès au service des urgences lors des sorties pour hospitalisation du domicile ou de l'EHPAD
<b>Continuité</b>	Améliorer le suivi des actions de partenariat par le CHCB
	Améliorer la transmission des informations sur la personne âgée lors des retours dans les établissements suite à hospitalisation
	Instaurer une coordination efficace de la filière
	Mettre en place un partenariat dans le domaine de la psychogériatrie sur le Territoire
<b>Qualité</b>	Améliorer l'orientation des patients âgés fragiles
	Améliorer l'accompagnement des publics posant des difficultés : Alzheimer ou maladies apparentées, troubles du comportement, fin de vie, domicile
	Assurer la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles d'origine psychique et psychiatrique

Ainsi, la filière territoriale est le modèle de travail en coopération des acteurs sanitaires et médico-sociaux. Elle permet de dépasser les contraintes qui pèsent sur la filière gériatrique hospitalière, par des relations multilatérales qui dépassent les actions de partenariat et la fonction de prestataire de service de l'établissement de santé de référence. L'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées est donc l'objectif à atteindre. La filière territoriale, instrument de structuration de l'offre, doit être rendue opérationnelle par des actions de coopération, dans un cadre juridique à déterminer.

### **3 Des projets de coopération dans un véritable réseau comme moyen de structurer la filière gériatrique territoriale**

Cette partie a pour objectif de présenter la mise en place opérationnelle des projets de coopération, au travers de quelques préconisations et de règles de suivi dans le temps. En effet, alors que nous avons jusque là abordé l'aspect théorique de la mise en place d'une filière territoriale, il est nécessaire de définir quelles peuvent être les réponses opérationnelles aux objectifs précédemment cités.

Nous allons envisager dans un premier temps le réseau de santé comme une forme juridique qui associe tous les acteurs du territoire. Puis, des projets de coopération seront présentés, tentant de répondre ainsi à certains objectifs-cibles définis précédemment. Enfin, comme tout projet, un suivi dans le temps et une évaluation des projets devront être organisés afin de mesurer la pertinence de la mise en place de cette filière territoriale.

### **3.1 Le réseau de santé : une forme juridique qui associe tous les acteurs du territoire**

Alors que nous avons envisagé la filière territoriale comme le moyen de mener des projets de coopération, dans le but de structurer l'offre sanitaire et médico-sociale en direction des personnes âgées sur le Territoire, un cadre juridique sera nécessaire pour faire reconnaître cette filière auprès des autorités de financement et de contrôle et ainsi obtenir des crédits pour le financement des projets et son fonctionnement.

#### **3.1.1 L'intégration des acteurs dans un réseau**

Plusieurs formes de coopérations existent mais leur mise en œuvre n'est pas toujours possible du fait de plusieurs facteurs. Citons-en deux, issues de la loi HPST :

- la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) : elle ne peut se construire qu'entre établissements de santé de statut public, les EHPAD ne pouvant qu'y être associés. Or, le CHCB est le seul hôpital public du Territoire et il est donc impossible de mettre en place une CHT.
- Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ou Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) : ils sont dotés de la personnalité morale. Les établissements y prenant part transfèrent intégralement leurs compétences dans le domaine couvert par la coopération. Le groupement peut même obtenir le titre d'établissement de soins et les structures associées en son sein perdent leur personnalité juridique. Or l'établissement d'une filière n'engendre pas la suppression de la personnalité juridique des établissements et structures qui la composent.

Par ailleurs, ces formes de coopération peuvent aussi être constituées comme des groupements de moyens, c'est-à-dire qu'ils sont destinés à gérer des activités de fonctionnement lourd (par exemple, la blanchisserie ou la restauration) ou des activités administratives, ce qui n'est pas adapté au sujet que nous traitons.

Ces formes de coopération étant exclues, nous en retiendrons une, qui semble plus adaptées à la mise en place de la filière territoriale et à la structuration d'une offre de soins pour les personnes âgées, le réseau de santé.

La réflexion sur les réseaux date de la deuxième moitié des années 1990 et, dès 1995, une définition de ces réseaux et de leur fonction était donnée<sup>39</sup> : c'est un « *ensemble organique de plusieurs personnes physiques ou morales, dites acteurs du réseau, dispersées dans une zone territoriale donnée, de compétences différentes et complémentaires, qui agissent pour un objectif commun et selon des normes et des valeurs partagées, sur la base d'une coopération volontaire, pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades* ».

Cette définition n'a pas de valeur juridique mais on y retrouve des éléments propres à la filière territoriale : des personnes morales (établissements) et physiques (médecins généralistes par exemple) que l'on a d'emblée appelées « acteurs », publics et privés ; une zone territoriale bien définie, le Territoire de santé Navarre-Côte Basque ; une pluridisciplinarité affirmée notamment au sein la filière gériatrique du CHCB. Le choix d'une coopération volontaire rappelle la souplesse d'un tel cadre juridique. Une remarque : le terme de communauté de malades n'est pas approprié, nous utiliserons plutôt celui de personnes âgées, en tant que patients et/ou résidents.

La loi du 4 mars 2002<sup>40</sup> intègre le secteur social et médico-social dans le réseau de santé. L'article L.6321-1 du code de la santé publique insiste sur l'objet du réseau de santé, qui reprend les objectifs d'accès aux soins, de coordination, de continuité et d'interdisciplinarité. Il cite également la prévention comme moyen de répondre aux besoins de la population considérée. Bien que l'on parle de réseau de santé, il peut intervenir dans les champs social et médico-social du fait de l'interdisciplinarité et de la continuité que la loi appelle de ses vœux, au service d'une prise en charge globale de la personne.

Le réseau peut être constitué par voie institutionnelle, sous forme de GCS, GIE, GIP ou association, ou par voie conventionnelle, celle que nous retiendrons. Ainsi le réseau ne créera pas un nouvel établissement, et n'aura pour objet que de coordonner les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire. La prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées relève donc des acteurs eux-mêmes.

---

<sup>39</sup> HAMMOU KADDOUR A., novembre 2010, « L'hôpital à l'épreuve de ses territoires », *Gestions hospitalières*, n°500, p. 614

<sup>40</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

La convention constitutive du réseau prendra la forme d'une convention de coopération, définie par les articles L.6134-1 du code de santé publique<sup>41</sup> et L.312-7 du code de l'action sociale et des familles<sup>42</sup>. C'est un moyen souple de constitution du réseau qui permet à des acteurs de coopérer après avoir pris la décision de contractualiser librement. Elle précisera l'objectif du réseau (améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité) ainsi que les principes de la coopération, les moyens mis à disposition des membres et l'organisation du suivi et de l'évaluation des actions. Elle devra être accompagnée d'un règlement intérieur.

Une exigence s'ajoute, celle d'associer les usagers au réseau. Ceux-ci devront être informés de son fonctionnement et des prestations qu'il propose. Ils devront être représentés aux instances qui coordonneront le réseau.

Mais il ne faudra pas être trop ambitieux dans la constitution de ce réseau et avancer par étapes. Des points de vigilance sont en effet à souligner qui conditionnent le fonctionnement efficace du réseau.

### **3.1.2 Les conditions du bon fonctionnement de la filière en réseau**

Le cadre étant posé, le réseau ne peut fonctionner sans d'une part la mobilisation des acteurs qui en sont membres et, d'autre part, l'accompagnement par les autorités de financement et de contrôle.

Cette mobilisation des acteurs peut être dynamisée par le coordonnateur du réseau qui sera choisi et qui pourra permettre le partage de savoirs, de compétences et d'expertise. Grâce à cette coordination, les structures d'accompagnement à domicile pourront accéder plus facilement aux services de l'hôpital public. A l'inverse, les structures sanitaires de la filière territoriale auront la possibilité de trouver des interlocuteurs agissant auprès des usagers à domicile pour mieux envisager la sortie des patients âgés de l'institution. Pour les usagers (personnes âgées et familles), tout comme les soignants, le réseau pourra être une plate-forme sur laquelle ils pourront trouver l'information qu'ils souhaitent en fonction de leurs besoins ; le coordonnateur sera alors l'interlocuteur privilégié pour assurer une réponse à ces demandes (aides techniques, droits des patients âgés, régulation de conflits,...).

Par ailleurs, la volonté d'associer des acteurs aux histoires différentes, de statuts et personnalités juridiques parfois opposées et de présence inégale sur le Territoire est un

---

<sup>41</sup> « Les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopérations (...) avec des personnes de droit public et privé » (art. L.6134-1 du CSP).

<sup>42</sup> « Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et service (...) peuvent conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé (...) » (art. L.312-7 du CASF).

défi pour le réseau. Il faut ajouter à cela la prépondérance du secteur privé sur le Territoire Navarre-Côte Basque, souvent en concurrence avec l'hôpital public pour les services de court séjour. Le réseau devra associer en priorité les établissements publics et privés spécialisés dans la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées pour cibler au mieux la réponse à apporter à la personne âgée fragile ou patient gériatrique. Le secteur privé ne devra pas avoir l'impression d'être phagocyté par l'hôpital public et inversement.

La communication sera alors l'un des enjeux de cette filière constituée en réseau. Elle devra être menée en interne et en externe par la coordination.

- En interne, pour maintenir une cohésion dans l'action des membres de la filière et leur mobilisation, ainsi que pour transmettre les informations nécessaires au fonctionnement de la filière. La coordination du réseau pourra par exemple assurer une veille juridique pour l'ensemble des membres de la filière.
- En externe, pour être le lien avec les partenaires extérieurs, les décideurs des politiques publiques et les autorités de financement et de contrôle, ainsi que pour susciter l'adhésion à ce réseau, des établissements et professionnels de terrain, sans les contraindre, sachant que le CHCB doit en être un des initiateurs comme établissement de santé de référence.

Enfin la structuration de cette filière implique de rendre le réseau opérationnel, avec l'aval des autorités de financement et de contrôle. Pour l'Agence Régionale de Santé<sup>43</sup>, il manque un vrai réseau ville-hôpital, notamment au niveau des sorties et retours pour hospitalisation (domicile ou EHPAD). La constitution d'une filière territoriale en réseau serait une opportunité pour notamment renforcer le lien entre le CHCB, les EHPAD et les usagers, qui soulignaient la difficulté de la transmission d'informations lors de l'hospitalisation, en amont et en aval.

Par ailleurs, l'ARS souligne que le renforcement du réseau passe également par une coordination entre les professionnels libéraux, notamment médecins généralistes, et l'hôpital. Le médecin traitant est souvent la porte d'entrée de la personne âgée dans la filière et il doit être constamment informé lors du passage de son patient en consultation spécialisée ou de sa prise en charge en établissement.

L'ARS indique enfin que le réseau ne sera crédible que s'il n'est représenté que par un seul interlocuteur, ce qui permettra une certaine lisibilité et un accès facile à ses services par les usagers et les professionnels. Il sera efficace s'il permet d'apporter une régulation pluridisciplinaire des trajectoires des personnes âgées, dans le respect du projet personnalisé.

---

<sup>43</sup> Entretien avec un inspecteur à la DT ARS 64 réalisé le 26 mai 2011

Le Conseil Général<sup>44</sup> peut aider à la constitution de cette filière territoriale en réseau, en tant que chef de file de l'action sociale<sup>45</sup>. Mais sa marge de manœuvre est limitée par rapport à l'ARS. Il est garant du parcours gériatrique de l'usager. Dans le cas de la constitution de la filière, il veillera à améliorer la lisibilité des dispositifs pour l'usager, notamment en mettant fin à l'empilement des dispositifs présents sur le département qui peut être un facteur déstabilisant pour la personne âgée. Il souhaite, nous l'avons vu, privilégier le qualitatif au quantitatif (cf. schéma départemental en faveur des personnes âgées), mettant en exergue l'exigence d'amélioration de la qualité, que nous avons placée parmi les critères ou les sous-objectifs de la mise en place de la filière territoriale.

La problématique principale du réseau reste son financement. Il existe au niveau national un Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) qui finance ces réseaux. L'objet de ce fonds est « *l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé* »<sup>46</sup>. Il finance les actions contribuant à la permanence des soins, à l'égal accès aux soins sur le territoire, au développement du dossier médical personnel,... Ce fonds tire ses ressources d'une dotation du régime d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la LFSS. A titre d'information, en 2009 la LFSS prévoyait une dotation à 240 millions d'euros ; en 2010 elle n'était que de 50 millions<sup>47</sup>, soit une diminution drastique, sachant qu'il ne finance pas que les réseaux.

Dans le cas de la filière territoriale, le FIQCS financerait la coordination du réseau, chaque membre de la filière étant indépendant financièrement puisque chacun garde sa personnalité juridique.

Le projet de réseau ne concerne pas uniquement le CHCB. En tant qu'établissement pivot de la filière gériatrique, Celui-ci peut néanmoins mener des projets de coopération et s'intégrer dans la filière territoriale pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité de la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées sur le Territoire de santé Navarre-Côte Basque.

### **3.2 Les différentes pistes de réflexion autour des projets de coopération**

---

<sup>44</sup> Entretien avec le chef du service de tarification et de contrôle des établissements au Conseil Général des Pyrénées-Atlantiques réalisé le 10 juin 2011

<sup>45</sup> Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

<sup>46</sup> Site internet de l'Assurance maladie : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

<sup>47</sup> Rapport d'activité 2009 du FIQCS, CNAMTS et DGOS, septembre 2010

Au-delà du réseau, dont la création incombe à l'ensemble des acteurs intéressés, le CHCB, à travers sa filière gériatrique, a la possibilité de structurer l'offre de soins à destination des personnes âgées du Territoire, par des projets mis en place en interne. Ces projets doivent avoir pour finalité l'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la qualité de la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées. Pour chaque projet, il sera nécessaire d'analyser les impacts organisationnels, financiers et humains.

Trois types d'orientations opérationnelles peuvent être retenues :

- les projets visant à consolider les outils existants ;
- les projets ayant pour objectif de coordonner la filière territoriale ;
- les projets ayant pour but de développer deux nouvelles offres de gériatriques.

### **3.2.1 Consolider les outils existants**

#### **A) Adapter la convention avec les EHPAD**

La convention est issue de l'annexe 6 de la circulaire du 28 mars 2007, rédigée pour répondre aux besoins à un instant. Or les besoins évoluent, les acteurs aussi : les outils de recueil des besoins révèlent d'ailleurs un secteur de la santé cloisonné, un accès aux différentes sources d'information difficile pour une forte minorité, des délais longs pour la date du rendez-vous.

Plusieurs modifications peuvent donc être proposées pour cette convention :

- Préciser les créneaux horaires de l'intervention de l'EMOG (en 2.3) et des consultations gériatriques (2.1), permettant la disponibilité des équipes des EHPAD. En effet, celles-ci doivent se rendre disponibles pour préparer la sortie du résident pour la consultation ainsi que son retour, ou pour préparer une intervention de l'EMOG ce qui crée une certaine désorganisation des déroulés de journée.
- Permettre aux EHPAD d'avoir un choix précis des activités de formation et d'information proposées par l'EMOG, par la présentation annuelle des thèmes abordés.
- Poursuivre l'adaptation de la convention aux situations particulières des EHPAD avec l'accord de l'autre partie. Par exemple, la convention pourra intégrer toute autre prestation offerte par le CHCB (ex. équipe mobile de soins palliatifs). Il faudra veiller à renouveler la convention pour chaque établissement signataire, non pas par tacite reconduction, mais par renégociation, après évaluation.

- Organiser des réunions de bilan d'application de la convention, qui seraient l'occasion de communiquer sur la consultation d'aide aux aidants, bien souvent méconnue, alors que les besoins existent.
- S'interroger sur l'adaptation de la convention pour en élargir le périmètre d'application. Elle permettrait d'introduire de la culture gériatrique au sein d'un court séjour privé qui ne dispose pas de court séjour gériatrique. Mais la signature d'une convention sur le modèle de celle qui existe pour les EHPAD induirait l'adhésion du groupe CAPIO à la filière territoriale. Il faudra donc d'abord s'interroger sur l'intérêt du groupe à intégrer cette filière et si celle-ci a quelque chose à y gagner.

## **B) Aménager les locaux du pôle filière gériatrique pour permettre l'unicité de lieu**

Les locaux du pôle filière gériatrique doivent être accessibles pour les usagers et professionnels de la filière territoriale. Or aujourd'hui, il n'existe pas d'accueil ou de lieu identifiant le pôle sur le site principal de St Léon, où se trouvent une partie du court séjour gériatrique, dont la capacité s'étendra à 12 lits, les consultations gériatriques, une partie de la consultation mémoire et les locaux de l'EMOG.

Aujourd'hui, ces derniers sont exigus et l'équipe pluridisciplinaire de l'EMOG (2 IDE, 2 PH, 1 secrétaire) occupe l'ensemble des espaces disponibles. Ils ne pourront donc accueillir les effectifs supplémentaires induits par la création de la consultation mémoire.

Or l'unicité de lieu est une exigence d'accessibilité de la filière gériatrique du CHCB et participe de la communication externe du CHCB.

Il est nécessaire que ces locaux soient vastes, accessibles pour les personnes âgées et leur famille, avec la présence d'un ascenseur à proximité et une signalétique claire et lisible pour accéder aux locaux.

Les locaux de consultation gériatrique et mémoire ne posent pas de problème puisque les locaux de consultations de l'ensemble du CHCB sont situés au rez-de-chaussée du site de Saint-Léon. Il s'agit donc de rassembler dans des locaux contigus et vastes les bureaux des professionnels de l'EMOG et des nouveaux professionnels selon cette répartition :

- deux bureaux médicaux : le bureau qui rassemble le PH actuel de l'EMOG et le PH supplémentaire nécessaire pour le fonctionnement de l'EMOG, et le bureau du chef de pôle, qui consacrerait plus de temps au management du pôle ;
- un bureau, partagé par l'assistante sociale et les deux IDE de l'EMOG ;

- un bureau de secrétariat avec deux postes : la secrétaire de l'EMOG et la secrétaire de la consultation mémoire, avec un accueil téléphonique du lundi au vendredi, sans interruption ;
- une salle de réunion pour permettre la tenue des deux staffs quotidiens de l'EMOG et pour les consultations pluridisciplinaires d'aide aux aidants ;
- une salle d'attente.

Le PH recruté pour la consultation mémoire disposera d'un bureau dans les locaux de l'Arrayade (site de Cam de Prats) puisque son temps de travail est divisé entre un temps de médecin aux unités de soins de longue durée (0,5 ETP) et un temps médecin de la consultation mémoire (0,5 ETP). Le bureau de la neuropsychologue, quant à lui, sera situé dans les bureaux communs de consultation du site de Saint-Jean-de-Luz. Des plages spécifiques de consultation devront être trouvées, en accord avec les médecins du service de neuro-rééducation qui consultent dans ces mêmes locaux.

### **3.2.2 Améliorer la coordination du parcours des usagers dans la filière territoriale**

#### **A) Rédiger une charte de la filière**

La mise en place d'un réseau appelle la rédaction d'une convention constitutive et il sera également utile de rédiger une charte de la filière, qui a une dimension plus pérenne. La convention du réseau a une dimension juridique (point de départ du réseau), alors que la charte est un engagement moral des membres de la filière territoriale.

La charte de la filière développe l'objet du réseau autour des trois critères que nous avons rappelé (accessibilité, continuité, qualité). Elle sera élaborée après une démarche de discussion entre les membres. Elle rappellera les grands principes mais aussi les garanties offertes aux différents membres tout comme les engagements de chacun.

Dans une première partie, elle devra rappeler les principes de la filière territoriale et les raisons qui ont amené les acteurs à coopérer.

Dans une deuxième partie, elle détaillera les domaines dans lesquels les acteurs seront dans la possibilité de coopérer, en mettant en exergue le rôle du CHCB. Par exemple, la garantie de l'accès au plateau technique du CHCB, à l'EMOG, au court séjour gériatrique,... Mais également, l'engagement des établissements en ce qui concerne la sortie pour hospitalisation et le retour du patient ou du résident dans l'établissement. Cette partie sera également l'occasion de rappeler l'intérêt de diffuser une culture gérontologique commune, par des actions de formation et d'information.

Dans une troisième partie, le rôle de la coordination sera précisé, ses missions, ses moyens d'action. Son rôle de communicant externe et interne sera rappelé, tout comme la centralisation de certaines informations (ex. disponibilité des établissements en nombre de lits et places).

## **B) Construire un circuit efficace pour les sorties et retours d'hospitalisation**

La problématique des sorties et retours lors des hospitalisations a été évoquée par les établissements interrogés dans l'enquête et a été soulignée comme étant un point de rupture dans le parcours de la personne âgée. Les hospitalisations de ces usagers ne sont pas toujours organisées de manière efficace, du fait d'un manque de préparation et de carence de communication entre l'EHPAD et le service dans lequel le résident est hospitalisé, notamment le service des urgences. Il en va donc de la continuité de la prise en soins et de l'accompagnement de la personne âgée au sein de la filière.

En ce qui concerne la **sortie** de l'utilisateur de son domicile/EHPAD **pour hospitalisation**, il est nécessaire de différencier l'hospitalisation programmée de l'hospitalisation en urgence. En effet, la problématique ne se pose pas de la même façon : pour le premier cas, le transfert a été préparé, le médecin traitant est à l'origine de cette hospitalisation, le médecin coordonnateur de l'EHPAD en est averti tout comme le cadre de santé ou l'infirmier coordonnateur ; pour le deuxième cas, il n'y a pas de préparation.

Il sera donc nécessaire pour chaque type d'hospitalisation : de cibler les difficultés lors de l'admission au CHCB ; de recenser les services du CHCB pour lesquels des améliorations peuvent être apportées. Le cas des urgences étant particulier, un interlocuteur bien identifié devra être désigné pour gérer les admissions des personnes âgées en urgence, en relation avec un médecin de l'EMOG. Le site internet du CHCB devrait intégrer cette information selon des modalités à étudier avec les services de communication.

Concernant le **retour** de la personne âgée **après hospitalisation**, les établissements interrogés par l'enquête placent cette problématique comme l'une des difficultés auxquelles ils font face. En effet, les informations sur le retour des résidents (modalités, date) et la transmission des informations (traitement prescrit par le médecin du CHCB, bilan des soins effectués) ne sont pas toujours satisfaisantes. Par ailleurs, le médecin traitant n'est pas toujours prévenu du retour et le courrier médical n'est pas toujours rédigé ou pas rédigé à temps, ce qui complique le travail du médecin coordonnateur, chargé de la coordination des soins dans l'EHPAD. Il s'agit de cibler également les services pour lesquels de telles difficultés apparaissent afin d'apporter les améliorations nécessaires, notamment au niveau de la transmission des informations. L'interlocuteur dans le service du CHCB devrait être le cadre de santé, qui serait à même de conserver

les informations sur l'utilisateur obtenues lors de son entrée au CHCB, de compléter son dossier et de le transmettre à l'EHPAD ou au médecin traitant lors d'un retour à domicile. La procédure paraît simple, le tout est de mettre à plat les difficultés et de reconstituer le parcours de l'utilisateur par des étapes clairement posées.

### **3.2.3 Insérer deux nouveaux projets du CHCB au sein de la filière territoriale**

Les deux projets concernés ne mobilisent les mêmes ressources et ne peuvent donc être classés dans le même ordre de priorité.

- La création d'un hôpital de jour gériatrique, à moyen terme
- Le développement d'une filière psychogériatrique, à long terme

#### **A) La création d'un hôpital de jour gériatrique**

Elle est inscrite dans les orientations stratégiques du pôle filière gériatrique, dans le cadre de la signature du contrat de pôle. La concrétisation de ce projet permettrait d'être en accord avec les recommandations de la circulaire du 28 mars 2007<sup>48</sup>, en complément des consultations gériatriques.

L'hôpital de jour doit être considéré comme une alternative à l'hospitalisation complète. Il permet d'effectuer, en une journée et au même endroit, une évaluation gérontologique à la fois plus posée et plus complète du patient accueilli et une discussion entre les personnels soignants et médicaux ; le diagnostic se trouve ainsi affiné et l'avis donné au plus près des besoins de l'utilisateur.

La prescription de l'hospitalisation de jour a lieu suite à une consultation gériatrique classique. Une dynamique sera à constituer avec les médecins de ville, pour les sensibiliser à cette démarche, dans le cadre de la filière territoriale.

Lors de la journée d'hospitalisation, trois aspects de la personne âgée seront évalués : l'aspect fonctionnel (état nutritionnel, marche, fonctions sensorielles, douleur), l'aspect psychique (tests sur les fonctions cognitives par exemple) et l'aspect environnemental (analyse de la situation sociale de la personne par le recueil d'informations, le rôle de la famille comme aidant,...), ce qui impliquent la présence d'une équipe pluridisciplinaire.

Après cette évaluation, un bilan global de l'état de santé de la personne sera effectué au travers d'examens biologiques et d'imagerie. Les services du CHCB auront à coopérer pour permettre une certaine réactivité dans leur intervention, ce qui ajoute une exigence supplémentaire de qualité.

---

<sup>48</sup> Annexe 4 de la circulaire du 28 mars 2007

Une synthèse sera rédigée en fin de journée, après une concertation en équipe pluridisciplinaire, et sera adressée au médecin traitant ou médecin coordonnateur de l'EHPAD.

Afin de rendre cette structure opérationnelle, une étude médico-économique avait été réalisée, qui a conclu à la nécessité de disposer de deux lits d'hôpital de jour gériatrique, au vu de l'activité des consultations gériatriques en 2008. L'étude a considéré qu'un tiers des patients examinés en consultation pouvaient bénéficier de cette prise en charge en hôpital de jour. Une nouvelle étude pourra éventuellement affiner ces données.

En ce qui concerne la localisation de l'hôpital de jour, trois options sont possibles :

- **créer deux lits ex-nihilo dans la même aile que le court séjour gériatrique** : cela paraît difficile pour des questions d'organisation, de fonctionnement et de coût supplémentaire en personnel. En effet, selon la circulaire du 28 mars 2007<sup>49</sup>, il faudrait créer, pour deux lits, 1 ETP d'IDE (formé à l'évaluation gériatrique), 0,5 ETP de neuro-psychologue, 0,5 ETP d'assistant social et 0,5 ETP de secrétariat, sachant que la présence médicale serait assurée par les gériatres du pôle filière gériatrique.
- **créer deux lits ex-nihilo au sein de la structure d'hôpital de jour du CHCB** : l'avantage serait de bénéficier du plateau technique existant de l'hôpital de jour et d'une partie du personnel déjà présent. Mais le fait de bloquer deux lits pour la gériatrie n'est pas entièrement satisfaisant : en effet, l'activité en hôpital de jour gériatrique peut augmenter fortement et la présence de deux lits dédiés ne permettra pas toujours de répondre à la demande ; de plus, en cas de baisse d'activité, les lits bloqués se retrouveraient vides, ce qui créerait une baisse des recettes dans le contexte de la T2A.
- **créer une activité « hôpital de jour gériatrique »** au sein de la structure d'hôpital de jour du CHCB, pour laquelle le nombre de lits occupés évoluerait en fonction de la demande. Cela permettrait de mutualiser le personnel de la structure, avec des créations de postes à la marge, pour compléter le ratio d'encadrement et avec une formation des IDE à l'évaluation gériatrique. L'activité, créatrice de recettes, couplée à une mutualisation du personnel, engendrera des recettes supplémentaires pour le CHCB. Si cette option est choisie, une coopération devra être engagée avec les autres pôles qui occupent la structure d'hôpital de jour pas toujours prompts à reconnaître la gériatrie comme une spécialité à part entière.

---

<sup>49</sup> Annexe 4 de la circulaire : personnel requis pour 5 lits

Quelle que soit l'option choisie, l'objectif sera d'insérer l'hôpital de jour dans la filière territoriale, créant ainsi une dynamique notamment auprès des médecins de ville, ainsi que l'amélioration de la qualité de la prise en soins.

## **B) Le développement d'une filière psychogériatrique**

Le développement de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques (ex. troubles cognitifs, Alzheimer) ou psychiques (ex. dépression) est une demande des acteurs sanitaires et médico-sociaux ayant répondu à l'enquête. Les établissements interrogés placent la prise en charge des personnes atteintes de troubles de ce genre en première position. La création d'une filière psychogériatrique est même évoquée par certains directeurs ayant répondu à l'enquête.

Le chef de pôle de la filière gériatrique préfère parler de « géronto-psychiatrie », pour mettre l'accent sur l'aspect psychiatrique de la prise en charge des personnes âgées : c'est la gériatrie dédiée à la psychiatrie. Parler de psychogériatrie revient à l'inverse à mettre l'accent sur la psychiatrie dédiée à la gériatrie. Dans les deux cas, il sera nécessaire de mettre en place des coopérations en interne entre le pôle filière gériatrique et le pôle psychiatrie adulte, et au-delà, entre la filière territoriale gériatrique et le pôle psychiatrie adulte du CHCB.

Aujourd'hui, le pôle psychiatrie adulte est en cours de restructuration. Les orientations stratégiques ont été redéfinies et la psychogériatrie ne figure pas dans ces objectifs. Pourtant, parmi les personnes âgées qui souffrent de problèmes psychiques et psychiatriques, le chef du pôle psychiatrie adulte évoque des personnes ayant des idées suicidaires, des personnes psychotiques vieillissantes, les personnes souffrant de troubles du comportement ou encore des patients atteints de dépression (dont la dépression sociale). Mais pour ce praticien hospitalier, créer une unité de psychogériatrie serait créer un « ghetto » pour les patients que la gériatrie ne voudrait pas et dans laquelle les lits seraient rapidement embolisés. Le chef du pôle filière gériatrique, lui, pense qu'une telle unité devrait d'abord être une unité de santé mentale, en envisageant une sortie vers le médico-social pour laquelle les lits d'aval n'existent pas ou peu.

Une contractualisation sera donc nécessaire en interne, une fois les contrats de pôle signés, afin de définir les bases de la coopération entre les deux pôles, sachant qu'aucun fondement n'a encore été posé.

Sur le Territoire de santé Navarre-Côte Basque, une unité cognitivo-comportementale (UCC) a été récemment labellisée dans une structure privée à but lucratif de soins de

suite gériatrique<sup>50</sup>. Un travail de coopération avec cette structure devra être mené en amont et en aval. En amont, il sera nécessaire de cibler les patients dont la prise en charge relève effectivement de la psychogériatrie et qui nécessitent une prise en soins dans des petites unités, au plus près de leurs besoins. Si l'UHR est labellisé à l'EHPAD du CHCB, une collaboration devra être mise en place, permettant des allers-retours éventuels entre les deux structures, notamment pour les personnes âgées souffrant de troubles du comportement, en étant vigilant à ce que la personne ne soit pas désorientée de manière excessive, conformément au projet personnalisé défini en UHR.

En aval, il faudra envisager les sorties de l'UCC, vers des structures de soins de suite gériatrique ou à domicile (ou EHPAD), en évitant des durées de moyenne de séjour trop longue au sein de l'UCC et les ruptures dans la prise en soins.

C'est par la réflexion sur la filière psychogériatrique et son intégration au sein de la filière territoriale que la continuité des soins sera favorisée.

Pour structurer cette filière psychogériatrique, il serait intéressant de réfléchir sur la création d'une équipe mobile de psychogériatrie. Un gériatre ayant une capacité en psychiatrie serait chef de structure. Une équipe pluridisciplinaire, formée d'IDE, d'un assistant social et d'une personne assurant le secrétariat compléterait le dispositif. Son rôle serait de cibler la population dont les besoins en prise en soins psychogériatrique seraient évalués, en donnant un avis, aux urgences comme à domicile ou en EHPAD, pour permettre l'orientation vers une structure adéquate. Des consultations spécifiques pourraient être adossées à cette équipe mobile. Le relais serait ensuite donné aux gériatres des structures médico-sociales, celles-ci ne possédant pas encore de lits dédiés à la psychogériatrie sur le Territoire. Elle aurait également un rôle d'information auprès des aidants.

Au préalable, une mise à plat des orientations sera donc nécessaire en collaboration avec le pôle psychiatrie adulte pour déterminer les compétences de chacun et le rôle de chaque spécialité dans les étapes du parcours de soins. Ce projet ne pourra aboutir qu'à long terme, une fois les problématiques de base tranchées et l'activité financée.

Ainsi, les projets présentés intéressent directement le CHCB puisque pour la plupart d'entre eux c'est lui qui en détient la compétence et le financement. Ils intéressent la filière territoriale, que le CHCB vient ainsi structurer par des actions de coopération et non pas qu'un simple partenariat bilatéral, en tant qu'établissement de santé pivot de la filière gériatrique.

---

<sup>50</sup> Visite à l'établissement de soins de suite gériatrique privé à but lucratif le 8 avril 2011

### **3.3 La nécessité de suivre les projets et d'évaluer leur pertinence**

La dernière étape de la méthode de conduite de projet, au début de cette étude, consiste à proposer un mode de suivi et d'évaluation des projets. Cette étape est essentielle et a pour base les objectifs stratégiques de la mise en place de la filière territoriale définis au préalable.

Le suivi de la mise en place des projets devra être assuré en ayant en point de mire l'évaluation de leur pertinence qui devra être faite à moyen terme. Ces deux missions (suivi et évaluation) devront être réalisées par une instance indépendante, où seraient représentés les membres de la filière, les autorités de financement et de contrôle, les usagers et des personnalités qualifiées. Cela afin d'avoir une représentativité la plus complète des forces en présence et des personnes intéressées par la filière territoriale, quels que soient leur personnalité et leur statut juridiques. Ce serait en quelque sorte l'organe de gouvernance, dont la composition et le rôle seraient précisés dans la convention de coopération constitutive du réseau et le règlement intérieur.

Plus que de suivi, l'on peut évoquer la notion de pilotage de projet. Cette notion renvoie à l'action de piloter, c'est-à-dire de conduire et gérer un projet ou une organisation, dans une direction, au sein d'un environnement qui impose des contraintes. Autrement dit, piloter n'est pas seulement gérer : c'est aussi être vigilant aux interactions avec l'environnement. Un outil de suivi de la mise en place de la filière et des effets des projets devra être élaboré. Ce document pourra prendre la forme d'un tableau de bord et retracera, pour chaque projet, la date de réalisation prévue, les acteurs et les lieux concernés.

Cette commission alertera également les membres de la filière sur les écueils contre lesquels le travail en réseau devra éviter de se heurter. Les risques de glissement par rapport aux objectifs initiaux seront notamment à regarder de près. Par exemple, elle veillera à ce que chaque membre agisse dans la mesure de ses compétences, des missions qui lui sont assignées sur un périmètre déterminé ou bien que ces acteurs ne s'épuisent pas à leur tâche, en impulsant une dynamique à court comme à long terme. De même, en ce qui concerne les délais de mise en œuvre des projets, la commission veillera à ce qu'ils ne soient pas trop longs ou à prévoir les facteurs environnementaux qui pourraient freiner cette mise en place. Le climat de confiance et la communication seront nécessaires pour l'appropriation des projets par les acteurs, aux histoires et cultures

différentes, l'objectif principal étant de présenter la filière comme un projet d'intérêt collectif, dépassant les intérêts de chaque membre.

Pour évaluer la mise en place de la filière ainsi que les projets du CHCB et de la filière, nous allons nous focaliser sur l'évaluation de la pertinence des actions. Elle consiste à examiner si les résultats de la mise en place des projets pour la filière sont en adéquation avec les besoins exprimés au niveau du Territoire. Ce type d'évaluation permet de vérifier si les projets développés conservent le sens qu'on leur a donné lors de leur conception. Il valorise les réorientations qui seront données si le projet ne répond plus aux besoins de la population : il est possible en effet que les problématiques initiales se soient affinées au fil du temps ou au contraire que les besoins déterminés aient évolué voire changé. De même, les facteurs environnementaux (politiques, économiques, sociaux,...) peuvent influencer sur l'orientation donnée aux projets.

Ainsi, si l'on prend deux exemples :

- *rendre l'information plus lisible sur la filière gériatrique du CHCB* : la mesure de la pertinence portera sur l'amélioration des sources d'information existantes ou les nouveaux outils créés (ex. site Internet), en mesurant par exemple la satisfaction des usagers (professionnels de terrain, personnes âgées, familles) et du personnel du pôle ;
- *mettre en place un partenariat dans le domaine de la psychogériatrie* : la mesure de la pertinence portera sur la réelle continuité du parcours de la personne âgée, sur les choix effectués lors de la constitution du partenariat pour répondre aux besoins, en mesurant par exemple le nombre d'orientations non satisfaisantes ou de ruptures dans le parcours de soins.

Toute évaluation s'effectue selon un schéma bien particulier. Celui-ci peut être récapitulé dans un tableau de bord, différent de celui utilisé pour le pilotage puisqu'il ne se présenterait pas comme un calendrier mais comme une synthèse, une vue d'ensemble des résultats à une échéance fixée à l'avance (un an par exemple).

Pour mener à bien cette évaluation, une finalité claire et globale doit être posée : celle d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées sur le Territoire. Le tableau qui clôt la deuxième partie de notre travail présente la déclinaison de cette finalité en critères et face à chacun d'entre eux, nous avons défini des objectifs. Le tableau complet qui servira à l'évaluation de la pertinence présente également les actions qui servent à atteindre les objectifs fixés et les indicateurs, outils de mesure d'atteinte des objectifs.

Ce tableau est indicatif et non exhaustif, seuls quelques objectifs et actions y sont indiqués. De même, parmi les actions proposées, certaines n'ont pas été détaillées dans la partie 3.2. C'est un exemple de référentiel d'évaluation, qui reste perfectible et dont le contenu devra de toute façon être soumis à la commission de pilotage et d'évaluation de la filière.

<b>Objectifs</b>	<b>Actions</b>	<b>Indicateurs</b>
<b>Accessibilité</b>		
Rendre l'information plus lisible sur la filière gériatrique du CHCB	Mettre à jour et améliorer la page « personnes âgées » du site Internet du CHCB	Taux de satisfaction des usagers et du personnel du pôle
Raccourcir le délai d'intervention des équipes d'évaluation gériatologique et des consultations	Intégrer de nouveaux temps en personnel au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'EMOG	Nombre de jours entre la date de la prise de rendez-vous et la date du rendez-vous
Améliorer l'accès au service des urgences lors des sorties pour hospitalisation du domicile ou de l'EHPAD	- Désigner un seul interlocuteur pour l'admission des patients gériatriques aux urgences - Créer une rubrique spéciale sur le site internet du CHCB pour les établissements accueillant des personnes âgées	Taux d'orientation des patients âgés vers le service adapté
<b>Continuité</b>		
Améliorer le suivi des actions de partenariat par le CHCB	- Renouveler chaque convention EHPAD-CHCB par renégociation après évaluation - Organiser des réunions de bilan d'application de la convention	Résultat des évaluations de chaque convention (comptes-rendus de réunion)
Améliorer la transmission des informations sur la personne âgée lors des retours dans les établissements suite à hospitalisation	- Cibler les services dans lesquels l'information transmise est incomplète - Désigner le cadre de santé du service comme personne référente et seul interlocuteur pour l'établissement	Taux de retour non satisfaisant en termes d'informations sur la prise en soins du patient
Instaurer une coordination efficace de la filière	- Désigner un « référent gériatrie » pour la filière - Rédiger une charte de la filière qui intègre les missions de la coordination de la filière	Taux de satisfaction des membres de la filière vis-à-vis
Mettre en place un partenariat dans le domaine de la psychogériatrie sur le Territoire	Elaborer une convention de coopération avec l'établissement qui dispose d'une UCC	Nombre d'orientations non adaptées en UCC
<b>Qualité</b>		
Améliorer l'orientation des patients âgés fragiles	- Renforcer les effectifs de l'EMOG pour rendre les équipes pluridisciplinaires plus réactives - Centraliser les informations au niveau de la coordination de la filière sur la disponibilité en lits et place des établissements membres	Taux d'orientation des personnes âgées vers une structure adaptée à leurs besoins
Améliorer l'accompagnement des publics posant des difficultés : Alzheimer ou maladies apparentées, troubles du comportement, fin de vie, domicile	Proposer des actions de formation, d'information et de sensibilisation des personnels soignants des établissements du Territoire au niveau de la filière	Taux de satisfaction des personnels ayant bénéficié de ces actions
Assurer la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles d'origine psychique et psychiatrique	Poser les bases d'une collaboration entre le pôle filière gériatrique et le pôle psychiatrie adulte du CHCB	Nombre de réunions inter-pôles

Les indicateurs choisis doivent permettre de mesurer l'atteinte des objectifs par les actions. Ils doivent être simples, clairs et mesurables. Eux-mêmes doivent être évalués pour garantir leur efficacité dans la mesure de l'amélioration de la prise en soins et de l'accompagnement.

Les résultats donnés par ces indicateurs permettront de déterminer la pertinence des orientations choisies. Ils seront analysés sur plusieurs années afin d'étudier l'évolution des résultats dans le temps. Les actions voire les objectifs seront alors à nouveau validés ou reformulés. Les politiques choisies seront ajustées en fonction de leur utilité pour la population cible, les personnes âgées du Territoire Navarre-Côte Basque.

## Conclusion

Cette étude montre la nécessité de procéder selon une méthode bien précise et ordonnée pour répondre à la problématique choisie. La méthode de conduite des projets, qui part de l'étude des besoins des acteurs sanitaires et sociaux du Territoire, qui les confronte à l'offre gériatrique du CHCB et qui aboutit à la définition d'objectifs et d'actions, nous a mené vers la proposition d'élaboration d'une filière territoriale, dans lequel les acteurs travailleraient en coopération, de façon multilatérale, autour de projets dont la pertinence serait évalués après leur mise en place. Le CHCB peut d'ailleurs lui-même proposer des projets élaborés en interne, qui profiteraient à l'ensemble de la filière une fois qu'ils y seraient intégrés.

La force juridique choisie pour cette filière peut être celle du réseau. La réflexion sur sa mise en œuvre doit être menée de concert avec tous les acteurs de la filière. Le premier objectif à atteindre sera la mise en place d'une coordination efficace et dont l'une des missions premières sera d'assurer une communication interne et externe. Pour l'ARS et le Conseil Général, autorités de financement et de contrôle, la réussite du réseau sera conditionnée par la lisibilité des outils et structures de la filière territoriale et l'existence d'un interlocuteur unique qui coordonne le réseau.

Les enjeux de la structuration d'une filière gériatrique sur le Territoire résident donc dans la capacité des acteurs aux statuts juridiques différents, aux histoires différentes de coopérer sur des projets qui répondront à l'exigence d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées sur le Territoire. L'obtention de l'adhésion des membres de participer à la filière sera donc le premier enjeu. La confiance entre les acteurs publics et privés qui sont dans une dynamique de concurrence forte, notamment dans le domaine sanitaire, sera nécessaire. Le questionnement autour de la forme juridique ne sera qu'un second enjeu et détermine les financements de la coordination d'un réseau de santé, dans lequel le CHCB aurait une place primordiale. Celui-ci devra veiller à être force de proposition en associant tous les professionnels de terrain : établissements, professionnels libéraux, associations d'aide à domicile.

La réponse aux besoins des personnes âgées reste l'enjeu principal d'un directeur, dans un contexte de vieillissement, d'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie et de chronicisation des pathologies aiguës. Le CHCB détient une mission de santé publique que le DESSMS doit toujours prendre en considération ; le travail en filière territoriale peut être une réponse à cette exigence.



---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

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

Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Plan Alzheimer 2008-2012

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Circulaire interministérielle N°DGCS/5C/DSS/1A/2011/160 du 29 avril 2011 relative aux orientations de l'exercice 2011 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées

### Articles

CORBIN SEGUIN A. et al., mai 2009, « Une unité d'intervention ambulatoire », *Gestions hospitalières*, n°486, pp. 301-306

CUDENNEC T. et TEILLET L., mars-avril 2009, « Patients âgés hospitalisés : rôle des équipes mobiles de gériatrie », *Revue Hospitalière de France*, n°527, pp. 26-29

DRAME Moustapha et al., février 2004, « La fragilité du sujet âgé : actualité – perspectives », *Gérontologie et société*, n° 109, pp. 31-45

DURAND-GASSELIN B., janvier-février 2010, « Hôpital de jour gériatrique, un dispositif pertinent dans la filière de soins », *Revue Hospitalière de France*, n°532, pp. 68-69

HAMMOU KADDOUR A., novembre 2010, « L'hôpital à l'épreuve de ses territoires », *Gestions hospitalières*, n°500, pp. 611-616

HAVERMOREL M. et al., janvier-février 2009, « Filières gériatriques, un modèle parmi d'autres : la planification de la filière gériatrique en Rhône-Alpes », *Revue Hospitalière de France*, n°526, pp. 36-39

HUBERT E. et al., mars-avril 2009, « Intervention en EHPA(D) : un nouveau défi pour l'hospitalisation à domicile », *Revue Hospitalière de France*, n°527, pp. 36-38

JAMOT M. et al., janvier-février 2009, « Centre hospitalier de proximité et filière gériatrique : quelle complémentarité ? », *Revue Hospitalière de France*, n°526, pp. 40-42

LAVALETTE FERGUSON (de) E., mai 2009, « Maisons de retraite hospitalières, intégration ou externalisation ? », *Gestions hospitalières*, n°486, pp. 290-295

LUSSIER M.-D. et al., mars-avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue Hospitalière de France*, n°527, pp. 30-34

MAISONNEUVE C., 2002, « Un programme pour favoriser la prise en charge des personnes âgées fragiles », *Soins gériatriques*, n°36, pp. 5-6

PACHECO A., mars-avril 2009, « Equipe mobile de psychogériatrie : pour quoi faire ? », *Revue Hospitalière de France*, n°527, pp. 26-29

RIONDET J., novembre 2010, « Une vocation médico-sociale », *Gestions hospitalières*, n°500, pp. 309-312

VIGNERON E., août-septembre 2009, « Quels niveaux de territoires pour la santé ? », *Gestions hospitalières*, n°488, pp. 449-452

WINOGRAD C.H. et autres, 1988, « Targeting the hospitalized elderly for geriatric consultation », *Journal of the American Geriatrics Society*, n°36

WINOGRAD C.H. et autres, 1991, « Screening for frailty: Criteria and predictors of outcomes », *Journal of the American Geriatrics Society*, n°39

### Rapports

Rapport n°2005-53 présenté par le Dr Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL et Jean-Paul BASTIANELLI, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, IGAS, mai 2005

Rapport d'activité 2009 du FICQS, CNAMTS et DGOS, septembre 2010

Rapport d'activité 2010 du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Rapport d'activité 2010, Direction des soins du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Bilan d'activité 2010, Equipe Mobile de Gériatrie du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Agence Nationale d'Appui à la Performance, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*

### Conférences

Présentation du SROSMS 2012-2017 par la DT ARS des Pyrénées-Atlantiques, 22 mars 2011, Bayonne

« La continuité des soins auprès des personnes âgées », Géront'Expo 2011, 18 mai 2011, Paris

### Sites Internet

Centre Hospitalier de la Côte Basque : [www.ch-cote-basque.fr](http://www.ch-cote-basque.fr)

Fédération Hospitalière de France : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

Hospimedia : [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)

Assurance maladie en ligne : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)



---

## Liste des annexes

---

**Annexe n°1** : Cartes du Territoire Navarre-Côte Basque

**Annexe n°2** : Enquête à destination des établissements pour personnes âgées du Territoire de santé Navarre-Côte Basque

**Annexe n°3** : Grille d'évaluation du patient âgé fragile

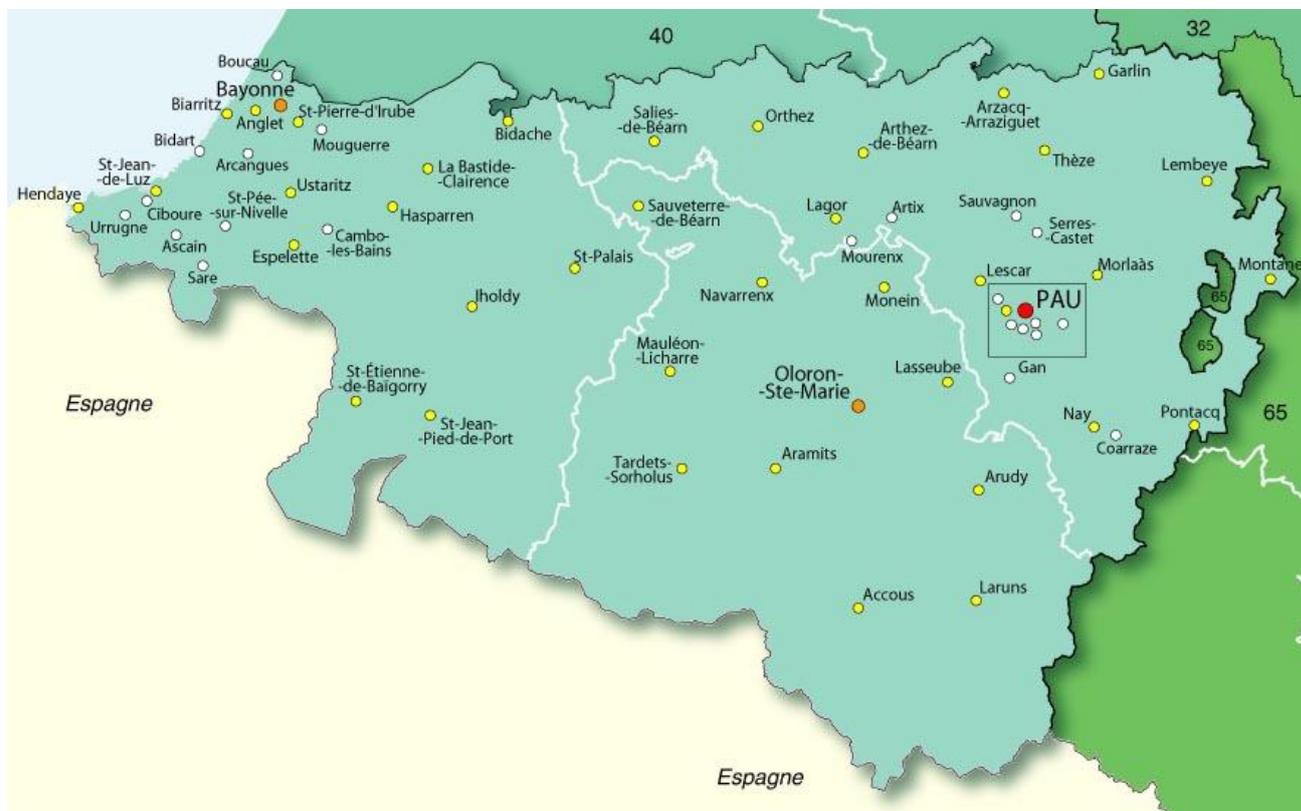
**Annexe n°4** : Article du journal Sud Ouest du 14 mars 2011

**Annexe n°5** : Convention entre le CHCB et les EHPAD

**Annexe n°6** : Liste des entretiens et visites sur place

## Annexe n°1 : Cartes du Territoire de santé Navarre-Côte Basque

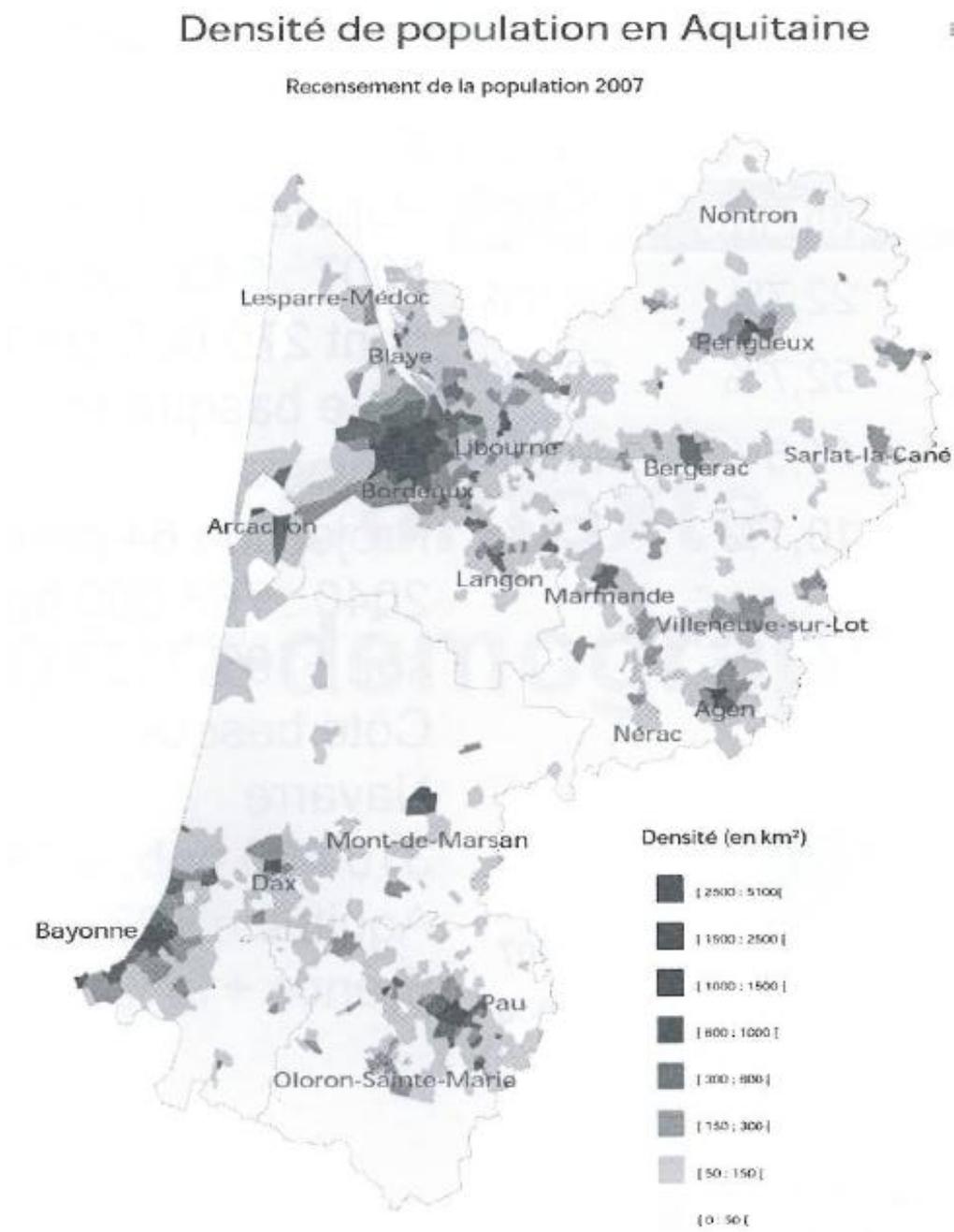
### Carte n°1 : le département des Pyrénées-Atlantiques



Source : [www.pyrenees-atlantiques.pref.gouv.fr](http://www.pyrenees-atlantiques.pref.gouv.fr)

Le Territoire de santé Navarre-Côte Basque correspond à l'arrondissement de Bayonne, partie occidentale du département. Les arrondissements d'Oloron-Sainte-Marie et de Pau sont intégrés dans le Territoire de santé Béarn-Soule.

**Carte n°2 :** Densité de population en Aquitaine (source : INSEE, recensement de la population 2007)



## **Annexe n°2 : Enquête à destination des établissements pour personnes âgées du Territoire de santé Navarre-Côte Basque.**

### **1) La méthodologie et le questionnaire**

Trois parties composent cette enquête après une première question concernant l'identité de la structure :

- **La filière gériatrique du CHCB** : connaissance de la filière gériatrique du CHCB, accessibilité de l'information. Il s'agit d'évaluer la visibilité de la filière gériatrique hospitalière sur le Territoire, auprès des acteurs sanitaires et médico-sociaux que sont les établissements : comment est-elle perçue ? Son offre est-elle lisible et visible ?
- **Le partenariat avec le CHCB** : cette rubrique consiste à mesurer la satisfaction des établissements au sujet du partenariat avec le CHCB, lorsqu'ils en ont effectivement un. Elle permet également de recenser les éventuelles améliorations qu'ils suggèrent d'apporter.
- **La prise en soins et l'accompagnement de la personne âgée** : les établissements destinataires sont invités à faire part de leurs éventuelles difficultés lors de la prise en charge de la personne âgée. Ceci afin de cibler les domaines dans lesquels le CHCB peut apporter son expertise, notamment à travers sa filière gériatrique, aux établissements du Territoire.

Les questionnaires ont été envoyés accompagnés d'un courrier expliquant la démarche. Une relance par mail a été effectuée une semaine avant le délai fixé pour le renvoi du questionnaire dûment complété. Les questionnaires ont été recueillis par le service des enquêtes de satisfaction du CHCB et ont été traités par ce même service.

Les trois pages suivantes présentent le questionnaire envoyé aux établissements EHPAD et SSR ainsi que la lettre d'accompagnement.



## ENQUETE A DESTINATION DES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES DU TERRITOIRE DE SANTE NAVARRE / COTE BASQUE

### IDENTITE DE LA STRUCTURE

1. L'établissement que vous dirigez est un :

- EHPAD  SSR

2. Son statut juridique est :

- privé à but non lucratif  privé à but lucratif  public

3. Vous êtes situé en territoire :

- urbain  périurbain  rural

### LA FILIERE GERIATRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE

4. Connaissez-vous la filière gériatrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque ?

- oui  non

5. Si oui, que connaissez-vous de cette filière ?

---

---

---

---

---

---

6. Les informations concernant la filière gériatrique sont-elles facilement accessibles ?

- oui  non

7. Si oui, où trouvez-vous ces informations ?

---

---

---

---

8. Si non, quelles difficultés éventuelles éprouvez-vous pour accéder à ces informations ?

---

---

---

---

### LE PARTENARIAT AVEC LE CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE

9. Avez-vous un ou des partenariats(s) avec le Centre Hospitalier de la Côte Basque ?

- oui  non

10. Si oui, le(s)quel(s) ?

---

---

11. En êtes-vous :

- satisfait  plutôt satisfait  plutôt insatisfait  insatisfait

12. Quelles en sont les raisons ?

---

---

---

---

13. Quelles améliorations suggèreriez-vous ?

---

---

---

---

### LA PRISE EN SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERSONNE AGEE DANS VOTRE ETABLISSEMENT

14. Rencontrez-vous des difficultés :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> lors de l'admission de la personne âgée dans votre établissement                   | <input type="checkbox"/> lors des sorties pour hospitalisation  |
| <input type="checkbox"/> lors des retours suite à hospitalisation   | <input type="checkbox"/> concernant la sensibilisation du personnel à la prise en soins des personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> concernant la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiques | <input type="checkbox"/> lors de l'accompagnement en fin de vie   |
| <input type="checkbox"/> lors de la sortie de l'établissement   |   |

15. Si autre(s) difficulté(s), merci de préciser :

---

---

16. Quelle(s) réponse(s) peut, selon vous, apporter le Centre Hospitalier de la Côte Basque à ces difficultés ?

---

---

---

---

MERCI DE TOURNER LA PAGE





## Centre Hospitalier de la Côte Basque

### Pôle Filière Gériatrique

Bayonne, le 29 avril 2011

Objet : enquête à destination des directeurs des établissements accueillant des personnes âgées du Territoire de santé Navarre/Côte Basque  
P.J. : un questionnaire et une enveloppe T

Madame, Monsieur,

Elève-directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux à l'EHESP à Rennes, je suis actuellement en stage au Centre Hospitalier de la Côte Basque, auprès de Mme Labèque, directrice adjointe en charge de la filière gériatrique.

Je réalise un mémoire qui porte sur les enjeux du partenariat dans la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées sur le Territoire de santé Navarre/Côte Basque.

A ce titre, je dois évaluer les besoins des acteurs sanitaires et médico-sociaux de ce territoire

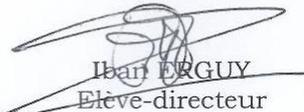
Pour cette étude, votre contribution me sera essentielle. C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir renseigner le questionnaire ci-joint. Les réponses que vous apporterez détermineront les orientations que je donnerai à ma réflexion. Toutes vos remarques et suggestions complémentaires sont très attendues.

Il serait souhaitable que le questionnaire me revienne à l'aide de l'enveloppe T pour le **lundi 23 mai**.

Je vous remercie par avance pour toute l'attention que vous accorderez à mon travail.

Je me tiens à votre disposition pour de plus amples renseignements à l'adresse suivante : [ierguy@ch-cotebasque.fr](mailto:ierguy@ch-cotebasque.fr).

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

  
Iban ERGUY  
Elève-directeur

## 2) Les résultats



### Enquête de satisfaction à destination des établissements pour personnes âgées du territoire de santé Navarre / Côte Basque - Résultats mai 2011 -

#### 1 Introduction - Objectifs

#### 2 Méthode

L'enquête conduite au mois de mai 2011, a porté sur la totalité des établissements pour personnes âgées du territoire de santé Navarre Côte Basque.

#### 3 Résultats

##### Echantillon d'étude

Taux de retour

**51,72%**



Taux de retour très satisfaisant et représentatif

Nombre total d'établissements : 58

Nombre questionnaires analysés : 30

26 questionnaires venant d'EHPAD soit 50,52% du total des EHPAD sollicités  
3 questionnaires venant de SSR soit 25% du total des SSR sollicités  
1 questionnaire venant d'établissements d'EHPAD et SSR

##### Identité de la structure

L'établissement que vous dirigez est :  un EHPAD 86,67% (26)  un SSR 10% (3)  EHPAD et SSR 3,33% (1)

Son statut juridique est :  privé à but non lucratif 43,3% (13)  privé à but lucratif 43,3% (13)  public 13,3% (4)

Vous êtes situé en territoire :  urbain 33,3% (10)  périurbain 30% (9)  rural 33,3% (10)  NR 3,3% (1)

##### La filière gériatrique du centre Hospitalier de la Côte Basque

Connaissez-vous La filière gériatrique du centre Hospitalier de la Côte Basque ?  oui 96,7% (29)  non 3,3% (1)

Si oui, que connaissez-vous de cette filière ?

- EMOG (20)
- Lits hospitaliers (MCO, SSR, médecine gériatrique, long séjour, EHPAD ... ) (16)
- Consultations (aide aux aidants, mémoire, consultation médecin gériatre) (8)
- Equipe de soins palliatifs (4)
- Equipe douleur (1)

Les informations concernant la filière gériatrique sont-elles facilement accessibles ?  oui 80% (18)  non 26,7% (8)  NR 13,3% (4)

Si oui, où trouvez-vous ces informations ?

- Site Internet CHCB (7)
- EMOG (plaquettes d'information) (8)
- Médecins gériatres (3)
- Réunion information spécifique à la gériatrie (2)
- Secrétaire CH (1)
- Orientation par autre structure (1)
- Dossier pré-admission (1)

Si non, quelles difficultés éventuelles éprouvez-vous pour accéder à ces informations ?

- Site Internet dédié à la gériatrie
- Manque coordination entre sanitaire et médico-social
- Méandre hospitalier
- Méconnaissance des spécificités de chacun

### ■ Le partenariat avec le centre Hospitalier de la Côte Basque

Avez-vous un ou (des) partenariat(s) avec le centre Hospitalier de la Côte Basque:  Oui 90% (27)  Non 10% (3)

#### Si oui, les quels :

- EMOB (7)
- Soins palliatifs (7)
- Convention avec CHCB (6)
- Plan canicule (2)
- Réflexions (avec la direction du CHCB, avec le chef de pôle) (2)
- Equipe douleur (1)
- Consultation mémoire (1)
- CMP (1)
- A la demande si besoin pour problème de prise en charge ou avec les familles (1)

En êtes-vous :  satisfait 56,7% (17)  plutôt satisfait 26,7% (8)  plutôt insatisfait 3,3% (1)  insatisfait 0  NR 13,3% (4)

#### Quelles en sont les raisons :

- Compétences, réactivité, réponses aux questions (19)
- Bons échanges avec équipes (soins palliatifs et douleur) (2)
- Aides à la formation, aux soignants (2)
- Délais très longs (intervention, organisation hospitalisation) (2)
- Bonne collaboration avec les services du CHCB (1)
- Difficultés de communication entre les services hospitaliers (1)
- Manque de suivi (convention à signer, pas de rencontres organisées...) (2)

#### Quelles améliorations suggérez-vous :

- Améliorer les délais (consultations, hospitalisations, evts, convention ...) (5)
- Avoir un référent gériatrie identifié au CHC (3)
- EMOB (plus disponible) (2)
- Reprendre les Journées thématiques (1)

### ■ La prise en soins et l'accompagnement de la personne âgée dans votre établissement

#### Rencontrez-vous des difficultés : (plusieurs réponses possibles)

- lors de l'admission de la personne âgée dans votre établissement 10% (3)
- lors des sorties pour hospitalisations 13,3% (4)
- lors des retours suite à hospitalisation 50% (15)
- concernant la sensibilisation du personnel à la prise en soins des personnes âgées 16,7% (5)
- concernant la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiques 70% (21)
- lors de l'accompagnement en fin de vie 33,3% (10)
- lors de la sortie de l'établissement 13,3% (4)

#### Si autre(s) difficultés, merci de préciser :

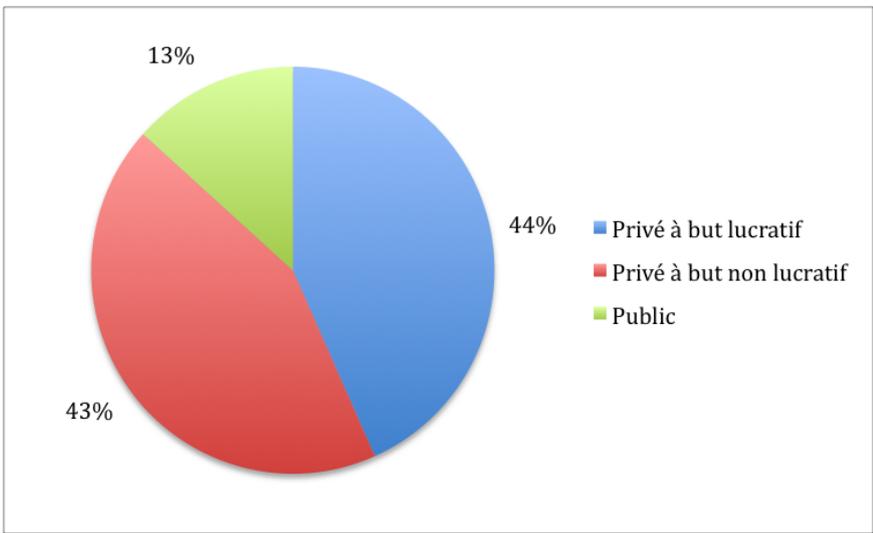
- Manque d'informations suite à une hospitalisation (courrier, traitements et soins) (3)
- Problèmes de relation avec les familles (3)
- Difficultés et délais pour placer une personne âgée (3)
- Difficultés et délais pour faire hospitaliser une personne âgée (3)
- Méconnaissance de la personne âgée dément(e) (1)

#### Quelle(s) réponse(s) peut, selon vous apporter le Centre Hospitalier de la Côte Basque à ces difficultés ?

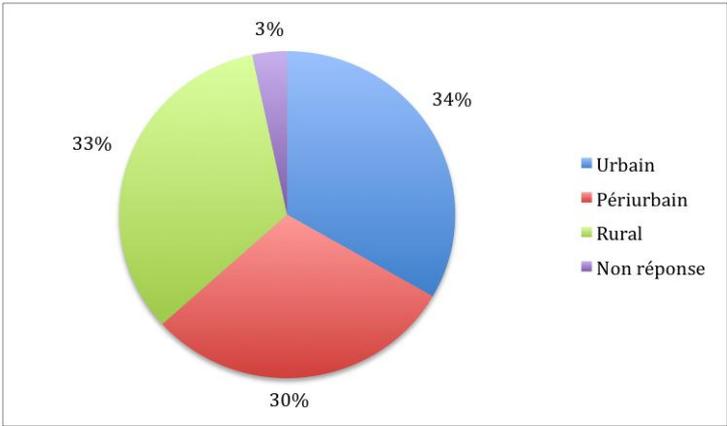
- Aide d'experts en gériatrie (4)
- Un référent gériatrie dès l'entrée au CHCB (urgences, hospitalisation) (3)
- Plus de formations (soins palliatifs ...) (3)
- Dossier de soins type pour personne âgée dépendante (avec fiche de liaison pertinente ou courrier de sortie exploitable si hospitalisation) (2)
- Améliorer la connaissance des EHPAD et les limites de la prise en charge (2)
- Création filière psycho-gériatrique (2)

### ■ Suggestions

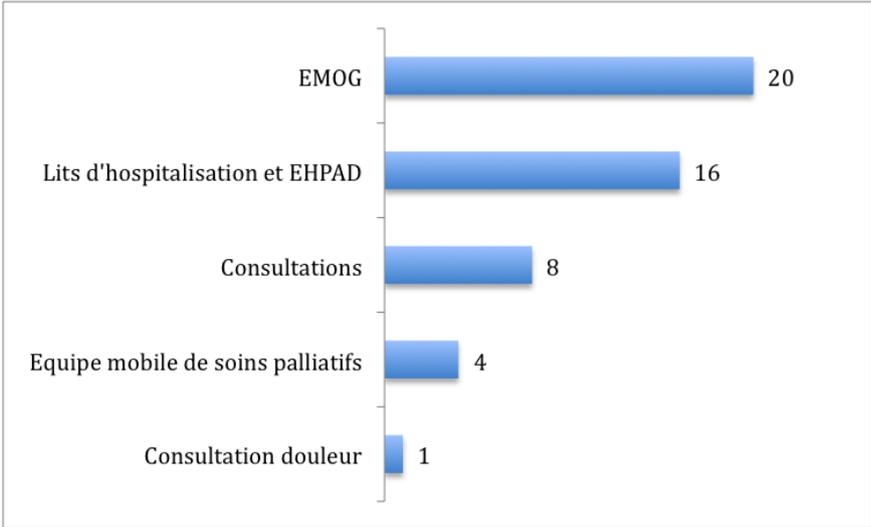
Améliorer le partenariat entre le CHCB et les EHPAD (programmer les hospitalisations et les retours, mettre en place un référent gériatrie sur l'hôpital, améliorer la communication entre le service d'hospitalisation et l'EHPAD)  
Echange de compétences et de savoir pour améliorer la prise en charge  
Création d'une filière psycho-gériatrique



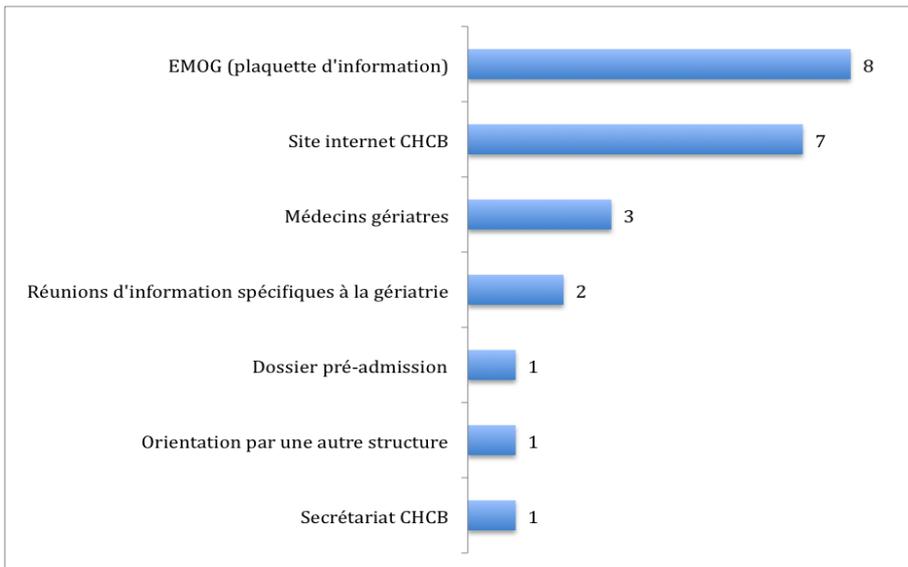
**Graphique n°1 :** Statut juridique de l'établissement



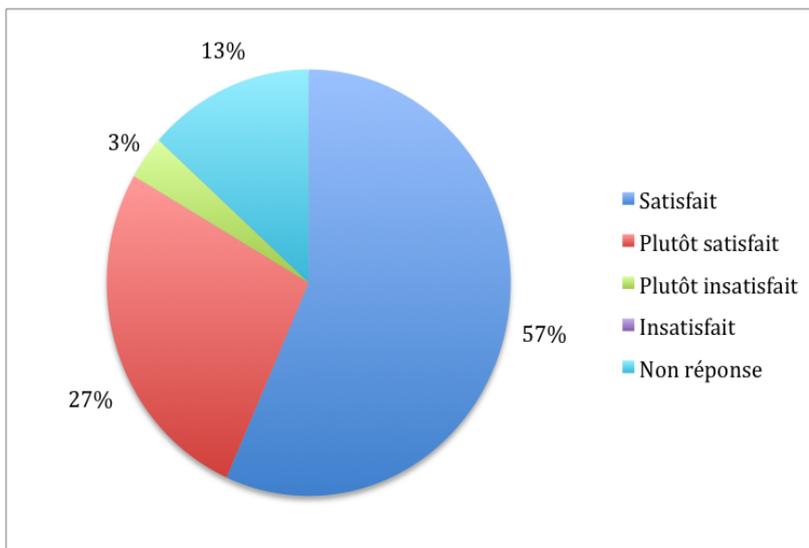
**Graphique n°2 :** Situation territoriale de l'établissement



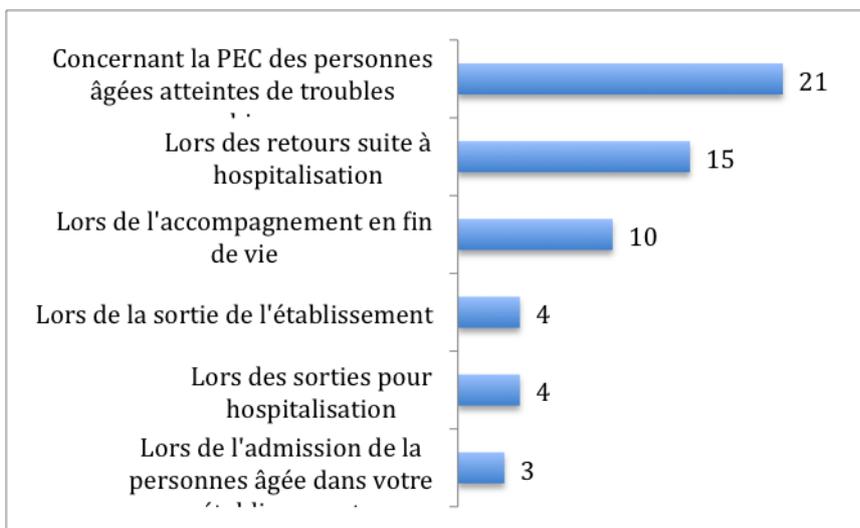
**Graphique n°3 :** Que connaissez-vous de la filière gériatrique du CHCB ?



**Graphique n°4 :**  
Où trouvez-vous les informations sur la filière gériatrique du CHCB ?



**Graphique n°5 :** Etes-vous satisfait du partenariat avec le CHCB ?



**Graphique n°6 :**  
Dans quel(s) domaine(s) rencontrez-vous des difficultés ?

## Guide d'utilisation de la grille d'identification du patient âgé fragile

**L'évaluation est réalisée sur la base de la situation du patient 15 jours avant son admission aux urgences.**

Cet outil est destiné à l'évaluation rapide du profil gériatrique de personne âgée de plus de 75 ans admis aux urgences.

Les questions sont posées au patient et/ou à la personne de référence présente ou contactée par téléphone.

**Provenance** : lieu de vie habituel du patient

**Médicaments** : considérer chaque substance prise au moins 1 fois par semaine. Exclure les vitamines

**Fonctions cognitives** : doute sur l'intégrité des fonctions cognitives coter 1, fonctions cognitives connues et peu altérées coter 2.

**Humeur** : êtes vous anxieux ou avez vous besoin d'anxiolytique, êtes vous souvent triste ou déprimé ou prenez vous des antidépresseurs depuis moins de 2 mois.

**Perception de santé** : « comment percevez vous votre santé en général ? » c'est à dire de manière habituelle . On peut ajouter « par rapport aux autres personnes de votre âge »

**Chute** : « êtes vous tombé à terre, avez vous glissé plus bas, a-t-on du vous relever ? »

**Nutrition** :

Soit le patient n'a pas de problème d'appétit ou de poids - coter 0

soit il a une diminution nette de l'appétit depuis 15 jours - coter 1

soit il est franchement dénutri (IMC < 21 homme, < 20 pour une femme) - coter 2

**AVQ (se lever, marcher)** : transfert position assise à la position debout + marche

**AVQ (continence)** : pas d'incontinence coter 0, pertes accidentelles ou incontinence nocturne (port de protection) coter 1, incontinence urinaire et/ ou fécale en permanence coter 2

**AVQ (alimentation)** : nécessité d'une préparation des aliments dans l'assiette et/ ou des instructions pour le repas coter 1, nécessité d'une aide pendant tout le repas coter 2

**AVQ (instrumentale)** : nécessité d'une aide ou d'une incapacité dans une de ces activités détermine la cotation

AVQ = activité de la vie quotidienne

### Grille d'identification du patient âgé fragile

	0	1	2
<b>Age</b>		Entre 75 et 84 ans	85 ans et plus
<b>Provenance</b>	Domicile	Domicile avec aide	EHPAD (maison de retraite)
<b>Médicaments</b>	3 ou moins	4 à 5	6 ou plus
<b>Fonctions cognitives</b>	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)
<b>Humeur</b>	Normale	Parfois anxieux	Souvent triste et déprimé
<b>Perception de santé (en général)</b>	Meilleure	Bonne	Moins bonne
<b>Chute dans les 6 derniers mois</b>	Aucune	Une et sans gravité	Chutes(s) compliquée(s) ou comme motif d'hospitalisation
<b>Nutrition</b>	Normal, poids stable, apparence normale	Perte d'appétit de poids (3kg/3 mois)	Franchement dénutri (IMC<21)
<b>Maladies associées (comorbidités)</b>	Pas en dehors de l'admission aux urgences	De 1 à 3	Plus de 3, ou AVC, ou cancer ou BPCO, ou insuf. Card. Cong.
<b>AVQ-Se lever, marcher (mobilité)</b>	Autonome	Soutien	Incapacité
<b>AVQ-Continence (urinaire et/ou fécale)</b>	Autonome	Incontinence accidentelle	Incontinence
<b>AVQ-manger (prendre les repas)</b>	Autonome	Préparation	Assistance
<b>AVQ-instrumentales (repas, téléphone, médicaments, budget)</b>	Autonome	Aide	Incapacité
<b>Score /26</b>			

Entourez les facteurs de risques correspondants puis faire la somme des 3 colonnes.

**Score < 12 → patient âgé non fragile**

**Score >12 → patient âgé fragile → hospitalisation en court séjour gériatrique**

Service de destination si absence de place en court séjour gériatrique : \_\_\_\_\_

Dans ce cas faxer cette grille à l'EMOG (64389)

## Ils travaillent au chevet de la fragilité

Le docteur Fabrice Campomanes et l'infirmière Stéphanie Ebaupin soignent les patients âgés dans tous les services de l'hôpital. Une approche précise et délicate



Fabrice Campomanes établit un contact par le toucher avec ses patients.  
PHOTO JEAN,-DANIEL CHOPIN

La gériatrie est un service transversal du centre hospitalier de Bayonne Côte basque. Ses médecins sont appelés à intervenir dans tout l'établissement de santé. Comme Fabrice Campomanes, appelé aux urgences par une interne. Il est avec une dame que nous appellerons Lucette. Elle vient de faire une chute.

Avec l'infirmière Stéphanie Ebaupin « on travaille toujours en binôme », le gériatre suit les couloirs méandres de l'hôpital jusqu'au chevet de Lucette. En chemin, Fabrice Capomanes affranchit le profane : « Aux urgences, ils ont relevé des signes de fragilité. Nous allons devoir affiner et évaluer cette fragilité. Et décider d'une prise en charge en court séjour de gériatrie ou non. »

Les médecins appliquent des critères précis et multiples aux patients : perte de poids récente, moral, perte de facultés intellectuelles...

« C'est une syncope ? »

Avant l'entrée dans la chambre, le gériatre et l'infirmière font le bilan des constatations de l'interne qui les a prévenus. Lecture de la fiche établie. Celle-ci prend en compte des éléments autres que purement médicaux. Tout à son importance : « Alors, c'est une dame qui a vraisemblablement fait une chute dans les escaliers. Elle vit chez elle avec son mari. Elle bénéficie de pas mal d'aide à domicile. » Le docteur Campomanes : « C'est une syncope ? » « A priori oui ? »

Partager



Plus

Bayonne

Pyrénées-Atlantiques

santé

Envoyer à un ami

Imprimer

L'équipe médicale analyse le scanner cérébral réalisé à son arrivée à l'hôpital. « On dirait qu'il n'y a pas de lésion. » Quelques instants plus tard, dans la chambre de Lucette. « Comment ça va ? Vous avez le moral ? » Fabrice Campomanes parle très près de la patiente. « Oui. Mais j'ai pleuré tout à l'heure », confie la vieille dame alitée.

- « Vous avez pleuré parce que vous vous trouvez mal ? »

- Oui.

- Vous vous trouvez mal parce que vous vous êtes fait mal, ou parce que vous vous trouvez mal en ce moment, en général ? »

### Contact

Le gériatre, comme Sophie Ebaupin, touche la main de la patiente quand ils lui parlent. Plus tard, le praticien expliquera pourquoi : « Le contact, quand il est bien fait et authentique, est rassurant. Mais vraiment, il faut que ce soit naturel, avoir l'intention d'établir ce contact. Si ça ne nous est pas une évidence, il ne faut pas le faire. »

Lui le fait, comme il approche son visage de celui de Lucette. Ce n'est pas seulement pour appuyer les mots à cause d'une audition défaillante. « C'est pour accrocher le regard. Là aussi pour rassurer. »

### Enquête

Avec douceur, le médecin et l'infirmière reconstituent le contexte par lequel la patiente est arrivée entre leurs mains. Et ce contexte leur en dit long. L'approche relève à bien des égards de l'enquête. « Vous pouvez me dire comment vous êtes tombées dans l'escalier ? » Après un effort de réflexion : « Non, je ne sais pas comment. »

Par petites touches, sans brusquerie, ils soupçonnent des problèmes urinaires. Une échographie de la vessie va rapidement le confirmer. Les conditions de la chute laissent aussi un doute au médecin. « Il faut vérifier s'il n'y a pas eu un problème cardiaque pour expliquer la syncope. »

### « Fragilité particulière »

Il va appeler au domicile de Lucette pour des investigations plus poussées. Au téléphone : « Ça lui est déjà arrivé ? Oui... Elle est tombée comment ? Ah, ça fait quelque temps qu'elle chute... Actuellement, vous la trouvez ralentie ? » Comme il le lui a déjà annoncé en sortant de sa chambre, Lucette passera quelques jours à l'hôpital. Reste à lui trouver une place. Ce n'est pas le moindre des défis. « On lui a trouvé un lit en cardiologie. On la suivra là-bas. »

Fabrice Campomanes tient la main de ses patients. Ce n'est pas un geste courant dans les autres services. Certainement la vulnérabilité des patients âgés incline-t-elle à ce contact. « C'est vrai que l'on est dans un contact spécifique. Il y a cette fragilité particulière. L'hôpital a quelque chose de très agressif, surtout pour ces personnes fragiles. »

Le médecin ne pratique pas en gériatrie « par hasard ». « Ce contact spécifique, c'est un contact avec des personnes au bord du gouffre. Elles ont forcément quelque chose à apporter. On a un rapport à la vie par la vieillesse, qui est une richesse. Cet échange avec les patients peut être très puissant. »

## **Annexe n°5 : convention entre le CHCB et les EHPAD**

### **- CONVENTION RELATIVE AUX MODALITÉS DE COOPERATION ENTRE LE C.H.I.C.B. ET UN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES DANS LE CADRE DE LA FILIERE DE SOINS GERIATRIQUES DU TERRITOIRE DE SANTE DE BAYONNE.**

Entre :

- Le Centre Hospitalier Intercommunal de la Côte Basque (C.H.I.C.B.), représenté par le directeur

Et :

- l'EHPAD \_\_\_\_\_, représenté par ...

Vu l'article L. 6134-1 du code de la santé publique ;

Vu l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles,

#### **Il est convenu ce qui suit :**

##### **Préambule :**

Afin d'assurer aux personnes âgées une prise en charge graduée, adaptée à l'évolution de leur état de santé, il convient, de formaliser les obligations réciproques de l'établissement de santé et des EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques et des Plans Nationaux (canicule et pandémie grippale).

#### **Article 1<sup>er</sup> : Objet de la convention**

La présente convention a pour but de décrire de façon opérante les engagements réciproques ou partagés du C.H.I.C.B. et de l'EHPAD afin de :

- \* Faciliter les flux de patients et optimiser la prise en charge gériatrique ;
  - ◆ en faisant bénéficier les résidents de l'EHPAD d'une évaluation gériatrique standardisée;
  - ◆ en évitant au maximum aux résidents, en cas de transfert au C.H.I.C.B., de transiter par la structure des urgences ;
  - ◆ en garantissant aux résidents des hospitalisations adaptées ;
  - ◆ en facilitant leur retour dans l'EHPAD après une hospitalisation ;
- \* Favoriser la communication des informations relatives aux résidents entre le C.H.I.C.B. et l'EHPAD ;
- \* Favoriser la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et accompagner les transferts des résidents en milieu hospitalier en collaboration avec le médecin coordonnateur ;
- \* Développer une culture gériatrique commune.
- \* Collaborer à la mise en place des différents Plans Nationaux

#### **Article 2 : Engagement du C.H.I.C.B.**

Le C.H.I.C.B. s'engage à faciliter l'accès des résidents de l'EHPAD, quel que soit leur niveau de couverture sociale, aux structures sanitaires requises par leur état de santé :

- consultations gériatriques à Saint Léon et à Saint Jean de Luz ;
- consultations de spécialités à Saint Léon;
- court séjour gériatrique de Saint Léon à Bayonne ou de Saint Jean de Luz ;
- services de spécialités de Saint Léon ;
- soins de suite et de réadaptation gériatriques de Trikali à Saint Jean de Luz ;
- soins de longue durée de l'Arrayade à Bayonne et de Trikali à Saint Jean de Luz ;

- équipe mobile gériatrique.

## 2.1. Accès aux consultations

L'accès aux consultations gériatriques est facilité pour les résidents de l'EHPAD :  
Il en va de même pour les autres consultations délivrées par le C.H.I.C.B.  
Le médecin traitant du résident, sur conseil ou demande du médecin coordonnateur, peut y faire appel.

### Les plages horaires de consultations gériatriques :

#### A Saint-Jean-De-Luz :

- TRIKALDI : ☎ 05.59.51.45.92.
  - Docteur B. HARRIBEY : lundi après-midi et mercredi matin
- Docteur M. NOBLIA : mercredi après-midi et/ou jeudi après-midi
- Docteur F. FIASSON : mercredi matin
  
- Unité de court séjour gériatrique (site Unité de Soins Actifs) : ☎ 05.59.51.45.12.
  - Docteur E. SANCHEZ : jeudi après-midi

#### A Bayonne :

- Consultations externes de gériatrie (Saint Léon) : ☎ 05.59.44.35.30.
  - Docteur F. LAMOULIATTE : lundi, mercredi et jeudi après-midi,
- Docteur E. ZAPATA : lundi, mardi, jeudi matin, vendredi toute la journée,
- Docteur F. FIASSON : mardi matin

### Les plages horaires de la consultation systémique d'aides aux aidants (thérapeutes familiaux) :

#### A Saint-Jean-De-Luz :

- Unité de court séjour gériatrique (site Unité de Soins Actifs) : ☎ 05.59.44.47.41.  
Madame Céline PARIS : lundi matin, tous les 15 jours.

#### A Bayonne :

- Consultations externes (Saint-Léon) : ☎ 05 59 44 43 82.
  - Céline PARIS : lundi, mardi et jeudi après midi.
  - Docteur E. ZAPATA : lundi, mardi, jeudi matin, vendredi toute la journée.

+ consultations mémoire

## 2.2. Recours à l'hospitalisation

Le résident présentant une pathologie aiguë et nécessitant des soins techniques et continus ne relevant pas d'une structure médico-sociale est pris en charge dans les plus brefs délais dans le service du C.H.I.C.B. dont il relève, soit en court séjour gériatrique, soit en service

de spécialités, chirurgie notamment. Les cas d'urgence vitale peuvent justifier un passage par la structure des urgences.

En cas d'impossibilité du C.H.L.C.B. à assumer sa mission, celui-ci s'engage à proposer à l'EHPAD une hospitalisation programmée.

Les numéros d'appels des médecins gériatres du Court Séjour Gériatriques sont :

- Docteur MA GREGOIRE, Docteur E. SANCHEZ : ☎ 05.59.51.45.75.
- Docteur F. LAMOULIATTE : ☎ 05.59.44.37.53.

Le C.H.L.C.B. assure la prise en charge du résident en SSR gériatriques à Trikali, soit suite à son hospitalisation dans l'un de ses services, soit directement en provenance de l'EHPAD. L'admission s'opère à l'issue de l'examen du dossier en commission d'admission. Numéro direct du Docteur M. NOBLIA : ☎ 05.59.51.45.91.

Le C.H.L.C.B. s'engage à préparer la sortie du résident en collaboration avec l'EHPAD. En tout état de cause, l'EHPAD est informé du retour du résident dans un délai négocié entre les deux parties au moment de l'hospitalisation.

### **2.3. Recours à l'équipe mobile gériatrique**

L'EMOG s'engage à une action qui se traduit par :

- 1°) Un accompagnement des équipes dans la mise en œuvre du projet de vie *personnalisé* du résident.
  - 2°) Une sensibilisation des personnels à la culture gériatrique par des actions de formations/informations sur des thèmes déterminés
  - 3°) L'évaluation gériatrique individuelle
  - 4°) Aide à la résolution de problématique institutionnelle
- Toute décision d'intervention est prise par la seule EMOG, en fonction de ses disponibilités et de la pertinence de la demande.

## **Article 3 : Engagement de l'EHPAD .....**

### **3.1. Retour d'un résident hospitalisé dans l'EHPAD**

L'EHPAD s'engage à reprendre le résident dans un délai négocié, dès que le praticien, responsable de son hospitalisation, estime qu'il ne nécessite plus une prise en charge hospitalière.

Après évaluation et concertation avec le médecin coordonnateur, lorsque l'état de santé du résident n'est plus compatible de façon transitoire ou définitive avec le niveau de soins possible au sein de l'EHPAD, une nouvelle orientation dans la filière de soins gériatriques territoriale est recherchée par la direction de l'EHPAD.

### **3.2. Accès des personnes âgées hospitalisées dans un des services du C.H.L.C.B. à l'EHPAD**

L'EHPAD favorise l'accueil de personnes âgées hospitalisées au C.H.L.C.B. dont l'état de santé ne justifie plus le maintien dans la filière hospitalière.

Le transfert à l'EHPAD s'effectue après une demande d'admission réalisée auprès de l'EHPAD par le cadre de santé du C.H.L.C.B. après accord de la famille ou par la famille elle-même.

### 3.3. Intervention de l'EMOG

- En ce qui concerne les actions de formation/information, la direction de l'EHPAD établit en début d'année civile une liste de thèmes à aborder. Ces interventions d'une durée d'environ 1h30 sont *programmées deux fois par an*.

- En ce qui concerne les actions 1°) et 3°), l'EMOG intervient en cas de besoin après une demande formalisée du médecin traitant du résident et/ou de l'équipe de l'établissement.

Un rapport est envoyé au médecin traitant et au médecin coordonnateur après chaque évaluation gériatrique.

- En ce qui concerne les actions 1°) et 2°), la direction de l'EHPAD s'engage à faciliter l'intervention de l'EMOG.

La direction diffuse les dates d'intervention, permet au personnel d'être disponible ou de revenir sur des temps de repos pendant la durée de la réunion.

- Pour les demandes d'évaluation, la direction s'engage à obtenir un consentement éclairé du résident et/ou de son entourage *après accord du médecin traitant – sauf si appui technique. De plus la famille doit être informée du rendez-vous avec l'EMOG.*

3.4. Dans le cadre des Plans Nationaux Canicule et Pandémie grippale, l'EHPAD s'engage, en outre, à communiquer les différents volets de son Plan Bleu au C.H.I.C.B et à respecter l'organisation hospitalière mise en œuvre pour répondre aux circonstances exceptionnelles.

#### Article 4 : Information des instances du C.H.I.C.B. et de l'EHPAD

La présente convention est soumise à l'information des Conseils d'Administration des deux établissements, du Conseil de la Vie Sociale de l'EHPAD et de la Commission Médicale d'Établissement du C.H.I.C.B.

#### Article 5 : Modification de la convention

Toute évolution des actions de coopération nécessite un avenant à la présente convention.

#### Article 6 : Evaluation et suivi de la convention

La présente convention fait l'objet annuellement d'un bilan et d'une réunion de concertation entre les établissements.

#### Article 7 : Durée de la convention

La présente convention prend effet à compter du.....pour une durée de un an. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée trois mois avant l'échéance.

Fait à ....., le .....

Pour l'EHPAD

Pour le C.H.I.C.B.

## **Annexe n°6 : Liste des entretiens et visites sur place**

### Entretiens

Un inspecteur à la DT ARS des Pyrénées-Atlantiques – 26 mai 2011 – Pau

Le chef du pôle filière gériatrique du CHCB – 27 mai 2011 – Bayonne

Le directeur de la Fondation Luro – 30 mai 2011 – Ispoure

Le chef du service de contrôle et de tarification des établissements au Conseil Général des Pyrénées-Atlantiques – 10 juin 2011 – Pau

Le chef du pôle psychiatrie adulte du CHCB – 21 juin 2011 – Bayonne

### Réunions

Réunion avec des représentants d'un groupe d'établissements privés à but lucratif de court séjour - 5 janvier 2011 – Bayonne

Réunion avec des représentants d'une association gestionnaire d'EHPAD privés à but non lucratifs – 5 janvier 2011 – Bayonne

Réunion organisée par la DT ARS des Pyrénées-Atlantiques – 22 mars 2011 – Bayonne

Réunions sur la localisation du pôle filière gériatrique – 26 avril et 3 mai 2011 – Bayonne

Rencontre avec l'Equipe Mobile de Gériatrie du CHCB – 4 mai 2011 – Bayonne

Réunion de la délégation territoriale de la FHF Navarre-Côte Basque – 12 mai 2011 – Hendaye

Conférence organisée par la FHF sur la continuité des soins auprès des personnes âgées – 18 mai 2011 – Géront'Expo, Paris

### Visites sur place

Un établissement de soins de suite gériatrique privé à but lucratif – 8 avril 2011 – Cambo-les-Bains

ERGUY

Iban

Décembre 2011

## DESSMS

Promotion 2010-2011

# Les enjeux de la structuration d'une filière gériatrique sur le Territoire de santé Navarre – Côte Basque

### **Résumé :**

L'étude des enjeux de la structuration d'une filière gériatrique sur le Territoire de santé Navarre-Côte Basque requiert au préalable l'étude des besoins des acteurs sanitaires et médico-sociaux, avant toute définition d'objectifs. Ils effectuent leur mission de prise en soins et d'accompagnement des personnes âgées sur un territoire particulier, dichotomique (urbain/rural), dans lequel le secteur privé impose une forte concurrence tant dans le domaine sanitaire que médico-social. Les besoins exprimés par les professionnels de terrain mettent en exergue la difficulté de prendre en soins et d'accompagner des publics particuliers (fin de vie, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, troubles du comportement), sous-tendant une demande de formation et d'information plus claire et lisible.

Le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB), établissement public de santé de référence, dispose justement d'une filière gériatrique, permettant au patient gériatrique de suivre un parcours de soins au sein d'un pôle unique dont la constitution est récente, mais qui subit des contraintes structurelles et conjoncturelles qui empêche le déroulement fluide du parcours hospitalier. Il s'agit alors de passer d'une logique hospitalière à une logique territoriale, ce qui impose un changement de culture auquel le CHCB adhère par l'établissement de partenariats bilatéraux, dont certains restent encore à formaliser. Le partenariat n'étant pas suffisant, c'est la coopération qui doit être recherchée et encouragée, par des projets à mener au sein d'une filière territoriale, afin de permettre l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité de la prise en soins et de l'accompagnement des personnes âgées sur le Territoire, avec des objectifs-cibles bien précis.

Afin de servir cette finalité, le choix du réseau de santé apparaît comme étant le cadre juridique le plus adapté. Des projets visant à consolider les outils existants, à améliorer la coordination du parcours de la personne âgée et à intégrer deux nouveaux outils au sein de la filière territoriale peuvent être mis en place. Une instance de suivi et d'évaluation de ces projets devra mesurer leur pertinence pour atteindre les objectifs fixés.

### **Mots clés :**

personnes âgées, gériatrie, territoire, offre de soins, sanitaire, médico-social, soins, accompagnement, patient, résident, parcours, filière, partenariat, coopération, réseau, coordination, accessibilité, continuité, qualité, évaluation

*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.*