



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 2005**

---

**VIEILLISSEMENT ET PRISE EN CHARGE  
DE LA PERSONNE ÂGÉE A L'HÔPITAL  
L'EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE D'UNE FILIÈRE  
GERIATRIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE  
LANDERNEAU**

---

**Claire MILLINER**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce mémoire :

Madame le Professeur Gentric, qui a accepté le rôle d'encadrant mémoire, pour ses conseils et ses relectures attentives et critiques.

Monsieur Ollivier, directeur général du Centre Hospitalier de Landerneau, qui m'a laissé toute liberté pour choisir mon sujet de mémoire et m'a fait partager sa vision stratégique.

Madame Kerneis, mon maître de stage au Centre Hospitalier de Landerneau, pour son soutien et ses éclairages sur un domaine qui n'était pourtant pas strictement le sien.

L'ensemble de l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Landerneau pour l'intérêt que chacun des directeurs a porté à mon travail.

Toutes les personnes dans l'établissement et notamment les médecins et les cadres de santé qui m'ont reçue en entretien ou m'ont fourni les données dont j'avais besoin.

Les personnes au sein des services déconcentrés de l'Etat qui ont accepté de se soumettre à mes questions.

Les médecins de ville et du CHU de Brest qui m'ont accordé du temps et fait partager leur expérience.

Mes proches, et en particulier Gwendal, pour leur soutien et leurs conseils.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
<b>1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE, UN DEFI POUR L' HOPITAL .....</b>	<b>7</b>
1.1 LA POPULATION VIEILLIT MAIS QUI SONT CES « PERSONNES AGEES » ? .....	7
1.1.1 Définitions relatives au vieillissement.....	7
1.1.2 Les personnes âgées, une population longtemps méconnue aux caractéristiques renouvelées..	12
1.1.3 Des données démographiques concordantes.....	19
1.2 QUAND LES POLITIQUES PRENNENT CONSCIENCE DE L'ENJEU DE SANTE PUBLIQUE.....	21
1.2.1 Un enjeu émergent dans les politiques publiques.....	21
1.2.2 Des textes qui recommandent d'agir.....	21
1.2.3 Un changement des modalités de la planification sanitaire qui devrait permettre une meilleure adaptation de l'offre aux besoins.....	22
1.3 L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION SUR L'ORGANISATION HOSPITALIERE .....	23
1.3.1 Une modification de la demande mais une offre en attente de recomposition.....	23
1.3.2 L'enjeu de la période d'hospitalisation pour une personne âgée.....	24
1.3.3 Le vieillissement de la population met en lumière certaines failles du système hospitalier.....	27
<b>2 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DANS UN HOPITAL DE PROXIMITE, L' EXEMPLE DE LA MIS E EN PLACE D'UNE FILIERE GERIATRIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE LANDERNEAU .....</b>	<b>32</b>
2.1 POURQUOI CREER UNE FILIERE GERIATRIQUE A LANDERNEAU ?.....	32
2.1.1 L'hôpital, acteur à part entière de la filière gériatrique.....	32
2.1.2 Un positionnement de proximité induit par l'âge de la population hospitalisée.....	34
2.1.3 Les dysfonctionnements de la prise en charge actuelle.....	37
2.2 LES ACTIONS A MENER.....	45
2.2.1 La nécessité d'une dynamique institutionnelle et d'un affichage.....	45
2.2.2 Développer l'aspect prévention.....	50
2.2.3 Structurer le parcours du patient pour assurer l'accès à une hospitalisation adaptée.....	54
2.2.4 Développer les liens avec la ville et le secteur social et médico-social pour tendre vers une prise en charge globale.....	62
2.3 LES DIFFICULTES A METTRE EN PLACE LA FILIERE.....	67
2.3.1 La démographie médicale et les difficultés de recrutement dans certaines professions.....	67
2.3.2 Le positionnement stratégique : les craintes liées à positionnement trop ouvertement gériatrique.....	68
2.3.3 La difficile gestion des hommes.....	73
2.3.4 Les risques de la tarification à l'activité (T2A).....	73

<b>CONCLUSION .....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>79</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>84</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AS	Aide Soignant(e)
ASH	Agent des Services Hospitaliers
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
APA	Allocation Personnes Agées
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CODERPA	COmité DEpartemental des Retraités et Personnes Agées
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
FAU	Forfait Accueil Urgences
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PH	Praticien Hospitalier
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSS	Résumé de Sortie de Séjour
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences
T2A	Tarifcation A l'Activité

## INTRODUCTION

« Et ils sont tous aussi vieux ? » Je crois que ce fut ma première réaction lors du stage de découverte de trois mois qui m'a permis, l'année dernière, de m'immerger dans la vie du Centre Hospitalier de Landerneau. Des urgences à la chirurgie en passant par la médecine, il me semblait que l'hôpital de Landerneau n'accueillait que des personnes âgées ! Une infirmière amusée m'a répondu que oui, « sauf en maternité bien sûr »... Je savais que la population vieillissait et que les personnes âgées recouraient naturellement plus aux soins hospitaliers que les autres, mais la confrontation avec cette réalité constitua néanmoins un choc.

Cette situation est évidemment plus marquée dans les hôpitaux de proximité installés en zone rurale comme l'est celui de Landerneau, elle n'en est pas moins bien réelle. Alors je me suis demandée comment l'hôpital s'était adapté à cette nouvelle « patientèle », comment il avait évolué et ce qui avait été mis en place pour répondre aux nouveaux besoins de ces nouveaux patients un peu différents. Si l'hôpital a toujours soigné des patients âgés, ils sont aujourd'hui plus nombreux mais surtout de plus en plus âgés.

La réponse à mes interrogations n'était pas évidente. Bien sûr des réponses aux problèmes spécifiques des personnes âgées étaient trouvées quotidiennement, des actions étaient menées sur des points particuliers ou dans certains services, mais aucune ligne générale n'était tracée, aucune politique globale de prise en charge n'existait.

Il est vrai que le vieillissement de la population n'a longtemps intéressé que les statisticiens et les démographes, mais c'est un processus déjà largement engagé dans les pays développés et la France en prend peu à peu conscience. Réforme des retraites, plan canicule, journée de solidarité, l'accroissement de la part des personnes âgées dans la population implique des changements. La déformation attendue de la structure des âges questionne les différentes politiques publiques : celle de la famille et de l'emploi notamment, et bien sûr celle de la santé. Sur le plan sanitaire les conséquences de ce vieillissement sont évidentes et elles ont modifié le profil de la population hospitalisée, notamment dans les établissements de proximité comme le Centre Hospitalier de Landerneau où environ la moitié des personnes hospitalisées a aujourd'hui plus de 70 ans<sup>1</sup>. Si toutes ne sont évidemment pas des patients polyopathologiques, certaines sont cependant fragiles.

---

<sup>1</sup> Annexe I

C'est là que débute la mission du Centre Hospitalier, dans le repérage, lors du passage à l'hôpital, de ces fragilités qui pourraient entraîner une perte d'autonomie. Son rôle se poursuit avec la prise en charge du patient pendant son hospitalisation, et à ce niveau, l'organisation du parcours de la personne âgée à l'hôpital est décisif. Il faut également veiller à ce que l'hospitalisation, du fait d'une prise en charge parfois inadaptée, ne soit pas à l'origine même de la perte d'autonomie. Enfin, la préparation de la sortie de l'hôpital doit constituer une préoccupation majeure des équipes. 75% des plus de 85 ans vivent à leur domicile, et le maintien dans ce cadre de vie constitue une demande essentielle de cette tranche d'âge.

Il s'agit de profiter du passage à l'hôpital pour inclure les personnes âgées ne relevant pas spécifiquement d'un service de spécialité d'organes dans une « filière gériatrique » au sens de la circulaire du 18 mars 2002, c'est-à-dire une filière de soins spécifique aux personnes âgées. C'est le médecin généraliste qui est naturellement le pivot de cette filière de soins, mais l'hôpital en demeure un acteur incontournable de part sa capacité à réaliser certains examens nécessaires à l'évaluation gériatrique, la possibilité qu'il offre de recourir à l'expertise de gériatres, et du fait de son rôle de recours ultime dans les situations de détresse ou d'urgence.

Si l'optimisation de l'accueil des personnes âgées à l'hôpital semble être une évidence au vu de l'évolution démographique et des enjeux qu'elle recouvre pour cette population, ce choix n'est pas toujours celui qui est privilégié par les établissements. La particularité de ce travail sur la prise en charge des personnes âgées réside dans la volonté d'organiser un parcours centré sur le malade et non sur une pathologie ou un motif de recours. Il ne s'agit évidemment pas d'exclure les personnes âgées des services de spécialité classiques, dont elles peuvent relever au même titre que les autres patients<sup>2</sup>, mais de porter une attention particulière à leurs fragilités, quel que soit leur lieu d'hospitalisation.

C'est essentiellement la partie hospitalière de la filière gériatrique qui sera étudiée dans ce mémoire : pour que l'hôpital soit en mesure de coordonner son action avec celle des structures extérieures il lui faut en effet dans un premier temps organiser clairement le parcours du patient âgé en son sein. Mais il est évident que la notion même de filière suggère une coordination des différents intervenants, intra et extra-hospitaliers. Des pistes seront esquissées.

L'enjeu essentiel est de trouver comment fédérer les énergies à l'œuvre en matière de prise en charge de la personne âgée et comment dépasser les réticences qui existent aussi afin d'aboutir à une vraie filière de soins.

---

<sup>2</sup> Annexe XI

Ce mémoire s'attachera dans un premier temps à expliquer pourquoi et en quoi le vieillissement de la population est un enjeu de santé publique, mais aussi un défi à relever pour l'hôpital. Les enjeux de la mise en place d'une filière gériatrique dans un hôpital de proximité comme celui de Landerneau seront ensuite développés pour aboutir aux actions à mener pour organiser concrètement cette filière.



# **1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE, UN DEFI POUR L' HOPITAL**

## **1.1 La population vieillit mais qui sont ces « personnes âgées » ?**

### **1.1.1 Définitions relatives au vieillissement**

A) Les « personnes âgées » constituent-elles une catégorie de population à part entière ?

Le sens du terme de vieillissement est vraisemblablement plus ou moins le même pour tous, mais les réalités qui apparaissent derrière le mot sont éminemment singulières. Le vieillissement est un processus biologique continu qui commence dès l'âge adulte, mais dans l'acception courante, on entend par vieillissement le fait de devenir vieux. A quel âge est-on vieux alors ? Est-ce parce qu'on appartient à une même classe d'âge qu'on constitue pour autant un groupe de population homogène ? Peut-on seulement parler des personnes âgées dans leur ensemble ?

Une définition objective du terme « personne âgée » ne devrait pas évoquer, au contraire des définitions médicales, les notions de perte ou de déclin. Elle ne saurait pas plus fixer une "limite d'âge" a priori : nous sommes toujours, et ce quel que soit notre âge, une personne âgée par rapport à quelqu'un. La personne âgée en soi n'existe donc pas, c'est plus une catégorisation sociale, une définition statistique qu'une entité réelle. C'est cependant cette expression que nous utiliserons, par commodité d'abord, et puisque, par delà leurs différences, les personnes âgées semblent disposer de caractéristiques communes, qui, sur le plan sanitaire, permettent de penser leur prise en charge de façon cohérente.

Les personnes âgées présentent des particularités rendant même indispensable l'organisation de leur prise en charge à l'hôpital. On constate notamment que le vieillissement observé en France s'accompagne de trois faits majeurs :

- une multiplication du nombre de pathologies par patient : 85% des personnes âgées de plus de 75 ans sont atteintes d'au moins une affection chronique. A 85 ans, les personnes âgées présentent en moyenne 4 pathologies simultanées.
- une augmentation de 14 à 33% du nombre de personnes dépendantes entre 2000 et 2020.
- une volonté de rester à domicile le plus longtemps possible (les taux d'institutionnalisation diminuent).

Les problèmes de santé s'accroissent donc avec l'âge, et les progrès de la médecine, s'ils ont permis d'augmenter significativement l'espérance de vie, n'ont pas supprimé les difficultés liées à la dépendance. A ce stade, il semble nécessaire de poser un certain nombre de définitions qui explicitent les notions principalement utilisées dans le domaine de l'étude du vieillissement.

## B) Les différents types de vieillissement et de personnes âgées

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

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (effort, stress, maladies aiguës). Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. De même, plusieurs systèmes de régulation de paramètres physiologiques s'avèrent moins efficaces chez le sujet

âgé. Il faut souligner que cette réduction fonctionnelle liée au vieillissement est très variable d'un organe à l'autre (vieillissement différentiel inter-organe). De plus, à âge égal, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu âgé à l'autre (vieillissement inter-individuel). La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité. En effet, les conséquences du vieillissement peuvent être très importantes chez certains sujets âgés et être minimales voire absentes chez d'autres individus du même âge.

La notion de vieillissement dit « normal » a été remplacée par différents types de vieillissements :

- Un vieillissement optimal : utilisation optimale par une personne âgée de ses ressources cognitives

- Un vieillissement réussi. La notion de vieillesse réussie dépasse et englobe celle de vieillesse optimale, car elle concerne non seulement le domaine cognitif mais aussi les domaines sociaux et psychoaffectifs
- Un vieillissement qui s'accompagne de signes de fragilité qui sont autant de risques de décompensation vers des syndromes gériatriques
- Un vieillissement plus difficile dans le cas de l'apparition de polyopathologies.

- la vieillesse s'appréhende de façon variable selon le domaine auquel elle s'applique. Ainsi il faut avoir plus de 60 ans pour pouvoir prétendre à l'Allocation pour les Personnes Agées (APA), tandis que le sujet âgé est la personne dont l'âge civil dépasse 65 ans pour l'Organisation mondiale de la Santé. De même, le vaccin contre la grippe est gratuit pour les plus de 65 ans considérés comme plus fragiles que le reste de la population. Le seuil de 75 ans est celui qu'on retrouve le plus souvent dans les études statistiques sur le vieillissement et celui auquel les professionnels de santé se réfèrent généralement quand ils évoquent les personnes âgées. Tout dépend de la raison pour laquelle on cherche à donner un âge à la vieillesse.

- les patients âgés relèvent de plusieurs tableaux : la mono-pathologie sans co-morbidité, la situation de fragilité, la poly-pathologie.

- le patient "gériatrique" est un sujet âgé atteint de poly-pathologies dont certaines chroniques, responsables d'une réduction des réserves fonctionnelles l'exposant, en cas d'événement pathologique nouveau, à des décompensations somatiques et/ou psychologiques, et à des modifications de mode de vie en raison d'immobilisation ou de dépendance. Il s'agit d'une personne fragile, nécessitant, dès le stade initial de sa prise en charge, l'identification des risques d'aggravation, ainsi que des mesures de prévention et des soins spécifiques que requiert son état.

Ce travail est centré sur la prise en charge à l'hôpital des personnes âgées en général. Il va de soit que la personne âgée en bonne santé ne fait normalement pas partie du public hospitalier. Il existe en revanche différents degrés de fragilité chez les personnes âgées et il semble primordial d'inclure dans une prise en charge globale l'ensemble des personnes âgées, des moins fragiles aux plus dépendantes. Conseils, prévention, soutien social, soins ciblés, rééducation, les modes d'actions de l'hôpital sont multiples et dépendent des besoins de chaque personne âgée.

### C) Les disciplines associées et leur fonctionnement

- la gérontologie est une science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects (bio-médical, socio-économique, culturel, démographique...).

- la gériatrie est une discipline médicale qui prend en charge les sujets âgés malades. Reconnue comme une spécialité, elle ne concerne pas la prise en charge des personnes de moins de 60 ans et s'intéresse plus particulièrement à celles de plus de 75 ans. C'est la médecine particulière des personnes âgées.

Elle se définit essentiellement par la façon de soigner et a pour finalité de :

- guérir ce qui est guérissable
- compenser ce qui est compensable
- adapter ce qui est adaptable.

Elle gère la coexistence de plusieurs pathologies, en s'adressant à des patients particuliers, tels que ceux atteints de "poly-pathologies en cascade", et aux sujets " g s fragiles", dont les réserves adaptatives sont très diminuées. Elle prend aussi en compte l'ensemble des conséquences psychiques, fonctionnelles et sociales de l'état des patients. La gériatrie se différencie des spécialités dites «d'organes » traditionnelles dans le sens où son exercice implique de considérer le patient dans sa globalité.

La pratique gériatrique repose sur une évaluation gérontologique standardisée qui consiste à apprécier l'ensemble des aspects adaptatifs du sujet âgé sur le plan physique et psychologique, mais aussi fonctionnel et social. Elle a pour objet d'appréhender l'ensemble des problèmes qui entraînent non seulement la dépendance mais aussi le désavantage social, qui apparaît quand font défaut les aides palliatives de la dépendance ; dès lors, la prise en charge en gériatrie vise à fournir non seulement la thérapie mais aussi les aides nécessaires.

- la psycho-gériatrie correspond à la prise en charge de la souffrance psychique de la personne face à son vieillissement, généralement dans un contexte de vieillissement pathologique (poly-pathologies, démences de type Alzheimer et démences apparentées...).

- la géro-psycho-geriatrie correspond à la prise en charge psychiatrique de personnes âgées, que ce soit pour des pathologies mentales chroniques ou récentes, en phase aiguë ou non. Cette discipline relève essentiellement de la compétence des psychiatres.

- L'évaluation gériatrique standardisée repose sur une analyse de la personne âgée dans sa globalité médico-psychosociale. Cette nouvelle approche naît de travaux américains datant de la moitié des années 1980 et qui mettent en évidence l'intérêt de l'évaluation dans la diminution de la morbidité, de la mortalité, de l'institutionnalisation et donc sur les coûts de la santé à moyen et long terme<sup>3</sup>.

L'objectif en est le dépistage précoce des déficits, afin de prévenir les décompensations ultérieures. Il est apparu qu'une approche multidimensionnelle et systématique était la plus appropriée. Les patients gériatriques ne sont plus actuellement définis par leur âge mais par « leur vulnérabilité, la complexité de leur état clinique et de leurs besoins, l'incertitude de leur devenir et de leurs réactions, et la fragilité des ressources familiales ».

Pour être efficace, l'évaluation gériatrique standardisée doit cibler une « population âgée fragile ». Cette notion a donné lieu à des définitions différentes qui ont fait évoluer le concept. On peut parler de fragilité quand on observe un ou plusieurs des troubles suivants, dits «critères de fragilité » : troubles cognitifs, hygiène déficiente, troubles du comportement, troubles sensoriels, dépression, perte d'autonomie, absence d'entourage, trouble de l'équilibre avec chutes fréquentes, hospitalisations répétées dans les 6 derniers mois, polymédications ou troubles nutritionnels. La réalisation du score ISAR (Identification of Senior at Risk) ou de petits tests rapides (Activities of Daily Living -ALD- pour évaluer le degré d'autonomie ou mini GDS - Geriatric Depression Scale- pour le dépistage de la dépression)<sup>4</sup> permet de repérer ces fragilités chez la personne âgée.

L'étape suivante est l'évaluation gériatrique multidimensionnelle : évaluation des fonctions cognitives, évaluation de la thymie, de l'état nutritionnel, des troubles de la posture et du risque de chute, des fonctions sphinctériennes, des fonctions sensorielles, de l'autonomie et évaluation sociale la composent. L'évaluation doit être si possible réalisée de façon coordonnée par le gériatre et l'assistante sociale.

Au terme de l'évaluation est élaborée une stratégie de prise en soins globale, interdisciplinaire et multidimensionnelle avec pour objectifs la prévention de la dépendance, la réduction du

---

<sup>3</sup> Mt, vol. 10, n°4, juillet-août 2004

<sup>4</sup> Annexe II

nombre d'hospitalisations, le retard à l'institutionnalisation, voire la diminution de la mortalité, et le maintien de la qualité de vie.

Si le bénéfice est prouvé concernant l'amélioration de l'état de santé et des capacités fonctionnelles, l'efficacité en termes de coût paraît moins évidente. On peut cependant décrire un effet d'investissement avec de probables réductions des dépenses de santé à long terme. Notons qu'en France il existe peu ou pas d'études sur l'évaluation gériatrique multidimensionnelle.

De nombreuses disciplines s'intéressent à la personne âgée. Il s'agit pour l'hôpital de réussir à coordonner leurs actions complémentaires autour du patient âgé afin de lui assurer une prise en charge la plus complète et la plus pertinente possible.

### **1.1.2 Les personnes âgées, une population longtemps méconnue aux caractéristiques renouvelées**

#### A) Recherche et personnes âgées

##### a) *La recherche sur le vieillissement est encore peu développée*

Le monde de la recherche médicale n'a pas encore intégré totalement sa dimension hospitalière, pourtant indispensable à la recherche clinique, donc à la recherche en général. Deux exemples sont développés dans le rapport du Conseil Economique et Social<sup>5</sup>. Le collectif « Sauvons la recherche » tout d'abord, créé en 2003, n'a pas abordé la question de la recherche à l'hôpital. De même à aucun endroit, le rapport des Etats généraux de la recherche de novembre 2004 ne cite les mots « hôpital », « hospitalier », « hospitalière ».

La recherche sur le vieillissement, en particulier, n'en est encore qu'à ses débuts. Or, compte tenu du nombre croissant de personnes âgées dans la population, il est indispensable qu'elle se développe dans toutes ses dimensions, qu'il s'agisse de la recherche fondamentale ou clinique. En effet, on ne soigne pas une personne âgée comme une personne de 40 ans, pas plus qu'on ne communique avec elle de la même manière. Pour faire progresser la qualité de la

---

<sup>5</sup> CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL *L'hôpital public en France : bilan et perspectives, 2005*

prise en charge des personnes âgées, il est indispensable de connaître les effets du vieillissement sur le plan organique et sur le plan psychique. Cette connaissance est primordiale pour mieux soigner les sujets âgés, pour mieux comprendre les symptômes dont ils peuvent souffrir et leurs origines, pour mieux connaître l'expression et l'évolution particulières de certaines maladies sur ce terrain. Cette connaissance aide dans de nombreux cas à choisir les approches thérapeutiques les plus adaptées. Enfin, il est important de bien connaître le processus du vieillissement pour donner aux sujets de tous âges des conseils de prévention pour réussir à vieillir avec le meilleur état de santé possible.

*b) La gériatrie, une spécialité médicale qui attire encore trop peu*

Le domaine de la recherche en gériatrie n'est encore qu'émergent. Catherine Vautrin, alors secrétaire d'Etat aux personnes âgées, affirmait en mai 2005 : « il est indispensable et urgent de développer la gériatrie à la fac. A ce jour, il n'existe en tout et pour tout, que 38 professeurs d'universités spécialisés en gériatrie et 39 chefs de clinique assistants pour former de futurs médecins qui auront à faire face à une demande de soins accrue. C'est dire que les besoins d'enseignement, de formation et surtout de prise en charge à l'hôpital des malades âgés sont loin d'être couverts ». Il va sans dire que de nombreux médecins, internistes ou autres, à l'hôpital, disposent d'une expérience et de compétences réelles en gériatrie du fait de leur pratique quotidienne. Il n'en demeure pas moins que la gériatrie est une spécialité médicale à part entière et que son enseignement doit être développé. Un programme de promotion de la gériatrie universitaire visant à augmenter le nombre des spécialistes a d'ailleurs été lancé en 2005<sup>6</sup>.

*c) L'exemple du domaine pharmaceutique*

Le domaine du médicament est emblématique de cette situation de la recherche. Les personnes âgées sont en effet de grands consommateurs de médicaments. Elles sont de plus particulièrement sensibles aux effets indésirables. Avant leur mise sur le marché, ne faudrait-il donc pas rendre obligatoire l'étude des médicaments sur les seniors afin de mieux connaître leurs effets secondaires et de réduire leur incidence ?

---

<sup>6</sup> Le Quotidien du Médecin n°7748, 13 mai 2005

Les essais thérapeutiques sont régis par la loi du 20 décembre 1988 dite Loi HURIET-SERUCLAT. La première caractéristique des essais thérapeutiques chez les personnes âgées est leur insuffisance numérique. Tous les médicaments (en dehors des produits à visée obstétricale et pédiatrique) sont susceptibles d'être prescrits à des malades âgés. Or ils sont très peu étudiés dans ce groupe alors que les données obtenues lors d'essais cliniques réalisés chez des sujets jeunes ou, au mieux, chez des seniors en bonne santé, ne sont pas extrapolables aux grands vieillards.

Selon une analyse internationale récente des essais thérapeutiques publiés, l'échantillon des plus de 65 ans représente 5 % des patients inclus dans les essais, alors que cette même classe d'âge représente 15 % de la population générale et 40 % de la population des consommateurs de médicaments<sup>7</sup>.

On est tenté de rapprocher cette insuffisance numérique des essais (et l'insuffisance de la connaissance des effets qui en découle) de la forte iatropathologie médicamenteuse chez les malades âgés. Celle-ci est responsable d'une hospitalisation sur dix après 65 ans. Spontanément, l'industrie pharmaceutique tend à considérer les sujets âgés dans les essais de phase I et IV, mais pas assez dans les phases II et III.

En phase I, l'industrie a obligation de réaliser une expertise pharmacocinétique chez les sujets âgés sains. Celle-ci est réalisée soit dans des officines de recrutement de volontaires sains de tous âges soit dans quelques services hospitaliers de gériatrie (moins de 10 en France) ayant un agrément pour effectuer des recherches "sans bénéfice individuel direct" sur des volontaires âgés. Les critères de sélection sont extrêmement draconiens aboutissant à retenir quelques individus très actifs voire sportifs, ne fumant pas, ne buvant pas, ne prenant aucun médicament, ne souffrant d'aucune pathologie, représentatifs en quelque sorte d'un vieillissement optimal.

L'information au terme de cette expertise, selon laquelle les paramètres pharmacocinétiques principaux (vitesse d'absorption, volume de distribution, « clearance », demi-vie) sont ou non légèrement modifiés par rapport à l'adulte jeune est certes une information intéressante, mais peu prédictive des effets thérapeutiques ou délétères que l'on va observer chez les malades âgés. La recherche des doses maximales tolérées est aussi parfois réalisée en phase I chez des malades âgés hospitalisés présentant la maladie cible du médicament. Même encadrés par

---

<sup>7</sup> U. L.P. Faculté de Médecine Strasbourg DCEM2 2003 – 2004 Module 05 VIEILLISSEMENT in corpus de gériatrie, janvier 2000



la limitation aux services agréés pour la recherche sans bénéfice individuel direct et par l'accord des Comités de protection des personnes se prêtant à des recherches biologiques, ce type d'essai pose des problèmes éthiques difficiles et ne devrait pas utiliser des gammes de dose aussi élevées que chez l'adulte jeune. En tout cas, ces études ne devraient pas être entreprises tant que les résultats complets d'essais identiques chez l'adulte jeune n'ont pas été recueillis et analysés.

En phase IV, c'est-à-dire après commercialisation, les gériatres sont sollicités assez souvent pour réaliser des essais ouverts non comparatifs visant à préciser d'éventuels effets secondaires particuliers aux personnes âgées. Ces essais non comparatifs sont particulièrement inadaptés, car ils placent la gériatrie à part dans les disciplines médicales, hors du champ des essais randomisés (les seuls aboutissant à des conclusions fiables). De plus, ils ne vérifient pas l'efficacité chez le malade âgé, ce qui supposerait une méthodologie comparative. Enfin, en envisageant d'apprécier la tolérance sans apprécier simultanément l'efficacité, ils peuvent déboucher sur des appréciations erronées dans la mesure où, par exemple, un médicament administré à une dose inefficace peut être mieux toléré qu'à dose efficace.

Ce sont donc les essais thérapeutiques de phase II et III (choix de la dose efficace, vérification de l'efficacité et de la tolérance) qui doivent être développés en gériatrie pour tout nouveau produit.

La prescription médicamenteuse à des patients très âgés est une question à laquelle sont quotidiennement confrontés les médecins hospitaliers, et la pertinence de la prescription a évidemment une incidence sur la prise en charge de la personne âgée ; c'est pourquoi les pouvoirs publics doivent jouer leur rôle majeur d'incitateur et de soutien au développement de la recherche. Il est important également que les acteurs du monde hospitalier relaient ces préoccupations.

B) A propos des personnes âgées

a) *La féminisation*

L'avancée en âge s'accompagne d'une féminisation : si une parfaite parité existe avant 60 ans (50 % de femmes dans la société), celles-ci représentent 56 % des 65-69 ans et 67 % des 80-84 ans, phénomène que certains résumant par la formule : "Les vieux sont des vieilles".

*b) L'allongement de l'espérance de vie sans incapacité*

Par ailleurs, l'augmentation de l'espérance de vie intervenant, depuis le début des années soixante-dix, surtout aux âges élevés, la progression des effectifs est d'autant plus marquée que l'on monte dans l'échelle des âges. Ce "vieillissement du vieillissement" s'accompagne d'une amélioration de l'état de santé des personnes âgées. En effet, depuis 1981 (date à laquelle ce thème a commencé à faire l'objet de recherches en France), l'allongement de l'espérance de vie sans incapacité a été supérieur à celui de l'espérance de vie ; selon les résultats des enquêtes santé de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES), entre 1981 et 1991, l'espérance de vie en bonne santé a ainsi progressé de 3 ans, contre 2,5 ans pour l'espérance de vie à la naissance. Cette évolution favorable ne doit toutefois pas occulter la gravité de la situation des personnes qui subissent une perte d'autonomie.

*c) Un âge d'entrée dans la vieillesse qui varie*

**L'assimilation retraite / vieillesse est un non sens en matière de santé.**

Les raisonnements sur le vieillissement sont en général construits sur une hypothèse de fixité du seuil d'entrée dans la vieillesse. On confond ainsi l'âge légal du départ à la retraite et le vieillissement

La fixation d'un âge à la retraite a trois origines. Une origine historique : c'est Colbert le premier qui, à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, a défini l'âge de soixante ans comme étant celui de l'entrée dans la vieillesse. Il s'agissait alors de comptabiliser la population susceptible de porter les armes. Une

origine statistique : la proportion des personnes âgées de soixante ans ou plus constitue l'indicateur le plus largement utilisé dans la mise en évidence du "vieillissement" d'une population, comme en témoignent les travaux du Commissariat au Plan et du Conseil d'analyse économique. Or ces indicateurs ne sont plus forcément pertinents. Leur faiblesse principale est "l'absence de prise en considération de l'évolution de la réalité physique et sociale des personnes âgées". Une origine légale enfin : la loi fixe l'âge du départ à la retraite. Dès lors que la retraite sanctionne une interdiction de travailler, elle détermine dans beaucoup d'esprits l'âge du début de la vieillesse.

Or, la notion de "vieillissement" possède une portée normative contestable, car définir un âge à la vieillesse ne relève ni de l'histoire, ni de la statistique, ni de la loi mais de la représentation et de la construction sociales.

L'âge de soixante ans ne correspond plus à celui de la vieillesse. Tout a changé pour les femmes et les hommes de soixante ans : l'état de santé, l'allongement de la durée de la vie, la place dans la société, les revenus, le mode de vie. Il n'est plus possible d'associer, aujourd'hui, l'âge de la vieillesse à l'âge de soixante ans, car un tel seuil est démenti par les faits biologiques et sociaux. Le sexagénaire du XXI<sup>e</sup> siècle ne ressemble en rien à celui de l'entre-deux guerres et encore moins à celui du XVII<sup>e</sup> siècle. La notion de "vieillissement démographique" contribue "à figer la représentation de l'âge de la vieillesse alors que sa réalité connaît des mutations jamais imaginées"<sup>8</sup>.

Patrice Bourdelais propose au contraire de définir l'âge de la vieillesse non plus à partir d'un critère d'âge fixé une fois pour toutes, souvent en référence à l'âge légal de la retraite, mais d'une façon glissante au cours du temps, en tenant compte des données épidémiologiques objectives. L'âge de la vieillesse est, dans cette acception, le moment où la population commence à souffrir de réelles incapacités. Mesuré ainsi, l'âge de la vieillesse n'a cessé de reculer : d'environ 60 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes en 1930, il passe, au début des années quatre-vingt-dix, à 71 ans pour les hommes et 77 ans pour les femmes. Dans

---

<sup>8</sup> BOURDELAIS P., *L'âge de la vieillesse*, Odile Jacob, 1993

cette acception du terme, la proportion de "personnes âgées" dans la population aurait baissé, passant de 10 % en 1980 à 7 % environ dans les années quatre-vingt dix.

Le grand apport de Patrice Bourdelais réside dans le fait qu'il propose d'augmenter le seuil de la vieillesse de façon à ce que la population "ne vieillisse pas vraiment et que la proportion au-delà de cet âge ne s'accroisse pas ou peu".

Les âges de la vieillesse qui stabilisent la proportion de personnes âgées					
1985		2005		2040	
60 +	18,1 %	63 +	18,4 %	71,5 +	18,4 %
75 +	6,3 %	77 +	6,5 %	82 +	6,8 %

Le résultat est le suivant : on est "vieux" à soixante ans en 1985 ; à soixante-trois ans en 2005 et à soixante et onze ans et demi en 2040.

La vieillesse semble, en quelque sorte, s'être déplacée. Ce mouvement est appelé à se poursuivre. C'est aujourd'hui autour de 72-73 ans que se situent les principales ruptures : de fait, les 60-70 ans sont maintenant plus proches de l'ensemble de la population que des plus de 70 ans".

Ce nouveau « mode de calcul » permet de relativiser les discours alarmistes qui évoquent le choc démographique du vieillissement.

Ainsi, il y a lieu d'établir une distinction entre les deux sens donnés à la notion de vieillissement : il y a, conformément à son acception collective, "augmentation dans la population totale de la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans", mais "l'affaiblissement par l'effet de l'âge", qui correspond au sens individuel du terme, ne traduit pas la réalité de l'évolution actuelle : l'amélioration de l'état de santé de la population et son rajeunissement relatif, à un âge donné, compensent sur certains plans l'élévation de sa moyenne d'âge.

Enfin, les effets cumulés de l'abaissement de l'âge de la retraite et de l'allongement de l'espérance de vie influent sur l'hétérogénéité, en termes d'âge et de génération, de ceux qu'il est convenu d'appeler les "personnes âgées". Voici encore vingt-cinq ans, une personne arrivant à l'âge de la retraite, à 65 ans, entrait dans une catégorie d'âge dont la grande majorité des membres avaient, au plus, quinze ans de plus qu'elle ; celle qui arrive aujourd'hui à l'âge de la cessation d'activité, à 60 ans et souvent moins, est séparée par plus de vingt-cinq années (c'est-à-dire par une génération, au sens biologique du terme) d'une partie significative des personnes censées appartenir au même groupe d'âge.

Cumulés avec les différences de sexe et de catégories socio-professionnelles, ces effets tendent à remettre en cause les analyses qui veulent voir, dans les personnes de plus de 60 ans, une "catégorie" homogène.

Ces nuances nous permettent de considérer le phénomène du vieillissement de la population en tant qu'accroissement du nombre de personnes âgées, et de ce point de vue les conséquences sanitaires sont réelles, mais elles évitent de sombrer dans un pessimisme sur l'avenir de notre société et une stigmatisation des personnes âgées. Comme il est impossible de donner un âge à la vieillesse mais que ce travail traite des personnes âgées, nous utiliserons les bornes d'âge qu'on retrouve le plus souvent en fonction des informations recherchées : 60 ans, 65 ans, 70 ans, 75 ans, en ayant toutefois à l'esprit les limites qu'elles comportent.

### **1.1.3 Des données démographiques concordantes**

#### **A) Une population âgée en forte augmentation au niveau national**

Le nombre de personnes âgées est en constante augmentation en France comme dans les pays développés. Rappelons que ce phénomène résulte de la baisse de la fécondité depuis le début des années 70 et qu'il est accentué par l'augmentation importante de la durée de vie, elle-même essentiellement liée à la baisse de la mortalité aux grands âges.

Chiffre révélateur, entre les recensements de 1990 et de 1999, la part des plus de 65 ans dans la population française est passée de 13,9 à 16%.<sup>9</sup>.

## B) Les hypothèses retenues et leurs conséquences

En se fondant sur un scénario tendanciel (poursuite de la baisse de la mortalité, solde migratoire net annuel de 50 000 personnes, descendance finale par femme de 1,8 enfant), l'INSEE estime que la part des personnes de 60 ans et plus dans la population totale atteindrait 27,3 % en 2020 et 32,8 % en 2035. Au total, selon ce scénario, le nombre des plus de 60 ans augmenterait de près de neuf millions d'ici à 2035, tandis que la population des moins de 20 ans, ainsi que celle des 20-59 ans, diminueraient l'une et l'autre de plus d'un million. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentaient quant à elles 8% de la population métropolitaines en 2002. Elles seront, selon l'INSEE, 9,6% en 2020 et 16,1% en 2040.

Certaines des hypothèses fondant ces estimations pourraient certes ne pas se vérifier. Cependant, l'accélération du vieillissement par le haut de la pyramide des âges est rendue certaine par l'arrivée progressive à l'âge de 60 ans, à partir de 2006, des générations nombreuses issues du baby-boom : de ce fait, la population âgée de 60 ans et plus, qui augmente actuellement au rythme annuel moyen de 1,1 %, va, dans les hypothèses du scénario tendanciel, croître à partir de 2006 au rythme de 2,5 % par an, et ce jusque vers 2035.

Devrait y contribuer la poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie : selon l'INSEE, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de près d'un trimestre par an depuis un demi-siècle, passant de 63 ans pour les hommes et de 69 ans pour les femmes en 1950 à 75,2 ans et 82,7 ans en 2000, année au cours de laquelle elle a progressé de 3 mois et demi supplémentaires. Si la précarisation que connaît une partie des jeunes et des adultes pourrait la ralentir, rien ne permet de conclure que cette tendance va s'interrompre. Dans ses projections de population, l'INSEE suppose ainsi la poursuite de la baisse de la mortalité des personnes âgées, ce qui conduirait en 2035 à une espérance de vie de 81,9 ans pour les hommes et de 89 ans pour les femmes.

L'évolution du bas de la pyramide des âges est il est vrai plus incertaine, mais le système hospitalier, c'est un fait, doit et devra compter avec l'augmentation du nombre de personnes âgées.

---

<sup>9</sup> Données INSEE

## **1.2 Quand les politiques prennent conscience de l'enjeu de santé publique**

### **1.2.1 Un enjeu émergent dans les politiques publiques**

C'est l'impact économique du vieillissement démographique sur les dépenses d'assurance maladie, et notamment sur leur volet hospitalier, qui a longtemps été le seul étudié. Cet impact économique s'apprécie au regard de deux phénomènes. D'abord, l'effet du vieillissement se mesure en observant la structure de la pyramide démographique à un moment donné. Ainsi, selon l'INSEE, le vieillissement devrait affecter massivement la population française d'ici à 2050. Son impact direct sur la dépense de soins, appelé effet d'âge, est théoriquement mesurable et devrait rester relativement réduit, de 0,5 point à 1 point de l'évolution annuelle des dépenses. Ensuite, cet effet d'âge se combine avec un effet de génération. Car les comportements de consommation médicale évoluent en fait d'une génération à l'autre, ce qui a un impact plus important sur les dépenses de santé. Une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)<sup>10</sup> sur la période 1992-2000 met en évidence les modifications profondes de comportement d'une génération à l'autre, entraînant une augmentation de la consommation médicale.

Mais les enjeux du vieillissement de la population sont évidemment beaucoup plus larges. La question de son impact sur l'organisation des soins a émergé récemment dans la sphère publique. Le retentissement de l'épisode de la canicule de 2003 a vraisemblablement été déterminant, et c'est sous la pression des usagers et de leur famille, relayée par les médias, que la question a émergé sur la scène publique et dans l'agenda politique<sup>11</sup>.

### **1.2.2 Des textes qui recommandent d'agir**

---

<sup>10</sup> CNAMTS. *Le vieillissement des français et leur consommation médicale : un enjeu majeur pour l'avenir du système de soins*, note n°15, 2003

<sup>11</sup> HASSENTEUFEL P., Les groupes d'intérêt dans l'action publique : l'Etat en interaction, *Pouvoirs*, n°74, 1995, p.155-167

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, offre un cadre général à l'organisation en filières pour une prise en charge optimisée du patient.

La circulaire du 18 mars 2002<sup>12</sup> relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques fait le constat de la « très forte augmentation de la population âgée » et du développement concomitant des pathologies liées à l'âge, en même temps que celui de l'inadaptation du dispositif de soins actuels aux besoins des personnes âgées. Elle décline ensuite trois voies d'amélioration de cette prise en charge des personnes âgées : le renforcement de l'accès à des soins de proximité, le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission courtes, et enfin l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée. Concernant la mise en œuvre de ces filières, elle met en avant les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) « qui devront intégrer un volet spécifique entièrement consacré à la politique en faveur des personnes âgées » et les schémas gérontologiques départementaux afin de ne pas limiter le traitement de cette politique à ses seuls aspects hospitaliers.

La circulaire du 18 mai 2001, relative aux Centre Locaux d'information et de coordination (CLIC), reprend cette nécessité de coordonner les actions de chacun dans l'intérêt de la personne âgée.

### **1.2.3 Un changement des modalités de la planification sanitaire qui devrait permettre une meilleure adaptation de l'offre aux besoins**

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, fait disparaître le terme et le concept de « carte sanitaire ». La suppression de cette carte sanitaire et des indices qui limitaient, entre autres, le nombre de lits et d'équipements pouvant être autorisés, devrait permettre de mieux répondre aux besoins de la population, et notamment aux besoins des personnes âgées. Ainsi, le taux de conversion qui limitait la création de places d'Hospitalisation A Domicile (HAD) ne pourra plus être opposé aux établissements. Cette évolution devrait permettre de créer des places d'HAD qui seront intégrées à la filière gériatrique. Cette simplification semble de ce point de vue accroître l'éventail des réponses possibles à la tendance lourde que constitue le vieillissement de la population.

---

<sup>12</sup> Annexe III



## **1.3 L'impact du vieillissement de la population sur l'organisation hospitalière**

### **1.3.1 Une modification de la demande mais une offre en attente de recomposition**

Compte tenu de l'importance des malades âgés dans la population hospitalisée, il est nécessaire d'adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées.

#### **A) L'importance des malades âgés dans la population hospitalisée**

Près du tiers des séjours hospitaliers concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, avec une incidence très élevée au-delà de 80 ans. De surcroît, plus l'âge avance et plus les durées moyennes de séjour s'allongent. Dans le même temps, on constate une progression sensible du nombre de patients gériatriques<sup>13</sup>.

A l'occasion d'un séjour hospitalier, ces patients présentent des risques particuliers de décompensation risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Une prise en charge adaptée, une hospitalisation d'une durée la plus courte possible et un personnel formé peuvent limiter ces risques.

#### **B) Le manque de structures dédiées**

Actuellement, l'hôpital propose le plus souvent des hospitalisations classiques dans des services et avec des modes de prises en charge identiques pour tous. Si le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité, trop souvent les personnes âgées entrent dans ces services par défaut. En effet, le circuit d'admission en milieu hospitalier commence généralement pour cette population par le service des urgences qui, diagnostic fait, oriente davantage en fonction des lits disponibles que de l'évaluation des besoins du patient.

---

<sup>13</sup> On entend par patient gériatrique, une personne âgée ou très âgée, fragile, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organes

De plus, en l'absence de services de court séjour gériatrique, les services d'accueil des urgences manquent bien souvent de solutions d'aval au sein de l'hôpital pour la prise en charge des patients âgés. Ainsi, d'après une rapide enquête effectuée par la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS) auprès des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) en 2002, seulement 50 établissements sièges de Services d'Accueil et d'Urgences (SAU) étaient pourvus d'un service de court séjour gériatrique.

Les difficultés se posent également à la sortie de l'hospitalisation avec « un parc de structures d'accueil insuffisant ou du moins insuffisamment médicalisé, qui ne permet pas toujours de répondre de manière adéquate à la nouvelle catégorie d'entrants, de plus en plus vieux mais surtout de plus en plus dépendants »<sup>14</sup>.

Fait inquiétant, le rapport de l'Inspection Générale de l'Action Sociale sur les conséquences de la canicule de l'été 2003 souligne qu'entre 1996 et 2001, la population des 75 ans ou plus a augmenté de 3 % par an en moyenne, alors que dans le même temps, le nombre de places offertes par l'ensemble des structures pour personnes âgées n'a augmenté en moyenne que de 1 % : le ratio de 166 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, atteint en 1996, est revenu à 153 places en 2001<sup>15</sup>. Si le pays a pris conscience de son impréparation en matière d'hébergement des personnes âgées, les problèmes sont en revanche loin d'être résolus.

Bien souvent des ruptures de prise en charge existent du fait principalement du manque de communication entre les équipes hospitalières et les autres professionnels. Madame T. arrive aux urgences en provenance d'une maison de retraite, elle est désorientée. Il est impossible à l'équipe de remplir correctement la fiche patient qui la suivra tout au long de son hospitalisation si la maison de retraite n'a pas appelé ou n'a transmis aucun dossier... Les différentes réformes destinées aux personnes âgées telles que la mise en place de l'APA, des CLIC, l'amélioration de la qualité des prestations offertes par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les programmes successifs d'action pour les personnes souffrant de maladies d'Alzheimer, confirment les liens étroits qui doivent être tissés entre le sanitaire et le social, le préventif et le curatif.

### **1.3.2 L'enjeu de la période d'hospitalisation pour une personne âgée**

---

<sup>14</sup> Geneviève Laroque, présidente de la fondation nationale de gérontologie

<sup>15</sup> IGAS. Les conséquences de la canicule de l'été 2003

La réflexion sur la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital est d'autant plus indispensable que la période d'hospitalisation est une période critique dans la vie d'une personne âgée. L'hospitalisation ne devrait pas nuire au retour à domicile dans la plupart des cas. Mais certains facteurs peuvent rendre ce retour difficile. L'enjeu de cette période d'hospitalisation est tel que les équipes hospitalières doivent veiller tout particulièrement à deux aspects primordiaux : éviter les décompensations et organiser le retour à domicile.

A) Eviter les décompensations trop importantes pendant la période d'hospitalisation

Le premier enjeu est d'éviter que l'état d'une personne âgée hospitalisée ne se dégrade du fait d'une décompensation due à la perte de ses repères. Or ceci peut et doit être évité. Il est pour cela possible d'agir à différents niveaux : réduire la durée moyenne d'hospitalisation, prendre le temps de repérer les habitudes de la personne afin de ne pas les bousculer, la laisser faire un maximum de gestes quotidiens au lieu de faire à sa place même si accompagner prend plus de temps, toutes ces attentions peuvent permettre d'éviter une décompensation et faciliter le retour à domicile. Pour éviter que Mme D. ne devienne incontinente, il aurait peut-être suffi que ses chaussons soient déposés au pied de son lit, qu'on ait pris le temps de lui expliquer comment allumer la lumière, atteindre facilement les toilettes la nuit, et surtout s'assurer de sa bonne compréhension. Mais cela prend du temps...

Le patient âgé est en effet très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel. Celle-ci est source de décompensation, tant au plan physique que psychique. Il importe donc que les équipes hospitalières optimisent leur façon de travailler en individualisant les projets de soins.

B) Trouver les moyens d'organiser le retour à domicile

a) *Le premier facteur qui peut rendre le retour à domicile difficile est l'isolement.*

Quand une personne âgée est hospitalisée, elle ne recouvre pas forcément toutes les capacités qu'elle avait avant son hospitalisation, ce qui peut rendre nécessaire son accompagnement dans certains actes de la vie quotidienne.

Or, d'un point de vue sociologique, les personnes âgées sont souvent des personnes isolées, et dans ces conditions, le retour à domicile n'est pas toujours possible. 7,4 millions de personnes vivent seules en France en 1999<sup>16</sup>: plus de la moitié d'entre elles sont des personnes âgées. L'isolement est principalement dépendant du veuvage pour les générations actuelles de personnes âgées. En 1999, 72,6 % des femmes âgées de plus de 80 ans étaient veuves, soit plus de 1 100 000 femmes. Le veuvage féminin résulte de deux grands mécanismes : la surmortalité masculine et la différence d'âge entre les époux. A l'inverse la probabilité pour un homme de se trouver isolé est faible. Une femme sur deux est seule à 70 ans et un homme sur deux l'est à 85 ans. Ceci a une influence considérable sur le maintien à domicile et majore le risque d'institutionnalisation pour les femmes.

Mais l'isolement peut également être physique. En 1990, environ 3 millions de personnes de plus de 60 ans vivent dans les communes rurales où elles représentent 23 % des habitants. Les autres résident dans des communes urbaines, composant 19 % de la population citadine. Lorsque les personnes âgées vivent en ville, elles résident surtout dans le centre. Ceci est d'autant plus vrai que l'agglomération est importante. A l'opposé, dans les zones rurales, la population est dispersée et éloignée des services, des réseaux de soutien professionnels et des centres de soins bien équipés. L'organisation de la vie des personnes âgées en milieu rural est précaire dès qu'il y a absence d'entourage propre et/ou survenue d'une dépendance, même réduite. S'il existe en revanche une attention à l'autre qui a souvent disparu dans les centres urbains, les aides à domicile sont souvent compliquées à organiser.

Cet aspect de la prise en charge qu'est l'organisation de la sortie relève plus particulièrement du rôle des assistantes sociales et des cadres infirmiers. Pour l'assurer au mieux, il est important de se préoccuper de la sortie du patient dès son admission. Cela permet parfois de lever les freins familiaux ou sociaux au retour à domicile en rencontrant la famille et en montant des dossiers de demande de prise en charge (Aide à domicile, APA...). Le retour à domicile est ici entendu au sens large : le domicile peut être un hébergement de type foyer logement ou maison de retraite.

#### *b) Les possibilités de l'hospitalisation à domicile*

Aujourd'hui, le retour à domicile peut également être envisagé pour une personne âgée fragile nécessitant une charge en soins importante par le biais du développement de l'hospitalisation à

---

<sup>16</sup> INSEE Première n°788, juillet 2001

domicile. Ce nouveau mode de prise en charge peut être adapté aux besoins et aux contraintes de certaines personnes âgées. Le ministre a récemment réaffirmé sa priorité d'atteindre une capacité totale et réelle de 8000 places d'hospitalisation à domicile d'ici 2005, soit un doublement des capacités actuelles. Cette étape doit désormais être franchie grâce à la mise en œuvre effective de deux réformes.

Tout d'abord, la réforme du cadre légal et réglementaire de l'hospitalisation à domicile réalisée en 2003 doit trouver sa pleine efficacité. En effet, il n'est plus nécessaire de fermer des lits d'hospitalisation complète pour créer des places d'HAD. La mise en œuvre des prochains SROS, qui identifient obligatoirement l'hospitalisation à domicile, doit permettre d'amplifier cette dynamique. Des moyens budgétaires spécifiques ont été dégagés dans le cadre du plan "urgences" et renforcés en 2005 afin d'accompagner ce développement.

Par ailleurs, la réforme de la tarification applicable à l'ensemble du secteur doit produire ses pleins effets en 2005 et refléter au plus près l'activité réelle des structures d'HAD. Enfin, les obstacles réglementaires et financiers levés, il reste à sensibiliser plus encore les professionnels de santé à la possibilité de prescrire une hospitalisation à domicile lorsque le patient le souhaite.

### **1.3.3 Le vieillissement de la population met en lumière certaines failles du système hospitalier**

#### A) Une structuration du système qui n'est pas optimale

Le système est-il performant dans sa réponse à la demande de soins? Ainsi formulée, la question de l'efficacité rejoint les thèmes de l'accès aux soins, de l'équité dans l'accès aux soins, et de l'organisation de cet accès (c'est à dire avec des « cheminements » dans le système qui soient optimisés pour l'utilisateur).

De ce point de vue, les critères d'efficacité seront :

- en premier lieu, que le système sache accueillir correctement la demande qui s'adresse à lui. Dans cette approche, on peut considérer que tout recours aux soins est a priori légitime ; mais il peut l'être avec différents degrés d'urgence ou d'importance – voire, à l'analyse, relever du simple abus. Madame L. a ainsi expliqué à l'équipe soignante du service de soins de suite que, puisque sa mère (qui avait fait un accident vasculaire cérébral) était devenue dépendante à

l'hôpital alors qu'elle allait très bien avant (!), il était normal que l'hôpital la prenne en charge puisqu'elle n'avait pas les moyens de payer une maison de retraite. Ce cas est extrême mais la situation n'est pas rare. Par ailleurs, plus sa pathologie sera lourde ou complexe, plus le malade aura, en général, besoin d'être guidé dans son accès au système et dans son cheminement dans l'univers soignant.

- en second lieu, il faut tout simplement que les ressources soient employées au mieux, avec l'organisation la plus efficace et la moins coûteuse, le juste emploi des compétences aux justes niveaux, la mobilisation des moyens adéquats sans excès inutiles, etc.

Sur ces bases, autrement dit sous la double approche de la réponse utile aux « besoins » de santé, et de la réponse efficace à la « demande » de soins, il est possible d'organiser un début de constat.

D'une part, le « système » de soins est loin de fonctionner comme un véritable « système », faute de véritable coordination de ses moyens ; d'autre part que la réflexion sur le volume global des moyens à consacrer n'a pas de sens si on ne lui associe pas une réflexion sur l'organisation de ces moyens, et sur les outils permettant de les redéployer conformément aux besoins.

a) *Un problème de structuration*

Il existe un problème de répartition de l'offre, mais plus encore que la question du volume des moyens, c'est leur organisation et les conditions de leur emploi coordonné qui font l'efficacité. Or des progrès importants sont encore à réaliser sur ce point.

Employer le terme de système – qui suggère un ensemble structuré – pour évoquer le système de soins ne correspond pas toujours à la réalité. En effet, pour faire face à la demande, ses différentes ressources s'articulent de manière relativement spontanée et ne trouvent pas toujours les voies les plus efficaces de la coordination.

Il y existe, d'un côté, un certain nombre de rigidités : par exemple la frontière entre l'hôpital et la ville, ou les modes de rémunération et d'intéressement dans le secteur public et dans le secteur privé. D'un autre côté, on y constate plusieurs «libertés» d'organisation qui ont un coût : que ce soit, du côté des professionnels de santé, la liberté d'installation ou la liberté de travailler seul ou en équipe, ou du côté des assurés, la liberté d'accès direct à tous les segments libéraux et hospitaliers du système de soin.

Pour optimiser l'emploi des ressources, on ne peut ainsi préconiser ni simplement « plus de libertés » pour les acteurs du système, ni simplement « plus de contraintes », mais des correctifs sur les unes et les autres, et surtout leur plus juste et plus cohérente articulation.

Ceci s'illustre bien au vu des quelques enseignements généraux du travail en « réseau ». Mettre en place une prise en charge « protocolisée » entre plusieurs professionnels de santé ou avec le plateau technique d'un hôpital ou d'une clinique, suppose évidemment certaines «libertés» supplémentaires, notamment sur le plan financier (la faculté, par exemple, de rémunérer forfaitairement des heures de « coordination » ou du personnel administratif). Simultanément, elle introduit de nouvelles contraintes d'efficacité. Par exemple, il est presque toujours nécessaire de mettre en place un « dossier médical partagé » entre les différents intervenants. Pour que ce dossier serve à quelque chose, il doit être, en fonction du champ de compétence de chaque intervenant, consultable par tous, et systématiquement rempli par chacun.

L'hôpital souffre de l'absence de structuration de l'accès à ses services, structuration qui ne peut passer que par une plus forte coordination avec la médecine de ville. Pour autant, les structures hospitalières sont loin – d'un autre côté – d'offrir systématiquement aujourd'hui au praticien traitant, généraliste ou spécialiste, qui leur adresse un patient, les contacts médicaux, les facilités administratives et les garanties de délai ou d'information qu'il pourrait attendre. En dehors des cercles relationnels informels, et de quelques formules ponctuelles de réseaux de soins, il n'y a pas de formes structurées de partenariat pour la prise en charge, à l'hôpital, d'un patient adressé par la médecine de ville.

La qualité du soin, humaine et médicale, se joue ainsi très fréquemment à la frontière de l'hôpital et de la ville, sans qu'aucune régulation commune ni aucun mode de financement n'incite à l'optimisation des modes de travail.

*b) Toute réflexion prospective sur les moyens doit intégrer une réflexion sur l'organisation.*

Quand un système souffre de défauts d'organisation et de coordination, le fait d'y injecter simplement davantage de ressources ne permet pas d'en améliorer les performances. Toute réflexion prospective sur les moyens financiers et humains à consacrer au système de soins financé par l'assurance maladie doit donc intégrer, en parallèle, des dimensions d'organisation et de méthodes de travail.

- B) Une organisation des soins qui ne répond pas toujours aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles

Les personnes âgées fragiles ont besoin d'une pratique médicale adaptée à leurs pathologies multiples, complexes, pour lesquelles il est difficile de faire la part entre l'aigu et le chronique, le physique et le psychique, les facteurs endogènes et les facteurs exogènes, les effets de la maladie et ceux du traitement, et parfois les soins curatifs et les soins palliatifs. La démarche médicale traditionnelle, centrée sur la maladie et ses mécanismes, montre ses limites. Elle demande à être complétée par une approche fonctionnelle pluridimensionnelle centrée sur le patient et prenant en compte ses capacités physiques, ses difficultés psychologiques et sociales.

L'efficacité de la prise en charge globale a été démontrée ; la mise en place d'un programme médico-social personnalisé des soins se traduit par une réduction de la mortalité mais aussi, à moyen terme, des coûts, ainsi que par une diminution des institutionnalisations et par une amélioration de l'état fonctionnel des patients âgés.

Certes, l'exercice de la gériatrie a connu une profonde évolution au cours des dernières années. Historiquement, la gériatrie s'est d'abord développée dans les centres hospitaliers de moyen séjour et de long séjour (aujourd'hui appelés respectivement soins de suite et de réadaptation, et soins de longue durée), souvent éloignés des centres hospitaliers dotés de sites d'accueil et urgences. Ce système a beaucoup évolué avec l'apparition et le développement de services de gériatrie intégrés dans les centres hospitaliers dotés de SAU, comportant des lits de court séjour, des places d'hôpitaux de jour à visée diagnostique ou rééducative, des équipes mobiles de gériatries, des consultations hospitalières spécialisées en gériatrie, comme par exemple l'évaluation gériatrique et les consultations mémoire<sup>17</sup>.

Cependant, comme le soulignent de nombreux spécialistes, « cette modernisation de l'organisation hospitalière de la gériatrie reste toutefois largement en deçà des besoins de la population. La crise sanitaire de l'été 2003 a cruellement mis en évidence l'insuffisance de structures de court séjour gériatrique et, lorsqu'elles existaient, de leur articulation avec les

---

<sup>17</sup> Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique



SAU<sup>18</sup> ». De même, le médecin généraliste a trop rarement la possibilité de pouvoir orienter son patient vers une structure d'évaluation multidisciplinaire gériatrique ou vers un service d'hospitalisation compétent en gériatrie en cas de décompensation aiguë. Inversement, il est trop peu souvent en lien avec les services hospitaliers pour programmer ou organiser les hospitalisations.

L'organisation hospitalière devra obligatoirement s'adapter à cette évolution démographique. Le nombre croissant de personnes âgées fragiles et leur spécificité vont entraîner des changements de comportement au sein des hôpitaux qui ne peuvent faire l'économie d'une réflexion en amont et en aval : en amont, pour réduire l'afflux de patients âgés aux urgences, et, en aval, pour permettre la sortie vers des structures adaptées. L'hôpital doit pouvoir répondre aux multiples besoins concomitants de ces personnes, adapter son fonctionnement, développer de nouveaux modes de prise en charge et s'organiser pour favoriser le retour à domicile.

---

<sup>18</sup> BELMIN J. PIETTE F. *L'entrée de la gériatrie dans le paysage médical français*. La Presse Médicale, juin 2004

## 2 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DANS UN HOPITAL DE PROXIMITE, L' EXEMPLE DE LA MISE EN PLACE D'UNE FILIERE GERIATRIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE LANDERNEAU

### 2.1 Pourquoi créer une filière gériatrique à Landerneau ?

#### 2.1.1 L'hôpital, acteur à part entière de la filière gériatrique

A) Un rôle défini dans les textes...

a) *Le concept de filière*

« Au sein d'un réseau de soins, l'ensemble des unités élémentaires, fonctionnelles ou géographiques, intervenant dans la prise en charge médico-sociale des patients, définit la filière de soins »<sup>19</sup>. Elle constitue un outil qui permet de raisonner en termes d'individus traités et non plus en termes de séjours hospitaliers. Elle offre la possibilité de décrire, d'évaluer et de planifier les soins des patients hospitalisés. Issu des milieux industriels et commerciaux, le concept de filière permet de décrire le chaînage des différents séjours dans les unités fonctionnelles successives lors de l'hospitalisation d'un patient. Cette notion de filière de soins est particulièrement importante quand on aborde la question des personnes âgées : la gériatrie se caractérise en effet par une demande très diversifiée, où l'offre est à adapter en fonction de nombreux facteurs concourant au soutien et au maintien de l'état de santé, et où les solutions adaptées font appel à de multiples acteurs.

Dans les établissements hospitaliers, trois principaux types de structures se côtoient le plus souvent : les services de court séjour gériatrique auxquels on accède le plus souvent par les

---

<sup>19</sup> DRUNAT P. LUTZLER P. HOLSTEIN J. *Intérêt du concept « filières de soins » pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie.* Gestions hospitalières, janvier 1997

urgences, les services de soins de suite et les services de long séjour, derniers maillons de la filière gériatrique classique.

Les textes, confortés en cela par la pratique, font de l'hôpital un acteur incontournable dans l'organisation de la filière gériatrique, même s'il est évident que la notion même de filière suggère un travail en réseau, avec l'ensemble des partenaires, et notamment avec le médecin traitant qui joue le rôle de pivot dans ce domaine.

*b) La circulaire du 18 mars 2002*

La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques précise ce rôle que l'hôpital doit jouer, et s'articule comme nous l'avons vu autour de trois axes : le renforcement de l'accès à des soins de proximité ; le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission courtes (où les admissions se font directement, sans passer par les urgences) ; et l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée. L'ensemble doit s'inscrire dans une logique de travail en réseau afin que la trajectoire de soins, et notamment celle des personnes âgées fragiles, puisse s'inscrire dans une filière de soins offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins.

*B) ... et repris au niveau local*

La thématique de la prise en charge des personnes âgées constitue par ailleurs le sujet central du SROS III compte tenu des perspectives démographiques. Selon la directrice de l'ARH de Bretagne, elle ne doit « surtout pas être laissée de côté au motif qu'un volet a été validé en 2003 ». Cette dernière précisait par ailleurs, dans son discours d'inauguration des nouvelles urgences au Centre Hospitalier de Landerneau le 1<sup>er</sup> juillet 2005, que « la filière gériatrique devra[it] être au cœur du prochain projet d'établissement ». Cette volonté d'organiser la filière, et notamment sa partie hospitalière, est donc perceptible à tous les niveaux, et notamment dans le volet complémentaire du SROS II.

Les orientations de ce SROS en matière de prise en charge des personnes âgées ont pour point de départ trois exigences : la globalité, la continuité et la proximité. La prise en charge globale en faveur des personnes âgées relève en effet à la fois des champs sanitaire, social et médico-social. Il s'agit donc pour le volet sanitaire de travailler dans un souci de cohérence et de coordination avec l'ensemble des politiques menées au bénéfice des personnes âgées.

## 2.1.2 Un positionnement de proximité induit par l'âge de la population hospitalisée

### A) L'augmentation du nombre de personnes âgées au niveau local

Lors du recensement de 1999, 542 435 personnes avaient plus de 65 ans en Bretagne, soit 19,5% de plus qu'en 1990. Si les estimations de l'INSEE pour la période à venir n'offrent aucune certitude, les hypothèses démographiques retenues sont cependant vraisemblables et constituent la seule base permettant d'anticiper les évolutions démographiques qui auront obligatoirement un impact sur l'organisation sanitaire dans le secteur.

Le scénario démographique le plus probable, dit « scénario central », construit par l'INSEE pour chaque région, est fondé sur le maintien de l'indice conjoncturel de fécondité observé en 1999 ainsi que sur le maintien des comportements migratoires moyens estimés en comparant la population de la région aux deux derniers recensements. Ce scénario suppose en revanche une baisse de la mortalité alignée sur la tendance métropolitaine.

Selon ce modèle, la population de la Bretagne devrait croître de 8% entre 2000 et 2050, passant de 2 919 000 à 3 163 000 habitants. Dans le même temps, la structure de la population se modifierait, faisant passer de 23,1 à 35% la part des plus de 60 ans, ce qui semble logique avec l'arrivée dans la vieillesse des générations du baby boom.

On remarque que la Bretagne compte déjà aujourd'hui une part plus importante que la moyenne nationale de personnes de plus de 60 ans, et cette proportion devrait encore s'accroître dans les années à venir. Les migrations prévues (3,5%) augmentent cette proportion de personnes âgées. Les mêmes estimations prévoient que la part des plus de 60 ans devrait atteindre 27,8% en Bretagne d'ici à 10 ans, soit une augmentation de 4,7 points par rapport à 2000.

En 2030, la Bretagne serait plus âgée que la moyenne française. Selon l'INSEE, la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus serait plus élevée dans la région (34%) que la moyenne nationale (31%). Le vieillissement de la population est inéluctable, et la part des habitants de 60 ans et plus passera en 30 ans de 23% à 34% de la population totale. La croissance des effectifs de personnes âgées sera d'autant plus importante que l'on se rapproche du haut de la pyramide des âges. Le nombre de naissances diminuerait dès 2005 tandis que le nombre de

décès ne cessera d'augmenter. C'est la conséquence de la baisse du nombre de femmes en âge de procréer et celle de l'arrivée aux grands âges des générations du baby-boom.

Dans le Finistère, le nombre de décès dépasserait le nombre de naissances vers 2010, le solde naturel serait alors négatif. A partir de cette date, les échanges migratoires seuls permettraient la croissance de la population (+4% dans le Finistère entre 2000 et 2030).

Afin de travailler le plus finement possible, il est utile d'étudier la situation au niveau du secteur. Celui dont fait partie Landerneau, le secteur sanitaire n°1<sup>20</sup>, compte 507 148 habitants au recensement de 2002, soit 17% de la population bretonne (la Bretagne compte 8 secteurs sanitaires) et s'étend de l'Ouest à l'Est entre Brest et Morlaix, et au Sud jusqu'à la presqu'île de Crozon.

Si le secteur 1 est relativement moins touché par le vieillissement de sa population que les autres secteurs bretons<sup>21</sup>, cela tient en partie à la proximité du pôle brestois qui attire les étudiants et rassemble une part importante des emplois du secteur. Il n'empêche que si le vieillissement de la population est moins prégnant que dans d'autres secteurs bretons, le nombre des personnes âgées augmente constamment. En effet, la proportion dans la population des plus de 75 ans reste stable pour l'instant dans le secteur 1, mais elle augmente cependant en chiffres absolus : de 42 000 personnes en 1999 à 44 000 en prévus en 2005, et des projections autour de 48 000 en 2010. Cette évolution souligne l'intérêt majeur, en terme de santé publique, d'organiser une filière structurée et capable de répondre aux besoins spécifiques de cette population. C'est d'autant plus important que la part des personnes âgées de plus de 60 ans est aujourd'hui de 22%, mais qu'elle devrait passer à environ 32% de la population en 2050.

Ces données démographiques démontrent bien un vieillissement de la population relativement prononcé dans le secteur 1 comparé aux projections nationales.

Il est essentiel que les établissements prennent la mesure de ces évolutions et adaptent, construisent ou reconstruisent les infrastructures destinées aux personnes âgées en tenant compte de ces projections démographiques. C'est l'orientation qui avait d'ailleurs été adoptée dans le schéma gérontologique départemental 2000-2004 du Conseil Général du Finistère concernant les établissements pour personnes âgées. Mais les structures sociales et médico-

---

<sup>20</sup> Annexe IV

<sup>21</sup> Annexes V et VI

sociales ne sont pas les seules concernées. Il appartient aussi à l'hôpital de se réorganiser en tenant compte de cette tendance. Au Centre Hospitalier de Landerneau, la proportion des personnes âgées dans la population hospitalisée laisse nettement apparaître cette tendance<sup>22</sup>.

#### B) L'importance de la part des personnes âgées dans la population hospitalisée

En se basant sur les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 2004 de l'établissement, et si on exclut l'activité de la maternité - Résumés de Sortie de Séjour (RSS) des mères et des bébés - afin de refléter au plus juste l'âge des patients dans les autres services de l'hôpital, les chiffres sont édifiants. Les plus de 60 ans représentent 60,83% des hospitalisations tandis que la moitié (50,1%) des hospitalisations sont le fait des plus de 70 ans. Les personnes âgées de plus de 80 ans totalisent à elles seules 30% des hospitalisations dans l'établissement. La tranche des 80-89 ans constitue par ailleurs le décile le plus représenté à l'hôpital.

Il semble évident, dès lors que les patients âgés représentent une telle part de la population hospitalisée, qu'une des orientations développée par l'hôpital doit être axée sur la prise en charge gériatrique de proximité.

#### C) Développer une prise en charge de proximité

A l'heure où un certain nombre de services publics sont menacés, notamment dans les zones rurales, on s'aperçoit que la notion de proximité est un élément auquel les populations sont particulièrement attachées. Dans le domaine de la santé, de nombreuses villes se sont élevées contre la fermeture de « leur » hôpital.

L'importance accordée à la proximité dépend du niveau technique des soins nécessaires, de leur caractère plus ou moins urgent, et de l'aspect chronique ou au contraire ponctuel de la pathologie. Schématiquement, pour des soins urgents, peu graves ou dans le cas de maladies chroniques, les patients font le choix de la proximité. Cette possibilité de recours à un hôpital de proximité est en ce sens un critère de qualité de la prise en charge. C'est particulièrement vrai concernant les personnes âgées qui sont souvent réticentes à s'éloigner de leur environnement, surtout dans le cas d'hospitalisations prolongées. Au dépaysement s'ajoute le

---

<sup>22</sup> Annexe I

fait qu'il peut être moins facile pour l'entourage de se déplacer afin de rendre visite à la personne hospitalisée. De nombreuses personnes âgées ne conduisent pas ou plus, et sont effrayées par la taille des infrastructures du CHU de Brest. Elles avouent qu'elles ne se rendraient pas seules jusqu'à la Cavale Blanche<sup>23</sup>.

Il est en revanche « illusoire de penser que tous les établissements de santé, donc les petites structures, puissent être en mesure de disposer d'un plateau technique sophistiqué, des mêmes compétences humaines et qu'ils soient capables d'offrir les mêmes prestations de qualité à l'ensemble des patients »<sup>24</sup>. Il est à cet égard indispensable de développer la coopération entre établissements. La proximité géographique du CHU de Brest (30 km environ) l'institue presque de fait du point de vue médical et les contacts entre médecins sont fréquents. Néanmoins, la prise en charge des personnes âgées relève le plus souvent d'un suivi de proximité et nécessite dans un premier temps de coordonner les acteurs locaux.

Le positionnement du Centre Hospitalier de Landerneau comme hôpital de proximité justifie donc tout particulièrement cette attention concernant la prise en charge des personnes âgées. De plus, situé dans un secteur rural et vieillissant, il est naturel qu'il se saisisse de cette question.

### **2.1.3 Les dysfonctionnements de la prise en charge actuelle**

#### A) Le cloisonnement des pratiques en interne

Au sein même de l'hôpital, la sectorisation (médicale, chirurgicale, voire d'organe), soit par la nature des soins (soins intensifs, soins aigus, soins de suite, soins de longue durée, soins palliatifs), soit par tranches horaires (hôpital de jour ou de nuit), nous amène à observer des filières de soins d'autant plus inquiétantes que le sujet est hors norme. « Le vieillard polyopathologique, avec une inadéquation médico-psycho-sociale, ne correspond à aucune case hospitalière »<sup>25</sup>. Il est donc transporté d'un service à un autre, avec l'inquiétude liée à son

---

<sup>23</sup> L'un des sites du CHU, distant de 30km du centre ville de Landerneau

<sup>24</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, commission des comptes de la Sécurité Sociale. Dossier de presse – PLFSS 99, septembre 1998

<sup>25</sup> DRUNAT P. LUTZLER P. HOLSTEIN J. *Intérêt du concept « filières de soins » pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie*. Gestions hospitalières, janvier 1997

devenir immédiat. C'est bien souvent un nouveau malade pour chaque nouvel intervenant qui le voit.

Un groupe de travail réunissant les acteurs (médicaux dans un premier temps) liés à la filière gériatrique à l'hôpital a permis à chacun de découvrir le travail de l'autre. Par manque de temps ou d'habitude, on communique peu sur ce que l'on fait, même au sein d'une structure de taille raisonnable comme l'est celle de Landerneau. Le secteur de psychiatrie ne savait pas par exemple que des consultations mémoire étaient proposées à l'hôpital par la gériatre qui ignorait l'existence en psychiatrie d'ateliers mémoire. Le personnel des urgences n'avait jamais été clairement informé de la spécificité des 14 lits fléchés pour la gériatrie. On pourrait multiplier les exemples.

#### B) Les carences dans la filière

Même si le Centre Hospitalier de Landerneau est un établissement de taille modeste, et qu'à ce titre il est normal qu'il ne dispose pas d'un pôle dévaluation gériatrique ou de temps de neurologue, certaines structures manquent pour pouvoir parler de filière gériatrique hospitalière complète.

##### a) *Le repérage des fragilités aux urgences n'est pas effectué*

L'absence de passage régulier d'un gériatre aux urgences nuit à l'orientation de certains patients dont les fragilités ne sont pas repérées. Compte tenu de l'activité des urgences, il n'est pas utile de positionner un gériatre dans le service en permanence, mais formaliser un passage quotidien, afin de voir les patients âgés positionnés en Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) ajouterait à la qualité de la prise en charge. Il est entendu que si un avis gériatrique s'avère nécessaire à n'importe quel autre moment, l'un des gériatres de l'établissement peut être appelé dans son service. Ce passage quotidien n'est pas forcément lourd à organiser puisqu'il pourrait faire appel aux trois (voire quatre à terme) assistants / PH gériatres de l'hôpital.

##### b) *Une évaluation gériatrique embryonnaire*



La plage d'une demi-journée de consultations mémoire doit absolument être élargie, d'autant que ces consultations prennent du temps et qu'il n'est pas possible de voir plus de 3 à 4 patients dans la matinée. Or des traitements peuvent et doivent être mis en place dès la détection de troubles de la mémoire chez la personne âgée. On sait aujourd'hui que la maladie d'Alzheimer notamment est très largement sous-diagnostiquée. Ces consultations doivent de plus être pluridisciplinaires : le gériatre doit pouvoir faire appel à un psychiatre, à un psychologue ou à une assistante sociale en cas de besoin. Le psychologue pourrait notamment être chargé de faire passer les différents tests au patient (mini mental test, tests sur la maîtrise du langage, des repères spatio-temporels). Le secrétariat peut quant à lui être assuré par le service de médecine dont dépendent les lits de gériatrie.

Ces consultations sont axées sur le dépistage et le traitement des troubles de la mémoire, mais elles permettent déjà aujourd'hui au gériatre d'orienter les personnes âgées vers l'hôpital de semaine ou de programmer une hospitalisation si un bilan gériatrique plus complet est nécessaire.

*c) Des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle encore réduites.*

L'hôpital de jour, ouvert en 2002, permet de regrouper dans le temps les examens nécessaires à l'évaluation gériatrique, mais il est encore peu utilisé pour réaliser ce genre de bilans.

L'absence de possibilité de recourir à l'hospitalisation à domicile prive l'établissement et les personnes âgées d'une alternative à l'hospitalisation particulièrement intéressante dans certains cas. Cette possibilité permet en effet de soigner les personnes âgées chez elles et d'éviter ainsi tout stress ou perte de repère supplémentaire, quand la pathologie le permet. Un projet, qui sera développé comme piste d'amélioration de la filière, est étudié en ce moment au Centre Hospitalier.

**C) La situation en terme d'effectif médical**

La mise en place de la filière gériatrique au Centre Hospitalier de Landerneau suppose en effet une augmentation du personnel médical. L'effectif médical de l'hôpital spécialisé aujourd'hui dans la prise en charge des personnes âgées se compose ainsi :

- 1 Praticien Hospitalier (PH) gériatre temps plein qui s'occupe des 14 lits de médecine à orientation gériatrique ainsi qu'une matinée par semaine de consultations mémoire.

- 1 PH gériatre à temps partiel chef du service de soins de suite (30 lits).
- 1 assistant temps plein en soins de suite.
- 1 PH interniste temps plein sur le secteur hébergement (maison de retraite / long séjour) (290 lits), mais qui, dans le cadre de la convention tripartite, deviendrait médecin coordonnateur et ne pourrait donc plus prendre en charge directement les résidents, du moins pas sur plus de 50% de son temps de travail.
- 1 gériatre assistant temps plein sur ce même secteur.

Or, certains autres secteurs de l'hôpital souhaiteraient pouvoir disposer de l'expertise d'un gériatre sans avoir pour autant à déplacer le patient : les services de chirurgie, de médecine, les urgences et le secteur de psychiatrie.

D) Un manque de structures dédiées qui pénalise l'hôpital

a) *Des chiffres qui ne reflètent pas la réalité*

Si les taux d'équipements du secteur sont loin d'être les plus mauvais de la région, et s'ils sont même supérieurs à la moyenne nationale et aux indices de besoins régionaux<sup>26</sup>, il n'en demeure pas moins que les lits sont en nombre insuffisant par rapport à la demande<sup>27</sup>. Les premiers résultats du travail mené dans le groupe de réflexion Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), préalablement à l'élaboration des projets médicaux de territoire dans le cadre du prochain SROS, ont conclu à un manque de lits dans le secteur, et au niveau du Centre Hospitalier de Landerneau, le ressenti des équipes va dans le sens d'un accroissement de la charge de travail. Le service de 30 lits est décrit comme « presque toujours plein ».

L'enquête effectuée de façon hebdomadaire avec la collaboration du service de moyen séjour du Centre Hospitalier témoigne de ce manque de structures dédiées. Avec une moyenne d'âge sur la période de l'étude de 78,8 ans et une quasi absence de patients autonomes, l'enquête confirme l'impression des équipes d'être confrontées à des patients de plus en plus lourds en comparaison des profils de patients pris en charge il y a quelques années. Si sur l'année le service ne désemplit quasiment jamais, il réussit cependant à faire face aux demandes de moyen séjour.

---

<sup>26</sup> 757 lits et places autorisés, 678 installés pour un besoin estimé à 666

<sup>27</sup> Annexe IX

La situation devient en revanche problématique l'été quand, pour des problèmes de temps médical notamment, 10 lits sont fermés alors que dans le même temps les places d'hébergement temporaire sont prises d'assaut par les familles qui partent en vacances. D'autre part, même si le service parvient à répondre à la demande en temps normal, il ne devrait pas avoir à jouer le rôle de « tampon » entre les services de court séjour et les structures d'hébergement ou de service d'attente le temps que des aides suffisantes soient mises en place pour un retour à domicile. Or, la ligne de l'étude intitulée « nombre de patients sortants d'un point de vue médical » est très éloquente à ce sujet : chaque semaine, entre 1 et 12 patients (soit 40% des patients du service !) séjournent en moyen séjour faute d'avoir pu disposer d'un mode adapté de prise en charge.

### b) Explications

Une partie de l'explication tient au fait que les taux d'équipements comprennent les soins de suite spécialisés<sup>28</sup> (234 lits et places) qui ne s'adressent dans leur grande majorité pas aux personnes âgées.<sup>29</sup> C'est là toute la limite des comparaisons de taux d'équipement par secteur. Ce tableau de flux permet d'illustrer ce phénomène.

Utilisation de soins hospitaliers : Soins de suite ou de réadaptation

Tableau : Distribution de flux de patients entre les secteurs sanitaires

		LIEU DE RESIDENCE DES PATIENTS									Total
		secteur 1	secteur 2	secteur 3	secteur 4	secteur 5	secteur 6	secteur 7	secteur 8	Hors région	
LIEU D'HOSPITALISATION	secteur										
	secteur 1	192,1	12,6	1,4	1,1	1,2	0,8	7,7	0,6	12,6	230,0
	secteur 2	3,3	87,2	3,4	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	1,3	96,6
	secteur 3	3,3	11,9	102,5	12,9	3,3	1,3	2,2	5,6	15,1	158,2
	secteur 4	0,1	0,0	0,3	45,8	3,0	0,0	0,0	1,9	1,8	52,9
	secteur 5	0,7	0,3	0,7	4,8	187,5	15,2	4,0	2,8	18,3	234,4
	secteur 6	0,0	0,1	0,0	0,0	2,9	45,1	0,3	0,1	1,0	49,5
	secteur 7	2,7	0,4	0,4	0,2	0,8	2,5	87,9	3,2	3,2	101,3
	secteur 8	0,0	0,4	1,2	1,5	0,2	0,7	5,3	26,7	0,5	36,6
	Hors Région	3,2	3,2	2,2	6,6	19,3	1,6	3,3	1,0		40,4
Total	205,4	116,1	112,2	73,0	218,4	67,2	111,2	42,8	53,8	1 000	

Source : PMSI SSR 2002, ARH Bretagne

Il présente le lieu de résidence des patients bretons (en colonne) et l'endroit où ils ont été hospitalisés (en ligne) pour les soins de suite ou de réadaptation. Pour faciliter la lecture, le

<sup>28</sup> pédiatriques, réadaptation alimentaire adolescents, etc.

<sup>29</sup> Annexe VIII

nombre total de patients inclus dans le tableau a été arbitrairement fixé à 1 000. La répartition de ces mille patients est calculée à partir des séjours issus du système d'information PMSI Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de l'année 2002.

En 2002, environ 20,5% (205,4/1000) des patients de la région hospitalisés en SSR résidaient dans le secteur 1. Les établissements du secteur 1 ont effectué environ 23% (230/1000) de l'activité régionale.

Les tableaux de flux permettent d'apprécier facilement pour chaque secteur les phénomènes de rétention, de captation, et d'évasion :

#### Rétention :

C'est la proportion de patients prise en charge dans leur secteur de résidence.

Parmi les 205 patients résidents du secteur 1, 192, soit 93,7%, ont été hospitalisés dans ce même secteur.

#### Evasion ou taux de fuite :

C'est la proportion de patients hospitalisés dans un autre secteur, parmi l'ensemble des patients du secteur.

Parmi les 205 patients résidents du secteur, 13, soit 6,3%, ont été hospitalisés en dehors du secteur 1.

#### Captation ou taux de recrutement extérieur :

C'est la proportion de patients provenant d'un secteur autre que celui où ils sont pris en charge parmi l'ensemble des patients hospitalisés dans le secteur.

Au total, 230 hospitalisations ont eu lieu dans le secteur 1 dont 38, soit 16,5%, concernaient des résidents d'autres secteurs.

L'indice d'utilisation des soins hospitaliers en SSR pour le secteur 1 est de 126%, soit le second plus élevé de la région malgré le faible indice d'utilisation des soins en court séjour. Cette particularité s'explique notamment par l'existence d'un secteur de réadaptation fonctionnelle spécialisé développé (Centre de Perharidy à Roscoff) qui rayonne au-delà des limites du secteur. Ceci explique qu'une part importante d'activité en SSR est consommée par les patients d'autres secteurs et que le taux d'équipement du secteur soit élevé alors que la réalité est plus problématique.

D'autre part, le maintien à domicile, initié par les plans gérontologiques de chaque département et soutenu par l'action volontariste de l'Etat qui a encouragé la création de services infirmiers, contribue à favoriser une prise en charge de qualité dans le lieu souhaité par la personne âgée. Une de ses conséquences est aussi l'augmentation du nombre de patients dépendants en moyen séjour puisque les plus valides peuvent le plus souvent envisager un retour à domicile dès la sortie de court séjour grâce à ces aides. Ceci peut constituer un début d'explication à ce décalage entre la réalité chiffrée et le ressenti des services.

Enfin, la densité d'équipement en lits de long séjour du secteur 1 est inférieure de 8% à la densité régionale<sup>30</sup>, ce qui participe également à l'explication : le moyen séjour serait un véritable goulot d'étranglement, engorgé par des patients ne disposant pas de solutions d'hébergement en aval. Les difficultés du moyen séjour ne résident donc pas tant dans le manque de lits disponibles que dans le manque de structures d'aval et dans la faiblesse des moyens en personnel pour prendre en charge des patients « lourds » et qui nécessitent une réadaptation forcément coûteuse en temps.

*c) Le manque d'intervenants à domicile complique aussi les sorties*

Différentes possibilités d'aides à domicile existent bien sûr.

Les services d'aide ménagère se chargent d'apporter une aide matérielle, morale et sociale, permettant un maintien à domicile de la personne âgée souffrant d'une incapacité, permanente ou passagère, ne lui permettant plus d'accomplir seule les actes essentiels de la vie quotidienne. Ils sont financés au titre de l'aide sociale des départements, par l'action sociale facultative des caisses de retraite et par les bénéficiaires eux-mêmes. Ce type de services ne s'adresse pas exclusivement aux personnes âgées mais celles-ci représentent une large part des bénéficiaires.

Les personnes âgées peuvent aussi bénéficier de soins infirmiers prodigués par des infirmiers libéraux ou par des salariés des Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD.) Les services de soins infirmiers à domicile sont destinés aux personnes âgées qui, sur prescription médicale et du fait de leur état de santé et de dépendance, ont besoin de prestations fréquentes de soins

---

<sup>30</sup> Annexe VII

infirmiers et d'hygiène. La prise en charge par les infirmiers libéraux se fait sur la base d'actes infirmiers de soins, couvrant les soins de base et une partie des soins techniques infirmiers.

Mais dans la réalité, les structures du secteur sont débordées et il n'est pas rare de garder un patient en soins de suite parce qu'aucun SSIAD n'accepte de se déplacer sur son secteur. Le cœur du secteur 1 (zone sud-est de Landerneau, mais dans la zone de recrutement de l'hôpital) est particulièrement touché.

Les SSIAD et infirmiers libéraux jouent ainsi un rôle important dans le maintien à domicile des personnes âgées en évitant des séjours hospitaliers ou en permettant la mise en place d'un retour à domicile. Cependant, quand leurs capacités maximales sont atteintes comme c'est le cas depuis 3 à 4 ans, le travail des équipes hospitalières s'en ressent forcément (plus d'hospitalisations et des retours à domicile moins aisés).

*d) L'absence de lien empirique entre le degré d'équipement sanitaire et l'état de santé de la population permet cependant de relativiser ces constats*

Tout d'abord, les indicateurs statistiques de la « bonne santé » d'une population (mortalité / morbidité, maladies évitables) sont souvent sommaires, ne saisissent que les éléments les plus lourds, et ne donnent donc qu'une mesure imparfaite de ce qui est subjectivement ressenti, par la population, comme une plus ou moins grande qualité de vie et de santé.

En deuxième lieu, surtout, il est évident que l'état de santé général d'une population dépend de beaucoup d'autres facteurs que les facteurs strictement médicaux : habitudes de vie, qualité de l'environnement, comportements d'hygiène et d'alimentation, etc. La part du système de soins proprement dit dans l'amélioration de l'état de santé collectif est donc une part relative.

Ce point n'est pas dépourvu de conséquences en termes de choix budgétaires, car il justifie que l'on consacre une certaine proportion des ressources collectives aux opérations de promotion de la santé et de prévention primaire, autrement dit aux actions non curatives, qui prennent en compte des facteurs liés à l'environnement général de la personne.

Le but d'une politique sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées ne peut évidemment pas se résumer à la recherche de l'augmentation des capacités d'hospitalisation et d'hébergement. Il faut néanmoins reconnaître que l'existence de structures adaptées est un préalable à la bonne organisation du parcours du patient.

## **2.2 Les actions à mener**

Le fait d'avoir évalué la situation et pris conscience des difficultés faisait partie des étapes nécessaires à la maturation du projet, mais le bilan doit désormais inciter à l'action. Affichage du projet, réflexion sur ses modalités de mise en place et sur les pratiques de chacun qui sont à améliorer, autant d'axes de travail qui doivent mener à terme à la mise en place effective d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier de Landerneau.

### **2.2.1 La nécessité d'une dynamique institutionnelle et d'un affichage**

Pour organiser concrètement cette filière gériatrique, il est important que la direction de l'hôpital porte ce projet, que les médecins soient partie prenante et que les équipes s'impliquent dans chaque service. La volonté d'organiser une filière gériatrique à Landerneau se retrouve dans le projet d'établissement, et la direction souhaite, pour rendre cette mise en place possible, procéder au recrutement d'un nouveau gériatre. Quels scénarii peuvent alors être envisagés ?

#### **A) Premier scénario de recrutement**

L'option qui consisterait à recruter un gériatre sur un profil de poste transversal afin qu'il se déplace auprès du patient âgé, quel que soit le service, semble intéressante. Par ailleurs, il pourrait développer l'activité de consultations mémoire en lien avec les psychiatres du secteur. Le but serait de développer la coordination entre les différents services / secteurs, de faire profiter le patient d'un avis gériatrique si besoin, et de favoriser auprès des équipes l'acquisition d'une approche et d'un savoir faire gériatrique.

#### **B) Second scénario de recrutement**

Une seconde option consiste à transformer le poste de PH du secteur hébergement en un temps partagé entre la mission de médecin coordonateur et le futur pôle MCO qui intégrera le service de soins de suite, ainsi que les lits de gériatrie aujourd'hui dépendants du service de médecine. Le nouveau poste de gériatre serait dans ce cas lui aussi partagé, mais entre le secteur hébergement et des consultations mémoire sur le secteur 13 de psychiatrie. Cette

dernière possibilité faciliterait l'adhésion du chef de service du secteur de la psychiatrie<sup>31</sup> au projet. L'objectif serait dans ce cas de créer du lien entre le secteur hébergement et le secteur MCO, et de mutualiser le temps médical.

C) Une dynamique qui est enclenchée

Quelle que soit l'option choisie, le fait d'avoir ouvert le débat avec les médecins et les cadres est une première étape intéressante qui permet à chacun de s'interroger sur ses pratiques et sur les besoins. En terme d'affichage, il est important que le projet soit soutenu par la direction à travers le recrutement d'un gériatre. L'inscription de la volonté de développer une filière gériatrique figurait déjà dans le projet d'établissement et avait été reprise dans le Contrat d'objectifs et de Moyens (COM), mais sa traduction concrète s'avère essentielle. Même si le fait de procéder à tel recrutement ne crée pas évidemment une filière gériatrique, c'est un élément substantiel du projet. L'essentiel du travail se situera au niveau de l'identification et de la résolution des dysfonctionnements dans la prise en charge quotidienne. Il associera les cadres infirmiers et les équipes.

A moyens constants, et si ce recrutement ne pouvait avoir lieu, il serait essentiel d'envisager une autre organisation. En effet, le Centre Hospitalier de Landerneau a été retenu pour pouvoir prétendre à une partie de l'enveloppe attribuée au développement des consultations mémoire. Pour pouvoir en bénéficier, l'hôpital doit présenter un projet de consultation pluridisciplinaire (gériatre, assistante sociale, psychologue...). C'est aussi à cette condition que le financement de ces consultations entrerait dans le cadre des crédits alloués pour les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).

On pourrait par exemple développer l'activité de consultations mémoire relative au poste de PH qui gère les 14 lits de gériatrie. Cette solution nécessiterait que ce PH puisse bénéficier du renfort d'un assistant pour les 14 lits de gériatrie dont elle a la charge. La mise en place des pôles permet en effet de « mutualiser » les assistants au sein d'un pôle MCO qui réunirait notamment les services de médecine (les lits de gériatrie dépendant de l'un de ces services), de chirurgie et de moyen séjour. Mais ceci n'est que l'une des possibilités. Il importe en revanche qu'un responsable de la filière gériatrique soit clairement désigné.

---

<sup>31</sup> file active 2004 : 1239 patients suivis



Pour juger plus facilement de la pertinence de ces différentes options, le tableau récapitulatif suivant fait ressortir les points positifs et négatifs de chacun des scénarii.

	1 <sup>er</sup> scénario	2 <sup>ème</sup> scénario	3 <sup>ème</sup> scénario
Poste de PH en hébergement	Transformation en : - ½ coordonnateur hébergement - ½ lits hébergement <sup>32</sup>	Transformation en : - ½ coordonnateur hébergement - ½ lits MCO (renfort et remplacement)	Transformation en : - ½ coordonnateur hébergement - ½ lits hébergement
Poste de PH en gériatrie	Conservation de l'existant : - 14 lits de gériatrie - ½ journée de consultations mémoire Possibilité d'étendre éventuellement à une autre demi-journée	Conservation de l'existant : - 14 lits de gériatrie - ½ journée de consultations mémoire Possibilité d'étendre éventuellement à une autre demi-journée	Transformation : - ½ développement de plusieurs demies-journées de consultations mémoire - ½ passage quotidien à l'UHTCD et supervision des 14 lits de gériatrie NB : 1 assistant du futur pôle MCO apportant un renfort au niveau des 14 lits de gériatrie
Nouveau poste	1 gériatre qui soit mobile (passage à l'UHTCD, en psychiatrie, dans les services et en hébergement) et qui développe les consultations mémoire	1 gériatre : - ½ coordonnateur hébergement - ½ consultations mémoire secteur 13	Pas de nouveau poste
Equipe des 4 psychiatres	Organiser un travail sur les consultations mémoire et le passage plus régulier aux urgences et en hébergement		

<sup>32</sup> Un temps partiel devrait suffire à assurer le suivi des patients du secteur d'hébergement puisqu'avec la prochaine signature de la convention tripartite et la transformation du secteur en EHPAD, ce sont principalement les médecins de ville qui seront appelés à intervenir auprès des résidents.

Points positifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permet d'organiser une vraie filière gériatrique</li> <li>- Favorise l'acquisition d'un savoir-faire gériatrique dans l'ensemble des services</li> </ul>	- résout les difficultés de remplacement du secteur MCO quand absences des médecins	- Permet un embryon de filière gériatrique
Points négatifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne résout pas les difficultés de remplacement du secteur MCO quand absences des médecins</li> <li>- Suppose que l'équipe des psychiatres participe à la mise en œuvre de cette organisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ne permet pas de développer une vraie approche « filière »</li> <li>- ne développe les consultations mémoire que sur le secteur de psychiatrie</li> </ul>	- Ne résout pas les difficultés de remplacement du secteur MCO quand absences des médecins
Observations	Si un temps plein de coordination s'avère nécessaire en hébergement, le poste de PH de gériatrie pourrait voir ses fonctions étendues en ce sens. 1 assistant du futur pôle MCO apportant un renfort au niveau des 14 lits de gériatrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce le secteur de psychiatrie qui a le plus besoin du développement des consultations mémoire ?</li> <li>- Suppose d'attendre le départ du médecin qui occupe le poste de PH en hébergement</li> </ul>	Suppose la mise en place des pôles

Dans un premier temps, le projet défendu par l'établissement retient finalement le principe du recrutement d'un gériatre (dont le poste ne sera peut-être financé qu'à 50%), dans le but de développer les consultations mémoire. En fonction des moyens financiers disponibles, le profil du poste sera complété ultérieurement sur la base des réflexions présentées ci-dessus.

### Evaluation du coût financier du projet :

- un mi-temps d'assistante sociale : 19 000 €
- un mi-temps de psychologue : 26 000 €
- un PH gériatre à temps partiel : 54 000 €

Le développement des consultations mémoire du point de vue des plages horaires et dans une optique pluridisciplinaire peut être évalué à environ 100 000 €

- D) Développer des actions de formation orientées vers la prise en charge de la personne âgée

Les plans de formation adoptés au Centre Hospitalier tiennent évidemment compte des projets de service. Nombreux sont ceux qui ont un axe lié à la prise en charge des personnes âgées. Cette thématique se retrouve donc logiquement mise en avant du point de vue de la formation. Formations d'Aide Médico Psychologique, formation Alzheimer, canicule, conférences Equibr'Age, pédicurie ou contention physique des personnes âgées, les sujets sont divers et ont concerné en 2004 392 agents (sur les 684 ayant bénéficié d'une ou plusieurs formations) pour un total de 1293 jours. Plus de la moitié des formations sont donc consacrées à la prise en charge de la personne âgée. Au vu des données sur l'âge de la population hospitalisée, il semble évident que cet effort doit être poursuivi.

### **2.2.2 Développer l'aspect prévention**

- A) Une faible culture de la prévention

La prévention n'occupe souvent qu'une faible place dans les pratiques hospitalières. Or, en même temps que la population vieillit, se développent les pathologies liées à l'âge. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies s'aggravent, une large part de personnes très âgées souffrant de polyopathologies<sup>33</sup>. Il est d'ailleurs possible d'identifier une population de malades à haut risque de décompensation à l'occasion de l'apparition d'une nouvelle pathologie. Il s'agit de patients âgés dits « fragiles », selon les critères

---

<sup>33</sup> CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 2005

suivants : grand âge, pathologies invalidantes, malnutrition, polymédication, problèmes médico-sociaux et familiaux, incontinence.

La fréquence et l'intensité de l'invalidité augmentent avec l'âge et le nombre de maladies chroniques. Parmi celles rencontrées à tout âge, se trouvent les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires, le diabète ou l'insuffisance rénale, pour lesquelles des programmes d'action spécifiques ont d'ores et déjà été définis. D'autres maladies ou facteurs de risque, tels que par exemple l'ostéoporose, les syndromes démentiels, les troubles de l'équilibre ou la dénutrition voient plus spécifiquement leur incidence augmenter avec l'âge, pouvant entraîner la personne vers une perte d'autonomie.

Bien que l'on sache détecter précocement l'apparition de certains facteurs de risque et qu'il existe des stratégies validées de prise en charge, le nombre de personnes âgées bénéficiant de telles démarches demeure extrêmement limité, compte tenu du retard pris en France en matière de prévention.

Une bonne prise en charge des personnes âgées nécessiterait un développement du volet prévention au sein de la filière gériatrique. Si la prévention n'est pas comme le rappelle Claude Le Pen « la solution miracle de nature à améliorer l'état de santé pour moins cher »<sup>34</sup>, elle revêt cependant un intérêt non négligeable en permettant de retarder, le plus possible, la survenance de la perte d'autonomie. Une action sur l'environnement et l'habitat peut également limiter les conséquences des incapacités motrices ou sensorielles.

Dans un article intitulé «La prévention, une solution pour réaliser des économies », Claude Le Pen distingue la prévention médicale (ex : le traitement de l'hypertension artérielle) de la prévention comportementale de chacun en tant que gestionnaire de son capital santé (ex : les mesures anti-tabac) et de la prévention environnementale (ex : la lutte contre l'amiante). La prévention de la dépendance se joue dans ces trois types de prévention.

#### B) L'intérêt d'actions de prévention ciblées...

---

<sup>34</sup> LE PEN C. *La prévention, une solution pour réaliser des économies ?* Le concours médical, 11 mai 2005

On regrette souvent que la prévention ne soit pas plus développée et on attribue ce problème à la culture initiale de l'assurance-maladie, tournée au départ vers les soins curatifs, ou à l'imprévoyance des individus. Mais la question mérite cependant d'être posée : a-t-on intérêt à faire systématiquement de la prévention ? Il existe plus vraisemblablement un équilibre à trouver au cas par cas entre soins curatifs et soins préventifs. C'est l'idée d'une «prévention optimale ». L'économie de la prévention doit situer, pour chaque cas, le point d'équilibre des différents facteurs de la décision : nombre de patients touchés, gravité de la maladie à prévenir, efficacité et coûts respectifs des soins préventifs et des soins curatifs, etc.

Dans ce domaine de la prévention de la dépendance, les actions à mener sont particulièrement nombreuses et doivent être coordonnées : prévention contre le manque d'exercice physique, la dépression, promotion de l'éducation alimentaire, prévention du risque de chute, etc.

En fait, deux stratégies peuvent être entrevues selon que l'on considère le rôle respectif des facteurs génétiques et de l'environnement sur les trajectoires de vie. Si l'impact des premiers est prépondérant, on conçoit aisément qu'ils constituent une limite à l'augmentation de la longévité. En revanche les actions de prévention orientées sur des facteurs de l'environnement possiblement modifiables s'avèrent particulièrement intéressantes et doivent être développées pour promouvoir un vieillissement en bonne santé.

L'ensemble de ces actions aura un impact d'autant plus élevé qu'elles seront précoces. À défaut d'être initiées dans les premières étapes de la vie, ces actions doivent être mises en oeuvre dès que la personne atteint cinquante ans. Elles doivent idéalement conjuguer :

- la prévention des maladies cardio-vasculaires et des cancers, premières causes de mortalité primaire, par le contrôle de leurs facteurs de risque ;
- la prévention du déconditionnement physique et cognitif par la pratique maintenue régulière d'une activité physique et intellectuelle ;
- la prévention des déficiences sensorielles, auditives et visuelles ;
- une éducation alimentaire.

Elles doivent également s'appuyer sur l'ensemble des stratégies permettant de faire face aux nombreuses pertes potentielles, affectives, relationnelles, sociales et professionnelles. La prévention ou prise en charge de cette vulnérabilité peut recourir aux stratégies dites de « coping » ou d'ajustement. Il convient en particulier de maintenir la fonction de désir, la motivation, l'action. Ainsi, pour les sociétés confrontées au

vieillesse démographique, un des défis à relever est sans doute celui de l'égalité d'accès au vieillissement réussi.

Toutefois, la plupart du temps, il n'existe pas de mesure quantitative de l'impact sanitaire des sommes ainsi dépensées. L'efficacité de certaines campagnes de sensibilisation (par exemple sur la vaccination antigrippale ou la consommation d'antibiotiques) n'est pas contestable. Mais l'évaluation reste imprécise : les arbitrages qui conduisent à consacrer une certaine part des ressources à l'« éducatif » ou au « préventif » plutôt qu'au « curatif » ne peuvent pas être effectués, aujourd'hui, sur la base de critères objectifs d'optimisation budgétaire.

Enfin, le fait que le volume d'équipements ou de personnel disponible n'ait qu'un impact mal mesurable sur la santé des populations comme nous l'avons vu précédemment, tient aussi à ce que ce n'est pas la quantité de moyens qui apporte, à elle seule, la réponse aux besoins. Une offre mal organisée – et *a fortiori* une offre surnuméraire et inutile – n'améliore pas l'état de santé. Même si elle génère une consommation de soins qui paraît justifier sa présence.

#### C) ...qui s'étendent au-delà des murs de l'hôpital

Si l'hôpital doit être attentif à promouvoir une démarche de prévention, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs de santé s'engagent dans cette voie. Ainsi, le CLIC de Landerneau, auquel l'hôpital est associé, propose des actions de prévention. Leur intérêt par rapport à ce qui peut être organisé au centre hospitalier est de toucher un public plus large. Les thèmes retenus pour 2005 ciblent la prévention des chutes, la prévention routière et l'organisation d'ateliers mémoire. Ces trois priorités font écho aux besoins recensés auprès des intéressés par le biais des associations de la ville.

Elles sont organisées en partenariat avec l'Union Départementale des Associations de Retraités et Personnes Agées, des auto-écoles de la ville, la gendarmerie, des groupes comme Groupama ou Nestlé ou des organismes mutualistes comme le Mutualité Sociale Agricole. Cette diversité des partenaires s'avère particulièrement riche et toutes les actions font l'objet de questionnaires de satisfaction qui permettent de mesurer l'impact très positif de cette démarche auprès des personnes âgées. La méthode la plus opérante pour un hôpital de la taille de Landerneau est vraisemblablement celle qui a été choisie : s'associer à une structure plus ouverte en prêtant des locaux ou en mettant à disposition du personnel par exemple.

### **2.2.3 Structurer le parcours du patient pour assurer l'accès à une hospitalisation adaptée**

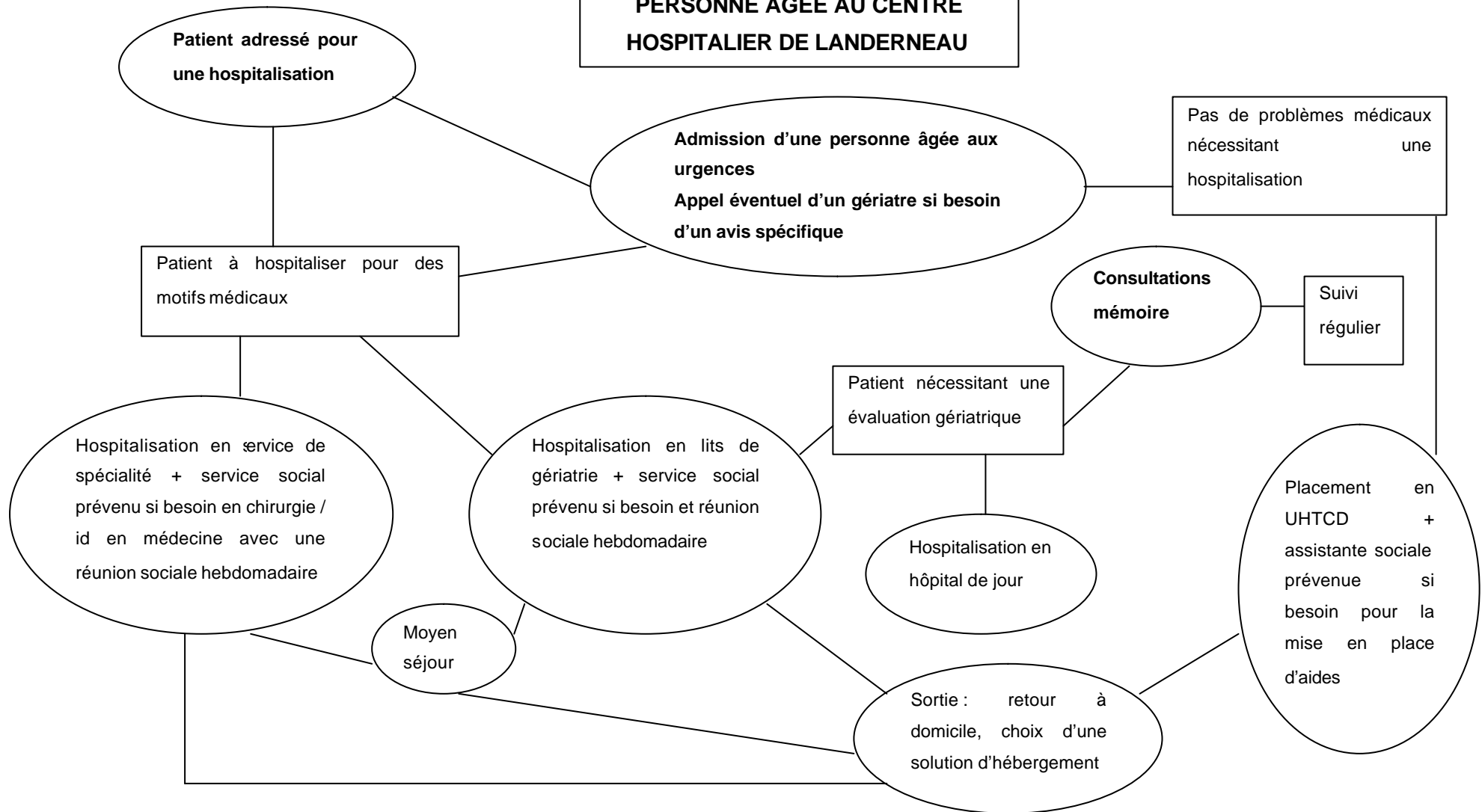
Il semble au vu de ces éléments que l'hôpital devrait d'abord s'attacher à la maîtrise des processus de prise en charge des patients. Il s'agit de repérer, avec les acteurs de terrain, les problèmes d'orientation, les difficultés de sortie et les interactions avec les services supports médico-techniques. Si l'on considère l'organisation actuelle du parcours du patient au Centre Hospitalier de Landerneau telle que représentée ci-dessous, on s'aperçoit, en la comparant à la stratégie diagnostique et d'orientation de la personne âgée de plus de 75 ans recommandée par la Société Francophone de Médecine d'Urgence<sup>35</sup>, que des améliorations peuvent y être apportées.

---

<sup>35</sup> Annexe XI



**LE PARCOURS ACTUEL DE LA  
PERSONNE AGÉE AU CENTRE  
HOSPITALIER DE LANDERNEAU**



A) Permettre une évaluation gériatrique précoce.

Il existe aujourd'hui des traitements contre la plupart des pathologies dont souffrent les personnes âgées. Des aides à domicile peuvent également apporter un soutien. Mais pour venir en aide à ces personnes fragilisées il faut pouvoir détecter ces fragilités. Il s'agit pour l'hôpital d'étendre les plages des consultations mémoire existantes par le biais du recrutement d'un nouveau médecin. Mais ces consultations permettent aussi comme on l'a vu de programmer par la suite des hospitalisations pour réaliser un bilan gériatrique plus complet. Pour fonctionner, elles doivent être articulées avec le CLIC et bien connues des médecins généralistes qui sont les principaux adresseurs.

Afin de leur donner tout leur sens, il semble indispensable de travailler en collaboration avec l'équipe du secteur de psychiatrie. Le lien avec l'assistante sociale existant déjà, il suffirait de le formaliser dans le cadre d'une charte de ces consultations et de prévoir un mi-temps supplémentaire pour renforcer l'équipe actuelle.

Si la personne âgée nécessite un bilan plus approfondi (examens neurologiques, scanner...), c'est au CHU de Brest que se situe le pôle d'évaluation gériatrique de référence. De ce point de vue, des liens sont également à développer.

B) Organiser l'admission par les urgences

a) *Le recours aux urgences est organisé de façon parfois trop systématique*

La pratique au Centre Hospitalier de Landerneau, même si elle diffère parfois en fonction des services, tend à privilégier l'admission par les urgences, même pour une personne âgée dont la venue est programmée. Les raisons sont multiples.

La première raison invoquée est la proximité des services médico-techniques (laboratoire, radiologie). En effet, en situation d'urgence, il est logique que les examens nécessaires soient effectués avant que le patient ne « soit admis » dans le service qui va l'hospitaliser. En revanche, ce recours systématique aux urgences dans les autres cas génère une attente pour le patient et une désorganisation des services médico-techniques.

Une autre raison invoquée est que l'orientation du patient relève du rôle du service d'urgence. Le problème réside dans l'absence de formation des urgentistes à la gériatrie ou même aux tests de dépistage de la fragilité.

Le dernier argument concerne l'organisation des services. Il est aussi très lié au temps médical. En soins de suite par exemple, quand aucun médecin n'est présent dans le service, la consigne est que tous les patients se présentent d'abord aux urgences. Il est vrai que cette façon de procéder est plus simple pour le personnel (il est plus aisé de faire patienter les personnes aux urgences en attendant que le service soit prêt plutôt que de le voir se présenter directement), mais qu'en est-il de l'intérêt du patient ? Une réflexion sur ce thème semble inévitable.

Ces passages aux urgences sont également comptabilisés pour déterminer dans quelle tranche émerge l'hôpital et à quel forfait annuel urgence il peut prétendre. Le FAU est en effet un forfait qui repose sur le nombre de passages aux urgences<sup>36</sup>.

Il faut cependant préciser que l'Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) du Centre Hospitalier de Landerneau est un petit service d'urgence (4 box et 5 lits d'UHTCD). Les patients y sont donc vus rapidement, ce qui limite l'impact négatif d'un passage quasi-systématique par les urgences avant une hospitalisation.

#### *b) Des pistes d'amélioration*

Afin d'optimiser l'orientation des patients âgés vers le service d'hospitalisation le plus adéquat, il est essentiel que le personnel des urgences soit informé des différents types de prise en charge existant dans les services. La possibilité de disposer de lits de soins palliatifs dans une aile de la médecine avec une pièce réservée aux familles, ou la spécialisation de 14 lits « fléchés » gériatrie, n'est en effet pas suffisamment connue de l'ensemble de l'équipe.

Concernant plus particulièrement les lits de gériatrie, la création d'une UHTCD avec passage quotidien d'un gériatre devrait permettre d'améliorer l'orientation des personnes

---

<sup>36</sup> Arrêté du 2 août 2004 pris en application du I de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et fixant les tarifs de référence nationaux par activité

âgées et de diminuer le nombre des hospitalisations dites « sociales ». Le protocole de fonctionnement de l'UHTCD prévoit en effet la prise en charge des personnes âgées le temps d'effectuer un premier bilan médico-social afin d'éviter des hospitalisations indues. Dans cette optique, il faudra prévoir qu'un médecin gériatre passe chaque jour à l'UHTCD pour la prise en charge des patients relevant de sa discipline. L'UHTCD s'inscrit dans une démarche caractérisée par des objectifs précis. Elle permet de sécuriser les décisions médicales prises dans les services d'urgence en alternative à des sorties prématurées ou des hospitalisations inadaptées. En cela, elle permet d'améliorer l'organisation de la prise en charge diagnostique et l'orientation des patients en aval de l'accueil des urgences. Ses spécificités la différencient d'une unité conventionnelle (contrainte de temps) ou d'une unité d'hôpital de jour (recrutement non programmé et non spécialisé). « Cette originalité lui permet de combler un vide dans l'organisation des services d'urgences et de rationaliser les filières de soins hospitaliers »<sup>37</sup>.

### C) Développer le court séjour gériatrique

Cette orientation reprend l'une des préconisations de la circulaire du 18 mars 2002. Au Centre Hospitalier de Landerneau, dans cette optique, 14 lits de médecine ont été « fléchés » gériatrie et sont sous la responsabilité d'une gériatre. Il s'agit de prendre en charge de la façon la plus adaptée les personnes les plus âgées et les patients polyopathologiques. Le projet médical et le projet de soins liés à ces 14 lits mériteraient en revanche d'être rédigés rapidement, ce qui aiderait à leur donner une lisibilité, ne serait-ce qu'au sein de l'hôpital.

L'organisation d'une filière courte de prise en charge hospitalière, fondée sur des procédures facilitant des admissions directes en service de court séjour gériatrique, est à travailler avec la gériatre. Celle-ci a déjà commencé à organiser des réunions d'information auprès des médecins généralistes du secteur.

---

<sup>37</sup> Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences, Masson, Paris, 2001

#### D) Cibler les patients en moyen séjour

Le service de moyen séjour ne doit en aucun cas être considéré comme une réserve de lits permettant de libérer des lits de court séjour quand la sortie de la personne âgée s'annonce problématique, comme c'est encore le cas parfois. Les raisons invoquées peuvent être entendues (services de court séjour plein, attente d'une place en hébergement quand les personnes ne peuvent pas retourner à domicile, etc.) et il est évident que les options sont parfois réduites. Il faut cependant être attentif aux causes de ces difficultés afin de s'assurer qu'elles ne recouvrent pas des situations sur lesquelles on peut agir comme une préparation trop tardive de la sortie ou un fonctionnement médical à retravailler. Pour éviter ces situations délicates à gérer en moyen séjour, il est important que le projet de service soit être clairement défini et les vraies questions d'organisation de la filière posées. Le service doit également pouvoir bénéficier de temps suffisant de kinésithérapeute et d'assistante sociale afin de pouvoir affirmer sans équivoque son identité et sa mission : permettre aux patients de retrouver autant d'autonomie que possible dans leur vie quotidienne.

#### E) Formaliser les relations avec la psychiatrie

Avec l'avancée en âge surviennent fréquemment des troubles psychiques et comportementaux nécessitant de faire appel à la compétence psychiatrique. Bien souvent, les polyopathologies qui caractérisent les malades âgés nécessitent qu'ils soient soignés autant pour leurs pathologies somatiques que psychiques. Lorsqu'ils sont hospitalisés en service de gériatrie, l'interaction des deux types de pathologies rend obligatoire une étroite collaboration entre psychiatre et gériatre.

Or, trop souvent, les méthodes de soins dispensées en gériatrie sont essentiellement médicales. Le traitement médical porte une attention quasi exclusive aux aspects organiques. Mais en s'intéressant en priorité aux organes malades, à l'organisme, on oublie parfois le sujet comme porteur d'une souffrance subjective et l'on ne traite pas forcément les problèmes essentiels à une bonne qualité de la vie : les difficultés psychiques et la relation à autrui.

Le secteur de psychiatrie a été rattaché au Centre Hospitalier de Landerneau il y a une dizaine d'années seulement, et les relations avec le secteur MCO ne sont pas encore forcément naturelles. Pour l'instant les psychiatres ne se déplacent pas régulièrement à l'UHTCD ni dans les services de soins. Si cela était compréhensible quand ils n'étaient que 2 pour 4 postes, ils sont aujourd'hui 3 plus un temps plein d'assistant généraliste, et la mise en place de la filière gériatrique semble être une bonne occasion de rediscuter les organisations de travail.

F) Penser les procédures de sortie

L'évaluation médico-sociale indispensable lors de l'admission est également requise pour préparer la sortie du patient. Cette évaluation est réalisée par le service accueillant le patient, en lien avec l'assistante sociale et les kinésithérapeutes. C'est aussi là qu'il serait intéressant de disposer de l'avis d'un gériatre quel que soit le service dans lequel le patient est hospitalisé. Le recrutement d'un médecin spécialisé en gériatrie sur un profil de poste transversal serait, dans cette optique, particulièrement intéressant.

Cette évaluation doit permettre de définir la meilleure orientation du patient (vers le domicile, le service de soins de suite ou les institutions d'hébergement) ainsi que le plan d'aide et l'organisation de la coopération des intervenants devant assurer la continuité de la prise en charge vers le maintien à domicile. Ils peuvent en effet être très nombreux : le médecin traitant, la famille, les services de maintien à domicile (SSIAD, service de portage de repas, téléalarme, aide-ménagère, amélioration de l'habitat), l'assistante sociale, l'infirmière, le kinésithérapeute ou encore l'orthophoniste.

Au Centre Hospitalier de Landerneau, des transmissions particulières ont lieu une fois par semaine dans les services de médecine et de moyen séjour pour l'instant ; il s'agit des réunions sociales. Elles durent environ une heure et permettent de faire le point sur le devenir de chacun des patients du service. En plus des Infirmières Diplômées d'Etat (IDE), des Aide-Soignantes (AS) et des ASH (Agents des Services Hospitaliers), elles réunissent le cadre et l'assistante sociale. C'est aussi l'occasion de signaler à cette dernière les

situations difficiles. Ces réunions permettent une meilleure coordination des acteurs intervenant auprès des personnes âgées et elles sont très appréciées. La formule mériterait vraisemblablement d'être étendue au service de chirurgie, mais c'est le temps d'assistante sociale qui manque pour l'instant.

La sortie de l'hôpital pour les personnes fragilisées en perte d'autonomie et de repères est au cœur de la problématique gériatrique. Quand le retour à domicile est possible et souhaité par la personne âgée, il doit évidemment être favorisé. Dans cette optique, la diversification des modes de prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile est primordiale, et le développement des places d'hospitalisation à domicile peut constituer une réponse dans un certain nombre de cas.

#### G) L'intérêt de l'hospitalisation à domicile

Les personnes âgées préfèrent souvent être soignées chez elles et la limitation des ruptures avec leur environnement fait partie de la qualité des soins. Par ailleurs, comme le souligne la circulaire du 18 mars 2002, « l'HAD est particulièrement adaptée à la prise en charge des maladies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phases de rémission ».

La typologie des soins délivrés<sup>38</sup> concorde avec les besoins les plus fréquents des personnes âgées :

- des soins ponctuels, techniques et complexes, destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée,
- des soins continus associant soins techniques et soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime, pour les patients ayant une pathologie évolutive,
- des soins de réadaptation au domicile pris en charge pour une période déterminée après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polypathologie.

---

<sup>38</sup> Circulaire n°295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Un projet d'HAD est à l'étude au Centre Hospitalier. Cette orientation est inscrite dans le projet d'établissement et il semble qu'on se dirige aujourd'hui vers la participation au réseau brestois qui constituerait le pôle de référence plus que vers la création de places d'HAD selon des modalités propres au Centre Hospitalier de Landerneau. Mais le principal est que ce type d'hospitalisation novateur et bien adapté à certaines situations mettant en cause des personnes âgées puisse voir le jour, afin de compléter l'offre de soins existante.

Toutes ces étapes, leur organisation et leur coordination, sont déterminantes pour offrir au patient la meilleure garantie de qualité en terme de prise en charge. L'analyse qui doit être conduite est forcément globale car elle ne s'attache pas à l'aspect strictement clinique de la prise en charge, mais bien au parcours des patients. L'établissement qui maîtrise ses processus a réglé l'essentiel de ses problèmes de gestion. Or le parcours de la personne âgée à l'hôpital de Landerneau reste à améliorer.

#### **2.2.4 Développer les liens avec la ville et le secteur social et médico-social pour tendre vers une prise en charge globale**

- A) La création d'une antenne CLIC à Landerneau ou la naissance d'une interface entre l'hôpital et le secteur social « extérieur »

- a) *La genèse du projet*

La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques préconise la création de CLIC. Ceux-ci représentent l'une des portes d'accès à la filière gériatrique et ils sont également le support des différents réseaux de santé.

C'est conformément à cette recommandation de la circulaire, et pour disposer sur le territoire de Landerneau d'une structure de référence pour les personnes âgées, que le projet de CLIC s'est mis en place. Il existait déjà une antenne CLIC à Crozon, sur le territoire de Landerneau donc, mais trop excentrée pour prendre en charge l'intégralité du



secteur. La zone géographique de référence dans le cadre des CLIC est en effet celle du territoire de santé.

Compte tenu de la complexité des systèmes de prise en charge engendrée par la multiplicité des interlocuteurs et des critères qui entrent en jeu, l'existence d'une structure qui centralise l'information selon le principe du guichet unique semble indispensable à une prise en charge de qualité. C'est forts de ce constat que se sont réunis autour du projet le Conseil Général du Finistère, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), la Mutualité Sociale Agricole (MSA), la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) de Bretagne et le Centre Hospitalier de Landerneau.

#### *b) La philosophie*

Les initiateurs du CLIC ont préféré mettre en place une démarche d'accompagnement des professionnels plutôt qu'une information directe du public visé redoutant deux biais du genre : l'afflux massif et désordonné de la population avec un nombre de demandes trop important à gérer et mal ciblées, ou son contraire, à savoir une information qui est enregistrée à un instant T par les personnes qui en ont besoin, mais que l'ensemble de la population visée ne s'approprie pas.

En matière de vieillissement et d'apparition de la dépendance, la première réaction de la personne âgée est souvent le déni ou le rejet et il faut revenir à plusieurs reprises sur le sujet, donner la bonne information au bon moment et accompagner la personne dans l'acceptation progressive de sa situation. C'est là le rôle des professionnels. Il semblait donc plus opérant de développer l'information relative aux actions du CLIC directement auprès des professionnels afin qu'ils puissent orienter les personnes âgées vers la structure la plus adaptée au moment le plus opportun.

#### *c) Les moyens*

Les outils méthodologiques ont constitué un premier point d'appui. Le groupe de travail s'est tout d'abord fondé sur un cahier des charges définissant les principes généraux du CLIC, les différents niveaux de labellisation ainsi que les principes d'organisation des 8 CLIC territoriaux, et sur des conventions cadre précisant les modalités de fonctionnement entre le CLIC territorial et les antennes de proximité.

Des moyens financiers ont également été mis en œuvre :

- contribution des différents partenaires par financements directs, mise à disposition de personnels, de locaux. Le CCAS de Landerneau fournit notamment un mi-temps de coordinatrice d'antenne et les locaux puisque le CLIC s'adosse à une plateforme gérontologique déjà existante.
- une enveloppe Etat pour le Finistère de 124 000 euros en 2003, de 151 000 euros en 2004 et de 400 000 euros en 2005. Le Conseil général s'est par ailleurs engagé depuis 2004 à fournir une subvention équivalente à celle de l'Etat. Les crédits sont ensuite répartis au niveau du département au prorata du nombre de personnes de plus de 75 ans, soit 69 000 euros pour le territoire de Landerneau-Crozon. Ces crédits sont eux-mêmes répartis entre les 2 antennes CLIC au prorata du nombre de personnes de plus de 60 ans dans le bassin de vie. C'est cette limite de 60 ans qui est d'ailleurs fixée dans la circulaire du 18 mai 2001 qui définit les différents niveaux de labellisation.

#### *d) L'organisation*

Le CLIC est organisé d'une part en un comité de suivi territorial qui valide le projet du CLIC territorial, nomme la commission technique, examine le budget, évalue les actions et adopte le rapport d'activité. D'autre part il comprend des commissions techniques qui organisent la réflexion et la coordination et mettent en œuvre les orientations définies par le comité de suivi territorial.

L'un de ces comités a notamment travaillé sur la réalisation d'une plaquette à destination des personnes âgées, de leur famille, ainsi que des professionnels de santé et des médecins généralistes notamment, qui peuvent aussi se retrouver perdus devant la diversité des types de prises en charge. Il s'agit réellement d'identifier un interlocuteur unique qui puisse conseiller la personne âgée dans le maquis des offres (aides au maintien à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire, entrée en établissement) et de leur financement (par l'assurance maladie sur prescription médicale, par les organismes de protection complémentaire, par le biais de l'APA en cas de dépendance...). Pour l'instant, le niveau de labellisation sur lequel se positionne l'antenne de Landerneau est le niveau 1. Les objectifs affichés du CLIC sont donc :

- l'accueil, l'information, l'orientation de proximité des personnes âgées et de leur entourage
- la création d'un réseau stable autour des personnes âgées

- la proposition d'actions de formation et de prévention
- la mise en œuvre des actions retenues

Le rôle principalement dévolu à l'antenne CLIC de Landerneau est donc un rôle d'information et d'orientation. S'il s'avère alors que la personne âgée a besoin d'une aide poussée (constitution de dossiers...), elle est orientée vers les services sociaux du Conseil Général.

e) *Le partenariat avec l'hôpital*

Cette démarche peut se révéler particulièrement intéressante pour l'hôpital dans le sens où elle permettrait d'éviter certaines hospitalisations qu'on peut qualifier de « sociales » et qui sont particulièrement coûteuses. Les entretiens réalisés avec les professionnels de santé et avec les travailleurs sociaux révèlent que les personnes âgées sont parfois hospitalisées pour permettre l'ouverture d'un dossier APA ou la mise en place d'aides à domicile : certains généralistes, de même que des familles, savent en effet que le service social de l'hôpital interviendra pour mettre en place ces aides pendant l'hospitalisation<sup>39</sup>.

Il arrive aussi souvent que la dépendance de la personne âgée soit soudaine (suite à un accident notamment) et qu'aucune solution n'ait été envisagée en amont. L'hôpital demeure dans ce cas le recours évident en attendant que les proches prennent une décision ou trouvent un hébergement. Or, si les hôpitaux peuvent s'enorgueillir de constituer ce dernier rempart, c'est cependant le signe d'une mauvaise organisation de la filière gériatrique.

Le CLIC n'est opérationnel que depuis cette année. Il faudra donc attendre avant de pouvoir tirer un premier bilan de son action, mais il sera intéressant de vérifier si son ouverture coïncide bien avec une diminution du nombre des hospitalisations dites « sociales » et des hospitalisations qui se prolongent faute de pouvoir trouver un lieu d'hébergement<sup>40</sup>,

---

<sup>39</sup> Annexe X

<sup>40</sup> Annexe IX

La création de cette antenne CLIC à Landerneau a suscité une réflexion très riche et initié un réel travail partenarial qui manquait cruellement jusqu'à présent. Cette structure est désormais à même de constituer une interface entre l'hôpital et le secteur social « extérieur ».

## B) Les relations avec les médecins généralistes

Les médecins généralistes constituent dans les textes le pivot du système de prise en charge des personnes âgées, or ce sont paradoxalement les acteurs qui sont les moins présents dans les réunions organisées sur la filière gériatrique.

La première raison et la principale est certainement le manque de temps, d'autant qu'il n'existe aucune façon de rémunérer ce temps passé à se coordonner aujourd'hui, ce qui n'est pas fait pour encourager les professions libérales à s'impliquer dans la démarche de filière. Le poids de la pratique d'un exercice de la médecine effectué seul le plus souvent, en relation directe avec le patient, joue également sans doute.

Or il est indispensable que les médecins généralistes participent à la constitution de la filière gériatrique et soient informés des rôles de chacun des acteurs afin de pouvoir conseiller au mieux leurs patients et afin d'anticiper sur les situations qui deviennent ensuite problématiques et qui se résolvent le plus souvent à l'hôpital.

Sur le secteur de Landerneau, les relations entre l'hôpital et les médecins de ville sont historiquement compliquées. Longtemps liés à la clinique de la ville, ils sont peu nombreux à adresser leurs patients au Centre Hospitalier même s'ils disent n'avoir « aucun problème avec l'hôpital ». Ils affirment d'ailleurs par la voix du porte-parole départemental de la Coordination Nationale des médecins pour le Finistère, également médecin généraliste à Landerneau, n'avoir « pas de temps à consacrer à ce sujet ». Ils ne souhaitent pas non plus être informés de l'organisation qui est mise en place à l'hôpital, arguant du fait qu'ils sont menacés par le « burn out », qu'ils travaillent toujours dans l'urgence et que les consultations mémoire ou les hôpitaux de jour/de semaine ne leur étaient le plus souvent pas utiles car nécessitant une prise de rendez-vous préalable... Le seul contact qu'ils sembleraient souhaiter avoir avec l'hôpital est le recours aux urgences en cas de besoin.

Difficile dans ces conditions d'organiser une filière gériatrique complète, mais c'est peut-être aussi à l'hôpital de proposer des solutions aux médecins libéraux, du type compte-rendu de sortie rapides, numéro de téléphone unique concernant un problème avec une personne âgée, etc. L'intérêt de la personne âgée devrait normalement nous permettre de nous réunir une base commune et de renouer des liens longtemps distendus.

## **2.3 Les difficultés à mettre en place la filière**

Mettre en place une filière gériatrique ne se décrète pas, et la démarche n'est pas toujours aisée.

### **2.3.1 La démographie médicale et les difficultés de recrutement dans certaines professions.**

Même avec un projet intéressant, il peut être difficile pour un hôpital de proximité de recruter un gériatre et encore plus un psycho-gériatre.

L'Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé est né en 2004 d'une volonté exprimée par la mission conduite par Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille. L'enjeu était de disposer de données fiables pour orienter la politique du gouvernement en matière de démographie médicale notamment.

L'une des constatations de la commission de démographie médicale montre que les chiffres dont nous disposons actuellement sont très partiels. Les données démographiques exprimant l'offre de soins par la densité des médecins rapportée à 100 000 habitants constituent une approche grossière et très imparfaite pour apprécier l'adéquation entre l'offre et la demande. En effet, l'indicateur de la densité ne tient pas compte de l'exercice réel des médecins. Il ne considère pas non plus les spécificités régionales. Si la Bretagne n'est que légèrement sous-dotée du point de vue de l'effectif médical (environ 9 200 médecins, soit une densité de 308 médecins pour 100 000 habitants quand la moyenne nationale se situe à 340 avec des écarts allant de 256 à 426), avec les réserves que l'on vient d'évoquer, des disparités importantes existent entre zones urbaines et rurales. Les disparités sont donc aussi infra-départementales. Dans le secteur 1, si la région de Brest est relativement attractive du fait de l'existence du CHU, et celle de Morlaix du fait de l'existence d'un hôpital de taille moyenne, les zones situées au

sud de Landerneau, que ce soit dans les terres ou vers la presqu'île de Crozon, ont beaucoup de difficultés à recruter du personnel médical.

Ce phénomène localisé de raréfaction de la « ressource médicale » est moins dû à une baisse globale des effectifs qu'aux évolutions démographiques et sociologiques de la profession médicale : évolution des modèles professionnels et familiaux, évolution des aspirations en matière de temps et de conditions de travail, modification en corollaire des critères de choix de lieu et de forme d'exercice.

Ces difficultés de recrutement sont amplifiées par le manque d'attractivité de l'hôpital public, et les hôpitaux de proximité, ne disposant pas de toutes les infrastructures et équipements de pointe, sont particulièrement touchés. En outre, les spécialistes hésitent à se porter candidats dans des hôpitaux de proximité ou de taille moyenne, où ils risquent d'être le seul représentant isolé de leur spécialité, sans possibilité de partage d'expériences avec des confrères. De plus, les perspectives de mobilité professionnelle y sont faibles, même si la possibilité de nommer un praticien sur plusieurs établissements peut constituer un début de réponse à ce problème<sup>41</sup>.

Ainsi le Centre Hospitalier de Landerneau rencontre des difficultés dans le recrutement de gériatres et encore plus de géronto-psychiatres et de psycho-gériatres. Il est également difficile de recruter des assistants dans ces disciplines du fait de la participation importante qui leur est demandée au niveau des gardes aux urgences sur lesquelles sont positionnés l'ensemble des médecins de l'hôpital.

### **2.3.2 Le positionnement stratégique : les craintes liées à positionnement trop ouvertement gériatrique**

A) Une image dévalorisée du vieillissement dans la population

a) *Une vision expliquée par l'histoire*

---

<sup>41</sup>Décret 99-563 du 6 juillet 1999 modifiant le décret n°84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers

La France est l'un des pays développés où l'évolution de la part des plus de 60 ans dans la population est la moins prononcée : certes, la proportion des plus de 60 ans est comparable à celle de la moyenne de l'Union européenne, mais la fécondité y reste forte.

Pourtant, le vieillissement est, en France, appréhendé avec une particulière acuité. Cette approche s'explique par l'histoire de notre pays et par le contexte dans lequel s'est forgée notre conception de ce processus. À la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, la France, rivale d'une Allemagne au taux de croissance de population deux fois supérieur au sien, connaissait seule en Europe dénatalité et augmentation de la proportion des plus de 60 ans dans la population. Dans les années trente, dans un climat de crise économique et internationale, Alfred Sauvy forgea le concept de vieillissement, soulignant, outre l'importance du taux de fécondité, celle de la structure par âge, fondée sur l'hypothèse que le vieillissement intervenait à un âge invariable quels que soient l'époque et le contexte social.

*b) Une lecture de l'âge par son coût supposé*

Le vieillissement entraînera nécessairement une charge financière croissante. Mais il faut cependant se garder de toute dramatisation sur les conséquences de cette chance que constitue la prolongation de la vie.

Au sein d'une société où le travail se voit accorder une place primordiale, est mis en avant, dans cette conception, le fait que les retraités, n'exerçant plus d'activité professionnelle rémunérée, participent moins au financement de la protection sociale collective que les "actifs" (au sens économique du terme), qui supportent seuls la charge des retraites. Est également souligné que les plus de 60 ans occasionnent près de la moitié de l'ensemble des dépenses de santé, cette donnée brute laissant croire à un "gaspillage" caractérisant cette classe d'âge. Enfin, l'accent est mis sur la montée en puissance du "risque dépendance" et les coûts collectifs qui vont en résulter avec l'arrivée prochaine des générations issues du baby-boom à un âge de plus forte morbidité.

Mais après avoir créé et produit les richesses qui ont construit la société d'aujourd'hui, les retraités consacrent une part souvent importante du temps libre que leur laisse la retraite à la collectivité, et continuent à lui rendre des services productifs du fait de leurs activités familiales, "sociales" ou culturelles, ce qui leur confère des droits. Il ne faut pas oublier non plus qu'ils ont payé pendant leur vie professionnelle, par leurs cotisations, la retraite des générations précédentes, dans le cadre du système par répartition, et que les actifs d'aujourd'hui sont les retraités de demain. Enfin, les retraités participent au financement de l'assurance maladie, et leur prétendue "surconsommation médicale" résulte pour l'essentiel du fait que la santé tend souvent à se dégrader au cours des dernières années de la vie, entraînant logiquement une augmentation des dépenses. La perception de l'âge au seul regard des coûts, quels qu'ils soient, est donc une vision extrêmement réductrice.

*c) Les facteurs convergents d'une dévalorisation de la vieillesse*

La vieillesse a traditionnellement, sur le plan individuel, une image dévalorisée, notamment dans les civilisations éprises de beauté physique, à l'image de la Grèce antique ou de la Renaissance et aujourd'hui dans nos sociétés occidentales. Même si, à certaines époques, la peinture de la vieillesse se fait parfois positive, empruntant la figure du sage, la description des "vieillards" n'est le plus souvent guère flatteuse.

Cette représentation traditionnelle occulte le fait que, si l'être humain grandit jusqu'à 20 ans, le vieillissement physique commence dès cet âge et que, si les capacités physiques et sportives tendent effectivement à régresser avec l'âge, il n'en va nullement de même des facultés intellectuelles ou de l'aptitude à s'insérer dans la collectivité.

Pourtant, cette approche dramatisée du vieillissement est favorisée dans notre société par la concentration de la mort sur les âges élevés, et à la vieillesse s'attache ainsi l'image d'une antichambre de la mort. "Ce n'est plus vivre et mourir qui sont désormais associés,



mais vieillir et mourir", écrivent Bernadette Puijalon et Jacqueline Trincaz<sup>42</sup>, association lourde de conséquence. Joue également en ce sens la charge matérielle, mais aussi psychologique et affective, représentée au quotidien pour les familles, et notamment pour les femmes, par les vieillards en perte d'autonomie. La dévalorisation du vieillissement résulte aussi de l'accélération du progrès technique et de la valeur que nos sociétés attachent aujourd'hui à la vitesse, à l'immédiateté et aux capacités d'adaptation.

On assiste dès lors à une inversion par rapport aux représentations traditionnelles de l'âge et de la vieillesse, qui ne symbolisent plus l'expérience et la sagesse, mais la lenteur, la dégénérescence et la mort que l'on refuse de regarder.

#### B) Une image dévalorisée de la gériatrie dans le milieu hospitalier ?

Considérée comme moins technique, moins noble que la chirurgie par exemple, la médecine gériatrique n'est pas la discipline qui attire en priorité les médecins. La maison de retraite n'est pas non plus à l'hôpital l'affectation la plus demandée par les personnels soignants. Pénibilité du travail, confrontation à des situations de dépendance forte et de fin de vie, méconnaissance de la réalité de la prise en charge, les raisons sont multiples et très personnelles. Mais la réalité est là : 50% des personnes hospitalisées aujourd'hui à l'hôpital ont plus de 70 ans : les compétences gériatriques sont donc nécessaires dans quasiment tous les secteurs.

La Direction n'a jamais non plus souhaité se positionner clairement sur une évolution stratégique plus orientée vers la gériatrie, ce pour mieux défendre l'activité du bloc opératoire dont la fermeture entraînerait aussi mécaniquement celle de la maternité. Dans les esprits, la crainte de voir l'hôpital disparaître et se reconvertir en maison de retraite médicalisée par exemple, nuit à l'organisation de la filière gériatrique. Lorsqu'en début d'année, à l'occasion des travaux préparatoires au prochain SROS, la fermeture du bloc opératoire de Landerneau a été évoquée, l'ARH a implicitement laissé à l'établissement la possibilité de se positionner sur des activités plus liées à la gériatrie. C'est finalement la clinique de la ville qui s'est positionnée sur ce créneau sans que l'hôpital de Landerneau se prononce clairement. Ce silence ne témoigne cependant pas d'un rejet de la gériatrie

---

<sup>42</sup> PUIJALON B. TRINCAZ J. *Le droit de vieillir*, 1999

en tant que telle (qui est par ailleurs une réalité) mais plus d'une crainte de voir l'hôpital se transformer en un pôle uniquement gériatrique. Or, organiser la filière gériatrique n'implique absolument pas de renoncer aux autres activités de l'hôpital.

Ces observations doivent cependant être largement nuancées : de nombreux projets existent en effet en lien avec la prise en charge de la personne âgée à l'hôpital et les équipes sont très mobilisées auprès des patients qui pour la plupart sont des patients âgés. Certains agents demandent également à être affectés auprès des personnes âgées et d'autres ne se voient plus exercer ailleurs du fait de la qualité de la relation avec le patient ou le résident en long séjour. L'exemple de la lutte contre la dénutrition symbolise bien cet engagement.

En 2003 la diététicienne constate qu'une dénutrition s'instaure chez les résidents de la maison de retraite qui dépend de l'hôpital. La chef de service décide avec elle d'initier alors une démarche de dépistage avec les équipes et elles mettent en place des outils de recueil de l'information : fiches de suivi du poids et de l'albuminémie, pesées et feuille de surveillance alimentaire. Cette dernière permet, en attribuant un nombre de points à chaque aliment contenant des protéines, de calculer un score journalier. S'il est trop faible, des apports hyperprotidiques permettront alors de couvrir les besoins des personnes âgées. Un arbre décisionnel de prescription a ensuite été élaboré. La première évaluation a conclu qu'environ 50% des résidents avaient une alimentation protidique insuffisante par rapport aux repas proposés.

Aujourd'hui ils sont plus de 70% à consommer des protéines en quantité suffisante. La mise en place de cette politique nutritionnelle a été étendue au long séjour en 2005. Si elle a évidemment un sens en maison de retraite, elle en a aussi un à l'hôpital, et pas seulement en long séjour. Il est primordial, dans une optique de prévention, de profiter de l'hospitalisation d'une personne âgée pour lui faire prendre conscience des risques liés à la dénutrition et lui en expliquer les causes afin qu'elle puisse corriger son comportement alimentaire et devenir acteur de sa propre santé.

Cette politique nutritionnelle est aujourd'hui en phase d'extension aux services de court séjour. Elle est emblématique de la mobilisation des équipes sur des problématiques liées aux personnes âgées puisqu'elle nécessite la participation des médecins et des soignants (officières notamment) et qu'elle donne des résultats très encourageants.

### **2.3.3 La difficile gestion des hommes**

Les questions de personnes et de personnalités jouent aussi un rôle dans les orientations stratégiques qu'il est possible ou non de développer. La fonction de responsable de la filière gériatrique par exemple, doit être confiée à un médecin motivé, reconnu et faisant l'unanimité chez ses collègues gériatres, afin de fédérer l'ensemble des projets et de parvenir à une réelle coordination. C'est un choix important dont peut dépendre le succès ou non de la mise en place de la filière.

Le départ de certains médecins d'ici quelques années pourra également être l'occasion de revoir les organisations médicales actuelles. Ces différents facteurs entrent en jeu dans la mise en place concrète de la filière, car si chacun s'accorde à dire qu'elle est indispensable, il est toujours déstabilisant de bouleverser ses façons de faire. Il ne s'agit évidemment pas seulement d'un manque de volonté mais bien sûr aussi d'un manque de temps. De ce point de vue, l'ensemble de l'équipe médicale est favorable au recrutement d'un nouveau médecin même si les avis divergent sur la spécialité ou le profil de poste.

### **2.3.4 Les risques de la tarification à l'activité (T2A)**

#### **A) La difficile valorisation des activités liées à la gériatrie**

Les enjeux liés à la réforme du financement des hôpitaux sont de taille pour les personnes âgées. Les tarifs des Groupes Homogènes de Séjour sont en effet calculés sur la base d'un séjour type, or l'hospitalisation d'une personne âgée peut facilement donner lieu à des complications ou à une décompensation qui fera par exemple augmenter la Durée Moyenne de Séjour (DMS) du service qui l'accueille, risquant ainsi de faire perdre des ressources de financement à l'hôpital.

Les possibles conséquences négatives de la T2A pour les personnes âgées sont simples à imaginer :

- Difficulté d'avoir des secteurs gériatriques dans les hôpitaux les plus performants (cardiologie, oncologie).
- Concentration des services gériatriques dans les hôpitaux locaux.
- Difficulté d'attirer du personnel dans des structures à vocation médicale et fortement gériatrique.

- Abandon progressif des structures d'hébergements de personnes âgées gérées par les hôpitaux (du moins les plus performants).
- Recours à des procédures d'HAD (hospitalisation à domicile) très peu adaptées aux personnes âgées isolées ou vivant avec un conjoint lui-même très âgé.
- Non réponse de proximité pour les liens hôpital établissement de type EHPAD pour la prise en compte de pathologies aiguës.

Ces évolutions seraient principalement le fait d'une obligation de gestion qui, progressivement, étape après étape, poussera les directions à faire des choix. La recherche d'obtention d'un secteur de pointe réalisant beaucoup d'actes gratifiants sera un vrai challenge dans lequel s'inscriront les meilleurs.

Eric Molinié, le rapporteur de l'étude du Conseil Economique et Social<sup>43</sup>, estime qu'avec la T2A, « le risque de sélection des patients existe soit a priori (refus de développer des activités présumées déficitaires, telles que la prise en charge des personnes très âgées ou des personnes précaires sauf dans le cadre des MIGAC), soit a posteriori, en procédant à un transfert du patient dans une autre structure ».

#### B) Les conséquences possibles sur la prise en charge des personnes âgées.

Le risque est d'en arriver à une séparation des activités de MCO et des activités de gériatrie, qui induirait un accès aux soins de haut niveau éloigné du lieu de résidence ou d'hébergement des personnes âgées, ainsi que l'impossibilité de bénéficier de tous les services en cas de problèmes survenus pendant une hospitalisation en gériatrie par absence de services locaux. On peut aussi craindre la fin du bénéfice d'actions innovantes mises en œuvre par les services hospitaliers à l'intention des personnes âgées.

La question du recours systématique à des services de transport pour aller d'un lieu d'examen ou de soin à un autre se posera aussi logiquement.

Il ne faut pas cependant être alarmiste. La réforme de la tarification peut également être porteuse d'espoirs. De façon générale, la T2A tend à favoriser les actions qui permettent de développer l'activité et d'optimiser, pour l'hôpital mais aussi et avant tout pour les

---

<sup>43</sup> CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, 2005

patients, les durées de séjour. On peut aussi considérer, dès lors, que cela implique de développer les filières d'aval telles que les soins de suite, la rééducation, l'HAD et les soins à domicile, afin d'utiliser les structures de court séjour uniquement pendant la période où c'est nécessaire, et de déléguer à ces structures d'aval la partie du séjour venant juste après la phase aiguë. Il faudra cependant être attentifs aux biais possibles pour les personnes âgées de cette réforme de la tarification qui devrait entraîner une modification du paysage hospitalier.

## CONCLUSION

L'avenir de l'établissement, quel qu'il soit, ne peut se concevoir sans filière gériatrique étant donné l'âge de la population hospitalisée et la teneur des projections. Les tutelles semblent également très attentives à cette question. Comme le rappelait Catherine Vautrin au début de l'année, « c'est un fait que la révolution de l'âge bouleverse le système de soins, et spécifiquement l'organisation du secteur hospitalier »<sup>44</sup>. La réponse à apporter à ce bouleversement ne peut pas être uniforme, mais agir en ordre dispersé n'est plus possible.

Pour améliorer la qualité de la prise en charge il était essentiel au cours de ce travail de pointer les carences au niveau des structures, des procédures et des pratiques. Cela ne remet évidemment pas en cause le travail quotidien réalisé avec humanité et professionnalisme pour et avec les personnes âgées. Mais sans ligne directrice claire, sans volonté d'organiser un parcours cohérent et réfléchi, il manque le lien essentiel au bon fonctionnement de l'hôpital.

L'organisation de la filière à Landerneau n'en est encore qu'à ses débuts. Dans un premier temps, il faudra que cette dynamique soit poursuivie et s'inscrive dans le projet médical. L'équipe des médecins du Centre Hospitalier y réfléchit. Le projet d'établissement 2007-2011 devra ensuite intégrer cette réflexion et développer les aspects du dossier liés aux moyens à mettre en œuvre. Il devra aussi prévoir de formaliser des partenariats avec les autres acteurs de cette prise en charge : médecins de ville, SSIAD, services d'aides ménagères, structures sociales et médico-sociales, association... Il faudra enfin que l'établissement soit attentif à proposer une offre de soins diversifiée et répondant au plus juste aux besoins des personnes âgées.

Le projet, s'il comporte une part de réflexion et d'organisation, a également un coût financier. Le degré de priorité qui lui sera attribué conditionnera donc aussi son avancée.

Le plus difficile, dans une démarche projet de ce type, semble être de réussir à poser un diagnostic sur lequel tout le monde s'entende sans que ce soit trop douloureux. Or cette étape, primordiale pour structurer la réflexion, est souvent oubliée ou écartée pour éviter les conflits potentiels. Faire ensuite émerger des échanges un projet fédérateur dans lequel chacun accepte de s'impliquer relève de la gageure. Il importe alors d'être attentif

---

<sup>44</sup> Catherine Vautrin, ancienne secrétaire d'état aux personnes âgées, dans le quotidien du médecin – n°7748 – 13 mai 2005

aux logiques et aux intérêts de chacun pour pouvoir aller de l'avant dans l'intérêt du patient. Dans un projet comme celui-ci, la dimension managériale du poste de Directeur d'hôpital s'affirme pleinement.

Madame B., patiente du moyen séjour à qui je demandais ce que je pouvais faire pour elle, m'a juste répondu de ne pas la regarder comme une personne âgée, parce que « c'est l'image que nous renvoient les autres qui nous fait dire que l'on est une personne âgée ».

---

# Bibliographie

---

## 1) OUVRAGES ET RAPPORTS :

BELMIN J. PIETTE F. *L'entrée de la gériatrie dans le paysage médical français*. La Presse Médicale, juin 2004

BOURDELAIS P. *L'âge de la vieillesse*. Odile Jacob, 1993

CARADEC V. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Nathan Université, 2001

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

CLEMENT J.M. *La crise de confiance hospitalière. Constat, causes, réformes*. Les éditions hospitalières, 2003

ENNUYER B. (actes).CHABERT J. *Vivre au grand âge ; la dépendance des personnes âgées*, Editions Autrement, 2001

IGAS. Les conséquences de la canicule de l'été 2003

MATTEI J.F. *Ces absurdités qui nous entourent*. Santé sociale, collection conviction, Edition Anne Carrière, Paris 2001

PUIJALON B. TRINCAZ J. *Le droit de vieillir*, 1999

## 2) TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

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



Décret 99-563 du 6 juillet 1999 modifiant le décret n°84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers

Arrêté du 2 août 2004 pris en application du I de l'article 34 de la LFSS pour 2004 et fixant les tarifs de référence nationaux par activité

Circulaire n°2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Circulaire n°2001-224 du 18 mai 2001 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination

Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique

Circulaire n°2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées

Circulaire n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile

### **3) REVUES :**

ABALAIN-CASTELA C. LAURENT M. RHODE E. SAFOUANE M. L'hôpital de jour gériatrique. *Gérontologie et société*, n°80, mars 1997

BLOND J.C. DITER L. MOLINA L. REYBARD-MUTEL A. PLOTON L. La prise en charge des personnes âgées par le secteur psychiatrique. *Gérontologie et société*, n°80, mars 1997

BUISSIERE A. Un métier d'avenir, les personnes âgées. *Le quotidien du médecin*. 10 mars 2005

DRUNAT P. LUTZLER P. HOLSTEIN J. Intérêt du concept « filières de soins » pour les établissements hospitaliers, l'exemple de la gériatrie. *Gestions hospitalières*, janvier 1997

GENTRIC A. LE DEUN P. L'évaluation gériatrique standardisée : intérêt et modalités. *Mt*, vol.10, juillet-août 2004

HASSENTEUFEL P., Les groupes d'intérêt dans l'action publique : l'Etat en interaction. *Pouvoirs*, n°74, 1995

LE PEN C. La prévention, une solution pour réaliser des économies ? *Le concours médical*, 11 mai 2005

RAPPY M. BAUDU S. DELUCHAT S. LASCAUX M.A. HABOURDIN M.F. LAVOUTE N. THOMAS E. Les services de moyen séjour : une place essentielle dans la filière de soins des personnes âgées. *Gérontologie et société*, n°80, mars 1997

La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique. *Gérontologie et société*, n°100, mars 2002

Les réseaux de santé. *Décision santé*, n°187, septembre 2002

*Techniques hospitalières*. Spécial personnes âgées. N°424, mars 2003

Les Français ont peur de la dépendance. *Le quotidien du médecin*. 1<sup>er</sup> mars 2005

Il est urgent de développer la gériatrie à l'université. *Le quotidien du médecin*. 13 mai 2005

#### **4) ETUDES, MEMOIRES, COURS, CONFERENCES :**

CNAMTS. *Le vieillissement des français et leur consommation médicale : un enjeu majeur pour l'avenir du système de soins*, note n°15, 2003

DRESS, Etudes et Résultats. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel, n°379, février 2005

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, commission des comptes de la Sécurité Sociale. Dossier de presse – PLFSS 99, septembre 1998

Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences, Masson, Paris, 2001

DELMAS F. Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au Centre Hospitalier de Rodez et mise en perspectives avec un réseau gériatrique dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital, mémoire ENSP, 2004

LABRO-GOUBY F. La mise en place d'une filière gériatrique aux Hôpitaux Civils de Colmar. Illustration de la complémentarité des politiques sanitaires et médico-sociales sur un territoire de santé, mémoire ENSP, 2004

U.LP Faculté de médecine Strasbourg. DCEM2 2003-2005. Module vieillissement, in corpus de gériatrie, janvier 2000

Colloque HAD organisé par la DHOS, 15 juin 2004

## **5) AUTRES DOCUMENTS :**

SROS Prise en charge sanitaire des personnes âgées, juin 2003

Bilan de la mise en œuvre du volet complémentaire du SROS Prise en charge sanitaire des personnes âgées – Travaux préparatoires au SROS 3<sup>ème</sup> génération

Schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes âgées (2000-2004)

Projet d'établissement du Centre Hospitalier de Landerneau (2002-2006)

Contrat d'Objectif et de moyens correspondant signé entre le Centre Hospitalier de Landerneau et l'ARH de Bretagne

Tableau de bord du secteur sanitaire 1. ARH, septembre 2004

La démarche CLIC. Territoire Landerneau-Crozon. Conseil Général du finistère, juin 2004

## **6) SITES INTERNET :**

Le site de l'ARH : [www.arh-bretagne.fr](http://www.arh-bretagne.fr)

Le site de l'Observatoire Régional de Santé : [www.orsb.asso.fr](http://www.orsb.asso.fr)

Le site de l'INSEE : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

Le site du ministère : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

[www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr)

Le site du Comité Régional pour le Santé d'Ile de France : [www.cresif.org](http://www.cresif.org)

Le site de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé :  
[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Le site du journal officiel : <http://admi.net/jo/>

Le site de la fondation nationale de gérontologie : [www.fng.fr](http://www.fng.fr)

Un site d'information scientifique et médicale : [www.john-libbey-eurotext.fr](http://www.john-libbey-eurotext.fr)

---

## Liste des annexes

---

- Annexe I : Données PMSI 2004 sur l'âge des patients hospitalisés
- Annexe II : Tests score ISAR, ALD, mini-GDS
- Annexe III : Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques
- Annexe IV : Carte du secteur sanitaire n°1
- Annexe V : Pyramide des âges comparant la situation de la Bretagne et du secteur 1
- Annexe VI : Evolution de la population du secteur 1
- Annexe VII : Equipement en lits de long séjour secteur 1
- Annexe VIII : Equipements en lits de SSR secteur 1 et Bretagne
- Annexe IX : Enquête réalisée avec la collaboration du service de moyen séjour
- Annexe X : Lettre d'un médecin généraliste pour demander une hospitalisation sociale
- Annexe XI : Stratégie diagnostique et d'orientation de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences (recommandation de la société francophone de médecine d'urgence).

## ANNEXE I

Nombre de RSS sur l'année 2004 en MCO

Données PMSI

Age du patient à l'entrée	Nombre	%
Entre 0 et 9	642	10.17
Entre 10 et 19	258	4.09
Entre 20 et 29	755	11.96
Entre 30 et 39	709	11.23
Entre 40 et 49	462	7.32
Entre 50 et 59	539	8.54
Entre 60 et 69	520	8.24
Entre 70 et 79	978	15.49
Entre 80 et 89	1035	16.40
Entre 90 et 99	403	6.38
Entre 100 et 109	11	0.17
totaux	6312	100.00

Nombre de RSS sur l'année 2004 en MCO après déduction de l'activité de la maternité (jeunes mères et bébés) afin de refléter au plus juste l'âge des patients dans les services.

Données PMSI

Age du patient à l'entrée	Nombre	%
Entre 0 et 9	54	1.11
Entre 10 et 19	243	5.02
Entre 20 et 29	302	6.23
Entre 30 et 39	312	6.44
Entre 40 et 49	449	9.27
Entre 50 et 59	538	11.10
Entre 60 et 69	520	10.73
Entre 70 et 79	978	20.19
Entre 80 et 89	1035	21.36
Entre 90 et 99	403	8.32
Entre 100 et 109	11	0.23
totaux	4845	100.00

En 2004, les plus de 60 ans ont représenté 60,83% des hospitalisations.

En 2004, les plus de 70 ans ont représenté 50,1% des hospitalisations.

En 2004, les plus de 80 ans ont représenté 30% des hospitalisations.

NB : en soins de suite c'est la semaine qui est l'unité d'œuvre, on parle alors de Résumé Hebdomadaire de Sortie et non de RSS, mais si les données relatives aux patients de soins de suite étaient ajoutées, la part des personnes âgées dans la population hospitalisée s'alourdirait encore.

## ANNEXE II

Société Francophone de médecine d'Urgence – La personne âgée aux Urgences

ADL (Activities of daily living)	
>	Se laver
>	S'habiller
>	Se rendre aux toilettes
>	Se déplacer
>	S'alimenter
>	Etre continent
Score de 0 (totalement dépendant) à 6 (totalement autonome)	
<b>TABLEAU 2 : score ADL (activities of living)</b>	

Mini-GDS ou GDS 4-items	
1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?	oui = 1, non = 0
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui = 1, non = 0
3. Etes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ?	oui = 0, non = 1
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui = 1, non = 0
<b>SI SCORE TOTAL <math>\geq</math> 1, TRES FORTE SUSPICION DE DEPRESSION</b>	
<b>SI SCORE TOTAL = 0, TRES FORTE PROBABILITE D'ABSENCE DE DEPRESSION</b>	
<b>TABLEAU 3 : score de dépistage d'une dépression (Mini-GDS)</b>	

QUESTIONS	
1- Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide au domicile ?	Oui /Non
2- Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile ?	Oui/Non
3- Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?	Oui /Non
4- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de vue ?	Oui/Non
5- Dans la vie quotidienne souffrez-vous de problèmes de mémoires ?	Oui/Non
6- Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?	Oui/Non
Questionnaire de dépistage des patients âgés à risque d'évènements indésirables Un patient est considéré à risque d'évènement indésirable ( déclin fonctionnel réadmission) avec plus de 2 réponses positives	

**TABLEAU 4 : score ISAR (Identification of senior at risk)**

## ANNEXE III



MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ

REPUBLIQUE FRANÇAISE

*Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins*

*Direction générale de la santé*

La Ministre de l'emploi et de la solidarité  
Le Ministre délégué à la Santé  
La Secrétaire d'Etat aux personnes âgées  
à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des  
Agences régionales d'hospitalisation  
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les Préfets de région  
Directions régionales des affaires sanitaires  
et sociales  
(pour information)

Mesdames et Messieurs les  
Préfets de Département  
Directions départementales des affaires sanitaires  
et sociales  
(pour exécution et diffusion)

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

**Résumé :** Cette circulaire a pour but de tracer les voies d'amélioration de la filière de soins en faveur des patients gériatriques. Elles s'articulent autour de trois axes : le renforcement de l'accès à des soins de proximité (médecin généraliste, consultations et pôles d'évaluation gériatriques, hôpital local), le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission courtes, l'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée (soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile). L'ensemble s'inscrit dans une logique de travail en réseau. La mise en œuvre de ces dispositions passe par un volet spécifique du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et par un projet de prise en charge des personnes âgées au sein de chaque établissement de santé.

**Mots clefs :** patient gériatrique, médecin généraliste, consultation gériatrique, pôle d'évaluation gériatrique, court séjour gériatrique, équipes mobiles gériatriques, hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation, hôpital local, réseaux gériatriques, centres locaux d'information et de coordination (CLIC), schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), commission « personnes âgées ».



Textes de référence :

- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Circulaire DH/EO4/97 n°841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation
- Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile
- Complément à la circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile
- Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Le vieillissement de la population s'accompagne d'un développement des pathologies liées au grand âge, avec une large part de polyopathologies chez les personnes âgées de plus de 75 ans. Avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal de la qualité de la vie. La survenue d'une maladie ou d'un accident peut rompre l'équilibre fragile en place. Tout l'enjeu de la gériatrie est de savoir reconnaître et de prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale, que ce soit en ville ou à l'hôpital. La trajectoire de soins des personnes âgées, notamment des personnes âgées fragiles, doit pouvoir s'inscrire dans une filière de soins gériatrique offrant un panel de ressources adaptées à leurs besoins.

La présente circulaire s'attache plus particulièrement à établir un état des lieux (1) et à décrire les voies d'amélioration de cette filière de soins. Cette évolution repose sur un renforcement de l'accès à des soins de proximité (2), le choix de filières courtes s'appuyant sur un développement du court séjour gériatrique (3), l'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée (4). A tous ces niveaux, l'accent est mis sur l'importance d'une articulation ville-hôpital et d'un travail en réseau qui conditionne une utilisation optimale de cette filière. Enfin, sont précisées les conditions de mise en œuvre de ce dispositif visant à une politique coordonnée de soins gériatriques (5).

## **-1- Etat des lieux**

### **-1-1- Une population âgée en très forte augmentation**

En 20 ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. Sauf rupture imprévisible, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les 20 ans à venir. A partir de 2020, les effets du « baby-boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans un peu plus de 3 %<sup>1</sup>.

En même temps que la population vieillit, on assiste au développement des pathologies liées à l'âge. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polyopathologiques.

<sup>1</sup> Etudes et Résultats, DRESS, n°40, novembre 1999

En ce qui concerne les pathologies démentielles, l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. 75% des personnes souffrant de pathologies démentielles vivent à domicile y compris à un stade évolué de la maladie. Alors que les estimations actuelles évaluent à environ 400 000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les projections dont on dispose prévoient un doublement du nombre de malades entre 1990 et 2020<sup>2</sup>.

### -1-2- -Un dispositif de soins insuffisamment adapté aux besoins des personnes âgées

Près du tiers des séjours hospitaliers concernent les personnes âgées de 65 ans et plus ; cette part va croissante avec l'âge. Dans le même temps, on constate une progression du nombre de patients gériatriques<sup>3</sup> hospitalisés.

A l'occasion de leur séjour hospitalier, ces patients présentent des risques particuliers de décompensation, pouvant révéler des pathologies chroniques et invalidantes, risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Or, trop souvent, l'offre de soins en milieu hospitalier reste limitée à une hospitalisation à temps complet majorant la survenue de tels risques, sans que soit envisagée une autre alternative. Alors que les modes de prise en charge permettant d'éviter ou de limiter ces risques sont validés, leur diffusion reste encore trop circonscrite.

Par ailleurs, une large proportion de personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences. L'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. De telles situations risquent d'entraîner des pertes de chance et un allongement injustifié des séjours, particulièrement péjoratif aux grands âges. En outre, le service des urgences oriente souvent davantage en fonction des lits disponibles que des besoins du patient. En l'absence de service de court séjour gériatrique, les services d'accueil des urgences manquent en effet bien souvent de solutions d'aval adaptées pour la prise en charge des patients gériatriques. A cet égard, il convient de souligner qu'une rapide enquête effectuée par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins auprès des agences régionales de l'hospitalisation relève seulement 50 services de court séjour gériatrique dans les 207 établissements sièges de SAU.

Ces difficultés récurrentes sont préjudiciables aux personnes âgées. Des études ont montré que des prises en charge hospitalières non ajustées engendraient des hospitalisations à répétition et allongeaient inutilement les séjours. Enfin, les difficultés précitées se trouvent majorées par les ruptures de prise en charge résultant d'un manque de communication entre les professionnels de ville assurant la prise en charge ambulatoire et les équipes hospitalières.

---

<sup>2</sup> La maladie d'Alzheimer, p12, Rapport de J.F. GIRARD, septembre 2000

<sup>3</sup> On entend par patient gériatrique, un patient âgé polypathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe.

## -2- Renforcer l'accès à des soins de proximité

Le patient gériatrique est très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel ; celle-ci est source de décompensation, tant au plan physique que psychique. Il convient donc, chaque fois que possible, de privilégier une prise en charge de proximité. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient gériatrique. Il joue donc un rôle essentiel et peut être aidé dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique, réalisée par une consultation ou un pôle spécialisé. Il s'appuiera également sur la structure de proximité que constitue l'hôpital local dont il peut être partie prenante, et sur un réseau de soins gériatrique, lorsqu'il existe.

### -2-1- Le médecin généraliste

Il importe de souligner le rôle capital du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes âgées. Il constitue en effet le premier niveau de recours aux soins de la personne âgée ; sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours en font un acteur privilégié de la prise en charge gériatrique. Il doit être en mesure d'utiliser au mieux les possibilités offertes par l'hôpital et, plus largement, par le réseau de santé. Son action est déterminante en matière d'orientation et de soins, ce qui implique qu'il soit parfaitement informé du fonctionnement du dispositif et sensibilisé à une approche gériatrique. Il doit pouvoir avoir accès, lorsqu'un bilan global est nécessaire à des consultations d'évaluation gériatrique ou aux pôles d'évaluation gériatrique pluridisciplinaire, tout en restant le référent de la prise en charge du patient.

### -2-2- Les consultations et les pôles d'évaluation gériatrique

Selon leur localisation et leur importance, les hôpitaux sont invités à créer ou développer soit des consultations gériatriques avancées soit des pôles d'évaluation gériatrique, auxquels les médecins généralistes pourront adresser leur patient. **Les consultations gériatriques avancées** sont des réponses de proximité, bien articulées avec le comité local d'information et de coordination ; elles permettent à la personne âgée de bénéficier d'un bilan médico-psychosocial. **Les pôles d'évaluation gériatrique** proposent des bilans approfondis réalisés de façon pluridisciplinaire. Ils collaborent au suivi du patient et proposent les aides utiles. Le cahier des charges de ces consultations et de ces pôles figure en annexe 1. Ces consultations et ces pôles fonctionnent en étroite collaboration, dans un souci de complémentarité avec les consultations mémoire et les centres mémoire de ressources et de recherche de leur zone d'implantation (cf programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées d'octobre 2001)<sup>4</sup>.

Ces évaluations permettront ensuite aux médecins généralistes d'ajuster leur prise en charge et seront l'occasion pour eux et pour les équipes hospitalières de mieux se connaître. Dès lors, les admissions à l'hôpital pourront plus largement être négociées par les médecins de ville, évitant ainsi aux personnes âgées un passage par le service des urgences dont on connaît les effets trop souvent délétères. Le cas échéant, la prise en charge pourra être réalisée sous forme d'hospitalisation de jour.

---

<sup>4</sup> Programme disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>

### -2-3- L'hôpital local

L'hôpital local, lorsqu'il existe, constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques.

Il intervient en avant de la chaîne des soins, par des consultations avancées et/ou des actions de prévention, mais également en aval, en prenant en charge au plus près de son domicile un patient gériatrique transféré, limitant d'inutiles ruptures avec son environnement. Il permet de maintenir le lien ville/hôpital, notamment grâce à l'intervention du médecin traitant en son sein.

L'hôpital local peut conclure des conventions de coopération avec les centres hospitaliers afin de permettre à des spécialistes d'intervenir en appui des médecins généralistes. L'hôpital local trouve toute sa place dans une organisation graduée des soins.

### -2-4- le travail en réseau

Le réseau de santé est défini par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui décrit ainsi ses missions :

- favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ;
- assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins ;
- participer à des actions de santé publique ;
- procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont notamment constitués de :

- professionnels de santé libéraux ;
- établissements de santé ;
- centres de santé ;
- institutions sociales ou médico-sociales ;
- organisations à vocation sanitaire ou sociale ;
- représentants des usagers.

Le réseau est une réponse pertinente, à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certains cas, de l'éviter.

Le dépistage, le traitement et le suivi préventif des affections liées à l'âge souvent aggravées, chroniques et multiples pouvant aller jusqu'à la dépendance, nécessitent en effet une prise en charge médico-sociale, coordonnée et adaptée à chaque personne âgée considérée dans son environnement.

L'orientation du patient vers une réponse de soins de proximité adéquate, mise en œuvre dans le cadre d'un partenariat et d'une complémentarité des intervenants en ville comme à l'hôpital, échangeant leurs informations et organisant liens et relais entre les différents temps de la prise en charge, est une priorité.

organisé, les situations d'urgence et de crise gérées. A terme, c'est à ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC ». Le CLIC de niveau 3 peut ainsi être le support du réseau.

### **-3- Favoriser les filières courtes en s'appuyant sur le court séjour gériatrique**

Le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité. Cependant les personnes âgées entrent trop souvent dans ces services par défaut. Il importe donc de développer des unités de court séjour gériatrique destinées aux patients gériatriques et mieux adaptées à leurs besoins, c'est à dire à même d'apporter une approche globale, appropriée à leur polyopathie et/ou à leur risque de dépendance.

Les établissements de santé devront également privilégier des prises en charge rapides et des circuits courts et veiller à ce que la dimension psychiatrique soit prise en compte.

#### **-3-1- Développer le court séjour gériatrique**

Les patients gériatriques se caractérisent par un état de fragilité qui nécessite que leur prise en charge en milieu hospitalier soit assurée par des professionnels compétents en gériatrie. C'est pourquoi, l'accent doit être mis durant les prochaines années et ce, dès l'année 2002, sur l'individualisation de services de court séjour gériatrique, au moins, dans un premier temps, au sein des centres hospitaliers disposant d'un service d'accueil des urgences<sup>5</sup>(SAU). Leurs missions et leurs modalités de fonctionnement sont déclinées sous forme d'un cahier des charges, en annexe 2. L'expérience montre que c'est à partir des compétences réunies par de tels services que se diffusent progressivement les bonnes pratiques gériatriques tant en milieu hospitalier (délivrance d'avis gériatrique à la demande des services de spécialité) qu'en ville (structuration de l'interface ville-hôpital, actions de formation...). Ces services ont vocation à accueillir, entre autres, des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées lorsque leur état de santé justifie une hospitalisation de courte durée. La configuration des locaux sera adaptée en conséquence.

Pour aider les agences régionales de l'hospitalisation à amorcer ou développer les évolutions nécessaires dans ce sens, un crédit de 8,23 millions d'euros a été inscrit, au titre des mesures nouvelles, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. La répartition de ces crédits entre les régions sera effectuée en fonction de l'importance de la population de plus de 75 ans. Elle fait l'objet d'un tableau qui sera annexé à la circulaire budgétaire pour 2002 relative aux établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes.

Les ouvertures de services ou d'unités de court séjour gériatrique résulteront de la transformation de lits d'autres disciplines, avec les redéploiements de personnels induits par de telles opérations. Les crédits susvisés, au titre des mesures nouvelles, doivent donc permettre de financer quelques créations de postes de professionnels formés à la gériatrie

<sup>5</sup> Dans les établissements de santé non sièges de SAU mais accueillant une forte proportion de personnes âgées polyopathologiques, il est recommandé de structurer au sein des services de médecine polyvalente, des unités individualisées dédiées aux patients gériatriques et disposant d'un personnel formé à leur prise en charge.

Le réseau doit également assurer la continuité des soins sans rupture pendant toute la trajectoire du patient, de l'amont jusqu'à l'aval (consultation chez le généraliste et spécialistes, hospitalisations en court ou long séjour et, le cas échéant, en unités de soins psychiatriques, retour à domicile avec soins ambulatoires...).

Le retour à domicile préconisé et souhaité de la personne âgée, pourtant souvent fragilisée par l'isolement, un contexte financier et social dégradé, une perte d'autonomie et de repères est au cœur de la problématique gériatrique.

La prise en charge pluridisciplinaire nécessaire est par conséquent grandement facilitée par le réseau, généralement coordonnée par le médecin généraliste, et particulièrement indispensable lorsqu'il n'y a pas de réseau familial de solidarité.

Elle nécessite une éducation thérapeutique du patient et de son entourage (utilisation du matériel, enseignements de pratiques curatives et préventives...), l'analyse et la prise en compte de ses habitudes et conditions de vie ainsi que la mobilisation transversale corollaire et planifiée de ressources humaines des secteurs sanitaires et sociaux très qualifiées.

La cohérence des actions menées au sein du réseau est assurée par la rédaction de documents de suivi et la diffusion des informations concernant leurs interventions par les professionnels des réseaux, par une formation transprofessionnelle spécifique aux soins gériatriques, par de nouvelles pratiques professionnelles telles que la mise en commun de référentiels et de protocoles, la mise en œuvre d'actions de prévention et de dépistage améliorant la prise en charge.

Le plus souvent sollicité par le médecin généraliste, le réseau permet l'articulation - contractualisée - autour de la personne âgée fragile (et de son entourage) de toutes les institutions et acteurs des champs d'intervention concernés : ville/hôpital, médical/paramédical, sanitaire/social, psychiatrie, associations d'aides et de soins aux personnes âgées, usagers et famille.

L'organisation de réunions de synthèse alliant tous les partenaires permet, à partir d'un bilan global, l'élaboration d'un plan d'intervention sanitaire adapté et personnalisé, proposé à l'utilisateur ainsi responsabilisé ; celui-ci identifie clairement la filière à suivre pour répondre aux besoins de la prise en charge souvent complexe en gériatrie.

Ces réseaux de santé doivent au minimum s'articuler avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). La circulaire du 18 mai 2001 précise les trois niveaux de labellisation de ceux-ci :

- label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles ;
- label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. « Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les services de transport, de menus travaux... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est complète, le suivi

(gériatre, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute ou psychomotricien, psychologue, assistant de service social)<sup>6</sup> au bénéfice de ces nouvelles unités ou pour renforcer celles qui ont besoin de l'être.

### -3-2- Favoriser les admissions directes en court séjour gériatrique

L'objectif est de favoriser les admissions directes en service de gériatrie, chaque fois qu'une hospitalisation dans ce service est nécessaire, **sans passage préalable par le service des urgences**. Cette procédure représente un bénéfice tel pour le patient qu'il est impératif qu'elle soit offerte dans tous les services de court séjour gériatrique.

Dans cette optique, le service s'organisera pour répondre en permanence aux appels des médecins généralistes. La diffusion d'un numéro d'appel réservé aux médecins du secteur géographique desservi est de nature à faciliter cette coordination. Ainsi les médecins traitants pourront négocier l'admission directe de leurs patients résidants à domicile ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en évitant des passages indus aux urgences.

Dans l'immédiat, il apparaît indispensable de renforcer le partenariat entre les établissements de soins, plus spécialement les services de court séjour gériatrique, et les EHPAD, afin de faciliter la continuité de la prise en charge des personnes âgées. Le médecin coordonnateur sera un maillon important de cette coopération.

La capacité en lits du service de court séjour gériatrique et son organisation interne devront être pensées de manière à pouvoir concilier la gestion des flux d'admission en provenance des urgences et celui des admissions par la filière courte. Le service se fixera des objectifs chiffrés pour chacun de deux modes d'admission et tendra, progressivement, à privilégier la filière courte.

Toutefois, il reste des situations où le passage par le service des urgences ne peut être évité. C'est pourquoi, il est indispensable d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dans ces services. L'objectif de doter à terme tous les établissements hospitaliers sièges d'un SAU d'un service de court séjour gériatrique devrait permettre aux médecins urgentistes de faire appel à l'intervention précoce d'un gériatre ou d'un membre de l'équipe mobile gériatrique (cf infra 3-3). Celui-ci pourra ainsi procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, souvent plus facile à réaliser au sein de l'unité d'hospitalisation de très courte durée (lits portes) qu'aux urgences même. Cette évaluation permettra de mieux orienter le patient. Des hospitalisations ou ré-hospitalisations pourront ainsi être évitées en organisant le retour à domicile du patient avec les aménagements et les aides nécessaires, éventuellement en faisant appel à un service d'hospitalisation à domicile, tout en proposant, si nécessaire, un rendez-vous à l'hôpital de jour pour une évaluation gériatrique plus complète. L'admission du patient dans un service de gériatrie de court séjour ou son admission précoce en soins de suite et de réadaptation sera facilitée, lorsqu'elle s'avère nécessaire.

<sup>6</sup> Ces crédits participeront également au financement des postes d'infirmières de prévention identifiés dans les 50 établissements sièges de service d'accueil des urgences (SAU) disposant actuellement d'un service de court séjour gériatrique ( cf point I- du programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles)

### -3-3- Les équipes mobiles

Dans les centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers régionaux ainsi que dans les centres hospitaliers à forte capacité, il peut être utile de créer des équipes mobiles gériatriques. Toutefois, elles ne peuvent être mises en place que s'il existe un service de court séjour gériatrique dans l'établissement de rattachement. Ces équipes ont notamment pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée dans l'ensemble des services de l'établissement, y compris aux urgences. L'annexe 3 énumère l'ensemble de leurs missions ainsi que leurs moyens et leurs modalités d'intervention.

### -3-4- La prise en charge des patients gériatriques relevant aussi de la compétence psychiatrique

Avec l'avancée en âge surviennent fréquemment des troubles psychiques et comportementaux nécessitant de faire appel à la compétence psychiatrique. Or, bien souvent, les poly-pathologies qui caractérisent les malades âgés nécessitent qu'ils soient soignés autant pour leurs pathologies somatiques que psychiques. Lorsqu'ils sont hospitalisés en service de gériatrie, l'interaction des deux types de pathologies rend obligatoire une étroite collaboration entre psychiatre et gériatre. Cette collaboration, inscrite dans la politique sectorielle, doit être fortement incitée, tant à l'intérieur d'un même établissement, dans le cadre d'un travail de liaison organisé entre les services, qu'entre plusieurs établissements de santé.

### -4- Améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour

La suite d'une hospitalisation en court séjour gériatrique ou dans un autre service de spécialité doit être organisée le plus précocement possible. La sortie de l'hôpital, pour les personnes fragilisées en perte d'autonomie et de repères est au cœur de la problématique gériatrique. Le retour à domicile préconisé et souhaité de la personne âgée doit être dans toute la mesure du possible favorisé en utilisant l'ensemble du dispositif de soins et d'aide à domicile.

Des prises en charge graduées, associant professionnels libéraux, services de soins infirmiers à domicile, devront être mises en place selon les besoins de santé de la personne. Les réseaux de soins gériatriques lorsqu'ils existent répondent à cette logique de coordination des actions pluri-professionnelles.

L'hospitalisation à domicile lorsque l'environnement le permet est une modalité de soins particulièrement pertinente vis à vis des personnes âgées fragiles, limitant la durée d'hospitalisation, tout en garantissant des soins de qualité à domicile. Il importe de la développer.

Lorsqu'une phase de réadaptation est nécessaire, des soins de suite et de réadaptation appropriés, répondant à un cahier des charges précis, doivent être offerts.



#### -4-1- L'hospitalisation à domicile (HAD)

Dans le cadre d'une meilleure articulation entre les structures de prise en charge, les services accueillant des personnes âgées à l'hôpital (services de médecine, de court séjour gériatrique, de soins de suite et de réadaptation...) doivent se rapprocher des structures d'hospitalisation à domicile, lorsque celles-ci existent, car elles peuvent offrir un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein. Des conventions doivent être signées entre l'hôpital et ces structures. Quand l'établissement public de santé dispose d'un service d'hospitalisation à domicile, il doit prendre en compte celui-ci dans son projet d'établissement, notamment en ce qui concerne les personnes âgées.

En effet, les personnes âgées préfèrent être soignées chez elles, la limitation des ruptures avec leur environnement faisant partie de la qualité des soins.

Par ailleurs, l'HAD est particulièrement adaptée à la prise en charge de maladies chroniques ou évolutives qui nécessitent des soins techniques entrecoupés de phases de rémission comme les cancers ou les pathologies neurologiques, par exemple.

La typologie des soins délivrés en HAD est aujourd'hui bien définie. Il s'agit :

- des soins ponctuels : ce sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple) ;
- des soins continus : ils associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent les patients ayant une pathologie évolutive ;
- des soins de réadaptation au domicile : ces soins sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une poly-pathologie.

L'hospitalisation à domicile permet donc de prendre en charge toutes les pathologies à des degrés divers, dans la mesure où les conditions médicales et familiales sont réunies, conformément à la circulaire n° 295 du 30/05/00.

La coordination des soins, autour du médecin coordonnateur, l'évaluation de l'état du patient, les soins infirmiers quotidiens et l'intervention de professionnels paramédicaux sont les éléments d'un projet thérapeutique clinique et psychosocial adapté au patient gériatrique.

Par conséquent, les équipes d'HAD sont en mesure de dispenser des soins complexes, techniques. Un plan de développement permettra de multiplier par deux le nombre de places d'HAD d'ici 2004.

#### -4-2- Les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des patients gériatriques

Il est important, lorsque le retour à domicile n'est pas immédiatement possible à l'issue de l'hospitalisation, de disposer de soins de suite et de réadaptation adaptés aux besoins du patient.

Deux malades sur trois hospitalisés en soins de suite et de réadaptation sont âgés de 65 ans et plus, et un sur deux de 75 ans et plus<sup>7</sup>. A elles seules, ces données chiffrées justifient qu'un effort substantiel soit réalisé pour que les établissements et services de soins de suite et de réadaptation offrent des prises en charge adaptées aux besoins spécifiques des patients gériatriques et leur permettent, grâce à une réadaptation ajustée, de recouvrer un maximum d'autonomie. Il s'agit donc que, symétriquement au développement et à la structuration des services de court séjour gériatrique, le dispositif de soins de suite et de réadaptation s'adapte pour dispenser des soins de qualité à une part significative de sa clientèle. Une bonne articulation, par voie de convention, entre les établissements disposant d'un service de court séjour gériatrique et les structures d'aval de soins de suite et de réadaptation est donc vivement recommandée.

Les modalités d'organisation des soins de suite et de réadaptation accueillant des patients gériatriques seront arrêtées en fonction de la densité de la population âgée du secteur d'implantation de la structure. Lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins d'une population à forte densité, on privilégiera la création de services de soins de suite et de réadaptation entièrement dédiés aux patients gériatriques. Ailleurs, les établissements ou les services de soins de suite et de réadaptation polyvalents s'organiseront pour mettre en place soit un pôle soit une/ou des unités spécifiques pour les personnes âgées gériatriques. Dans tous les cas, un projet gériatrique devra être élaboré et sa mise en œuvre sera assurée par une équipe formée.

Dans ce sens, l'annexe 4 décline, sous forme d'un cahier des charges, les missions et les modes de fonctionnement des soins de suite et de réadaptation gériatriques. Elle constitue une avancée significative sur quelques points majeurs. En premier lieu, en ce qu'elle prévoit la présence ou le « passage » d'un gériatre le jour, avec astreinte médicale la nuit, le week-end et les jours fériés, ainsi que la présence d'au moins une infirmière 24 heures sur 24. Dans un second temps, en ce qu'elle donne la possibilité de réaliser ou de compléter des évaluations médico-psycho-sociale gériatriques et de pratiquer des admissions directes en soins de suite et de réadaptation, sans passage systématique par un service de court séjour. Toutefois, il est exigé que les personnes âgées dont on sollicite l'admission directe, aient préalablement bénéficié d'une évaluation complète permettant de justifier l'orientation en soins de suite et de réadaptation. Il faut rappeler, enfin, que les soins de suite et de réadaptation peuvent aussi prendre la forme d'une hospitalisation de jour, notamment pour compléter ou réévaluer des bilans.

#### **-5- La mise en œuvre**

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire devront intégrer un volet spécifique entièrement consacré à la politique en faveur des personnes âgées, lorsque cela n'est pas déjà le cas. Cette problématique devra être abordée dans sa dimension la plus large et en concertation avec les conseils généraux chargés d'élaborer et d'arrêter, conjointement avec les services de l'Etat, les schémas gérontologiques départementaux.

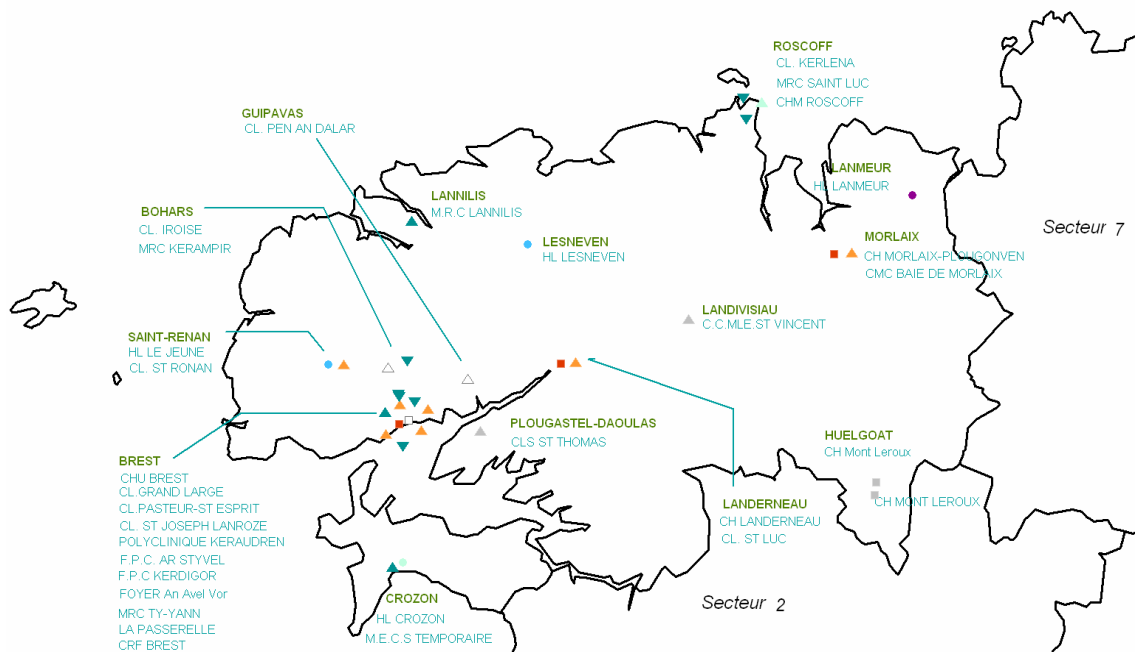
Ainsi, la politique des personnes âgées sera traitée dans sa globalité, ne se limitant pas aux seuls aspects hospitaliers. Les volets personnes âgées aborderont les articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide à domicile et les établissements

<sup>7</sup> Enquête du SESI, 1990, Echanges Santé – Social, n°99, septembre 2000

d'hébergement. Les objectifs stratégiques susmentionnés et leur déclinaison opérationnelle guideront utilement la démarche qu'il vous appartient d'engager à brève échéance.

Au niveau de chaque établissement de santé, un projet gériatrique devra être formalisé et intégré au sein du projet d'établissement. Pour faciliter son élaboration et son suivi et pour faciliter la collaboration intra-hospitalière, la création d'une « commission personnes âgées », associant des représentants des usagers, peut s'avérer utile. Elle aura, alors, à présenter annuellement, un rapport devant la commission médicale d'établissement pour rendre compte du degré et des modalités de mise en œuvre du projet gériatrique. Elle pourra l'assortir de recommandations pour améliorer sa réalisation.

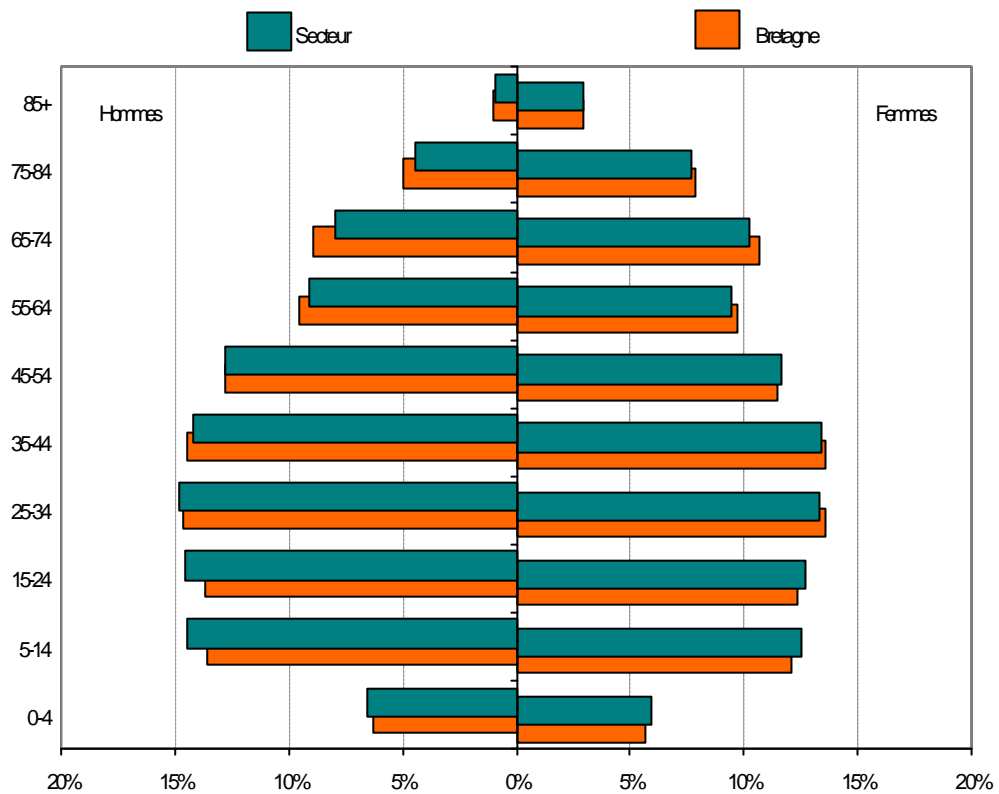
## ANNEXE IV



!	Etablissements Publics		-	MCO + SSR + SLD + Psychiatrie	-	MCO
?	Etablissements Privés		-	SSR	-	SLD + SSR
?	Etablissements PSPH		-	MCO + SLD + SSR	-	SLD
?	Hôpital Local		-	MCO + SSR	?	Psychiatrie

## ANNEXE V

### Pyramide des âges en Bretagne et secteur 1 au 1<sup>er</sup> janvier 2002



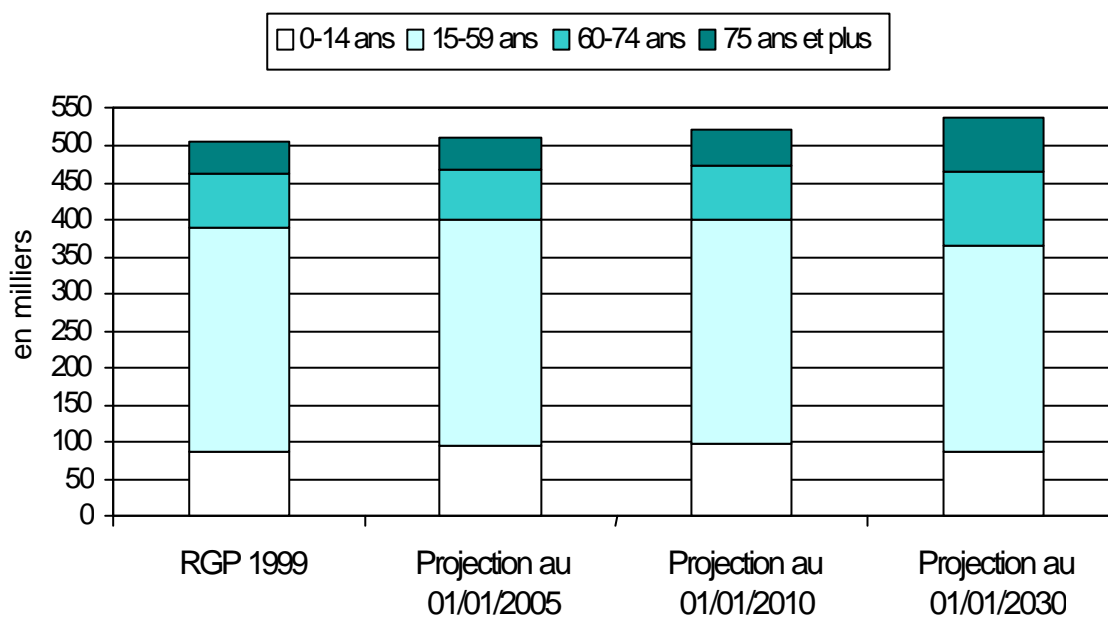
## ANNEXE VI

### Evolution de la population du secteur sanitaire 1 :

	Recensement général de la population 1999		Projection au 01/01/2005		Projection au 01/01/2010		Projection au 01/01/2030	
	N (en milliers)	%	N (en milliers)	%	N (en milliers)	%	N (en milliers)	%
<b>Population totale</b>	503		512		521		536	
<b>0-14 ans</b>	89	18	94	18	97	19	88	16
<b>15-59 ans</b>	300	60	307	60	302	58	277	52
<b>60-74 ans</b>	72	14	67	13	74	14	101	19
<b>75 ans et plus</b>	42	8	44	9	48	9	70	13

Source : INSEE modèle Omphale

Soit le graphique suivant :



## ANNEXE VII

Soins de longue durée : Equipement en lits au 1er janvier 2003

SECTEUR SANITAIRE N°1	Autorisation au 04/02/2004	Installation SAE 2002
	H.C. lits	H.C. lits
CHU Brest	270	270
Centre Hospitalier de MORLAIX	253	253
Centre Hospitalier de LANDERNEAU	90	90
Centre Hospitalier Mont Leroux HUELGOAT		60
Hôpital Local LANMEUR	90	90
Hôpital Local SAINT RENAN	30	30
<b>Ensemble public</b>	<b>733</b>	<b>793</b>
C.C.MLE.ST-Vincent LANDIVISIAU	87	90
C.L.S.ST-Thomas PLOUGASTEL DAOULAS	120	120
<b>Ensemble privé</b>	<b>207</b>	<b>210</b>
<b>Secteur 1</b>	<b>940</b>	<b>1003</b>

Sources : DRASS SAE 2002, Inventaire des lits de soins de longue durée

Exploitation ORS Bretagne

Le taux d'équipement en lits de long séjour pour 1000 habitants n'est que de 1,98 en secteur 1 alors que celui de la Bretagne est de 2,16 et celui de la France de 1,4

Soins de longue durée : Taux d'équipement pour 100 000 habitants  
au 1<sup>er</sup> janvier 2003

	Secteur 1	Bretagne
Soins de longue durée	197,8	215,5

Sources : Installations SAE 2002, INSEE population au 01/01/2002 Exploitation ORS Bretagne

## ANNEXE VIII

	Soins de suite		
		Lits	Places
CH des Pays de Morlaix	Réhabilitation respiratoire	25	-
	Lits à orientation soins palliatifs	6	-
	SS polyvalents	128	-
HL Lanmeur	SS polyvalents	10	-
Centre Kerléna Roscoff	SS polyvalents	18	-
	Soins palliatifs	2	-
Centre de Perharidy Roscoff	SS nutritionnels adultes	17	-
	SS pédiatriques	5	-
	Réadaptation alimentaire adolescents	45	-
	SS indifférenciés à orientation cardiologique	20	-
	Hôpital de jour	-	7
	MECS temporaire	20	-
HL Lesneven	SS polyvalents	33	-
CH Landerneau	SS polyvalents	30	-
Ty Yann Brest	SS polyvalents adultes	62	-
	SS pédiatriques	25	-
	Post cure femmes Ker Digor	19	-
	Post cure hommes Ar Styvel	26	-
Résidence de Kérampir Bohars	SS polyvalents	50	-
CHU Brest	SS polyvalents	90	-
	Unité de soins palliatifs	10	-
HL Saint Renan	SS polyvalents	22	-
	Comas neuro-végétatifs	2	-
	Lits « sida »	3	-
CRF Mathieu Donnart Brest	-	-	-
HL Crozon	SS polyvalents	8	-
	Soins palliatifs	2	-
TOTAL SECTEUR 1	Soins de suite	678	7

A l'échelle du secteur :

- **Soins de suite polyvalents : 451 lits**
- **Soins de suite spécialisés : 227 lits + 7 places**
  - soins palliatifs : 10 lits identifiés + 10 lits d'USP
  - réhabilitation respiratoire : 25 lits
  - soins de suite pédiatriques : 50 lits
  - soins de suite nutritionnels adultes : 17 lits
  - réadaptation alimentaire adolescents : 45 lits
  - soins de suite à orientation cardiologique : 20 lits
  - hôpital de jour : 7 places
  - Post cure : 45 lits
  - Comas neuro-végétatifs : 2 lits
  - Lits « sida » : 3 lits



## ANNEXE IX

Date	24/05/05	31/05/05	07/06/05	14/06/05	21/06/05	28/06/05	05/07/05	12/07/05	19/07/05	26/07/05	
Remplissage du service	29/30 soit 96,6%	30/30 soit 100%	27/30 soit 90%	28/30 soit 93,3% mais 1 place réservée pour un retour	29/30	28/30 soit 93,3%	27/30	23/30 fermetures progressives de 10 lits pour le 18/07	19/20 soit 95%	19/20, soit 95% et attente de transferts de la médecine	
Nombre de patients en attente d'une place en SSR	0	0	0	0	0	5 (tous dépendants)	0	2 attentes du CHU	1 (interne) + 3 (externe)	2 (externe)	
Nombre de patients sortants d'un point de vue médical	7/30 soit 23%	6/30 soit 20%	1	6	7	10	12	12/30, soit 40%	3	9	
Raisons	Manque de place dans les structures pour les personnes âgées (MR – USLD)	2	2	1	5	7	10 très dépendants (pb de l'hébergement temporaire embolisé l'été)	12	9	3	5
	Manque de structures adaptées autres	2	2		1						2
	Difficultés avec la famille	2	1						1		1
	Difficultés administratives	1							1		1
	Difficultés avec la personne elle-même (alcoolisme, pbs de comportement)		1						1		
Nombre de patients de + de 75 ans	20/29 soit 69%	19/30 soit 63%	20/30 soit 66%	17/30 soit 57%	23/29 soit 79%	23/28 soit 82%	22/27 soit 81%	17/23 soit 74%	14 soit 70%	15 soit 79%	
Moyenne d'âge	75,8	75,2	81,1	78,2	79,8	81,2	78,7	79,3	80	78,5	
Degré de dépendance	Autonome	2	1	1	0	1	0	2	1	1	0
	Semi-valide	14	17	15	15	14	13	9	7	8	10
	Dépendant	13	12	11	13	14	15	16	15	10	9

ANNEXE X

Docteur )

HOMÉOPATHIE  
MÉDECINE GÉNÉRALE

Consultations :

- Tous les jours sur Rendez-Vous
- de 13 h 30 à 16 h : Lundi, Mercredi, Jeudi
- Vendredi sans Rendez-Vous

25 107105 //

Cher confrère

Merci de recevoir M...

dont le maintien à domicile devient plus  
que problématique.

Il a déjà été hospitalisé pour le même  
problème. Il y a quelques semaines puis ramené à  
domicile dans l'attente d'un fauteuil en maison  
de retraite (lesneuve). Le fauteuil est réservé pour  
bientôt mais le retour à domicile s'accompagne  
à nouveau de nombreux problèmes: M...  
semble victime d'épisodes de DTS pendant  
lesquels il est et oublie pas mal de

5A9390021001

off

Membre d'une association de gestion agréée, le règlement par chèque est accepté.



chose. Il oublie le gaz à plusieurs reprises;  
fait ses besoins un peu partout. En de has  
de ce fait le logement est dans un grand état d'  
insalubrité. Il s'alimente de façon très anarchique.

Toutes les personnes qui l'entourent (le  
mair, les IDE, les aides ménagères) s'inquiètent  
de son devenir, et de la dangerosité potentielle  
de cette situation.

Après une discussion et une objection il  
accepte, grâce au mair, qu'il connait mieux  
que moi.

Dans l'attente de sa place à l'étranger, ou tout  
au moins d'une amélioration des conditions de vie  
à son domicile, merci de le recevoir à l'hospitalisation.

En vous remerciant

PS: tout bien

- Kardegic 160: 1/2
- Mon Tildal (1200) 1/2
- Lasix Retard: 1/2
- Triox 4g: 1/2
- Zmerim 20: 1/2



PS2: Pendant les vacances de la tuberculose de M. ...  
l'UDAF donne "carte blanche" au mair de ... pour les  
décisions sur le devenir ou sur les besoins des patients

## ANNEXE XI

