



EHESP

**Master 2 « Pilotage des Politiques et
Actions en Santé Publique »**

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **JUIN 2010**

**DEVELOPPER LA COORDINATION SANITAIRE SOCIALE
ET MEDICO SOCIALE POUR AMELIORER LA PRISE EN
CHARGE DES PERSONNES AGEES ET FAVORISER
LEUR MAINTIEN A DOMICILE**

EXEMPLE : LE POLE GERIATRIQUE DE L'HOPITAL DE SENLIS

Maryse WURMSER MESUREUR

Remerciements

Je remercie particulièrement :

Monsieur Pascal FORCIOLI, Directeur de l'ARH de Picardie et Monsieur Xavier HABOURY, Directeur Général Adjoint de la Direction de la Santé de la MSA de Picardie pour leur aide dans le choix de mon lieu de stage.

Monsieur DUVAL Directeur du centre hospitalier de Senlis et Monsieur GERARDIN, Directeur des Ressources Humaines d'avoir accepté de m'accueillir pour ce stage et pour l'autonomie qu'ils m'ont laissé dans le choix du sujet et la teneur de mon mémoire.

Madame le Docteur WOERTH, responsable du pôle gériatrique du centre hospitalier de Senlis pour son accueil, ses précieuses informations, ses conseils sa disponibilité et pour m'avoir permis de participer aux différents staffs de coordination du pôle.

Les équipes médicales et soignantes, l'assistante sociale Sophie PARLEBAS d'avoir accepté de m'accorder du temps pour les entretiens, pour les accompagner et les observer dans leur pratique quotidienne,

L'ensemble des partenaires et directeurs ou représentants d'Institutions qui m'ont accordé du temps, de l'écoute et de la disponibilité pour les entretiens et qui ont accepté de répondre à mes questions

Françoise MOHAER d'avoir accepté le rôle de tuteur pour la rédaction de mon mémoire, de sa disponibilité, de sa bienveillance, de son écoute, de ses conseils et de l'intérêt porté à la relecture de mon mémoire.

Mes proches pour leurs encouragements, leur soutien et leur patience dans une période personnellement difficile et en particulier Marc pour ses conseils et sa relecture.

Sommaire

Préambule.....	1
Introduction.....	1
Méthodologie	3
1/ LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION / UN DEFI DE SOCIETE ET UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE.....	5
11/ <u>LES IMPACTS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION</u>.....	5
111/ L'ampleur du vieillissement : données statistiques.....	5
112/ Evolution sociologique du vieillissement ; Qui sont ces personnes âgées nécessitant une prise en charge globale et coordonnée ?.....	6
➤ Le patient âgé	7
➤ Le patient âgé fragile.....	7
➤ Le patient gériatrique.....	8
➤ La poly pathologie des personnes âgées.....	8
➤ L'augmentation et le recul en âge de la dépendance.....	8
➤ Le souhait de rester à domicile.....	8
12/ <u>LE MAINTIEN A DOMICILE</u>.....	9
121/ Vivre à domicile : l'expression d'un choix !.....	9
122/ L'accompagnement : une nécessité pour continuer de vivre chez soi.....	10
123/ Les acteurs du maintien à domicile.....	11
➤ La personne âgée.....	11
➤ Le concours des familles.....	11
➤ Le médecin traitant.....	12
➤ Les services médico-sociaux et sanitaires.....	14
○ Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).....	14
○ L'Hospitalisation à domicile (HAD).....	15
➤ Les services d'aide à domicile.....	16
124/ Les solutions entre le domicile et l'établissement :	19
➤ L'hôpital de jour gériatrique.....	19
➤ L'accueil de jour.....	19
➤ L'hébergement temporaire.....	19
125/ Les limites du maintien à domicile.....	20
➤ L'état de santé.....	20
➤ La famille.....	20
➤ Le coût.....	20
➤ L'habitat.....	21

126/ La prise en considération croissante d'une nécessaire approche pluridisciplinaire et d'une prise en charge globale et coordonnée.....	21
➤ La gériatrie et la gérontologie : une approche pluridisciplinaire des personnes âgées.....	21
➤ La pluridisciplinarité doit s'accompagner d'une prise en charge globale et coordonnée.	22
13 / <u>DES POLITIQUES PUBLIQUES QUI FAVORISENT LE MAINTIEN A DOMICILE ET LA COORDINATION DES ACTEURS DU DOMAINE SANITAIRE SOCIAL ET MEDICO SOCIAL POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES AGEES.</u>	23
131/ Au niveau national.....	23
➤ Favoriser le maintien à domicile.....	23
➤ Adapter l'hôpital à la problématique des personnes âgées.....	23
➤ Développer l'information, le travail en réseau et la coordination.....	24
132/ Au niveau local.....	27
➤ Le schéma gérontologique départemental de l'Oise	27
➤ Le SROS Picardie	28
➤ L'articulation entre le SROS et le PRIAC.....	29
 2/ LA FILIERE GERIATRIQUE DE L'HOPITAL DE SENLIS : UNE ORGANISATION POUR OPTIMISER LE SEJOUR DES PATIENTS AGES A L'HOPITAL ET PRIVILEGIER LE MAINTIEN OU LE RETOUR A DOMICILE	32
 <u>21 Présentation de l'hôpital de Senlis et de son environnement</u>	32
211/ Une fusion programmée des hôpitaux de Creil et de Senlis pour constituer un établissement intercommunal sur 2 sites.....	32
212/ Les grandes données	33
➤ La capacité des différentes unités	33
➤ Les équipements.....	33
➤ Les ressources humaines.....	34
➤ Les investissements.....	34
 <u>22 Le pôle gériatrique de Senlis : un centre de référence</u>	34
221/ Le Pôle de gérontologie clinique de SENLIS : Une filière gériatrique en partenariat avec des structures médicosociales, les autres établissements et le domicile	36
222/ Le Pôle de gérontologie clinique de SENLIS dispose d'une gamme complète de prise en charge gériatrique.....	36

➤ L'offre relative à l'hospitalisation des patients âgés.....	36
➤ L'offre relative à l'évaluation et la consultation des personnes âgées pour un diagnostic précoce et préserver leur autonomie.....	39
➤ Des alternatives à l'hébergement qui favorisent le maintien à domicile	41
➤ Le pôle offre aussi des solutions d'hébergement médicosocial et sanitaire quand le maintien à domicile n'est plus possible.....	42
➤ Le service social hospitalier.....	44
 223/ Une prise en charge globale et coordonnée qui permet de raisonner en termes de trajectoire de patient	46
➤ La plus value	46
➤ La moins value.....	47
 23/ LES PISTES D'EVOLUTION POUR AMELIORER LA FILIERE.....	47
 231/ Intra hospitalière.....	47
➤ Développer les hospitalisations programmées.....	48
➤ Renforcer le SSR.....	48
➤ Ouvrir l'hôpital de jour SSR à d'autres spécialités répondant aux besoins des personnes âgées.....	48
➤ Augmenter les consultations avancées.....	48
➤ Une consultation de prévention de chutes.....	48
➤ Consultation prévention de l'ostéoporose	49
➤ Une Unité d'Hébergement Renforcée.....	49
➤ Une Unité Cognitivo Comportementale.....	50
 232/ Extra hospitalière.....	50
➤ Développer l'information sur l'offre gériatrique du secteur auprès des structures externes et en particulier auprès des médecins généralistes.....	50
➤ Développer l'hospitalisation à domicile.....	51
➤ La mise en place d'une équipe mobile gériatrique externe.....	51
➤ Renforcer et formaliser le réseau avec les structures externes pour améliorer la coordination.....	51
 CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ACSSO : Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CG : Consultation Gériatrique
CGA : Consultation Gériatrique Avancée
CEGAP : Centre d'Evaluation Gérontologique et d'Autonomie de la Personne
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CH : Centre Hospitalier
CLIC : Comités Locaux d'Information et de Coordination
CNSA : Caisse Nationale Solidarité Autonomie
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSG : Court Séjour Gériatrique
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques
DMS : Durée Moyenne de Séjour
EGS : Evaluation Gériatrique Standardisée
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante
EMD : Evaluation Multidimensionnelle
EMG : Equipe Mobile Gériatrique
EGM : Evaluation Gériatrique Multidimensionnelle
ETP : Equivalent Temps Plein
GIR : Groupe Iso-Ressources
HAD : Hospitalisation A Domicile
HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
PSD : Prestation Spécifique Dépendance

PEG : Pôle d'Evaluation Gériatrique

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicapés et de la perte d'autonomie

RCP : Réunion de Coordination Pluridisciplinaire

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico Social

T2A : Tarification A l'Activité

UGA : Unité Gériatrie Aiguë

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

«Le jeune homme est beau mais le vieillard est grand. Et l'on voit de la flamme aux yeux des jeunes gens. Mais dans l'œil du vieillard, on voit de la lumière».

Victor Hugo

PREAMBULE

En qualité d'attachée de direction à la Direction de la Santé de la Mutualité Sociale Agricole de Picardie, j'ai contribué, en lien avec l'URCAM, l'ARH, les conseils généraux et le conseil régional à la création de maisons de santé pluridisciplinaires et de réseaux gérontologiques en Picardie. Ces réalisations s'inscrivent dans une politique de santé et d'actions sociales de la MSA pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et contribuer au développement de l'offre de soins en milieu rural. La MSA a une tradition de travail en réseau, de développement de partenariat et de renforcement des liens de proximité pour conduire des actions au bénéfice des populations des territoires ruraux. La prise en charge des personnes âgées interpelle de nombreux acteurs du domaine sanitaire, social et médicosocial. J'ai souhaité dans le cadre de ce mémoire mener une réflexion sur la coordination de ces acteurs en m'attachant particulièrement au milieu hospitalier que je ne connais pas, afin d'examiner en quoi cette coordination, sur le territoire Sud Ouest Picard en l'occurrence, apporte-t-elle une plus value dans la prise en charge des personnes âgées, dans une perspective de maintien à domicile ? J'ai choisi le pôle gérontologique du centre hospitalier de Senlis qui m'a été recommandé par le directeur de l'ARH de Picardie pour sa référence et son dynamisme.

Introduction

Le vieillissement de la population lié à l'allongement de la durée de la vie, qui se manifeste par l'augmentation des plus de 75 ans, pose le problème de la prise en charge des personnes âgées nécessitant un accompagnement médical et ou social. Outre la prise en compte des choix de vie des personnes âgées au domicile ou en institution, il s'agit bien d'assurer la continuité et la globalité de cette prise en charge qu'elle soit médicale ou sociale, de façon coordonnée. Nous sommes au cœur de l'articulation du sanitaire et du social afin d'éviter les ruptures de parcours de vie et leurs conséquences en terme de dépendance et de perte d'autonomie chez les personnes âgées, qui expriment pour la plupart leur souhait de vivre à domicile, le plus longtemps possible, malgré l'avancée en âge.

Cette coordination est d'autant plus nécessaire au moment où les ressources sont très contraintes, tant sur le plan financiers que sur le plan de la démographie médicale comme c'est le cas en Picardie. Il est cependant essentiel que les modes de coordination prônés au niveau des politiques de santé publiques et déclinés au plan local dans les SROS ou schéma départemental gérontologique contribuent réellement à favoriser une prise en charge globale et coordonnées des patients au domicile, qu'ils améliorent réellement la fluidité entre le sanitaire, le social et le médicosocial et le domicile, qu'ils s'exercent effectivement de façon complémentaire et qu'ils participent ainsi à la qualité et à l'efficience de la prise en charge des personnes âgées sur un territoire.

J'ai choisi d'effectuer ce stage au pôle gériatrique du centre hospitalier de Senlis car avec l'avancée en âge, même si le souhait de rester le plus longtemps possible au domicile persiste, les personnes âgées sont de plus en plus confrontées à des hospitalisations liées à une perte d'autonomie et/ou une dépendance croissantes et donc à des ruptures de prise en charge au domicile, avec des risques de décompensation et de fragilisation très importants. C'est là me semble-t-il que la coordination doit prendre tout son sens, l'articulation entre la ville et l'hôpital, le social et le médicosocial doit permettre une prise en charge optimum, une hospitalisation et un retour à domicile adapté aux problèmes multidimensionnels du patient, voire d'éviter l'hospitalisation par des actions de prévention et des modes de prises en charge adéquats.

J'aborderai dans un premier temps les caractéristiques inhérentes à l'évolution de la population âgée, leur traduction en termes d'attentes et de besoins ainsi que la prise en compte de ces attentes et besoins dans la prise en charge au domicile et dans les politiques de santé globales et territoriales.

Après avoir précisé les différents modes de coordination, j'examinerai dans un second temps, en quoi l'organisation de la filière gériatrique au sein du centre hospitalier de Senlis s'inscrit dans une coordination gérontologique au service des patients, en quoi elle apporte une réponse à un besoin de prise en charge globale et coordonnée de la personne âgée. J'observerai également si cette organisation repose bien sur un travail en réseau et en partenariat qui permet de développer et de renforcer les liens entre le sanitaire, le social et le médicosocial pour coordonner et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans des conditions de qualité et de sécurité optimales. Il s'agira à ce niveau d'en mesurer les bénéfices et les avantages pour les patients, mais aussi pour les professionnels et les structures. Je m'attacherai enfin à préciser quelques pistes d'évolution pour renforcer et améliorer la coordination ville hôpital pour une meilleure prise en charge des personnes âgées et une plus grande efficience dans l'intérêt des patients et des professionnels.

METHODOLOGIE

Ayant choisi ce sujet par intérêt professionnel et personnel pour le domaine, aucune mission particulière ne m'a été confiée pendant ce stage. Pour réaliser ce mémoire :

J'ai d'abord procédé à une recherche documentaire sur le vieillissement de la population et ses conséquences (caractéristiques sociales, statistiques, démographie de la population âgée), sur les politiques de santé en faveur des personnes âgées, sur la coordination gérontologique, sur la filière gériatrique en m'attachant à recueillir des données nationales et locales. J'ai ensuite analysé les différents documents confiés par la direction et le responsable du pôle gérontologique du centre hospitalier de Senlis afin de m'imprégner du contexte, recueillir des données et organiser mon parcours tout au long de ce stage.

Pour m'imprégner des lieux et de l'ambiance, j'ai visité les différentes unités du pôle gérontologique et j'ai organisé des entretiens semi directifs et enregistrés, d'une durée moyenne d'1h30, avec des équipes médicales, paramédicales, le cadre de santé et l'assistante sociale de l'hôpital de Senlis pour connaître leurs missions, leur activité et recueillir leur ressenti. J'ai organisé également le même type d'entretiens avec les différents partenaires que sont le conseil général, le relai autonomie, l'ACSSO SSIAD et HAD, les services d'aide à domicile afin de mieux connaître leur rôle et leur perception de la coordination dans la prise en charge des personnes âgées.

Pour une approche concrète du sujet, j'ai participé aux staffs hebdomadaires SSR, Gériatrie aiguë et CEGAP, et observé dans leur pratique les équipes médicales, paramédicale et l'assistante sociale en les accompagnant tout au long de leur journée de travail ou en participant à des consultations.

1/ LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION / UN DEFI DE SOCIETE ET UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE

11/ LES IMPACTS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

111/ L'ampleur du vieillissement : données statistiques

Les grandes tendances de l'évolution démographique de notre pays font l'objet d'un consensus général : le processus de vieillissement de la population, lié à l'allongement de la durée de vie, l'élévation du niveau de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des baby boomers devraient se traduire par une déformation durable de la structure de la pyramide des âges.

La France comptait 64,7 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2010. 13,8 millions ont plus de 60 ans. La part des plus de 60 ans dans la population française (21,32%) est la seule qui continue de progresser tandis que celle des moins de 20 ans diminue, à 24,7%. Les personnes de plus de soixante quinze ans devraient représenter 12 % de la population française en 2030 et même 15,6 % en 2050, contre 8,8 % aujourd'hui¹.

L'espérance de vie à la naissance est le meilleur indice de longévité d'une population. Celle des femmes se situe à 84,5 ans. Celle des hommes à 77,8 ans. A 78 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes, l'espérance de vie est encore de 10 ans et pendant ces 10 années, 8 se passeront le plus souvent avec une incapacité légère et 2 avec une incapacité sévère.

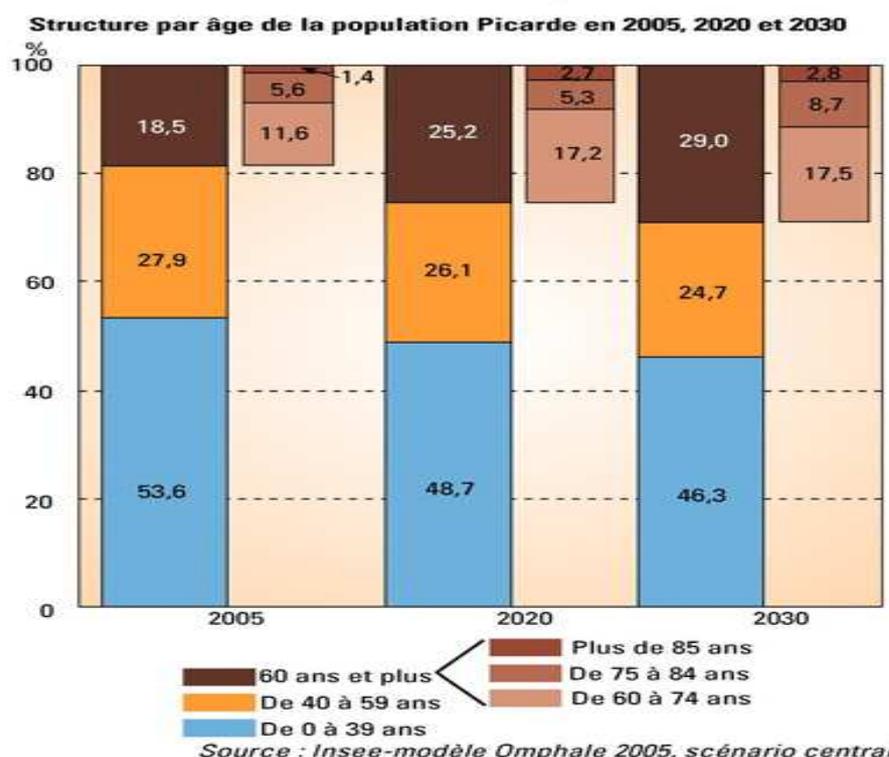
Ce sont les classes d'âge les plus élevées parmi les personnes âgées qui devraient connaître la plus forte augmentation. En 2015, deux millions de personnes auront plus de 85 ans. Le doublement, d'ici 2050, de la proportion des personnes âgées de plus de soixante-quinze ans au sein de la population française ne manquera pas d'avoir une incidence majeure sur la problématique du dossier de la dépendance. En effet, même si celle-ci peut survenir à tout moment, la probabilité d'entrer en état de dépendance s'élève fortement avec l'âge, en particulier entre quatre-vingts ans et quatre-vingt-dix ans, 2 % des 70 ans sont dépendants contre 30% des 90 ans².

La population de la Picardie va continuer également de vieillir. En 2005, les Picards de 60 ans ou plus constituaient 18,5 % de la population, ils représenteront le quart des habitants en 2020 et cette part continuera de progresser à l'horizon 2030, où elle atteindrait 29 %³.

¹ Source : Insee

² « Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique mai 2007, Candesic

³ OR2S Picardie



Au sein du secteur sanitaire n° 6 du sud ouest Picard dont fait partie Senlis, le vieillissement est moins prégnant que dans les autres secteurs de la région, mais le nombre de personnes âgées augmente constamment. La part relative des 75 ans et plus s'élevait à 6,60 % de la population régionale et à 5,05% pour le secteur 6 Sud Ouest en 1999. Les projections pour 2010 prévoyaient une évolution de 27,7% des 75 ans et plus pour le secteur 6 et une évolution de 24,1% pour la région alors que dans le même temps la population totale évoluait de 7,6% pour le secteur 6 et seulement de 3,4% pour la région Picardie⁴.

Ces données sont essentielles pour planifier les besoins futurs des personnes âgées, liés à leur état de santé et leur environnement de vie. Cela nous amène à définir plus précisément ce qui caractérise les personnes âgées qui pourront nécessiter une prise en charge sanitaire sociale et médicosociale coordonnée.

112/ Evolution sociologique du vieillissement ; Qui sont ces personnes âgées ?

Il n'est pas aisé de définir la vieillesse, tant celle-ci suggère une multitude de termes : vieillards, troisième âge, quatrième âge, aînés, retraités, séniors, personnes âgées... La définition de la personne âgée dépend du contexte. Le vieillissement est un processus progressif, et une personne ne devient pas âgée du jour au lendemain. Edgar Morin parle d'ailleurs de continuum de l'âge. Serge Guérin, pour sa part, insiste sur le fait que l'âge

⁴ INSEE RP99

est un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société. Pour lui l'âge a "rajeuni" du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration de la santé et de la formation des plus de 60 ans. Avoir 60 ans aujourd'hui n'est pas comparable à ce que cela signifiait en 1900. A cette époque, était considéré comme un vieillard, celui qui aujourd'hui fait partie des séniors. C'est pourquoi il n'est guère simple de définir un seuil de la vieillesse à partir de l'âge : la catégorie statistique des « personnes âgées » le fixe généralement à 60 ans, âge légal de la retraite. L'Organisation mondiale de la santé définit également la personne âgée comme ayant plus de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées.

Nous sommes donc peu intéressés par la catégorisation par âge retenue particulièrement par les politiques de retraite ou de la statistique démographique. Nous privilégierons les catégorisations basées sur des critères fonctionnels. L'entrée dans la vieillesse ne se réfère alors à aucun âge particulier mais plus à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement.

Le vieillissement peut alors se définir comme l'ensemble des processus physiologiques et psychiques qui, sous l'effet du temps, altèrent les fonctions de l'organisme. Ces réductions fonctionnelles, influencées également par des facteurs biologiques, génétiques, environnementaux et sociaux, peuvent être très variables d'un individu à l'autre, tant au niveau de leur apparition que de leur intensité. Ainsi, pour une population aussi hétérogène que celle des personnes âgées, l'autonomie et l'indépendance sont les principales normes ; le niveau de soins thérapeutiques requis, la capacité fonctionnelle de l'individu sont déterminants. Ils permettent de distinguer des caractéristiques spécifiques qui, sur le plan sanitaire et social, vont aider à penser « une prise en charge globale adaptée aux besoins ». Plus que de personnes âgées, nous retiendrons ici la notion de patients pour lesquels 3 catégories peuvent être identifiées :

- **Le patient âgé** : celui nécessitant une prise en charge pour une mono-pathologie sans co-morbidité,
- **Le patient âgé fragile**. la fragilité d'une personne âgée est définie comme un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques, psychiques et sociaux, provoqué par une agression même minime. En pratique, elle se manifeste et s'évalue par l'apparition de troubles cognitifs, comportementaux et sensoriels, de poly pathologies, de poly médicaments, et par l'accroissement des besoins d'aide dans la vie quotidienne. La fragilité peut être patente ou latente.

- **Le patient gériatrique.** La définition du patient gériatrique est « un patient âgé poly pathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et ne relevant pas d'un service de spécialité »⁵.

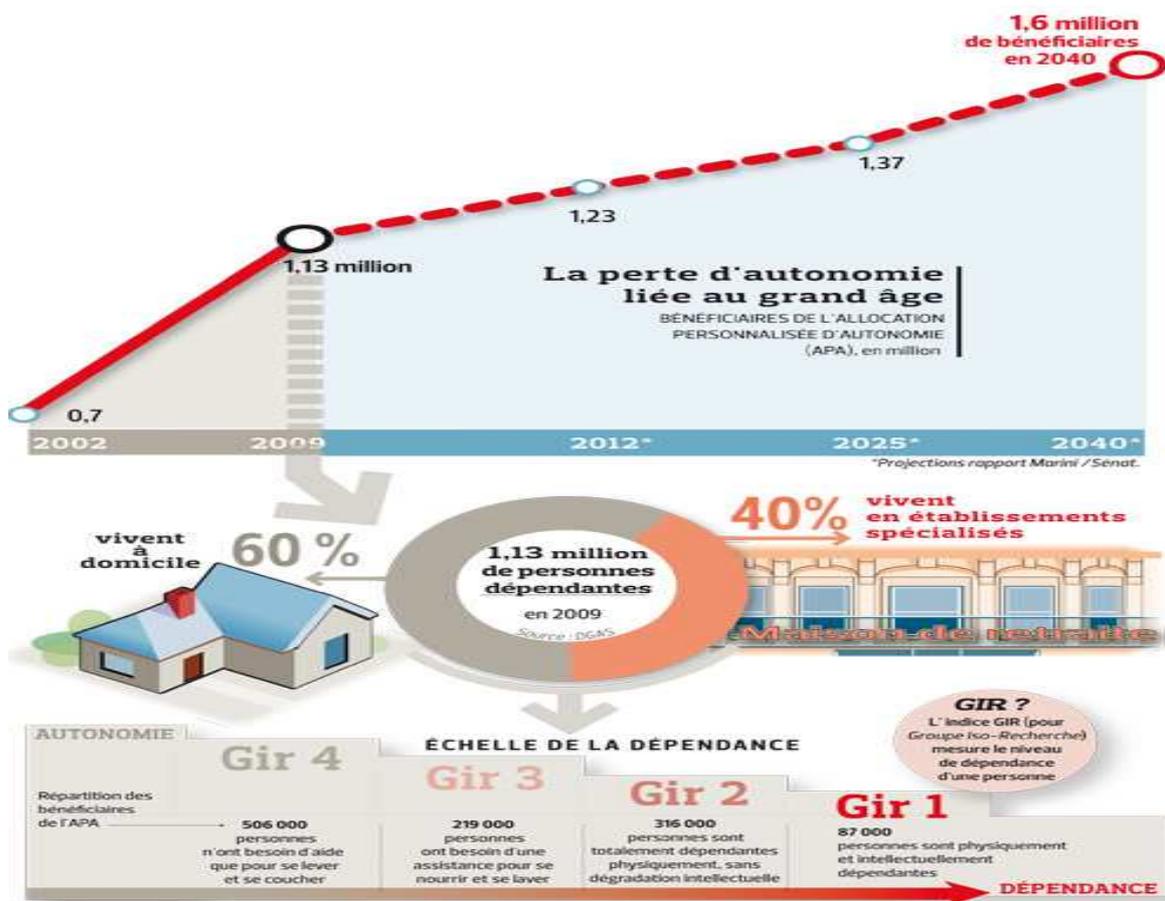
Depuis le rapport LAROQUE de 1962 jusqu'à aujourd'hui, nombre d'études et de rapports réalisés en France s'accordent sur trois faits majeurs qui caractérisent le vieillissement de la population et qui vont guider les politiques en faveur des personnes âgées :

- **La poly pathologie des personnes âgées** (4 à 6 pathologies simultanées en moyenne chez les personnes de 85 ans et plus) avec les risques associés d'iatrogénie médicamenteuse qui serait à l'origine de 20% des hospitalisations des plus de 80 ans⁶.
- **L'augmentation et le recul en âge de la dépendance.** Une croissance de la population dépendante alimentée principalement par les plus de 85 ans. On dénombre aujourd'hui plus de 1,1 million de personnes âgées dépendantes en France. 971 000 personnes étaient considérées comme plus ou moins dépendantes au 30 juin 2006.⁷ Ce nombre de personnes dépendantes est amené à croître de 1 à 2 % par an d'ici à 2040. L'amélioration globale de la santé a pour effet de réduire le taux de prévalence du phénomène de dépendance à tous les âges. Le recul de l'âge d'entrée dans la dépendance explique donc la faible évolution du nombre de personnes âgées dépendantes. Ainsi, alors que 2% seulement des personnes âgées de 60 à 70 ans sont dépendantes, plus de 10% des personnes de plus de 80 ans le sont, et 18% des personnes de plus de 85 ans sont concernées, ainsi que 30% des personnes ayant dépassé 90 ans.
- **Le souhait de rester à domicile**, sinon jusqu'au bout de sa vie, du moins le plus longtemps possible est également une caractéristique de cette population âgée. Huit Français sur dix disent vouloir passer leurs vieux jours dans l'intimité de leur domicile et mourir chez eux. Aujourd'hui, plus de 90 % dont les 2/3 des personnes âgées de plus de 60 ans vivent à domicile. Ce mode de vie nécessite une adaptation également des prises en charge et nous allons maintenant aborder ce que recouvre le maintien à domicile des personnes âgées.

⁵ Circulaire DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

⁶ Rapport Pierre Jean Lancry « Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget du médicament dans le forfait soins des EHPAD » Août 2009

⁷ DREES, octobre 2006



12/ LE MAINTIEN A DOMICILE

121/ Vivre à domicile : l'expression d'un choix !

Comme en témoignent les chiffres ci-dessus, et peut être également du fait de l'image encore souvent négative des maisons de retraite, l'attachement au domicile reste un souhait très fort chez les personnes âgées. Cela traduit avant tout l'expression d'un choix, d'une volonté de se maintenir chez soi jusqu'au bout de la vie. Rester au domicile, rester « chez soi », symbolise à la fois des valeurs d'indépendance, de liberté, de possession de ses moyens et de ses facultés et d'identité de la personne. C'est un « refuge » chargé d'habitudes, de souvenirs. Bernadette Veysser⁸ à propos de la valorisation du domicile par les personnes âgées disait : « qu'il est à la fois un repaire et un repère. Un repaire où elles se sentent protégées des agressions extérieures et un repère identitaire tout d'abord parce qu'il symbolise la personne dans sa continuité, le lien entre ce qu'elle est et ce qu'elle a été ; un repère spatial ensuite puisqu'il est un espace familial, intimement approprié, dont l'usage se trouve fortement ancré dans les habitudes corporelles ; un

⁸ Vincent Caradec « Sociologie de la vieillesse et du vieillissement » Armand Colin, 2^e édition Septembre 2009

repère temporel enfin, tant il est chargé de souvenirs ». Le domicile au sens légal du terme renvoie aussi à l'identité sociale de l'individu et symbolise également l'inclusion sociale et l'intégration dans la société. Plus qu'un choix, c'est alors une nécessité existentielle.

Même parfois lorsque les personnes âgées déménagent pour un domicile plus confortable, mieux adapté à leur situation ou pour se rapprocher de leurs enfants, ce sont les mêmes valeurs qui les animent. L'important pour ces personnes, c'est de rester chez elle pour préserver leur individualité en dépit de l'âge et avec tous les risques inhérents à ce choix.

Les propos recueillis auprès de certaines personnes « placées » au centre de long séjour de Senlis témoignent également de cet attachement au domicile, du déracinement et du traumatisme provoqués par son abandon : « ah, je n'ai pas eu le choix, j'ai dû partir, même si on est bien soigné ici, on n'est pas chez soi ».

Avec l'avancée en âge, nous l'avons vu, l'état de santé des personnes se fragilise, la dépendance et la perte d'autonomie s'installent et va nécessiter des mesures de soutien et d'accompagnement adaptées pour pouvoir maintenir la personne chez elle selon son souhait, maintient qui peut comprendre éventuellement des périodes d'interruption liée à des hospitalisations.

122/ L'accompagnement : une nécessité pour continuer de vivre chez soi

Si l'état de santé conditionne fortement le maintien à domicile, l'isolement est aussi un déterminant important. L'avancée en âge se caractérise aussi par un plus grand isolement : la baisse d'activité liée aux difficultés physiques ou à un moindre goût pour les choses extérieures, la probabilité d'avoir perdu son conjoint, le décès des amis, une cohabitation intergénérationnelle moins fréquente que par le passé peuvent entraîner un repli sur soi même et une désocialisation qui vont accentuer la vulnérabilité de la personnes âgées et aggraver son état psychique et physique.

Mais quel qu'en soit la cause, l'isolement va renforcer le besoin d'un accompagnement de proximité chez les personnes vivant seules.

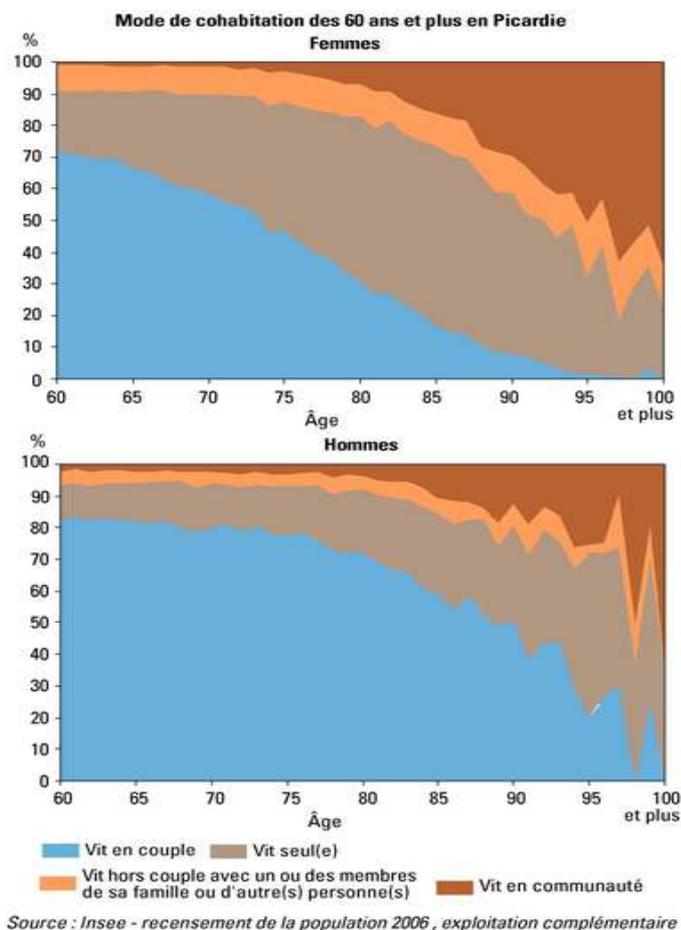
En France, en 2010, plus de 4 millions de personnes de plus de 60 ans vivent seules. La proportion de personnes seules d'une génération donnée passe de 18 % pour les sexagénaires à 30 % pour les septuagénaires, atteignant un maximum avec plus de 40 % pour les octogénaires. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile seraient en forte augmentation (+ 21,4 % entre 2005 et 2020)⁹.

⁹ Insee

En Picardie, les trois quarts des hommes de plus de 60 ans vivent en couple contre à peine la moitié des femmes. À 90 ans, seulement 10 % des femmes vivent encore en couple contre la moitié des hommes. Le veuvage est en effet nettement plus fréquent chez les femmes

Le nombre de personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile s'accroîtrait dans les décennies à venir.

Parmi les 5 500 personnes âgées dépendantes supplémentaires en Picardie entre 2005 et 2020, 4500 devraient demeurer à domicile. L'allongement de la durée de la vie permet une vie en couple plus longue et facilite le maintien à domicile



Les mesures d'accompagnement pour aider les personnes âgées à vivre au domicile sont donc essentielles et devront évoluer en conséquence. Cet accompagnement doit prendre en compte toutes les dimensions physiques, psychiques ou sociales de la personne. C'est la notion de prise en charge globale et coordonnée. Mais avant d'aborder ce point, voyons qui sont ces personnes ou structures de proximité qui participent au maintien à domicile ?

123/ Les acteurs du maintien à domicile

- **La personne âgée.** Sa position est ambiguë : partager entre le désir de rester chez elle et l'acceptation d'un accompagnement ou d'une aide qui peut lui rappeler sa dépendance et qu'elle pourrait alors vivre comme une intrusion dans sa vie personnelle et intime ou au contraire, comme une charge qu'elle impose à son entourage. Son implication et son accord dans la prise en charge sont donc des éléments qui vont fortement conditionner la qualité de la prise en charge.
- **Le concours des familles.** Nombre de personnes âgées sont maintenues à domicile uniquement grâce à l'intervention familiale. En 2006, 75% des bénéficiaires de l'APA restent aidés par leurs proches avec un investissement horaire en moyenne deux fois

supérieur à celui des aidants professionnels¹⁰. L'attribution de l'APA entrainerait une mixité des aides sans réduire pour autant la contribution de l'entourage. Quand ce n'est pas le conjoint, la plupart des personnes qui prennent soin d'un proche (les aidants) sont des femmes de 40 à 60 ans (principalement fille ou belle-fille) qui gèrent aussi leurs enfants et parfois même leurs petits-enfants. Être aidant est difficile et prend du temps. L'avenir est néanmoins préoccupant, les liens intergénérationnels pourraient se distendre et contribuer à espacer les relations de soutien traditionnelles. Alors que le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter, il est fort probable que le nombre d'aidants potentiels informels diminuera. Tout d'abord, la génération des 40- 59 ans sera moins nombreuse en 2015 que celle des personnes âgées. Ensuite, la disponibilité des enfants pour aider leurs parents âgés fragiles pourrait diminuer (travail des femmes, individualisme, changement des modèles familiaux, séparation). Avec le recul de l'âge, les aidants sont aussi de plus en plus âgés et s'occuper à 70 ans d'un parent invalide de plus de 90 ans peut s'avérer impossible. Quelle que soit son implication, l'entourage familial ne peut souvent pas assumer seul tous les besoins d'aide des personnes âgées dépendantes et risque de s'épuiser en l'absence de services professionnels.

En parallèle, une information et une sensibilisation plus importante du vieillissement pourrait avoir pour effet une évolution des comportements même des personnes âgées vers une plus grande anticipation et un refus plus marqué « d'imposer » à leurs enfants une prise en charge de leur dépendance.

Dans tous les cas le maintien à domicile d'une personne dépendante n'est possible que si un ensemble d'aides et de services sont mis en place, de l'assistance médicale aux aides pour accompagner la personne âgée dans ses tâches quotidiennes.

- **Le médecin traitant.** Son rôle est essentiel dans la prise en charge des personnes âgées. C'est celui qui va porter les premiers diagnostics, qui va l'orienter vers des spécialistes. Il est l'interlocuteur indispensable qui tient à jour le dossier médical de son patient pour une meilleure coordination des soins. Il a également un rôle majeur dans la prévention personnalisée de certaines catégories de pathologies : c'est à lui qu'incombe, par exemple, la mise en place d'un suivi effectif des vaccinations ou encore le diagnostic systématique de certaines affections. La connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés avec son patient en font un élément incontournable dans la qualité et la continuité de la prise en charge. Rôle qui lui a d'ailleurs été reconnu dans la réforme de l'assurance maladie de 2004 avec la mise

¹⁰ *Etudes et Résultats DRESS n° 459 janv 2006 « les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées »*
Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

en place du médecin traitant, pivot de la coordination dans le parcours de soins des malades.

Cette situation se heurte cependant à des réalités qui rendent le rôle du médecin traitant moins idyllique qu'on pourrait l'espérer. Première difficulté : la plupart des personnes âgées et malades ne se déplacent plus. Or, les visites à domicile suscitent de plus en plus de réticences de la part des généralistes. Le problème risque même de devenir aigu dans les secteurs en proie à la désertification médicale comme c'est le cas en Picardie qui a une densité régionale très inférieure à la moyenne nationale. La répartition est également très inégale avec de forte concentration de zones sous dotées telles que, pour la région de Senlis : les cantons de Pont Saint Maxence et Crépy en Valois.

Densité pour 10 000 habitants¹¹

Picardie	France
9,0 généralistes	10,2
5,6 spécialistes	9,0
5,7 infirmiers	8,2
4,6 masseurs kinésithérapeutes	7,0
3,8 chirurgiens-dentistes (dont spécialistes ODF)	5,9
➤ 1,2 orthophonistes	1,9

Deuxième difficulté : le temps passé. Une personne âgée en mauvaise santé présente le plus souvent trois ou quatre pathologies à la fois. Mener correctement une consultation dans ces conditions prend beaucoup de temps : le paiement à l'acte se prête mal au suivi de tels patients.

Troisième difficulté : la compétence du médecin en gériatrie. Les généralistes les plus jeunes ont reçu une initiation à la gériatrie dans leur cursus initial, ce qui n'est pas le cas des plus anciens.

Dans le cadre du maintien à domicile c'est bien la question du soin à domicile qui se pose. Le rôle du médecin est d'évaluer les besoins médicaux du patient, c'est-à-dire ses besoins de soins au sens large du terme par la mise à disposition quotidienne d'une infirmière, si le besoin s'en fait sentir, d'un kinésithérapeute ; mais bien au-delà de ces prises en charge uniquement médicales, existent des prises en charge strictement

¹¹ Sources CNAMTS URCAM PICARDIE Août 2009
Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

sociales et humaines que le médecin a beaucoup de difficultés à gérer du fait du manque de temps et du fait de son peu de formation sur ces problèmes.

Pour surmonter ces défis pratiques, une connaissance et une coordination efficaces avec les autres acteurs du maintien à domicile sont indispensables pour que le médecin traitant puisse mener à bien sa mission. En France, la palette de l'offre de services est diversifiée. Deux grands types de structures coexistent dans ce secteur : les services médico-sociaux et sanitaires et les services de maintien à domicile. Aujourd'hui d'après la CNSA et la DREES, ce sont près de 30 000 structures qui opèrent sur le territoire national alors qu'elles étaient 6 500 en 1998. Notre cadre d'étude se limitera aux structures œuvrant pour le maintien à domicile des personnes âgées.

➤ **Les services médico-sociaux et sanitaires.** Nous retiendrons principalement dans le cadre du maintien à domicile deux types de structures :

- Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)
- L'Hospitalisation à domicile (HAD)

Les SSIAD : En plus des aidants familiaux, le maintien à domicile nécessite souvent l'intervention de services de soins infirmiers à domicile. Les SSIAD¹² ont été créés afin de « favoriser le maintien à domicile avec vocation d'éviter l'hospitalisation ou le placement des personnes âgées malades ou dépendantes, de faciliter le retour à domicile suite à une hospitalisation et de prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes. Ces services assurent au domicile du patient, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale, les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ainsi que d'autres soins relevant d'auxiliaires médicaux ». Les SSIAD constituent donc un élément essentiel de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes.

Ils sont composés d'infirmiers salariés, ou d'infirmiers libéraux avec lesquelles les SSIAD ont passé convention pour effectuer les actes techniques infirmiers, d'aides soignants et éventuellement de pédicures ou autres auxiliaires médicaux dont les interventions sont coordonnées par les infirmières coordonnatrices.

Les frais afférents aux soins dispensés par le SSIAD sont pris en charge par l'assurance maladie. Les honoraires des médecins et de certains auxiliaires médicaux (kinésithérapeute, orthophoniste), la pharmacie et la biologie, l'appareillage (dont les fauteuils roulants et les lits médicaux) sont exclus de cette prise en charge.

Au 31 décembre 2007, 64 services de soins infirmiers à domicile étaient recensés dans la région Picardie. La Picardie a un taux d'équipement moyen pour 1000 habitant

¹² Décret 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation des services de soins à domicile pour personnes âgées, Journal Officiel du 9 mai 1981
Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

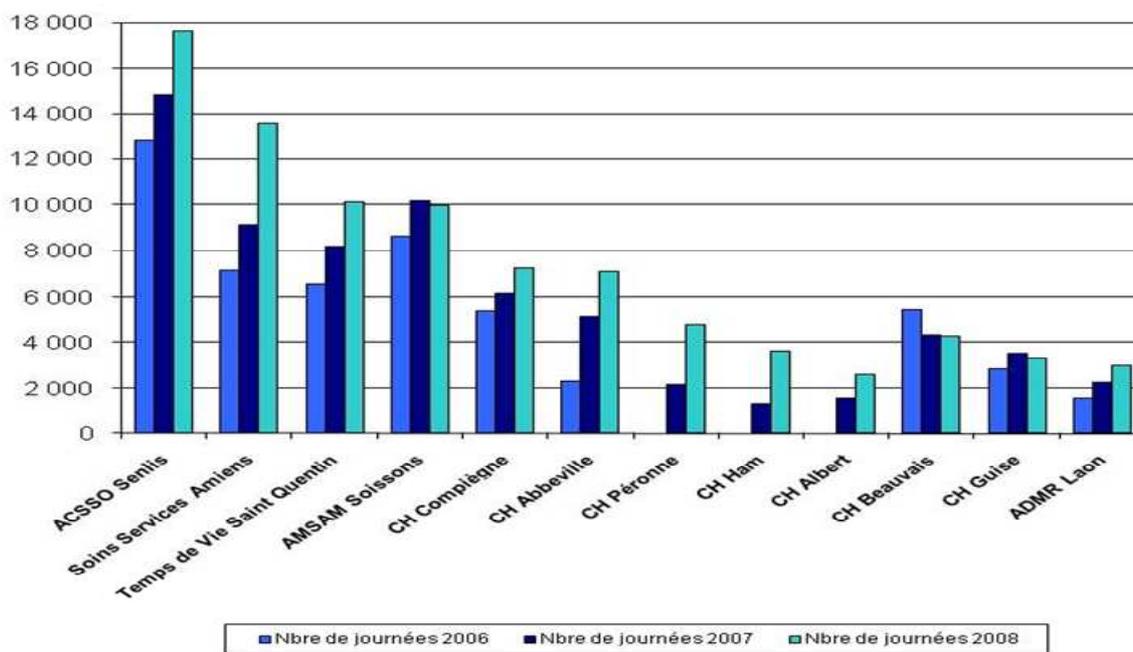
de 75 ans et plus de 19,37%, supérieur à celui de la France (16%). Il en est de même pour l'Oise. Le taux d'occupation moyen est de 99%. 96 % des personnes prises en charge sont âgées de plus de 60 ans, près de deux tiers ont 80 ans ou plus dont la plupart sont lourdement dépendantes, 32,8 % vivent seuls.

L'hospitalisation à domicile HAD : Destinée à faciliter le retour à domicile, à éviter ou écourter une hospitalisation, elle permet au patient atteint de pathologie grave aigüe ou chronique, de bénéficier d'une prise en charge hospitalière coordonnée au domicile et mise en place par des infirmières coordonnatrices en liaison avec les partenaires libéraux. L'admission en HAD s'effectue sur prescription médicale, ou après une consultation hospitalière, ou à la suite d'une hospitalisation ou sur proposition du médecin traitant après accord du médecin coordonnateur de l'HAD. Ce dernier émet un avis médical avant toute admission, signe le protocole de soins élaboré par le médecin traitant, en assure la bonne exécution et met en place des procédures formalisées d'échanges d'informations nécessaires à la prise en charge globale et coordonnée du patient. Il assure le contact avec les médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans le traitement du malade. Il organise le fonctionnement médical de la structure. Le cadre infirmier assure la bonne coordination des soins, en appui du médecin coordonnateur. Les coûts de séjours sont réglés par l'assurance maladie, l'HAD étant soumise à une tarification à l'activité (T2A)

En Picardie en Avril 2008, L'état des lieux géographique des implantations en HAD réalisé par les services de l'ARH a mis en évidence:

- ▶ Un nombre de places proches des recommandations nationales : 23 places pour 100 000 habitants. Recommandations nationales fixées à 24,
- ▶ Mais des disparités en terme de couverture géographique
- ▶ Une évolution de 66% de l'activité (52 535 journées en 2006 à 87 198 journées en 2008)
- ▶ A l'inverse, la part des personnes âgées prises en charge en HAD est plus importante en Picardie : 62% des séjours en HAD en Picardie concernent des patients de + de 60 ans contre 44% au niveau national.
- ▶ Ce sont les personnes de plus de 75 ans qui représentent la part la plus importante des patients pris en charge en HAD: 33.74% en Picardie contre 20.40% au niveau national
- ▶ Au niveau régional, 70% de l'activité produite se concentrent sur 5 modes de prise en charge : 30% en soins palliatifs, 16.50% en pansements complexes, 8.8% en soins de nursing lourds, 8% en nutrition parentérale, 6.12% en assistance respiratoire.

- ▶ Sur le territoire Sud Ouest de la Picardie, il existe deux structures HAD dont celle au sein de l'ACSSO qui est partenaire de l'hôpital de Senlis et qui comprend 78 places.



- **Les services d'aide à domicile.** Sans balayer l'exhaustivité des professions qui composent le secteur de l'aide à domicile, les fonctions d'aide à domicile consistent à apporter une aide dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne et ainsi contribuer à maintenir l'autonomie des personnes aidées au domicile, le plus longtemps possible. Ces personnes placées "en première ligne" auprès des personnes âgées doivent donc présenter des qualités humaines certaines pour entretenir avec les personnes âgées des relations de confiance dans le respect de leur vie privée ; elles doivent être en capacité de comprendre les conséquences du vieillissement et les difficultés qui en résultent pour les personnes et leurs familles. A cet égard, elles peuvent jouer un rôle d'alerte important en matière de prévention, et notamment à l'égard des pathologies les plus fréquentes chez ces personnes, à la condition toutefois d'avoir reçu une formation adéquate. En outre elles devraient être en mesure d'utiliser les réseaux et les ressources des services locaux. Les vingt dernières années ont vu naître une évolution de ces métiers et le secteur comporte des inégalités fondamentales de statut, de compétences, de qualification, de rémunération des aidants professionnels. La diversification des conditions d'exercice, des bénéficiaires concernés ainsi que des organisations professionnelles et de leurs statuts font que ce secteur traverse actuellement une période difficile et qu'il n'est pas aisé d'en définir le périmètre. Jusqu'à la fin des années 80, l'aide à domicile s'exerçait

quasi exclusivement au sein d'associations ou de services publics (CCAS). Ces interventions auprès des bénéficiaires concernés entraînent dans le cadre de prises en charge délivrées par différents organismes sociaux, caisses de retraite, d'allocations familiales, service de l'aide sociale... pour une durée déterminée et à partir d'un tarif horaire fixé annuellement sur la base de dispositions conventionnelles propres à ce secteur. Les bénéficiaires étaient de ressources modestes n'excédant pas les barèmes nationaux fixés par les caisses d'allocations vieillesse pour les retraités, par l'aide sociale pour les personnes ne dépassant pas le minimum vieillesse. Il s'agissait alors d'une forme d'action sociale clairement identifiée tant par les conditions d'exercice que par les caractéristiques des catégories de bénéficiaires visés.

La création par circulaire du 31 décembre 1991 du dispositif des emplois familiaux, suivi de toute une série de mesures tendant à favoriser l'emploi dans le secteur des services aux particuliers (agrément des "services d'aide aux personnes", mesures fiscales, mesures d'exonération de charges sociales, chèque emploi-service ...), puis l'émergence de services de proximité et des services à la personne, a bouleversé ce secteur initialement structuré (nature des prestations rendues, relations entre usager et intervenant, rémunérations, identité des bénéficiaires dont la capacité financière devient prépondérante dans l'accès aux services).

Par ailleurs, la mise en œuvre de la loi APA, en multipliant le nombre de bénéficiaires, solvabilise la demande de services. Par contre l'organisation du secteur et l'exigence de qualité et de permanence de service auprès des personnes âgées restent à structurer afin d'éviter que celles-ci privilégient le moindre coût du gré à gré. En effet, outre cette formule de gré à gré qui permet à la personne âgée d'embaucher directement une personne pour se faire aider à domicile, on distingue des statuts très divers au sein des organisations professionnelles :

- ▶ Les services prestataires interviennent à partir des prises en charge des organismes sociaux et appliquent les conventions collectives de l'aide à domicile.
- ▶ Les services mandataires ne sont plus les employeurs mais les intermédiaires entre l'employé et le bénéficiaire, qui est lui-même l'employeur. La référence conventionnelle est alors le plus souvent celle des employés de maison.
- ▶ Les sociétés de service, à but lucratif, qui entrent dans le cadre des agréments de service aux personnes, et qui peuvent faire bénéficier à leurs clients de mesures fiscales.

Un service prestataire peut aussi gérer un service mandataire, et les heures de prise en charge par les organismes sociaux peuvent être complétées au titre du service

mandataire. De sorte qu'un même professionnel peut intervenir aux deux titres, sans que le bénéficiaire, surtout lorsqu'il est âgé, puisse identifier clairement les deux systèmes.

L'accord relatif aux emplois et aux rémunérations du 29 mars 2002, signé par tous les partenaires de la branche de l'aide à domicile organise trois filières professionnelles selon le niveau de diplôme, offre à tous les salariés une perspective d'évolution de carrière et revalorise les grilles salariales. Il a ainsi permis une reconnaissance des métiers de l'aide à domicile, mais il a aussi induit un surcoût supporté par les principaux financeurs (organismes de sécurité sociale, conseils généraux) et a généré une forte concurrence avec les entreprises privées à but lucratif de services à la personne qui pratiquent des tarifs inférieurs et offrent des avantages fiscaux à leurs clients, mais ne garantissent par la formation de leurs intervenants.

Ce secteur rencontre néanmoins d'importantes difficultés de recrutement d'une part, du fait du désintérêt des demandeurs d'emploi pour le secteur des personnes âgées et plus particulièrement celui de l'aide à domicile. L'image très dévalorisée du travail auprès des personnes âgées, ainsi qu'un manque de reconnaissance de ces fonctions en éloignent les personnes en recherche d'emploi. Ce travail est difficile sur le plan physique et psychologique et étiqueté comme dégradant d'une manière générale. Le manque de statut de ces métiers, mais également le fait qu'il s'agisse le plus souvent d'emplois à temps partiel procurant de modestes revenus peuvent expliquer ce désintérêt. D'autre part, un problème de qualification se pose également. Seuls 10% des intervenants (en grande majorité des femmes) ont bénéficié d'une formation. La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique insiste sur la nécessité de disposer de personnel qualifié, à tous les niveaux de la prise en charge. La professionnalisation de ces intervenants est d'autant plus importante que leur rôle dans le maintien à domicile est primordial plus spécialement pour les personnes très dépendantes. Ils se situent en effet au plus près de la personne âgée, dans une relation de confiance avec elle et leurs fonctions d'alerte, de soutien psychologique quotidien ne doivent pas être négligées.

En Picardie, les services d'aide à domicile sont répartis harmonieusement sur l'ensemble du territoire. Ils s'adressent exclusivement aux personnes âgées dépendantes ou aux personnes handicapées. Les structures correspondantes sont principalement des associations et des CCAS et leurs bénéficiaires, pour 93%, des personnes âgées de 60 ans ou plus¹³.

En fonction de la situation de la personne âgée, des aides financières sont possibles :

¹³ *Santé observée en Picardie, OR2S Picardie 2006*
Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

- ▶ L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes de GIR 1 à 4. Au 30 septembre 2009, la Picardie comptait 30 123 bénéficiaires de l'APA dont 64% à domicile¹⁴
- ▶ l'aide ménagère départementale,
- ▶ l'aide ménagère des caisses de retraite et des mutuelles bien souvent limitée aux personnes GIR 5 et 6 et pour un nombre d'heures également limité.

Les associations d'aide à domicile peuvent aussi proposer d'autres services adaptés tels que la téléalarme, le portage de repas, menus travaux d'aménagement, transport organisé de personnes âgées, garde à domicile (jour et nuit)...

124/ Les solutions entre le domicile et l'établissement :

Les solutions intermédiaires entre le domicile et l'institution sont appelées à se développer car elles répondent à un véritable besoin de la population. Elles sont désormais reconnues par la loi. Lorsqu'une personne âgée présente une difficulté médicale, sociale ou psychologique aiguë entraînant une perte rapide de l'autonomie et nécessitant une surveillance particulière, il est fréquent que, faute d'anticipation et d'autres solutions, elle soit adressée aux urgences du centre hospitalier le plus proche. Mais cela ne débouche pas nécessairement sur une hospitalisation. D'autres solutions existent en effet. Elles sont complémentaires du domicile et constituent des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.

- **L'hôpital de jour gériatrique.** Il existe dans de nombreux hôpitaux et services spécialisés en gériatrie. Il réalise tous les actes de diagnostic et de bilan et assure une réadaptation pour le retour ou le maintien à domicile. L'hôpital de jour gériatrique permet de pratiquer un bilan médical, psychologique et social au cours d'une ou de plusieurs journées d'hospitalisation. L'hôpital de jour offre également un soutien aux familles et à l'entourage des personnes âgées.
- **L'accueil de jour** a pour vocation d'accueillir quelques jours par semaine des personnes vivants à leur domicile et atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. L'objectif de cet accueil est double : d'une part proposer à ces personnes des activités de stimulation des fonctions cognitives, d'autre part offrir un répit aux proches qui vivent avec ces personnes malades.
- **L'hébergement temporaire.** La grande majorité des personnes âgées souhaite demeurer à domicile, tout en ayant besoin - ainsi que leur famille - de soutien, d'aide ponctuelle et de prestations proposées par les institutions (ex : hébergement d'un

¹⁴Apaenquete.santé.gouv.fr

Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

parent âgé pendant les congés annuels). Quelques places dans des EHPA sont réservées à l'hébergement temporaire. Elles permettent d'accueillir une personne âgée pour une période déterminée (hospitalisation du conjoint, vacances de la famille, période d'hiver...).

Malgré ces différents intervenants ou ces alternatives qui favorisent le maintien à domicile, celui-ci n'est pas toujours un souhait réalisable.

125/ Les limites du maintien à domicile

- **L'état de santé** : c'est le critère le plus important dans le choix du maintien à domicile. En effet, la dégradation de l'état de santé, entraînant une incapacité totale ou partielle définitive, implique bien souvent un placement en institution. Celui-ci intervient à des âges de plus en plus avancés et si la personne âgée quitte brutalement son domicile sans y être préparée, l'effet peut être traumatisant. Les troubles physiques ne sont pas toujours un obstacle au maintien à domicile ; en revanche, les troubles mentaux sont plus difficiles à prendre en charge et constituent souvent à terme, une charge impossible à supporter pour les aidants.
- **La famille** : comme nous l'avons déjà évoqué, elle constitue la clé du maintien à domicile malgré un état de dépendance. L'absence d'aide familiale constitue une limite importante du maintien à domicile et nombre de personnes âgées dont le conjoint assure cette aide sont brutalement confrontées à une institutionnalisation lors de son décès. L'autre facteur tient aussi aux limites mêmes des aidants qui en cas d'incapacité sévère de leur proche n'ont plus l'énergie ou le temps nécessaire pour assumer cette lourde charge. Il peut arriver également que la personne âgée elle-même renonce à imposer cette charge à ses enfants.
- **Le coût** : le maintien à domicile n'est pas toujours possible en raison du coût d'une aide professionnelle rémunérée. Tout d'abord il y a des règles d'accès au service d'aides qui tiennent aux ressources des intéressés et au degré d'incapacité (exemple GIR 1 à 4 pour l'APA). Par ailleurs le montant des aides éventuelles est plafonné en montant et le nombre d'heures accordé dans les plans d'aides est parfois jugés insuffisant pour assurer une prise en charge sécurisée particulièrement chez les personnes très dépendantes. Compte tenu du montant de leurs revenus, ces personnes ne peuvent pas toujours financièrement recourir au service d'aides à domicile pour compléter leurs besoins en aide.

- **L'habitat** : il s'entend au sens large (logement, environnement immédiat). S'il est inadapté, il peut accélérer le placement en institution (ex : maison à étage pour une personne qui a des difficultés à monter les escaliers). L'adaptation du logement (ex : élargissement des portes pour permettre de passer un fauteuil roulant, remplacement d'une baignoire par une douche, etc.) permet à la personne âgée de conserver plus longtemps une partie de son autonomie. Les caisses de retraites, les mairies, les Conseils généraux peuvent participer au financement de ces travaux.

En partant du principe que le souhait de chacun est de rester chez soi le plus longtemps possible, il faut donc intégrer le fait que cela n'est possible que si un certain nombre de conditions sont remplies de façon globale et coordonnée.

126/ La prise en considération croissante d'une nécessaire approche pluridisciplinaire et d'une prise en charge globale et coordonnée

- **La gérontologie et la gériatrie : une approche pluridisciplinaire des personnes âgées.**

La population des personnes âgées pose des problèmes de santé et autres spécifiques qui requièrent donc une prise en charge dédiée, ce qui a été un moteur important pour l'émergence de deux disciplines complémentaires que sont la gérontologie et la gériatrie dont l'une, la gériatrie, s'inscrit dans le champ de l'autre, la gérontologie. Toutes deux visent à la connaissance du vieillissement humain et des pratiques permettant d'en améliorer le cours.

La gérontologie se définit comme l'ensemble des sciences consacrées au vieillissement et à la vieillesse. Elle regroupe l'ensemble des connaissances issues tant des sciences humaines que de la biologie et des données statistiques. L'objectif de la gérontologie est le vieillissement réussi. Cette notion est d'autant plus importante qu'elle s'inscrit dans la perspective d'un accroissement de la longévité.

La gériatrie est la spécialité médicale consacrée particulièrement aux personnes âgées poly pathologiques de 75 ans et plus alors que chez l'adulte plus jeune, la mono pathologie est la règle. Les prises en charge dans ces deux cas sont très différentes. La pratique gériatrique repose sur une évaluation gérontologique standardisée qui consiste à apprécier l'ensemble des aspects du sujet âgé sur le plan physique, psychique, fonctionnel et social. L'approche pluridisciplinaire médico-psycho-sociale de la personne âgée va de la prévention au traitement et à la prise en charge. Elle doit se retrouver dans la démarche individuelle du médecin et se concrétiser dans la composition pluridisciplinaire des équipes sous des formes

variées, aussi bien à l'hôpital qu'en milieu institutionnel ou à domicile. L'intérêt porté par le médecin au malade doit s'étendre à son entourage.

➤ **La pluridisciplinarité doit s'accompagner d'une prise en charge globale et coordonnée**

Les difficultés apparaissent lorsque l'état de la personne se dégrade et qu'une organisation particulière et individualisée doit être mise en place. Cette diversité des problèmes rencontrés par le grand âge et cette pluralité d'acteurs nécessitent une approche globale et une prise en charge coordonnée et personnalisée faisant appel aux professionnels des secteurs sanitaire et social. L'objectif de cette démarche pluridisciplinaire est de garantir aussi bien la prise en considération des problèmes de santé que des difficultés sociales.

Une pathologie aiguë, les poly pathologies, les maladies chroniques peuvent nécessiter une hospitalisation, voire des allers retours fréquents entre l'hôpital et le domicile. La réflexion sur la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital est d'autant plus importante que la période d'hospitalisation peut être une période critique qui ne devrait pas nuire au retour à domicile. Pour cela il est impératif pour les équipes hospitalières d'éviter les décompensations et d'organiser le retour à domicile.

Bien souvent le cloisonnement entre les institutions et les professionnels des deux secteurs sanitaire et social, qui relèvent de politiques, de textes législatifs et de financements différents peut provoquer une rupture dans la prise en charge. Cette absence de coordination induit une perte de qualité, d'efficacité et de sécurité associés à des surcoûts.

Depuis le rapport Laroque, aux nombreux plans et chantiers et jusqu'à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), l'évolution des politiques publiques témoignent de la volonté de l'Etat de promouvoir le maintien à domicile et la coordination des différents acteurs qui répondent à trois besoins essentiels :

- ▶ L'efficience, soit une juste prise en charge qui est un enjeu décisif dans un contexte d'augmentation des besoins de soins liés au vieillissement et à la dépendance et de rationalisation des dépenses de santé et de vieillesse,
- ▶ La continuité des soins et des aides à destination des personnes fragilisées,
- ▶ Le libre choix de la personne âgée qui souhaite, dans la majorité des cas, demeurer à son domicile le plus longtemps possible.

13 / DES POLITIQUES PUBLIQUES QUI FAVORISENT LE MAINTIEN A DOMICILE ET LA COORDINATION DES ACTEURS DU DOMAINE SANITAIRE SOCIAL ET MEDICO SOCIAL POUR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PERSONNES AGEES

131/ Au niveau national

➤ Favoriser le maintien à domicile

Si le rapport Laroque en 1962 officialise les enjeux liés au vieillissement de la population, il milite aussi pour une politique de « maintien des personnes âgées dans la société, en contact avec les autres générations en évitant toute rupture brutale dans leur condition de vie... L'accent doit être mis, par priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer, le plus longtemps possible à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaires, par l'organisation de leur occupation et leurs loisirs... La commission condamne toute forme de ségrégation et estime que tous les efforts tant dans l'intérêt de l'économie et de la société du pays que dans celui des personnes âgées et de leur équilibre physique et psychique, doivent tendre à les maintenir dans leur milieu de vie, dans leur milieu économique comme dans leur milieu social »¹⁵.

Le plan vieillissement et solidarités 2004 2008. Adopté en 2003, il vise, entre autre, à améliorer les réponses en matière de prise en charge à domicile via notamment la création accélérée de services médicalisés permettant de prolonger la vie à domicile. A ce titre, le programme « vieillissement et solidarités » se fixait un objectif proche de 100 000 places de SSIAD en 2007 et une augmentation importante du nombre de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour.

➤ Adapter l'hôpital à la problématique des personnes âgées

Le Plan Solidarité Grand Age 2007 2012, présenté par Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, prévoit une réforme en cinq grands axes dont, pour ce qui concerne le maintien à domicile :

¹⁵ Haut Comité consultatif de la population et de la famille, *Politique de la vieillesse, rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, Rapport Laroque - 1962*
Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

- ▶ Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles : en développant les services de soins et d'aide à domicile ; en soutenant davantage les aidants familiaux ; en assurant une continuité entre domicile et maison de retraite,
- ▶ Adapter l'hôpital aux personnes âgées, en développant la filière gériatrique et en resserrant des liens tant avec le domicile qu'avec la maison de retraite.

La circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 complétée par la circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques précise le rôle de l'hôpital dans la prise en charge des personnes âgées qui s'articule autour de 3 axes :

- ▶ Le renforcement de l'accès à des soins de proximité
- ▶ Le développement des courts séjours gériatriques et des filières d'admission directe sans passage par les urgences
- ▶ L'organisation de l'aval de l'hospitalisation de courte durée

Le tout devant s'inscrire dans une logique de travail en réseau afin que la trajectoire de soins s'inscrive dans une filière de soins offrant un panel de ressources adaptées aux besoins des personnes âgées.

➤ ***Développer l'information, le travail en réseau et la coordination :***

Une préoccupation au cœur des politiques successives de la vieillesse, depuis la parution du rapport Laroque en 1962 :

- ▶ Coordination sociale de proximité afin de faciliter l'orientation pertinente de la personne vers le service nécessaire (année 60) ;
- ▶ Maillage des acteurs sociaux et médico sociaux sur un même secteur géographique, mise en cohérence locale des programmes d'action en faveur des personnes âgées (VI° et VII° plans, années 70).

En 1981, cinq cents postes de coordonnateur gérontologique sont créés par le premier secrétariat d'Etat aux personnes âgées à titre expérimental, qui avaient une double mission :

- ▶ Une coordination institutionnelle pour améliorer les échanges entre les services et équipements d'un même secteur géographique, voire les développer (la fonction s'apparentait alors plus à une fonction d'animation et d'ingénierie) ;
- ▶ Une coordination de proximité autour de la personne âgée pour faciliter une meilleure utilisation des aides disponibles en fonction des besoins évalués individuellement (la fonction relevait d'une relation individuelle d'information, de coordination des informations).

La circulaire du 7 avril 1982 instituait aussi des instances locales de coordination gérontologique, dont certaines existent encore aujourd'hui. Elles avaient pour objectif de mettre en place un partenariat local afin d'assurer une meilleure utilisation des moyens existants. Ses missions quasiment parallèles à celles du coordonnateur comportaient en autres, des études de besoins, l'information, l'assistance technique pour la création et la gestion de services sans oublier la concertation.¹⁶

La loi N  2002-2 du 2 janvier 2002 qui rénové l'act ion sociale et médicosociale, fixe les modalités pour le développement de coopérations au sein des établissements sociaux mais aussi avec des établissements de santé, par des conventions, des groupements d'intérêt économique ou des groupements d'intérêt public. C'est une exigence de cohérence et de qualité pour répondre à la nécessité d'une prise en charge graduée et globale des personnes âgées, organisée sous la forme de réseaux et de coordination renforcée entre les accompagnants à domicile, les établissements hospitaliers et médicosociaux.

Parallèlement, les concepts de réseaux et de filire de soins se sont développés. Deux étapes ont, à ce jour, marqué la constitution des réseaux de santé en France.

Dans un premier temps, les ordonnances du 24 avril 1996, dites ordonnances Juppé ont posé le principe de ces modes coopératifs de soins. Par la suite, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et la loi portant modernisation du système de santé répondent à la montée en charge des réseaux et aux exigences d'encadrement juridique liées à tout exercice de la santé. "Les réseaux de santé ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité." Le réseau est une coordination formalisée de professionnels de santé et/ou de tous les intervenants sur le parcours d'un patient dans le cadre de sa prise en charge médico-sociale.

La loi n  97-60 du 24 janvier 1997 institue, pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)   laquelle succ dera en 2001 l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Ces lois entérinent le pilotage et la gestion de ces dispositifs par les Conseils Généraux. Leurs caractéristiques reposent sur une évaluation individuelle de la dépendance (*grille AGGIR - Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources basée sur l'observation quotidienne qu'est en capacité d'effectuer seule la personne âgée*) par une équipe médicosociale qui se rend au

¹⁶ *Développer la coordination gérontologique*, Jean Jacques Amyot Dunod, Paris 2006
Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

domicile de la personne et établit un plan d'aide personnalisé qui sera mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire et coordonnée.

La circulaire du 6 juin 2000¹⁷. Dans ce contexte de montée en charge des réseaux et de préoccupation croissante des Pouvoirs Publics de développer une coordination gérontologique et de favoriser le maintien à domicile, l'Etat a créé les centres locaux d'information et de coordination CLIC ; 25 sites expérimentaux sont lancés dans le cadre de cette circulaire. Le label 'CLIC' a été généralisé à partir de 2001. Le but de ce dispositif est de pallier l'éclatement des structures d'aides sociales et médicales à destination des personnes âgées. Le CLIC répond à une triple logique :

- ▶ Logique de **proximité**
- ▶ Logique d'**accès facilité aux droits**
- ▶ Logique de **mise en réseau entre les professionnels**

Les CLIC ont pour objectif de favoriser les collaborations entre les professionnels des secteurs sanitaire et social pour organiser les réponses multi professionnelles indispensables pour la prise en charge des problèmes chroniques invalidants stabilisés des personnes âgées vivant à leur domicile, au niveau d'un territoire défini. Ils remplissent 3 principales missions qui correspondent à 3 niveaux de labellisation technique :

- ▶ niveau de label 1 : assurer l'information des particuliers et des professionnels du territoire ;
- ▶ niveau de label 2 : procéder à des évaluations individuelles multidimensionnelles de situations complexes de personnes en incapacité afin de proposer un plan d'aide ;
- ▶ niveau de label 3 : assurer la coordination des interventions dans le cadre du suivi des situations au cours du temps.

À ces missions individuelles, s'ajoutent des missions collectives de prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi qu'une mission de veille relative aux personnes âgées fragiles et une mission d'observatoire.

Piloté au niveau départemental, le dispositif des CLIC constitue le relais local des politiques publiques en faveur des personnes âgées. Le domaine de compétence de chaque CLIC est défini au niveau départemental dans le cadre du schéma gérontologique, ce qui nous amène directement à la déclinaison des politiques au niveau local

¹⁷ *Circulaire DAS-RV2 N°2000-310 relative aux CLIC*
Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

132/ Au niveau local

Pour optimiser la prise en charge des personnes âgées, le schéma gérontologique départemental et le schéma régional d'organisation sanitaire SROS sont des dispositifs adaptés :

➤ **Le schéma gérontologique départemental de l'Oise**

La politique de coordination gérontologique menée sur le département reposait initialement sur 12 instances locales de gérontologie, 12 pôles pour les évaluations au domicile réalisées par les équipes médico-sociales composées d'assistantes sociales de la CRAM et d'infirmiers d'associations conventionnées avec le département et 3 centres locaux d'information de coordination. L'hétérogénéité d'intervention des différents centres de coordination explique d'une part, les difficultés que rencontraient les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pour développer et affirmer leurs compétences territoriales, et d'autre part, les disparités de traitement entre les territoires, le département n'étant pas intégralement couvert.

Le Conseil général de l'Oise a engagé en 2005 une réflexion qui a aboutie en 2007 sur la création de 5 nouveaux territoires dits « délégations territoriales à la solidarité ». En ce qui concerne la coordination gérontologique, 5 **Relais pour l'autonomie des personnes** se mettent progressivement en place et constituent des lieux d'accueil, d'information et d'évaluation des besoins des personnes âgées et handicapées. La nouvelle coordination prévoit en parallèle l'intégration dans ces services des équipes médico-sociales en charge de l'évaluation APA. Les objectifs sont¹⁸ :

- ▶ Optimiser la couverture territoriale de la coordination gérontologique,
- ▶ Instaurer des instances de pilotage de coordination gérontologique
- ▶ Développer la qualité de l'accueil et des prises en charge au moyen d'un programme de formation des équipes adapté,
- ▶ Formaliser la coordination des actions du Conseil Général et de ses partenaires en identifiant les modalités d'intervention des différents intervenants, en formalisant les partenariats et en instaurant des comités locaux de coordination et de concertation,
- ▶ Impulser une approche novatrice du secteur des services à la personne pour anticiper les nouveaux besoins de la personne âgée. Il s'agit de repérer les attentes des populations, encourager la création d'activités nouvelles et l'émergence d'emplois nouveaux et de professionnaliser les structures et les personnels en développant les

¹⁸ *Schéma de pilotage et de coordination la politique gérontologique départementale du Conseil Général de l'Oise*

Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

partenariats avec les institutions et des conventions d'objectifs et de moyens avec les services d'aide à domicile,

- ▶ Rompre le cloisonnement entre le sanitaire et le médicosocial et anticiper les risques de dysfonctionnement en instaurant des comités locaux de coordination et de concertation avec les représentants des champs sanitaires, en mettant en place des dispositifs d'alerte sur le territoire, en élaborant et diffusant des procédures pour les situations à risque (maltraitance, urgence, isolement) et des protocoles pour préparer les admissions et les retours à domicile après hospitalisation,
- ▶ Réaliser un annuaire ressources par secteur gérontologique pour rendre l'information accessible, actualisée, ordonnée et centralisée.

Le relais autonomie des personnes du Pays d'Halatte - Pays de France et du Valois qui couvre les cantons de Chantilly, Pont Saint Maxence, Senlis, Betz, Crépy en Valois et Nanteuil le Haudouin a ouvert en janvier 2010. Il est actuellement dans sa phase de démarrage et une seule réunion de présentation du dispositif a été organisée pour le moment à laquelle a participé l'assistante sociale de l'hôpital de Senlis. Les attentes sont néanmoins réelles d'une amélioration des coordinations entre les différents intervenants dans la prise en charge des personnes âgées.

➤ **Le SROS Picardie**

Le volet « Personnes Agées » du SROS III en cours, applicable depuis le 1^{er} avril 2006, se fonde sur les deux objectifs stratégiques suivants :

- ▶ améliorer la filière de soins de la personne âgée ;
- ▶ insérer les structures de soins dans un réseau territorial de coordination gériatrique

Depuis la mise en œuvre du SROS III de Picardie à partir d'avril 2006, les plans nationaux et textes réglementaires suivants, ayant trait à la prise en charge des personnes âgées, sont parus :

- ▶ circulaire DHOS/02/DGAS/2C/2006 n°212 du 15/06/2006 portant sur les USLD ;
- ▶ Plan Solidarité Grand Age (27/06/2006) ;
- ▶ circulaire DHOS/02/2007 n°17 du 28/03/2007 relative à la filière gériatrique ;
- ▶ circulaire DHOS/02/2007/176 du 30/04/2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées ;
- ▶ circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15/05/2007 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées » ;
- ▶ Plan ALZHEIMER 2008-2012 (01/02/2008) ;
- ▶ décrets n° 376 et n° 377 du 17 avril 2008 relatifs aux activités de soins de suite et de réadaptation.

L'ensemble de ces nouvelles dispositions et orientations réglementaires fonde la révision du volet Personnes âgées du SROS 3. Un nouveau chapitre se substitue au chapitre 20 publié en date du 31 mars 2006. La révision du volet « Prise en charge des Personnes Agées » du SROS 3 de la Région Picardie¹⁹ vise à :

- mettre en œuvre une véritable filière de soins coordonnée pour une prise en charge globale et continue de la personne fragilisée par le vieillissement et la maladie, sans rupture, et dans toutes ses composantes (prévention, orientation, diagnostic complet, individualisation, accueil de proximité) ;
- insérer les structures sanitaires et médico-sociales dans un réseau de coordination gériatrique au niveau territorial ou infra-territorial, pour accroître la synergie entre tous les acteurs de la prise en charge (secteur libéral, secteur hospitalier, secteur social, secteur médico-social) en vue de promouvoir la santé et l'autonomie de la personne âgée et son maintien à son domicile ou en institution.

Ces deux objectifs stratégiques ont été déclinés selon les orientations suivantes :

- ▶ création de pôles d'évaluation gériatrique (PEG) ;
- ▶ déploiement de consultations gériatriques (CG) et de consultations gériatriques avancées (CGA) ;
- ▶ mise en place d'équipes mobiles gériatriques (EMG) ;
- ▶ développement de structures de court séjour gériatrique (CSG) ;
- ▶ développement des alternatives à l'hospitalisation ;
- ▶ contribution des soins de suite et de réadaptation (SSR) dans la filière gériatrique ;
- ▶ prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée ;
- ▶ prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ;
- ▶ requalification des unités de soins de longue durée (USLD) ;
- ▶ mise en place de réseaux gérontologiques.

➤ **L'articulation entre le SROS et le PRIAC**

Concernant la prise en charge des personnes âgées, l'articulation du PRIAC avec le volet SROS 3 s'attache à :

- ▶ la mise en place de consultations avancées au sein des Hôpitaux Locaux (gérontologiques, mémoire) ;
- ▶ le développement des réseaux gérontologiques ;
- ▶ la mise en œuvre de la réforme des USLD (requalification) ;
- ▶ le développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) en EHPAD ;
- ▶ l'accroissement des capacités de prise en charge des SSIAD, des capacités d'accueil de jour, d'hébergement temporaire.

¹⁹ ARH de PICARDIE – SROS 3 – 2006/2010 – 31 mars 2006

Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

Ainsi, sont inscrites au PRIAC 2008-2012 :

- ▶ la programmation de 1978 places supplémentaires d'EHPAD ;
- ▶ la programmation de 274 places supplémentaires d'hébergement temporaire ;
- ▶ la programmation de 415 places supplémentaires d'accueil de jour ;
- ▶ la programmation de 1504 places supplémentaires de SSIAD Personnes Agées.

Les acteurs des politiques gérontologiques sont ainsi multiples et les programmes d'action se superposent les uns aux autres sans que l'on puisse parvenir à une vision globale des besoins et à une coordination réelle des possibilités d'intervention dans le secteur. On a ainsi des niveaux de prise de décision difficiles à coordonner entre entités fonctionnelles et géographiques superposées. C'est au niveau des départements que sont élaborés les schémas gérontologiques. Mais pour le sanitaire, les Schémas Régionaux d'Organisations Sanitaires Gériatriques sont élaborés au niveau Régional.

La loi HPST vise à redonner de la cohésion à cette dispersion des centres de décisions et de responsabilités. Les ARS reposent sur une vision globale et intégrée de la santé. Elles sont chargées non seulement de l'organisation et du financement des soins dans ses différentes composantes (soins de ville, soins hospitaliers), de la politique de santé publique dans toutes ses dimensions, mais aussi de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. L'attribution de compétences médico-sociales aux agences répond à la volonté de développer des passerelles entre le sanitaire et le médico-social, afin d'encourager la transversalité dans les soins et l'accompagnement des personnes dépendantes. En rassemblant au sein d'une structure unique des services de l'Etat et des organismes de l'assurance maladie, ainsi qu'en organisant une concertation avec les conseils généraux, les ARS constituent donc une opportunité de décroiser les secteurs sanitaire et médico-social. Ce décroisement, tant attendu par les acteurs de terrain, devrait permettre de prendre en compte les besoins du « patient usager » à la fois sur le plan des soins, de l'accompagnement social et de la prévention.

La loi HPST rationalise l'architecture institutionnelle de planification et de programmation médico-sociale au travers :

- ▶ Le plan stratégique régional de santé, qui permettra une approche commune des exercices de planification en matière hospitalière, ambulatoire et médico-sociale centrée sur les besoins des personnes ;
- ▶ le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS), élaboré par le directeur général de l'ARS, après consultation de la commission de coordination dédiée au secteur médico-social et avis des présidents de conseils généraux, qui

Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

déclinera les orientations et les objectifs du plan stratégique régional de santé pour le secteur médico-social ;

- ▶ le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac), qui précisera les modalités spécifiques d'application du schéma régional en termes de création de places médico-sociales, et qui sera non plus établi par le préfet de région mais par le directeur général de l'ARS, après avis de la commission de coordination et avis des présidents de conseils généraux compétents.

En faisant de la région le niveau de la planification médicosociale, la loi HPST remet en cause le rôle de chef de file des départements dans ce domaine. Néanmoins, les présidents de conseils généraux restent compétents pour définir les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, dont l'objectif est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. Ces schémas sont arrêtés après concertation avec le préfet de département et avec l'ARS dans le cadre de la nouvelle commission de coordination dédiée au secteur médico-social. Les représentants des acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie dans le département, ainsi que les représentants des usagers sont également consultés, pour avis, sur le contenu des schémas départementaux.

Cette organisation pyramidale, porteuse de lisibilité et de cohérence, n'est toutefois pas sans soulever quelques interrogations relatives à l'articulation entre le schéma régional de l'ARS et les schémas départementaux des conseils généraux concernant les besoins et les réponses à apporter aux personnes handicapées et aux personnes âgées. Une véritable dynamique de concertation entre l'ARS et les conseils généraux devra alors se mettre en place au sein de la commission de coordination spécialisée dans le secteur médico-social.

Force est de constater que la coordination reste un sujet difficile, elle ne se décrète pas, du fait de la multiplicité des acteurs en présence, de la grande hétérogénéité des statuts des personnes (libéral, associatif, institutionnel), de la complexité et de la parcellisation des financements. Elle semble pourtant représenter un enjeu important de mise en cohérence, d'efficacité, de qualité de prise en charge.

Face au vieillissement de la population, l'enjeu est de taille. Les conséquences de l'insuffisance de prise en charge globale notamment à la phase aiguë, peuvent être graves. La prise en charge du patient âgé fragile repose sur une démarche globale fonctionnelle pluridimensionnelle. Nous allons examiner à présent comment s'organise la prise en charge des personnes âgées au sein du centre hospitalier de Senlis.

2/ LA FILIERE GERIATRIQUE DE L'HOPITAL DE SENLIS : UNE ORGANISATION POUR OPTIMISER LE SEJOUR DES PATIENTS AGES A L'HOPITAL ET PRIVILEGIER LE MAINTIEN OU LE RETOUR A DOMICILE

21/ Présentation de l'hôpital de Senlis

211/ Une fusion programmée des hôpitaux de Creil et de Senlis pour constituer un établissement intercommunal sur 2 sites.

Le centre hospitalier de Senlis est situé en région Picardie au sud du département de l'Oise, dont la préfecture est Beauvais. Ses origines remontent en 1025 où fut fondée la maladrerie Saint-Lazare. La Picardie est découpée en quatre territoires de santé. Les deux hôpitaux de Creil et de Senlis appartiennent au territoire sud-ouest qui comprend les arrondissements de Beauvais, Clermont et Senlis (Creil fait partie de l'arrondissement de Senlis). Le centre hospitalier de Creil est un hôpital récent ouvert "ex nihilo" en 1978. Il est intercommunal, rattaché aux communes de Creil, Nogent Sur Oise, Montataire et Villers Saint Paul. Creil, ville de plus de 33 000 habitants, dessert un bassin de 100 000 habitants, Senlis compte environ 17 000 habitants pour un bassin de 50 000 habitants. Proche de Paris, la pression des groupes de santé privés, mais aussi des hôpitaux parisiens est forte sur ce territoire. (*cf. annexe 2*). Dans ce contexte, un projet de rapprochement des deux hôpitaux, distants de 12,7 km, existe depuis plusieurs années mais a du mal à émerger compte tenu des contrastes qui existent entre le nord de l'Oise, plus rural et le sud de l'Oise, plus urbain. Les bassins de population desservis sont très différents : Senlis, la sous-préfecture, ville historique et Creil, ville d'histoire ouvrière multiculturelle et multiraciale.

Au cours des deux dernières années, le processus de rapprochement s'est accéléré par la volonté du directeur de l'ARH. Le 1er avril 2009, l'intérim de la direction du centre hospitalier de Senlis, était confié au directeur adjoint du CHU d'Amiens avec une lettre de mission concernant les modalités du rapprochement. Une mission d'appui et de conseil menée en octobre 2009 sur les coopérations et synergies à mettre en œuvre entre les deux établissements en application de la loi HPST, recommande la fusion des deux établissements pour créer un nouvel établissement intercommunal. Cette fusion permettra d'une part, de faire face à la pénurie de médecins qui rend difficile les remplacements dans certaines disciplines et la permanence des soins et d'autre part, de mettre en place une organisation par spécialité et pôle de référence en mettant en commun les atouts de chaque établissement. Exemple, le pôle gériatrique pour Senlis.

212/ Les grandes données

➤ *La capacité des différentes unités*

Lits et places (données 2008) ²⁰	CREIL	SENLIS
Médecine HC	251	133
Médecine HJ	13	6
Chirurgie HC	86	60
Chirurgie HJ	14	7
Obstétrique HC	52	46
Obstétrique HJ	4	1
Total MCO HC	395	239
Total MCO HJ	28	14
Postes dialyse	21	
SSR HC		25
SSR HJ		7
USLD		73
EHPAD		90
TOTAL	395	448

L'hôpital de Creil présente la caractéristique de ne proposer que des lits et places MCO, situation assez unique en France. Celui de Senlis dispose d'activités MCO, SSR, USLD et EHPAD.

➤ *Les équipements*

Creil :

- ▶ 6 salles de bloc, 1 salle d'endoscopie et 1 salle de cardiologie interventionnelle
- ▶ Maternité niveau II passage prévu en III
- ▶ Service d'urgences
- ▶ 12 lits d'hospitalisation de courte durée
- ▶ Unité de réanimation de 12 lits et projets de 6 lits de surveillance continue

Senlis

- ▶ 5 salles de bloc
- ▶ Maternité de niveau II
- ▶ Service d'urgences
- ▶ 6 lits d'hospitalisation de courte durée
- ▶ Unité de réanimation de 8 lits et projets de 3 lits de surveillance continue

²⁰ STATISS 2008,

➤ **Les ressources humaines**

Catégorie de personnel	Creil (etp)	Senlis (etp)
Personnel non médical	1280,60	813,62
Personnel médical		
Praticiens hospitaliers	105,9	43,5
Assistants	8	7,80
Attachés	21,85	5,5
Internes	42	19

➤ **Les investissements**

Creil a des locaux inadaptés à son activité dans certains secteurs. Un projet hôpital 2012 a été préparé pour équilibrer le financement. Certains secteurs nécessitent de nouveaux locaux ou du moins un agrandissement : réanimation, urgences, pédiatrie...

Senlis propose des locaux neufs et même spacieux. Des travaux importants de reconstruction dans l'enceinte de l'établissement ont été réalisés. De 2006 à 2009 : construction d'un bâtiment neuf et rénovation d'un ancien bâtiment jouxtant le nouveau. Il reste néanmoins des locaux vétustes et inadaptés où sont localisés notamment le SSR, l'EHPAD, l'USLD et le CEGAP

22/ Le pôle gériatrique de Senlis : un centre de référence

Le projet du pôle de Gérontologie Clinique a démarré il y a exactement 10 ans en s'appuyant sur une enquête de 3 mois auprès des services d'urgence des hôpitaux de Creil et de Senlis afin d'analyser la typologie des patients âgés de 70 ans et plus hospitalisés dans ces unités. Les résultats obtenus ont montré que plus de 10% des admissions aux urgences concernaient des patients de plus de 70 ans et plus de 90% nécessitaient une hospitalisation. Dans une très grande majorité de cas, le motif d'hospitalisation était dû à un problème médical (chute, pathologie cardiovasculaire ou altération de l'état général). Dans 20% des cas la finalité de la prise en charge était à la fois curative et sociale. La majorité des personnes vivaient seule et la famille était très impliquée dans le maintien à domicile de la personne âgée (enquête sur les repas, les courses, le ménage) avec une implication dans 40 % des cas environ. Le recours à une aide ménagère était relativement fréquent entre 10 et 23 % des cas. Par ailleurs les patients de 70 ans et plus, hospitalisés à Senlis, représentaient 18,9% de l'ensemble des hospitalisés en court séjour et 35% des journées d'hospitalisations.

Conformément aux politiques nationales d'amélioration de la prise en charge globale des personnes âgées à domicile et à l'hôpital citées précédemment et devant le nombre important de personnes âgées de plus de 70 à ans hospitalisées dans les hôpitaux du secteur, il était nécessaire qu'émerge une réponse sectorielle aux problèmes posés par la prise en charge de ces personnes. En outre, l'arrivée de la T2A en 2003 a pour conséquence de diminuer la durée moyenne de séjour et de mieux organiser l'aval d'où l'importance d'organiser l'offre de soins de manière à proposer « *la bonne structure, au bon moment, à la bonne personne* »²¹.

Dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens 2002 - 2007 la direction du Centre Hospitalier de Senlis avait demandé de préciser les ressources nécessaires à l'amélioration de cette prise en charge. Ces mesures ont servi de base aux travaux du SROS « Volet prise en charge hospitalière des personnes âgées ».

Le pôle gériatrique structure la filière gériatrique selon les dispositions contenues dans le rapport « *Un programme pour la gériatrie* »²² :

OBJECTIF n°1 : Créer un label "filiale gériatrique" pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences.

OBJECTIF n°2 : Faire contractualiser en tant que "partenaires de la filière gériatrique labellisée" les établissements et structures associés à la filière gériatrique.

OBJECTIF n°3 : Prendre en compte le vieillissement des patients dans les services non gériatriques.

OBJECTIF n°4 : Développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient.

OBJECTIF n°5 : Disposer en nombre et en qualification des femmes et des hommes pour animer cette politique gériatrique.

Ainsi les différentes structures ont été, au fur et à mesure des années, mises en place au centre hospitalier de Senlis pour constituer aujourd'hui un pôle presque complet qui a répondu il y a quelques semaines à un appel à projet « 100 pôles d'excellence »²³ lancé par l'A.N.A.P. La candidature a été retenue. Les objectifs attendus sont :

²¹ *Projet médical du pôle de gériatrie clinique de l'hôpital de Senlis, Docteur WOERTH mars 2010*

²² *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le financement des hôpitaux dans les 15 ans à venir Rapport rédigé par Claude JEANDEL, Pierre PFITZENMEYER et Philippe VIGOUROUX, 2006*

²³ *Projet médical du pôle de gériatrie clinique de l'hôpital de Senlis, Docteur WOERTH mars 2010*

- Une amélioration de la prise en charge des patients âgés dans le cadre d'une filière gériatrique performante.
- Une reconnaissance du pôle de Gériatrie clinique du Centre hospitalier de SENLIS comme pôle de référence du territoire de santé.
- Une reconnaissance du travail effectué et de l'implication du personnel médical et soignant.
- Une parfaite cohérence des travaux du pôle en adéquation avec les mesures : nationales, plans, circulaires, recommandations ; régionales, SROS et locales, projet médical d'établissement, projet de pôle.

221/ Le Pôle de gériatrie clinique de SENLIS : Une filière gériatrique en partenariat avec des structures médicosociales, les autres établissements et le domicile

La filière gériatrique est une organisation de proximité dont le centre hospitalier de Senlis est établissement référent en gériatrie sur le territoire. Elle vise à améliorer la fluidité de la prise en charge, à développer un panel d'offre de soins adapté aux besoins des personnes âgées, à reconnaître et prévenir les risques de perte d'autonomie par une prise en charge globale et une coordination entre les différents intervenants au sein de l'hôpital et hors de l'hôpital (*cf. schéma de la filière annexe 3*).

222/ Le Pôle de gériatrie clinique de SENLIS dispose d'une gamme complète de prise en charge gériatrique et d'un personnel qualifié et compétent

Afin de répondre aux besoins de nos aînés et au vieillissement de la population, le centre hospitalier de Senlis dispose d'une gamme complète de prise en charge gériatrique répondant aux besoins de proximité. Un personnel qualifié et compétent compose ses équipes (*cf. annexe 4*). Chaque personne âgée peut ainsi accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, allant de l'hospitalisation de courte durée en médecine gériatrique avec éventuellement recours à un plateau technique, aux soins de suite ou aux soins de longue durée, ainsi que des places de maison de retraite

- ***L'offre relative à l'hospitalisation des patients âgés***
- ▶ **L'unité de gériatrie aiguë** : Créée en 2003 à vocation sectorielle suivi de l'ouverture en septembre 2008 de l'UGA du CH Creil²⁴. Cette unité a une capacité de 15 lits. 13

²⁴ Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 et n°2007-117 du 28 mars 2007
Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

chambres individuelles et 1 chambre double. Elle prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques tels que nous les avons définis précédemment.

Chaque semaine un staff médicosocial réunit une équipe pluridisciplinaire composée des médecins gériatres, de la neuropsychologue, de l'infirmière cadre de santé, du cadre de santé, de l'assistante sociale et de la secrétaire de l'unité. Ils font un bilan global médical et social de la situation de chaque patient de l'unité. Le cas des personnes sortantes est particulièrement examiné de façon à garantir en cas de retour à domicile, en coordination avec les structures externes, une prise en charge adaptée aux besoins du patient dès son retour. Chacun exprime son point de vue et le gériatre responsable de l'unité prend la décision en tenant compte des avis de tous et particulièrement de la situation sociale et de l'environnement du patient au domicile. Un tableau, remis à chaque participant, recense l'ensemble des informations et permet le suivi.

Chiffres Décembre 2009 : 5251 journées, 459 entrées, DMS : 11,4 jours, Taux d'occupation: 95,95 %

- ▶ **Les Soins de suite et de réadaptation à orientation gériatrique** : Capacité : 25 lits de SSR, 10 lits de Soins Palliatifs hors Pôle de Gériatrie clinique. Comme l'indique le code de la santé publique, les soins de suite ou de réadaptation sont dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus en dehors de la phase aiguë, dans un but de réinsertion. Ils contribuent à limiter les handicaps, prévenir la dépendance, redonner de l'autonomie. Cette définition met l'accent à la fois sur la continuité des soins et la nécessaire liaison entre le SSR et l'amont (les services de médecine, de chirurgie et les urgences) et entre le SSR et l'aval (retour à domicile, HAD, les structures sociales et médicosociales).

Depuis la révision du volet de SSR du SROS 3 de PICARDIE en 2009 le SSR du centre hospitalier de Senlis est spécialisé dans la prise en charge des affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance dans le territoire sud Ouest.

Parmi les réformes, la mise en place de la tarification à la double activité (T2A), contribue à accélérer le processus de restructuration de l'offre de soins. Malgré un particularisme territorial d'une offre de soins de suite au dessus des normes nationales, la T2A risque d'amener à une fluidité accentuée entre le MCO et les soins de suite et au renforcement de la capacité de ces derniers pour absorber les malades

sortants de plus en plus rapidement du court séjour, ayant une exigence médicale et d'examens complémentaires importante.

Pour cela, le service de soins de suite a une place pivot dans l'hôpital : son bon fonctionnement, l'adéquation entre les moyens humains et matériels du service et les profils de prise en charge, la coopération avec l'amont et l'aval, conditionnent l'efficacité de l'ensemble du dispositif des soins et la fluidité du parcours de soins des patients. Comme pour l'unité gériatrique, le staff hebdomadaire réunissant l'équipe pluridisciplinaire (gériatres, infirmières, psychologue, kinésithérapeutes et assistante sociale) fait le bilan médical et social de chaque patient, décide des orientations et des sorties éventuelles de façon à prendre les dispositions nécessaires pour garantir la continuité de la prise en charge du patient dès sa sortie.

Chiffres 2009 : 9267 journées, DMS: 30,02 jours, Taux d'occupation: 101,56 %

► **L'Unité pilote de coordination oncogériatrique et le réseau ONCAGEOISE: intégrée dans le pôle ambulatoire en partenariat étroit avec le pôle de Gériatrie Clinique²⁵**

Le centre hospitalier de Senlis, après avoir répondu à un appel à projet de l'INCA, a été choisi en 2006 pour être la seule UPCOG dépendant d'un centre hospitalier parmi les 8 sélectionnées par l'INCA. Depuis il en existe 15. Cette unité est coordonnée par un médecin oncologue, et co-coordonnée par le docteur WOERTH, responsable du pôle gériatrique.

60 à 70% des cancers concernent la population des plus de 65 ans. L'évolution de la démographie de notre société impose la prise en compte de l'augmentation de la fréquence des cancers chez les sujets âgés. L'évaluation gériatrique standardisée (EGS) permet de cerner au mieux, d'une manière globale, l'état de santé de ces patients et d'apporter des éléments objectifs dans la balance : bénéfice de la chimiothérapie/espérance de vie relative aux co-morbidités, afin d'épargner à certains patients des traitements non appropriés et de proposer à d'autres, parfois plus âgés, des traitements auxquels ils n'ont pas toujours accès.

La coordination est réalisée avec le réseau ONCAGEOISE qui se donne pour objectifs

⇒ De coordonner la prise en charge médico chirurgicale des patients âgés atteints de cancer entre la ville et les établissements santé.

²⁵ *Projet médical du pôle de gériatrie clinique de l'hôpital de Senlis, Docteur WOERTH mars 2010*

- ⇒ De faciliter l'accès aux soins, pour les patients âgés atteints de cancer, par une information (*cf. plaquette annexe 5*) spécialement adaptée aux personnes âgées et aux médecins traitants l'appropriation par les professionnels des protocoles référencés le partage des informations psycho médicosociales concernant le patient, grâce à un dossier commun, dans le respect des règles du secret médical.
- ⇒ De promouvoir cette action de prise en charge pluridisciplinaire Ville Hôpital par des actions de formation oncogériatrique organisées au sein même du réseau.
- ⇒ D'évaluer les actions mises en œuvre par des méthodes validées, dans le cadre de protocoles formalisés.

➤ ***L'offre relative à l'évaluation et la consultation des personnes âgées pour un diagnostic précoce et préserver leur autonomie***

L'équipe mobile gériatrique évalue et oriente les patients, les consultations mémoire, les consultations d'orientation gériatrique sont là pour évaluer et prévenir les troubles de la sénescence et la dépendance, et favoriser le maintien à domicile, tout comme l'unité d'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

▶ **L'Equipe Mobile d'évaluation Gériatrique (EMG) 2002 Creil et 2003 Senlis**

Cette équipe est coordonnée par le chef de pôle gériatrique de Senlis. Différents praticiens gériatres d'horizons différents, publics, privés participant au service public et privé participent à la prise en charge et à l'orientation des personnes âgées de 70 ans et plus hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée du service des urgences. L'UMG, par son intervention, met à disposition une compétence spécifique pour la prise en charge et la bonne orientation des personnes âgées dans services. Elle a ainsi un rôle de liaison entre les structures gériatriques et les autres services et avec les autres structures non hospitalières (lieu d'hébergement, structures sociales et intervenants au domicile).

Un dossier médical informatisé gériatrique a été crée avec l'aide des informaticiens du centre hospitalier de Creil et du médecin DIM du centre hospitalier de Senlis, ces dossiers sont renseignés lors de chaque évaluation.

Des réunions semestrielles de l'équipe mobile de Creil et de Senlis sont organisées avec les différents intervenants.

Chiffres 2009 : EMG SENLIS → 195 EMG CREIL → 445

▶ **Le Centre d'Evaluation Gériatrique et d'Autonomie de la Personne**

Ouvert en septembre 2005, après une inauguration par Xavier BERTRAND, Ministre de la Santé, une journée « porte ouverte » a été organisée

en mai 2006 à destination des professionnels de santé ; des plaquettes d'information ont été réalisées et adressées également à tous les professionnels de santé du secteur et distribuées chez les libéraux dans les EHPAD ou dans les pharmacies. Un site Internet a été créé par le chef du service de Soins de Suite.

Ce centre s'adresse aux personnes âgées fragiles de 70 ans et plus vivant à domicile ou en EHPAD et s'inscrit dans le domaine de la prévention secondaire en posant un diagnostic précoce évitant toute aggravation de la pathologie et dans celui de la prévention tertiaire en proposant des stratégies de soins évitant toute récurrence. Il propose des consultations avec accès à l'hospitalisation de jour, et permet d'effectuer des bilans gériatriques complets sous la forme d'une évaluation gériatrique multidimensionnelle standardisée avec expertise et plan d'action réalisée par une équipe pluridisciplinaire formée (médecin gériatre, neuropsychologue et diététicienne). Les demandes sont adressées par les médecins libéraux, les institutions, les hôpitaux, les cliniques, notamment la clinique du Valois à Senlis. Ce centre peut également participer à des actions de prévention primaire en direction des personnes vieillissantes en lien avec les organismes spécialisés. Depuis le début de l'année 2006, des évaluations ciblées spécialisées oncogériatriques sont réalisées. Les dossiers des patients évalués dans le cadre d'une EGM oncogériatrique sont revus en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'oncogériatrie chaque 1^{er} jeudi du mois avec les oncologues.

Toutes les semaines, est organisé un staff pluridisciplinaire en présence du chef de pôle et du chef de pôle adjoint, du gériatre du CEGAP, de la neuropsychologue, de la diététicienne et du cadre de santé afin de discuter et valider les synthèses des évaluations faites par le médecin gériatre du CEGAP avant envoi de cette expertise au médecin traitant et/ou au médecin adressant. L'envoi du courrier est fait au maximum dans les 8 jours suivants l'évaluation multidimensionnelle.

Chiffres 2009 : 281 EGM

► **Les consultations gériatriques avancées**

Ce sont des antennes du pôle d'évaluation gériatrique dans les établissements hospitaliers de proximité. Ce sont des consultations externes programmées à la demande du médecin traitant qui permettent à la personne âgée de bénéficier d'un bilan médico-psycho-social. Elles sont assurées par un médecin gériatre qui peut faire appel à d'autres professionnels (psychologue, paramédicaux, travailleurs sociaux....), et organisées en lien et à proximité de l'hôpital de jour lorsqu'il existe, ou au sein d'un hôpital local (consultations gériatriques avancées) par convention entre établissements de santé.

Une consultation gériatrique avancée est assurée par un gériatre du pôle de Gériatrie Clinique à l'hôpital local de NANTEUIL le HAUDOIN Une évaluation gériatrique multidimensionnelle est effectuée par le gériatre, un compte rendu est fait, présenté au staff hebdomadaire du CEGAP et envoyé au médecin traitant.

Chiffre 2009 : 142 évaluations multidimensionnelles

► **Le Centre mémoire**

Le centre hospitalier de Senlis a toujours cherché à répondre aux recommandations des plans Alzheimer successifs, le dernier étant le plan 2008 – 2012. Depuis 2006, les consultations mémoire²⁶ permettent le dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, en s'appuyant sur les compétences des médecins gériatres, neurologues et psychiatres, en liaison avec les médecins traitants. Elles font l'objet d'une procédure de labellisation régionale et doivent répondre à un cahier des charges: CM2R. En Picardie 6 consultations mémoires sectorielles ont été labellisées dont celle de Senlis – Creil - Clermont en 2006. Depuis 2009, cette consultation sectorielle différencie le Centre Mémoire de Senlis et 2 Antennes aux centres hospitaliers de Creil et de Clermont ainsi qu'une consultation avancée au centre de détention de Liancourt. Cette consultation sectorielle est coordonnée par le chef de pôle de Gériatrie clinique et fait partie du réseau mémoire de Picardie. Les données des consultations sont entrées dans une Banque Nationale Alzheimer.

Chiffres 2009 : SENLIS: 930, CREIL: 204, CLERMONT: 229 consultation

➤ ***Des alternatives à l'hébergement qui favorisent le maintien à domicile***

► **L'hôpital de jour SSR Neurovasculaire**

L'hôpital de jour comporte 7 places d'accueil de jour neurovasculaire pour les patients à domicile dans le cadre de la prise en charge des AVC. Une équipe pluridisciplinaire prend en charge les patients en rééducation (Kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste).

Cette structure, unique dans le territoire Sud Ouest, accueille des patients en moyenne plus jeunes que les autres structures du pôle gériatrique.

Chiffres 2009 : 48,14 % de taux d'occupation

²⁶ Circulaires n°2002-222 du 16 avril 2002 et n°2005-1 72 du 30 mars 2005 complémentaire à la précédente

► **Le Centre de réhabilitation cognitive pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer : l'accueil de jour de l'Hippocampe**

Ouvert en janvier 2010, l'accueil de jour permet d'accueillir 12 personnes par jour de 9H30 à 16H30 du lundi au vendredi. Il est coordonné par un gériatre et une neuropsychologue.

Le premier objectif est de faciliter la réalisation des activités quotidiennes afin de maintenir un certain degré d'autonomie, de prolonger voire maintenir un lien et une insertion socio familiale dans le but de retarder l'institutionnalisation.

Le second objectif est de faire de cet accueil un lieu de rencontre afin de rompre l'isolement et retrouver un certain plaisir à fréquenter d'autres personnes, que se soit pour la personne accueillie ou ses proches. En effet, pour le patient, le centre doit fournir au delà de la prise en charge, des activités de loisirs et de détente permettant d'oublier les difficultés et handicap de la maladie. Pour le proche, le centre peut fournir des informations, des conseils qui lui permettront de s'adapter aux déficits du patient. Il peut également trouver un soutien psychologique.

L'équipe pluridisciplinaire de l'accueil de jour comprend un temps médical, un temps cadre de santé, un temps neuropsychologue, un temps psychologue clinicienne, trois aides soignantes, un temps psychomotricienne, un temps diététicienne, un temps assistante sociale.

L'accueil de jour se donne pour mission de travail sur un maintien de l'autonomie tout en respectant les envies et humeurs des personnes.

Un espace SNOEZELLEN ou éveil sensoriel est également à la disposition des patients afin de leur procurer un espace de bien être. Cet endroit permet de stimuler les 5 sens de la personne âgée désorientée tout en la plaçant en situation propice à la détente. Une partie de cet espace est réservée au travail de l'équilibre chez des personnes sensibles à la chute. Des éléments extérieurs seront aussi à la disposition des patients pour travailler sur l'équilibre par le biais d'un parcours d'extérieur d'incitation à la marche et de slaloms pouvant être adaptés aux personnes en fauteuils roulants.

Le centre travail en partenariat avec plusieurs structures du pôle : le centre mémoire, l'atelier mémoire et le CEGAP.

➤ **Le pôle offre aussi des solutions d'hébergement médicosocial et sanitaire quand le maintien à domicile n'est plus possible**

► **L'Unité de Soins de Longue Durée²⁷**

²⁷ Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007

La restructuration du secteur des Soins de Longue Durée devrait voir les deux USLD réunis sur un même site géographique offrant 73 lits. Ce secteur est actuellement divisé en 3 unités réparties sur 2 étages. Il assure à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé, d'un EHPAD ou du domicile, l'accueil et la prise en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces patients nécessitent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue, un accès à un plateau technique minimum. Ces patients doivent pouvoir être soignés en cas de décompensation de leur pathologie dans le secteur de soins de longue durée, sans être systématiquement transférés vers des services de court séjour et de moyen séjour. Ils ne peuvent être qu'exceptionnellement porteurs de pathologies neuropsychiatriques ou neurodégénératives sévères notamment avec troubles du comportement en raison de l'absence aujourd'hui d'une unité adaptée, type unité de soins Alzheimer (USA) car il n'est plus possible d'envisager de réunir dans un même service, voire dans la même chambre, des patients ayant des fonctions cognitives conservées et des patients porteurs de démence sévère, car c'est toujours le patient ayant des fonctions conservées qui s'aggrave.

Chiffres 2009 : journées : 26 220 Taux d'occupation: 98,43 %

► L'EHPAD

D'une capacité de 90 lits, il est situé au 2^{ème} étage de l'ancien bâtiment de l'hôpital et est peu attractif en termes d'hôtellerie mais il présente un univers médicalisé rassurant pour les résidents. Ne disposant pas d'accès sécurisé il peut accueillir des patients porteurs de maladie d'Alzheimer de forme légère à modérée non perturbateur et non à risque de fugue.

Chiffres 2009 : 2622 journées Taux d'occupation: 99,32 %

Comme nous pouvons le constater au travers de la présentation des unités du pôle, les différents staffs et réunions pluridisciplinaires ont un rôle déterminant dans la coordination de la prise en charge au sein de l'hôpital mais aussi avec les différents partenaires externes. Il existe à ce sujet des conventions dont le recensement figure en (*annexe 6*) qui formalisent l'objet et les modalités des partenariats. Ces conventions ne sont néanmoins pas exhaustives des collaborations et coordinations existantes de façon informelle. Au sein de l'hôpital le service social transversal dont l'activité pour le pôle gériatrique est importante joue un rôle majeur dans la prise en charge médicale et sociale globale et dans le travail de coordination en amont et en aval de l'hospitalisation.

➤ **Le service social hospitalier**

3 assistantes sociales se partagent l'activité au sein de l'hôpital de Senlis dont une a en charge toute l'activité relative au pôle gériatrique. Elles se substituent les unes aux autres pendant les périodes de congés. L'assistante sociale joue un rôle majeur dans la coordination :

- ▶ En interne avec les équipes médicales et paramédicales dans le cadre de ses visites quotidiennes dans les services lors des visites des équipes médicales et en participant aux staffs pluridisciplinaires des différentes unités du pôle. Outre le bilan médical et social de chaque patient, ces staffs sont aussi l'occasion de présenter à l'ensemble des équipes médicales et paramédicales les nouveaux dispositifs et réglementations en matière sociale, ce qui par ailleurs participe au développement de la culture sociale au sein du pôle,
- ▶ En externe avec l'ensemble des institutions et organismes sociaux et médico sociaux. L'assistante sociale peut aussi être interpellée, par les services, la famille, le patient ou encore les différents partenaires internes ou externes. Disposant d'un bip, elle peut être appelée à tout instant.

L'objectif de l'assistante sociale est de faire en sorte que la maladie ait le moindre retentissement possible sur la vie familiale sociale administrative ou financière du patient et d'élaborer un nouveau projet de vie le plus en adéquation possible avec ce que la maladie implique en perte d'autonomie. En priorité c'est l'organisation du maintien à domicile qui est privilégié, ensuite c'est l'organisation d'une convalescence qui aboutira aussi peut être à un maintien à domicile ou à un placement. Pour ce faire, elle procède à une évaluation sociale qualitative, quantitative dynamique de la situation du patient, de son entourage et de son environnement afin d'élaborer, en concertation avec les équipes médicales, un projet d'aide médicalisé. L'intérêt pour elle est d'avoir le signalement de l'hospitalisation et la connaissance de la situation le plus tôt possible grâce au réseau inter hospitalier et à un réseau externe qu'elle s'est progressivement construit. Comme nous l'avons précisé lors de la présentation du schéma gériatrique du Conseil Général de l'Oise, avec la mise en place récente du relais autonomie la coordination se formalise et se professionnalise progressivement mais pour le moment les contacts se font toujours au cas par cas et il n'existe pas encore d'instance sur les modalités et les procédures de coordination.

Lorsque le maintien à domicile, souhaité par une grande majorité est possible, elle constitue les dossiers et coordonne leur mise en œuvre : demande d'aides, de prestations et d'ouverture de droits avec les différents organismes d'assurance maladie, la CAF, la CRAM, avec les services de soins et d'aides à domicile, avec la cellule APA pour l'APA d'urgence dans le cadre d'une procédure qui elle est formalisée. Dans ce dernier cas,

Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

l'assistante sociale procède à l'évaluation du GIR et le Conseil général donne une réponse dans les 48 heures pour une prise charge éventuelle de 2 mois car le Conseil général procédera à nouveau dans le mois qui suit la sortie à une évaluation du GIR, en situation au domicile, pour l'attribution d'une APA classique. Il en est de même pour la Prestation d'aide d'urgence pour le retour à domicile qui existe dans le cadre d'une convention entre la CPAM et l'hôpital ou encore avec les Mutuelles qui accordent des heures d'aides ménagères gratuites pour le patient. Elle va également lancer si besoin une demande de repas à domicile, des aides ménagères classiques même à titre payant avec les chèques emplois services par exemple.

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible car il met en danger le patient et qu'un placement s'impose parfois même contre son gré, elle aide les familles à trouver un établissement en se basant sur des critères de financement et de proximité compatibles avec la pathologie et les possibilités du patient et de la famille et selon la disponibilité des 70 établissements publics ou privés du territoire dont elle a fait une liste avec les coordonnées, les capacités, les prix. La notion de solvabilité est aussi importante pour assurer une prise en charge continue et sur le long terme du patient et assurer le financement des établissements.

Formée à l'entretien d'aide psychosocial et soumise au secret professionnel, elle a donc un rôle d'écoute, d'information, d'orientation, de conseil, d'accompagnement et de concertation auprès de la personne âgée et de sa famille. Elle informe les patients et ses proches sur leurs droits et élabore avec eux l'ensemble des dossiers nécessaires (APA, aide sociale, mise sous tutelle ou curatelle, obligation alimentaire, recours sur succession, hypothèque...). Le cas échéant, elle procède aussi à des signalements de maltraitance auprès du procureur de la République. Il lui arrive également d'aller jusqu'à organiser les obsèques quand il n'y a plus de famille. Son domaine est donc très large et varié.

En moyenne l'assistante sociale voit 5 à 10% des patients hospitalisés en gériatrie ce qui représente 20 nouveaux patients par semaine et elle reçoit 25 familles l'après midi par semaine. C'est beaucoup en termes de temps auquel s'ajoute le temps administratif sur les dossiers sachant qu'un cas nécessite en moyenne 5 dossiers administratifs. L'organisation d'une sortie avec retour à domicile par exemple avec installation d'un plan d'aide requiert environ 12 heures de travail administratif selon l'assistante sociale.

Son rôle de médiateur, reconnu de tous, entre l'hôpital, l'entourage, la personne âgée et les intervenants : médecin, services de soins à domicile et services d'aide à domicile, institutions diverses ainsi que l'évaluation spécifique de la situation et sa perception sociale des événements permettent aux équipes médicales et administratives une meilleure compréhension de l'histoire du patient et sont essentielle dans la prise en charge globale et coordonnée du patient.

La filière propose ainsi les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé.

223/ Une prise en charge globale et coordonnée qui permet de raisonner en termes de trajectoire de patient

La filière ainsi constituée, grâce à ses structures et à son organisation permet donc de raisonner en terme d'individu, de trajectoire du patient et non pas en terme de séjours hospitaliers. Cette organisation pertinente pour la prise en charge des personnes âgées par la diversité et la cohérence des réponses apportées, la coordination en interne et avec les différentes structures externes rend possible une prise en charge globale coordonnée et continue, adaptée aux besoins du patient. En effet au-delà des différentes consultations et examens la prise en charge intègre également le suivi des patients avec la prise de rendez-vous auprès des différents intervenants internes ou externes. (*cf. trajectoires patients en annexe 6*).

- **La plus value**, un réseau qui tient compte de la pluralité des acteurs et qui développe une approche centrée vers le patient :
 - ▶ **Parcours adapté à la pathologie du patient** grâce à une orientation adaptée dès l'entrée (ce qui contribue à fluidifier les arrivées aux urgences et dans les autres services)
 - ▶ **Continuité des soins** avec la préparation des sorties, la mise en place des aides, la programmation et la prise des rendez-vous dans le cadre du suivi du patient, en interne au moyen d'un agenda partagé et en externe avec accord du médecin traitant.
 - ▶ **Sécurité** : grâce à la planification et la préparation des sorties, à l'approche pluridisciplinaire qui permet une prise en charge globale et coordonnée et qui participe également au développement des compétences, au développement d'une culture gériatrique et encourage l'échange d'expériences entre les professionnels
 - ▶ **Limite la durée d'hospitalisation** ce qui représente un intérêt pour le patient car c'est toujours une phase critique chez la personne âgée et un intérêt également pour l'hôpital gestionnaire des ses durées moyennes de séjour dans le cadre de la T2A
 - ▶ **Favorise la prévention** grâce à un diagnostic précoce qui permet une prise en charge adaptée, le plus en amont possible de façon à préserver l'autonomie, à retarder les effets de la maladie et l'installation de la dépendance, ce qui contribue à favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions et limite les

hospitalisations qui comme nous l'avons déjà précisé fragilisent toujours le patient âgé

- ▶ **Tient compte de l'avis du patient** dans la mesure du possible et de ses proches grâce à une approche médicale, psychologique, sociale et économique
- ▶ **Favorise le développement des compétences** par la formation continue des personnels et la participation à des colloques, sociétés savantes...

➤ **La moins value :**

- ▶ Peu de formalisation des coopérations, réseau informel qui tient à la personnalité et aux échanges des individus, ce qui peut fragiliser la structure en cas de départ,
- ▶ A pour conséquence également de mal délimiter les frontières par moment et de multiplier les évaluations (AGGIR APA)
- ▶ Jusqu'où aller dans la prise en compte de l'avis du patient ? Parfois tendance à faire le « bonheur des gens malgré eux » dans un souci de sécurité et de responsabilité.
- ▶ Peu de recours à l'HAD malgré une convention de partenariat, ce qui permettrait de limiter les durées d'hospitalisation et de favoriser le retour à domicile des patients.

Cette filière, déjà performante, est néanmoins perfectible d'une part, en interne et des projets sont en cours de réflexion dans le cadre du projet de pôle du docteur WOERTH, responsable du pôle, et d'autre part, en externe dans le cadre de la coordination existante avec les structures externes.

23/ LES PISTES D'EVOLUTION POUR AMELIORER LA FILIERE

231/ Intra hospitalière

Il convient bien sûr que ces évolutions s'inscrivent dans le projet de fusion avec l'établissement de Creil et comme nous l'avons déjà précisé, l'hôpital de Senlis devrait être l'établissement référent et un pôle d'excellence pour ce qui concerne la gériatrie. Elles doivent aussi s'inscrire dans un projet de territoire de façon à s'articuler avec les structures sanitaires et sociales externes et constituer un véritable pôle de référence et de ressources attractif sur le secteur. Nous nous limiterons dans cet exposé aux améliorations qui visent à préserver l'autonomie des personnes âgées, à limiter les hospitalisations d'urgence toujours très critiques pour ces patients à leur assurer une prise en charge globale et coordonnée de façon à favoriser leur maintien à domicile.

- **Développer les hospitalisations programmées** au sein de l'unité de gériatrie aigüe afin de pouvoir accueillir les patients et réaliser des diagnostics rapides et de faciliter l'élaboration de propositions de prise en charge adaptée à travers une hospitalisation de type semaine. Compte tenu de l'activité de l'unité avec un taux d'occupation de plus de 95% cela suppose de créer une 2^{ème} unité de 15 lits.
- **Renforcer le SSR.** Les 25 lits actuels de SSR avec une activité polyvalente sont souvent utilisés pour une phase transitoire en amont du retour à domicile ; ils sont insuffisants pour absorber la demande des services de court séjour (Taux d'occupation de plus de 100%). Comme nous l'avons déjà évoqué, l'impact de la T2A sur l'activité, l'augmentation de la durée moyenne de séjour et la difficulté grandissante pour placer les malades lourds en témoignent. L'augmentation de capacité de 10 lits à orientation cardiologie, avec le plateau technique de l'hôpital et en collaboration avec le service de cardiologie et le pôle de prévention des maladies cardiovasculaires s'inscrirait dans une filière de prise en charge de l'insuffisance cardiaque qui permettrait de répondre aux besoins des population âgées du territoire et serait complémentaire de l'activité neurovasculaire de l'hôpital de jour. A Senlis, 3 praticiens gériatres sont titulaires du DIU de cardiogériatrie.
- **Ouvrir l'hôpital de jour SSR à d'autres spécialités répondant aux besoins des personnes âgées.** L'hôpital de jour SSR neurovasculaire pourrait s'ouvrir également, dans un esprit de filière, à l'insuffisance cardiaque, et à la prévention nutritionnelle. Avec sa cuisine thérapeutique l'hôpital pourrait ainsi s'inscrire dans un projet transversal « nutrition » actuellement en réflexion avec plusieurs médecins.
- **Augmenter les consultations avancées.** Les consultations mémoires et les évaluations gériatriques multidimensionnelles proposées par le CEGAP sont des dispositifs de prévention transversaux reconnus des médecins de ville et s'inscrivent complètement dans l'objectif de préserver l'autonomie des personnes âgées. Il est important de les développer par la mise en place de nouvelles consultations avancées comme cela est déjà le cas à l'hôpital local de Nanteuil. Un projet est en cours à l'hôpital de Pont Sainte Maxence. D'autres projets devraient voir le jour.

Toujours soucieux de développer la prévention et de répondre aux besoins de santé des personnes âgées du territoire et de compléter la filière gériatrique, de nouvelles structures pourraient voir le jour :

- **Une consultation de prévention de chutes.** Une étude rétrospective au sein l'hôpital de Senlis motivée par l'idée de développer une consultation « prévention chute » a concerné des personnes âgées de plus de 70 ans ayant consulté aux urgences chirurgicales entre le 1er janvier 2007 et le 30 juin 2007, 415 dossiers ont été

concernés et montre que la chute chez les personnes âgées est fréquente et représente un risque important. Une simple chute peut bouleverser sa vie et est souvent synonyme d'une fragilité et d'une décompensation fonctionnelle, avec apparition d'une perte d'autonomie.

- **Consultation prévention de l'ostéoporose** : Il n'existe à ce jour, dans l'Oise, aucune structure hospitalière prenant spécifiquement en charge l'ostéoporose. Cette pathologie, sous diagnostiquée et sous traitée, touche pourtant, dans la population française des plus de 50 ans, environ une femme sur quatre et un homme sur huit, ce qui, sur le secteur sanitaire sud de l'Oise, correspond à près de 13 000 personnes²⁸. Cette pathologie est particulièrement lourde en termes de morbi-mortalité. Pour la seule fracture du fémur on compte, en un an, 20% de décès et 40% d'incapacité fonctionnelles.

Le projet de création d'une **Unité de Prévention, Dépistage, Traitement et Recherche des Ostéoporoses** à l'hôpital vise dans un premier temps à développer au sein du centre hospitalier de Senlis le dépistage et le traitement de cette pathologie. La prévention et la recherche seront les corollaires nécessaires d'un tel projet qui devrait se développer dans un travail de collaboration avec la médecine de ville. Cette nouvelle activité, -Prévention des chutes- et -prévention et prise en charge de l'ostéoporose-, sera une nouvelle offre de soins pour le bassin de population Senlis – Creil.

Comme précisé dans la présentation de l'hôpital, L'EHPAD actuelle comporte 90 lits et les locaux sont vétustes et inadaptés pour l'accueil de patients Alzheimer ou de maladies apparentées. La rationalisation et l'élargissement de cette offre à ce type de patients, passe par la construction d'un bâtiment unique sur un terrain disponible dans l'enceinte du centre hospitalier de Senlis à proximité du bâtiment principal avec, au rez-de-chaussée : un EHPAD réservé à des personnes âgées non porteuses de maladies neurodégénératives d'une capacité de 50 lits et une Unité de Soins Alzheimer de 40 lits répondant aux normes d'accueil et de sécurité, et au 1^{er} étage : l'unité de 73 lits de SLD sanitaires.

Afin de répondre au mieux aux recommandations du 3^{ème} Plan Alzheimer 2008 – 2012 et dans la logique de sa montée en charge dans le domaine de la prise en charge des patients et résidents porteurs de ces pathologies, le pôle de gérontologie

²⁸ Selon les chiffres de l'INSEE l'ex-secteur 6 comprenait au dernier recensement : 28379 femmes âgées de 50 à 74 ans et 7973 femmes de 75 ans et plus soit un total de 36 952 femmes de plus de 50 ans parmi lesquelles une sur quatre serait ostéoporotique. Et l'on compte environ une ostéoporose masculine pour 2 féminine

Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2010

clinique pourrait créer les structures citées ci-dessous, respectivement mesure 16 et mesure 17 du plan.

➤ **Une Unité d'Hébergement Renforcée**²⁹

avec accès à un avis psychiatrique de 10 à 12 lits au sein de la future EHPAD permettrait d'accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères à qui il serait proposé des activités individuelles ou collectives concourant au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles et des fonctions cognitives restantes et au maintien du lien social des résidents. La décision de sortie de l'UHR serait prise en réunion d'équipe pluridisciplinaire, sur avis, en EHPAD, du médecin coordonnateur, en lien avec le médecin traitant ou, en USLD, du médecin de l'unité, après information et recherche de consentement de la personne malade et en concertation avec la famille ou l'entourage proche.

➤ **Une Unité Cognitivo Comportementale**³⁰ en SSR de 10 à 12 lits

qui s'adresse à des patients provenant de leur domicile ou d'EHPAD, atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, présentant les caractéristiques suivantes : mobilité (patient valide), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves). Un programme d'activités structuré et adapté peut conduire à une réduction de 20% de ces troubles et réduire l'apparition des troubles du comportement afin de maintenir voire d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne et la qualité de vie.

En Picardie, en 2010, seule une UCC est programmée, au CHU d'Amiens.

232/ Extra hospitalière

➤ **Développer l'information sur l'offre gériatrique du secteur auprès des structures externes et en particulier auprès des médecins généralistes.**

Certaines structures comme le CEGAP ou l'accueil de jour de l'Hippocampe ont fait l'objet d'une campagne d'information et les adresseurs externes de patients sont multiples comme en témoigne le schéma sur les trajectoires patients en (annexe 7). Cependant la connaissance de la filière auprès des généralistes en particulier peut encore être améliorée pour une prise en charge la plus en amont et la plus adaptée possible de façon

²⁹ Mesure 16 du 3^{ème} plan Alzheimer 2008 - 2012

³⁰ Mesure 17 du 3^{ème} plan Alzheimer 2008 - 2012 et Circulaire NDHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

Maryse WURMSER MESUREUR - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2010

à limiter le nombre d'hospitalisations. Cette connaissance permettrait également de soulager les généralistes qui trop souvent se concentrent sur leurs connaissances médicales sans pouvoir prendre en compte les besoins sociaux déterminants pour une prise en charge globale et nécessaire à l'état de santé de ces patients.

➤ **Développer l'hospitalisation à domicile.**

Nous l'avons vu, l'hospitalisation d'une personne âgée est toujours difficile et peut avoir des conséquences dramatiques. Comme le recommande le SROS III Picardie et la recommandation 10 du programme pour la gériatrie, l'hospitalisation à domicile peut parfois éviter des hospitalisations, ou encore en limiter la durée. L'HAD est un dispositif essentiel pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ; une telle structure existe sur le secteur au sein de l'ACSSO. Ce recours encore peu utilisé doit donc être privilégié par le pôle gérontologique de Senlis mais aussi par les médecins généralistes qui trop souvent encore adressent directement à l'hôpital des patients pour altération général de l'état voire pour placement, ce qui ne nécessitent pas forcément une hospitalisation.

➤ **La mise en place d'une équipe mobile gériatrique externe**

Rattachée éventuellement à l'hôpital de Senlis, centre de référence du secteur, elle permettrait de réaliser au domicile des patients un bilan médico-psycho-social en concertation avec le médecin traitant et les proches de façon à privilégier le maintien à domicile avec la mise en place des soins et aides nécessaires, ou à faciliter l'orientation directe du patient du domicile vers la structure la plus adaptée.

➤ **Renforcer et formaliser le réseau avec les structures externes pour améliorer la coordination.**

Des conventions de coopération ou de partenariat existent, mais pas dans tous les domaines, et bien souvent la coordination en amont et en aval de l'hospitalisation se fait de façon informelle, au cas par cas, avec les différents intervenants. Le service social, comme nous l'avons déjà évoqué, a un rôle prépondérant dans la coordination externe. Aussi, le développement d'outils communs (fiche de pré-admission, fiche de liaison sociale commune, ...), la formalisation dans le cadre d'une convention spécifique des modalités d'échange et de travail, permettraient de rationaliser les interventions en évitant par exemple que chacun constitue un dossier APA.

Cela permettrait également de renforcer les partenariats, de les inscrire au niveau des structures, et non des intervenants qui peuvent changer. Nous l'avons également signalé, la mise en place du relais autonomie devrait favoriser la coordination, à condition toutefois d'associer l'ensemble des intervenants concernés dans la mise en place des procédures,

ce qui n'a, pour le moment, pas été le cas. L'association le plus en amont possible de tous les protagonistes permet l'adhésion et l'appropriation par tous de dispositifs consensuels et rationnels évitant les doublons ou les omissions. Des instances de coordination spécifiques réunissant les différents intervenants sont indispensables pour faire le point sur l'existant, mettre en exergue les dysfonctionnements et les avancées utiles, de façon à élaborer en concertation les dispositifs nécessaires à une prise en charge globale, continue et coordonnée, correspondant aux besoins des personnes âgées.

Conclusion

La fragmentation des modalités de délivrance des soins aux personnes âgées fragiles poly morbides conduit à des hospitalisations inappropriées et à une institutionnalisation prématurée. Le système de santé est plutôt organisé pour traiter les pathologies aiguës et pour répondre aux besoins urgents des patients et à leurs préoccupations immédiates. Ainsi le service en santé consiste en analyses, diagnostic et prise en compte des symptômes (...) dans la perspective de la réduction et de la guérison de la pathologie.

Si ces fonctions semblent pertinentes pour faire face aux problèmes de santé aigus et épisodiques rencontrés par la population en général, l'application de ce modèle de soins n'est pas adaptée aux besoins spécifiques de prise en charge des personnes âgées ; celle-ci nécessite une approche plus largement inter disciplinaire, pour une prestation qui s'inscrive dans une logique de service en santé global, associant le social au médical. Les objectifs en sont de réaliser une évaluation gériatrique précoce, de favoriser ainsi une action de prévention individualisée, d'assurer l'accès à des soins de proximité adaptés au maintien du lieu de vie, de limiter au maximum la durée d'hospitalisation en phase aiguë, enfin d'organiser la prise en charge par des soins en ambulatoire, y compris de convalescence. C'est ainsi qu'est promue une réponse appropriée aux besoins des personnes âgées fragiles, respectueuse de l'homme, anticipatrice de crises et priorisant le maintien à domicile.

La conception de base repose sur l'intégration et la coordination « des services en santé », entendus au sens de la loi HPST (information, éducation, prévention, soins médicaux, accompagnement et prise en charge social, cure et soins de suite).

La constitution de filières gériatriques complètes, organisées par territoire de santé ou de proximité, s'approche de ces modèles et constitue un des enjeux majeurs de l'articulation, tant réclamée mais encore insuffisamment pratiquée, entre les domaines sanitaire, social et médico-social, dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée. À cette fin, et au-delà des intentions réitérées dans les textes, la pleine articulation des planifications sanitaire sociale et médicosociale et la coordination de l'ensemble des intervenants s'imposent inmanquablement.

Depuis les années 1990, il existe un intérêt croissant parmi les décideurs politiques, les planificateurs et les fournisseurs de soins, à développer des systèmes de services intégrés, visant à améliorer l'état de santé, la satisfaction et l'utilisation pertinente des ressources.

L'enjeu principal n'est en effet pas tant d'en rajouter en termes d'innovations que de permettre à la fois le maintien de cette diversité et le renforcement des processus de coordination et d'intégration dans un souci d'efficacité, de qualité et d'efficience.

La responsabilité de cette intégration et de cette coordination des soins et services appartient à la fois aux autorités de régulation et aux opérateurs.

Gageons que les ARS, dont la mise en place a été fondée sur cet indispensable décloisonnement des secteurs, réussira dans cette mission.

Bibliographie

1/ OUVRAGES ET RAPPORTS

- AMYOT JJ., Développer la coordination gériatologique. Dunod, Paris 2006, 267p.
- CARADEC V., Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Armand Colin, 2009, 127p.
- ENNUYER B., *Repenser le maintien à domicile*. Dunod Paris 2006, 278p.
- JOURDAIN A. et BRECHAT P.H., *La nouvelle planification sanitaire et sociale*. Presses de l'EHESP 2008, 235p
- PALIER B., La réforme des systèmes de santé. Que sais-je ? PUF 2005, 127p

- CANDESIC, Le marché de la dépendance des personnes âgées », rapport stratégique mai 2007,
- DUEE M. REBILLARD C., 2006, *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, Données Sociales – la Société Française, p613 à 619
- JEANDEL C. PFITZENMEYER P. et VIGOUROUX P., *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le financement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, Rapport remis au Ministre de la Santé et des Solidarités, avril 2006
- LANCRY PJ, « Mission préparatoire à l'expérimentation de la réintégration du budget du médicament dans le forfait soins des EHPAD » Août 2009
- RAYMOND M. ROUSILLE B. STROHL H., *Enquêtes sur les conditions des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*, IGAS RM 2009-035P, juillet 2009, 79p

2/ TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Décret 81-448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation des services de soins à domicile pour personnes âgées, Journal Officiel du 9 mai 1981
- Circulaire du 7 avril 1982 instituait aussi des instances locales de coordination gériatologique, dont certaines existent encore aujourd'hui
- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 relative à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD)
- Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale

- Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 complétée par la circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- Circulaire DAS-RV2 N°2000-310 relative aux CLIC
- Circulaires n°2002-222 du 16 avril 2002 et n°2005-1 72 du 30 mars 2005 complémentaire à la précédente relative à la consultation mémoire
- Circulaire DHOS/02/DGAS/2C/2006 n°212 du 15/06/2006 portant sur les Unités de Soins Longue Durée ;
- Circulaire DHOS/02/2007 n°117 du 28/03/2007 relative à la filière gériatrique ;
- Circulaire DHOS/02/2007/176 du 30/04/2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées ;
- Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA n°2007-193 du 10 mai 2007 USLD
- Circulaire DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15/05/2007 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé « personnes âgées » ;
- Décrets n°376 et n°377 du 17 avril 2008 relatifs aux activités de soins de suite et de réadaptation.
- Circulaire N°DHOS/O2/O1/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012

- Plan Solidarité Grand Age (27/06/2006) ;
- Plan ALZHEIMER 2008-2012 (01/02/2008) ;

3/ THESES ET MEMOIRES

- HABERT MARTINEAU B., 2007, *CLIC et médecins généralistes, Analyse du ressenti de coordonateur de CLIC des Côtes d'Armor à propos des services aux personnes âgées*. Thèse en vue du diplôme de docteur en médecine : Faculté de médecine Université Rennes 1, 64 p
- PESCHET I., *Mise en place d'une filière gériatrique à l'hôpital Louis Mourier de Colombes*. ENSP 2007, 49p.

4/ ARTICLES DE PERIODIQUES

- DRASS PICARDIE, Mars 2005, *Les services de Soins à Domiciles dans la Région Picardie*, Etudes et Statistiques n°3, 5p.
- DREES, Novembre 2000, *Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999*, Etudes et Résultats N°91, 8p
- DRESS, janvier 2006, *Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées*, Etudes et Résultats n°459, 7p

5/ AUTRES DOCUMENTS

- Dr WOERTH F., Mars 2010, *Projet médical du pôle de gériatrie clinique de l'hôpital de Senlis*, 85p
- Dr DESAILLY CHANSON M.A., Octobre 2009, *Rapport de mission aux centres hospitaliers de Creil et de Senlis*, DHOS 25p.
- Conseil Général de l'Oise, février 2007, *Schéma de pilotage et de coordination la politique gériatrique départementale du Conseil Général de l'Oise*, 16p
- ARH de PICARDIE – SROS 3 – 2006/2010 – 31 mars 2006
- ARH, 2008, 2^{ème} révision SROS 3 de Picardie, chapitre 20, *Prise en charge des personnes âgées*, 41p

SITES INTERNETS

www.santé.gouv.fr

www.insee.fr

www.urcam.fr

www.arh-picardie.santé.fr

www.ireps-picardie.fr

www.parthage.santé.fr

Liste des annexes

- **ANNEXE 1** : Liste des personnes rencontrées
- **ANNEXE 2** : L'offre de santé sur le territoire Sud Ouest Picard
- **ANNEXE 3** : Le schéma de la filière gériatrique de Senlis
- **ANNEXE 4** : Les effectifs du Pôle de Gériatrie clinique du centre hospitalier de Senlis
- **ANNEXE 5** : Plaquette de promotion du CEGAP et de l'unité pilote de coordination oncogériatrique
- **ANNEXE 6** : Récapitulatif des conventions entre le pôle de gériatrie clinique de l'hôpital de Senlis et ses partenaires
- **ANNEXE 7** : Les trajectoires des patients

**Liste des personnes rencontrées en entretien individuel et/ou
en accompagnement dans leurs pratiques quotidiennes**

Au sein du Centre Hospitalier de Senlis :

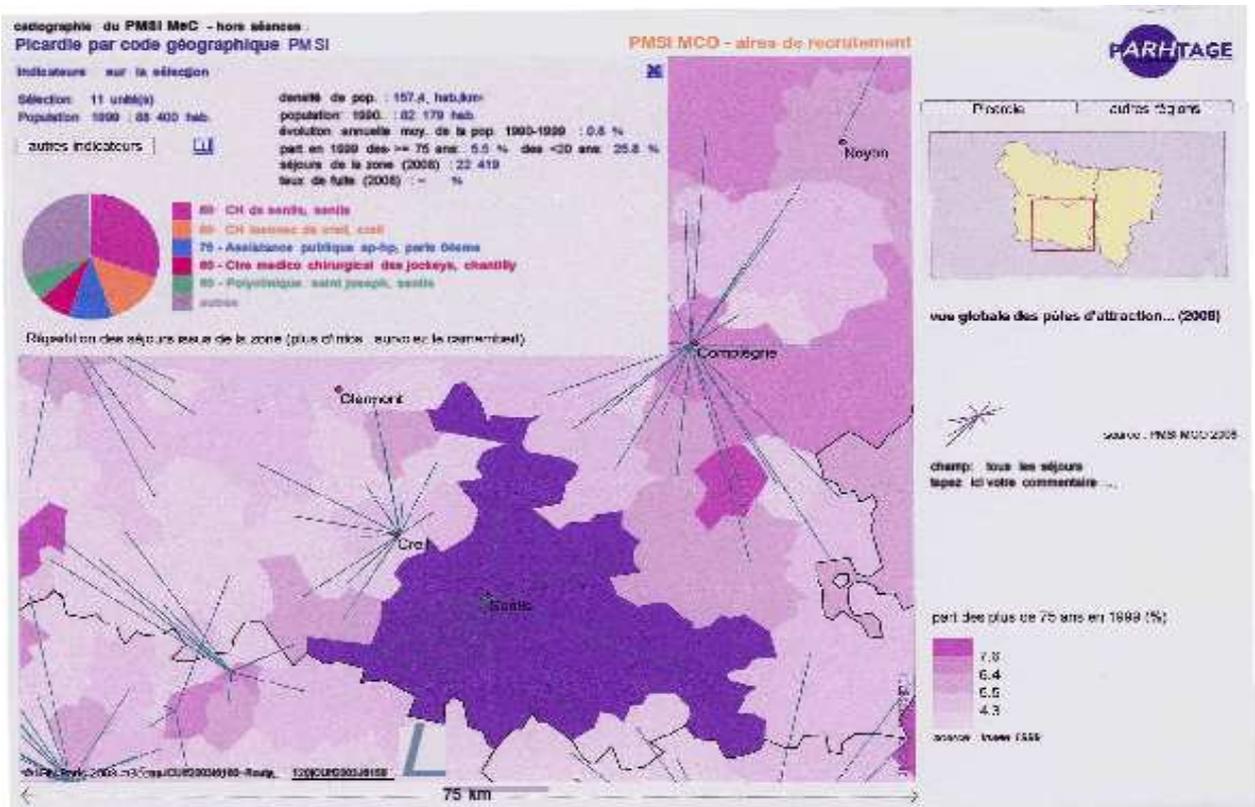
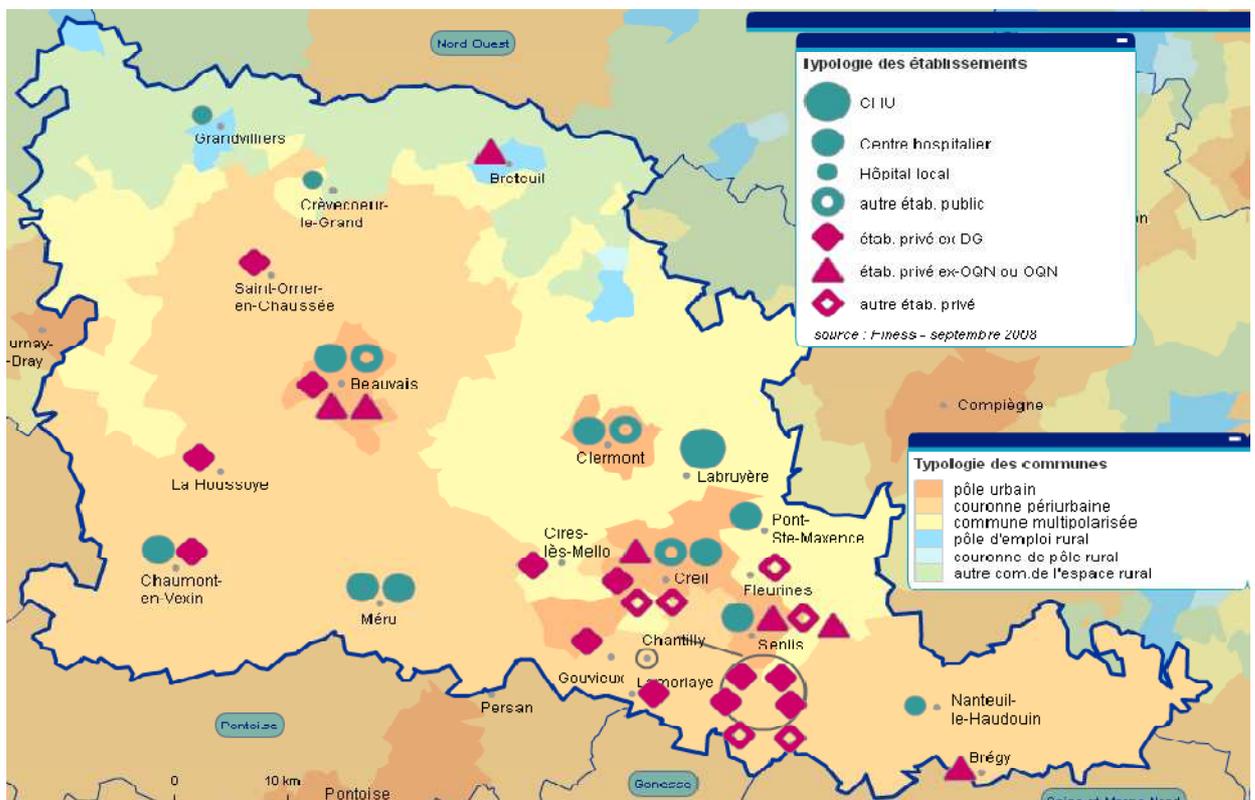
- Monsieur Lucien GERARDIN, Directeur des Ressources Humaines
- Docteur Florence WOERTH : Chef du pôle de gériatrie clinique, chef de service de Gériatrie – SLD – EHPAD. Centre mémoire.
- Docteur Fouad BAB – HAMED : Chef du pôle adjoint, chef de service de SSR. Coordonnateur EHPAD l'Arc en ciel à CHANTILLY.
- Docteur Philippe GARNIER : Chef d'unité, Gériatrie aiguë.
- Docteur Aude ROLLAND : Chef d'unité, CEGAP. Coordonnateur EHPAD Résidence de la forêt à CHANTILLY.
- Docteur Sid KELKOUL : Chef d'unité hôpital de jour SSR neurovasculaire.
- Docteur Francine AMAGLI : Equipe mobile d'évaluation gériatrique.
- Docteur Frédéric LECLERCQ : SLD – EHPAD, CGA Nanteuil. Coordonnateur EHPAD Clairefontaine à LAMORLAYE
- Docteur Karine ZIELONY : Chef d'unité Centre de réhabilitation cognitive de l'hippocampe, coordonnateur EHPAD de Bellefontaine (95)
- Docteur Christina DIMITROVA : Neurologue – consultation mémoire et de neurologie générale
- Madame Caroline FUCHS, Diététicienne au CEGAP
- Madame Nicole JEANDRON, Cadre de santé du pôle gériatrique
- Mademoiselle Sophie PARLEBAS, Assistante Sociale

Au sein du Centre Hospitalier de Senlis :

- Monsieur DEFURNIER, Directeur ACSSO à Nogent Sur Oise
- Madame Dahlia BARBOU, Responsable du Relais Autonomie des personnes d'Halatte-Pays de France et du Valois à Senlis
- Madame PESTEL, Association d'aide à domicile à Senlis
- Madame VIDAL, CCAS Crépy en Valois

Le Territoire de santé Picardie : Sud Ouest : Une offre de soins diverse et dense avec une forte concurrence du secteur privé

Parthage 2007



Avec 6 875 séjours sur 22 419 séjours, la part d'activité du CH de Senlis représente 31% en 2008.

Equipement	PICARDIE	Aisne	Oise	Somme	France métro
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées (lits maison de retraite, logements de logements foyers, et lits hébergement temporaire)	127,41	119,15	152,97	108,66	120,91
Taux d'équipement en places de SSIAD	19,06	19,89	14,73	22,80	16,98
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements foyers, lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)	127,99	122,05	136,75	124,59	96,11
Bénéficiaires de l'APA au 31.12.2006	27 505	9 720	7 460	10 325	1 063 227
<i>Bénéf./1 000 personnes de 75 ans et +</i>	205,1	225,4	160,2	232,4	211,0

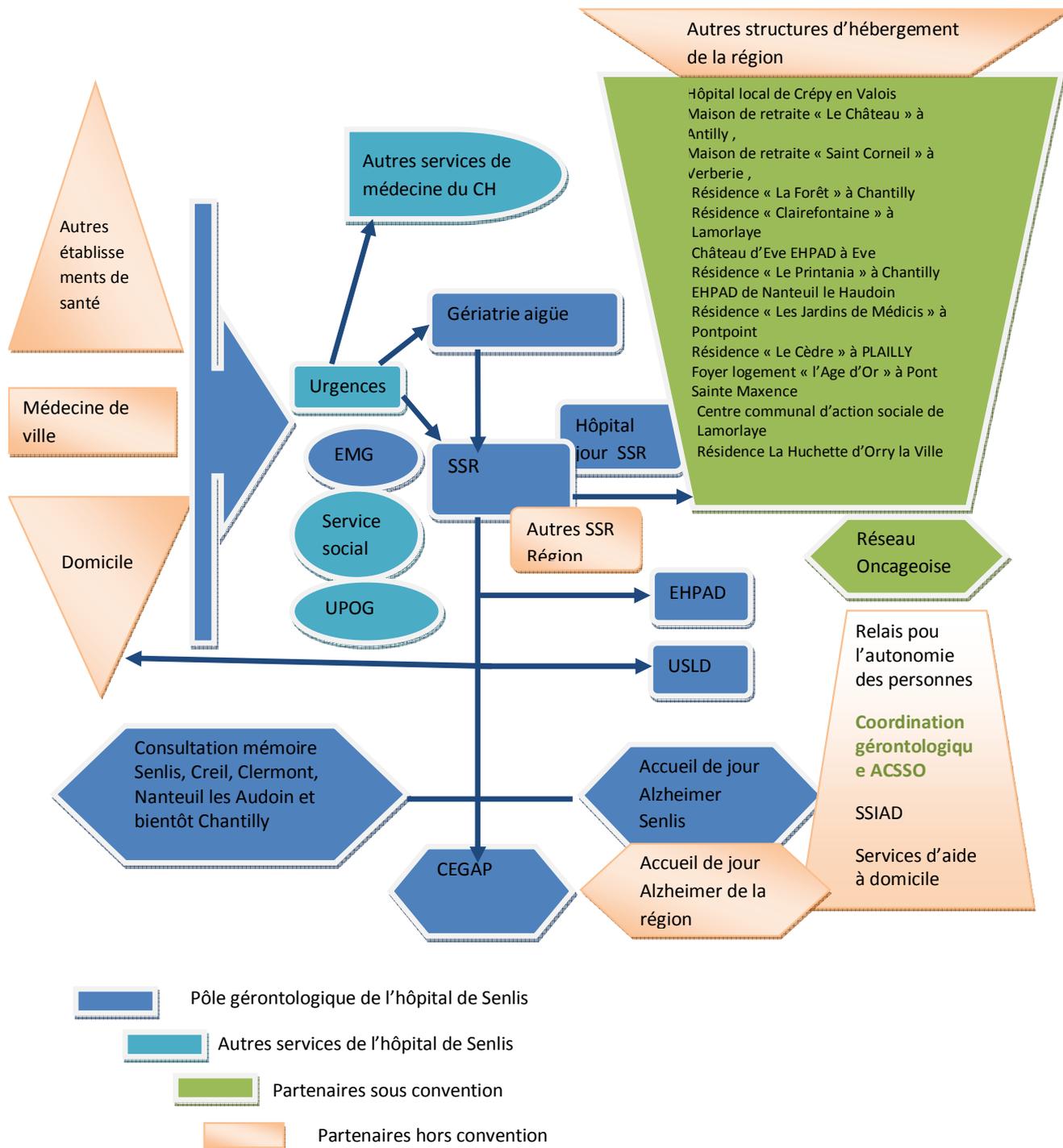
STATISS 2008

En 2006, selon l'Insee, la population de l'Oise était de 792 980 habitants dont 38 146 étrangers et le taux de chômage de 10,9%. L'indice de vieillissement (45,4) est plus bas que celui de la Picardie (54,6) et que la moyenne française (66,3). L'Oise fait figure de département le plus jeune en Picardie avec un âge moyen de 37,4 ans devant la Somme (39,5 ans) et l'Aisne (39,7 ans).

Le schéma régional des formations sanitaires et sociales souligne que la Picardie est confrontée à d'importants déficits en professionnels qualifiés, dans les métiers du sanitaire notamment, au regard de la densité présente dans les autres régions. La Picardie est nettement en retard quant à la présence de spécialistes sur son territoire : en 2008, elle disposait de 47 spécialistes de santé pour 100 000 habitants contre 87 en moyenne nationale, ce qui la place en dernière position des régions. En revanche, la Picardie dispose du meilleur taux de toutes les régions françaises pour l'équipement en lits médicalisés pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus (128 lits en Picardie contre 96 en moyenne nationale). Elle est également bien placée pour l'équipement en places de services de soins à domicile (19,06 % contre 16,98 % en moyenne nationale). Enfin, elle se situe un peu au-dessus de la moyenne pour le taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées. Toutefois des disparités existent entre les départements de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme.

La Picardie est d'ailleurs la région française dont les institutions accueillent le plus de personnes âgées venues d'autres régions : 12 % des personnes âgées de plus de 60 ans présentes dans les établissements picards de court, moyen ou long séjour proviennent d'autres régions et parmi elles, les deux tiers sont originaires d'Île-de-France. Ces personnes venues d'Île-de-France se concentrent surtout dans les maisons de retraite du sud de l'Oise et de Compiègne (+ de 70 structures).

Une filière gériatrique complète et des structures médico sociales en partenariat avec les autres établissements et le domicile



ANNEXE 4

REPARTITION DES EFFECTIFS MEDECINS POLE GERONTOLOGIQUE CH SENLIS

MEDECINS	GERIA AIGUE	E M G	SSR	HJ SSR	U S L D	EHPAD	C E G A P	CONSUL MEMOIRE	ACCUEIL JOUR ALZHEIMER
Dr WOERTH					X			X	
Dr BAB HAMED			X						
Dr GARNIER	X								
DR BOUTAREG					X	X			
Dr BAKLI					X	X	X		
Dr LARBI									
Dr BOUCHENINE	X								
Dr ROLLAND							X		
Dr ZIELONY									X
Dr KELKOUL				X					
Dr AMAGLI		X							
Dr LECLERCQ					X	X	X		
Dr DIMITROVA								X	
Dr HAMDANI			X						

Chef de pôle

Chef de pôle adjoint

X Chef du service

Coordonnateur EHPAD

REPARTITION DES EFFECTIFS NON MEDICAUX

CATEGORIE DE PERSONNEL	GERIA AIGUE	E M G	SSR	HJ SSR	USL D	EHPAD	C E G A P	CONSUL MEMOIRE	ACCUEIL JOUR ALZHEIMER	T O T A L
Cadre santé			1						0.3	1.3
IDE cadre santé					1	1				2
IDE J	3	0.5	6		12.5	1.5	1			24.5
IDE N	3		1		4	0.5				8.5
Aide soignante J	2		12		24	9			1.6	48.6
Aide soignante N			2		3	7				12
ASH			4		19.5	15.75				39.25
Psychologue	0.5							0.5	0.5	1.5
Aide médico psycho									1	1
Psychomotricien					0.5	1.5				2
Secrétaire médical et adjoint administratif	0.5	0.5	1		0.25 0.25	0.75 0.75		0.5	0.5	5
Ergothérapeute				1.5					0.2	1.7
Diététicien					0.3		0.5			0.8
Orthophoniste				0.5						0.5
Kiné				0.5		0.5				1
Assistante sociale	0.5	0.5								1
TOTAL	9.5	1.5	27	2.5	65.3	37.75	2.5	1	3.6	150.65

Autour de Vous
et
pour Vous

L'équipe c'est aussi

Psychologues
Infirmières
des Aides Soignantes
Diététiciennes
Kinésithérapeutes
Spécialistes de la douleur
Assistants Sociaux
Pharmaciens ...



Ecoute **Soin**
Accompagnement

« Après l'opération j'avais peur d'avoir mal. L'équipe m'a rassurée et les médicaments contre la douleur m'ont bien soulagée ».
Madame G. 79 ans
Cancer de l'ovaire opéré

Des équipes au service
de votre santé

« Je peux rentrer à la maison ! »

Le traitement peut avoir
lieu en hôpital de jour ou
à domicile

*La coordination des soins à domicile
facilite votre prise en charge.*

« Je viens pour la matinée à l'hôpital de jour pour ma chimiothérapie puis je rentre chez moi. »
Madame B. 84 ans
Cancer du sein



« Mes enfants habitent loin et je veux rester chez moi. Heureusement qu'il y a la coordination à domicile... »
Monsieur R. 81 ans
Cancer de la prostate

J'ai plus de
75 ans

Je me soigne

Et vous ?



INFO CANCER

dans le cadre du PLAN CANCER
Centre d'Évaluation Gériatologique
et d'Autonomie de la Personne
C.E.G.A.P. : 03 44 21 73 01
Réseau de cancérologie du sud de l'Oise : 03 44 61 65 17

avec vos partenaires :







et vos médecins traitants et pharmaciens

Des équipes

au service

de votre santé

Je me sens bien. Je demande à mon médecin son avis sur le dépistage.

Mammographie, Hémocult®
des examens simples et utiles

Dépistage régulier
et diagnostic précoce
sont les atouts de votre santé

Je tousse, j'ai mal, je saigne, je suis plus fatigué... C'est inhabituel.
Mon âge n'y est pour rien !
J'en parle à mon médecin.



« J'avais du sang dans les selles. J'ai consulté. J'avais un petit polype. Je suis guéri. »
Monsieur M. 82 ans

de votre santé

La chirurgie grâce à
l'amélioration des techniques
opératoires
est accessible à tous.

Anesthésistes et Chirurgiens
s'adaptent au patient de plus de
75 ans

Une appréciation de votre état de santé sera réalisée par les gériatres afin de déterminer le traitement le plus adapté et le mieux toléré.



« Avant de recevoir mon traitement de chimiothérapie, j'ai passé un bilan général de santé. »
Madame B. 84 ans
Traitée pour un cancer du sein

de votre santé

La chirurgie grâce à
l'amélioration des techniques
opératoires
est accessible à tous.

Anesthésistes et Chirurgiens
s'adaptent au patient de plus de
75 ans



« Dès que j'ai senti une boule dans mon sein, j'ai consulté. C'était un cancer. Le chirurgien m'a opérée. J'ai conservé mon sein. Je vais bien. »
Madame T. 80 ans
Cancer du sein opéré

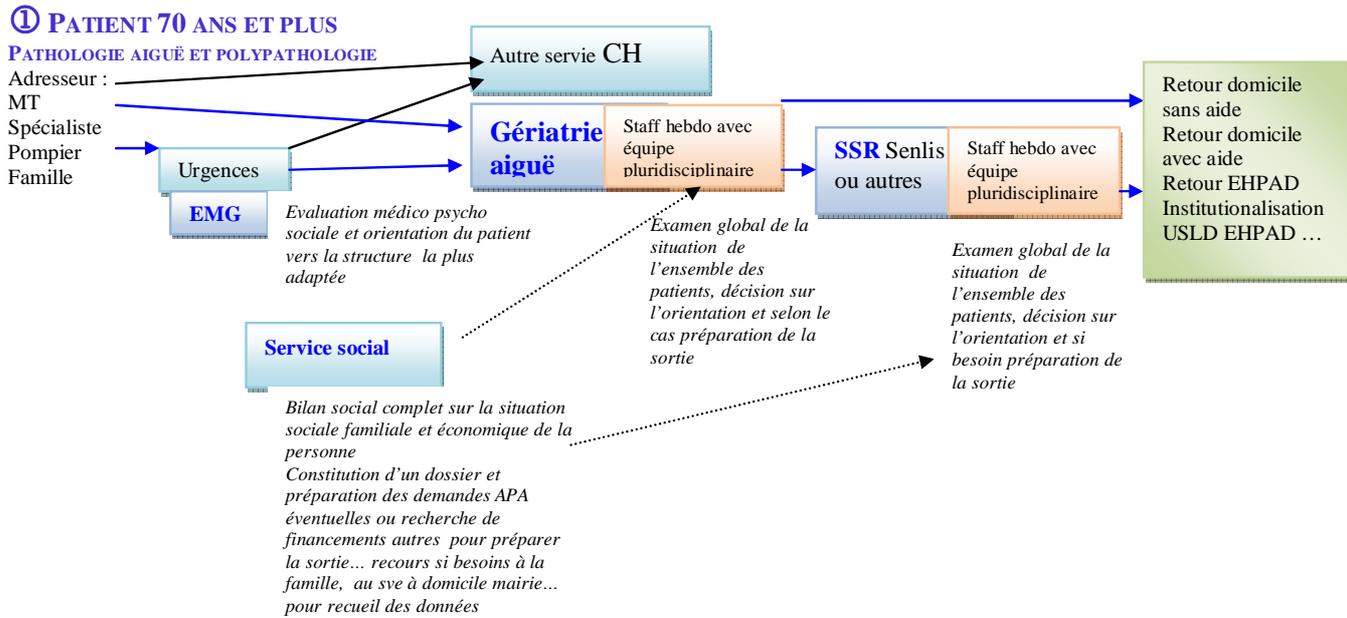
Récapitulatif des conventions de partenariat du Pôle de Gériatrie clinique du centre hospitalier de Senlis

PARTENAIRES	OBJET	MODALITES	DATES ET DUREE
RETOUR A DOMICILE			
CRAM NORD PICARDIE	Prestation de retour hospitalisation pour soutien à domicile à la sortie d'hospitalisation et coordination du dispositif	Prestation soumise à condition de ressources pour personnes hospitalisées de plus de 55 ans domiciliée sur le territoire Nord Picardie dans le cadre exclusif d'un retour à domicile. L'aide apportée est une aide à la personne et une aide ménagère pour une durée qui ne peut excéder 3 mois par année civile et s'élève à 80% des dépenses engagées dans la limite du plafond pour la garde à domicile Prestation non cumulable avec APA PCH Echanges d'informations entre service social de l'hôpital qui détermine les besoins et la Caisse pour constituer le dossier en amont de la sortie, transmission d'une fiche médicosociale. La Caisse informe de l'accord ou du refus de la prestation dans les 24 h. C'est le service social de l'hôpital qui informe le service d'aide à domicile avant la sortie de l'hôpital afin que l'intervention ait lieu dès le retour au domicile. Le service social de la Caisse procède ensuite à une évaluation complémentaire des besoins à domicile lors du retour à domicile	Convention conclue le 31 décembre 2008 renouvelable par tacite reconduction
ACSSO L'association de coordination sanitaire et sociale de l'Oise Service HAD	Hospitalisation à domicile des patients en phase curative ou palliative sortant de l'hôpital et ayant besoin de soins coordonnés relevant de ce service. Les malades doivent être domiciliés sur le territoire de l'ACSSO	Le médecin d'hôpital désigne les malades concernés et l'HAD prend en charge l'organisation et le suivi. Le médecin de l'hôpital fournit au médecin traitant ainsi qu'au médecin coordonnateur de l'HAD toutes les indications nécessaires au traitement à domicile. Les protocoles doivent être écrits et transmis par fax ou mail selon les recommandations de la CNIL ; L'accord préalable sera demandé au médecin traitant L'HAD s'engage à prendre en charge le patient dans la mesure où elle peut en assurer la charge après une visite de l'infirmière. L'HAD s'engage à assurer les soins et le suivi par du personnel diplômé et de mettre en place un cahier de liaison au domicile du patient. Les transmissions sont datées et signées. Ce cahier est emmené par le patient lors des visites au centre hospitalier. Il est archivé dans le service HAD à la sortie ou au décès du patient. Le suivi social du patient est assuré par une assistante hospitalière ou du secteur dont dépend le malade. L'HAD s'engage à veiller à la continuité des soins et à répondre aux appels d'urgence 24h sur 24 et 7 jours sur 7 grâce au service de garde, à mettre à disposition le matériel nécessaire et éventuellement l'aide ménagère et d'éliminer les déchets contaminés par une organisation qui lui est propre La fin de la prise en charge est prononcée par la direction du service HAD après avis du médecin traitant et du médecin coordonnateur	Convention conclue le 1 ^{er} février 2005 renouvelable par tacite reconduction
RESEAU DE SANTE SOINS PALLIATIFS PALLI ACSSO	Convention constitutive d'un réseau la prise en charge et le maintien à domicile jusqu'au décès des personnes en phase palliative et en fin de vie	Le centre hospitalier de Senlis et son unité de soins palliatifs et les équipes mobiles de Senlis et Creil sont membres du réseau et participent aux instances (comité de pilotage, groupe de travail sur protocoles et référentiel de prise en charge, outils de partage d'informations...) L'hôpital peut solliciter le réseau pour obtenir une prise en charge et une coordination ville hôpital des soins et réciproquement L'évaluation médico psycho sociale peut être faite à l'hôpital en lien avec le médecin traitant et les membres de la cellule de coordination Chaque professionnel de santé a accès au dossier patient détenu par le patient et doit l'instruire lors de son intervention	26 janvier 2009 pour 3 ans reconduite par tacite reconduction
MODALITES DE COOPERATION ENTRE LES ETABLISSEMENTS ET INSTAURATION DE BONNES PRATIQUES POUR PREVENIR LES HOSPITALISATIONS ET ACCOMPAGNER LES TRANSFERTS DE PATIENTS ENTRE LES ETABLISSEMENTS			
CLINIQUE DU VALOIS	Coopération entre le centre hospitalier et la clinique du Valois	Admissions via les urgences ou directement dans les services du ch de Senlis des patients de la clinique du Valois par le biais d'un référent. Et réciproquement admission d'un patient du ch de Senlis aux services médecine ou SSR de la clinique Garantie d'une évaluation par le spécialiste compétent Mise en place d'un protocole pour le retour du patient à la clinique Définition des modalités de transport Accès facilité aux consultations externes et aux prestations médico techniques du ch de Senlis pour les patients de la clinique du Valois Modalités de délivrance de feuille de soins et de facturation La clinique du Valois confie au ch de Senlis la réalisation des analyses de biologie médicale pour ses patients au ch de Senlis (les prélèvements sont fait sur le patient à la clinique par son personnel) Modalités d'accès des patients décédés de la clinique du Valois à la chambre mortuaire du ch de Senlis Bail et loyer de la clinique du Valois installée sur un terrain du ch de	15 JANVIER 2008 renouvelable par tacite reconduction

ANNEXE 6 (suite)

PARTENAIRES	OBJET	MODALITES	DATES ET DUREE
SOINS PALLIATIFS			
UNION REGIONALE DE SOINS PALLIATIFS DE PICARDIE	Dispositif régional de coopération pour la prise en charge des soins palliatifs Favoriser la possibilité de soins palliatifs de proximité Participer à l'amélioration de la qualité des soins attendus par la personne en fin de vie Œuvrer pour la solidarité à l'égard des personnes en fin de vie et de leur entourage confronté à la souffrance, à la mort et au deuil Contribuer à la diffusion de la culture des soins palliatifs	Promouvoir l'harmonisation des pratiques thérapeutiques et des modes de prise en charge en respectant les recommandations de la SFAP et à utiliser les référentiels ANAES, en mettant en place des temps de coordination pluri disciplinaire Développer et participer à la formation et au soutien des acteurs intervenant dans cette prise en charge (différentes catégories de professionnels de santé en institution et au domicile) Harmoniser les outils d'évaluation des pratiques en soins palliatifs au niveau régional Proposer aux tutelles toutes les mesure de nature à améliorer la délivrance de soins palliatifs pour mieux répondre aux besoins de la population Développer l'information et la communication régionale autour des soins palliatifs (journal régional, site internet...) Création d'un système d'information prévoyant une base de données nécessaire à l'évaluation, une information sur la structuration de l'union et l'actualisation des données. Ce système d'information participe à l'information et la formation continue des professionnels de santé Articulation avec les structures : Unités de soins palliatifs, Unités Mobiles de soins palliatifs, réseaux ville hôpital sectoriels, lits identifiés, et l'HAD	1 ^{er} février 2005
ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS DE L'OISE	Conditions d'intervention de bénévoles accompagnant les personnes en soins palliatifs dans les établissements de santé et les établissement sociaux et médico sociaux	Sensibilisation par l'hôpital du personnel à l'accueil des bénévoles L'association assure la sélection, la formation, l'accompagnement et le soutien continu des bénévoles, elle transmet à l'hôpital la liste nominative des bénévoles appelés à intervenir et le nom du coordonnateur L'information du personnel et le rôle des bénévoles se fait en concertation entre la direction de l'hôpital et de l'association et l'information des bénéficiaires éventuels (patient et proches) de ce dispositif est assurée par la direction de l'hôpital et du personnel soignant L'identité des personnes qui souhaitent un accompagnement est transmise au coordonnateur par le médecin référent du service. Les parties s'informent réciproquement du suivi par un cahier de transmission	1 ^{er} décembre 2006 renouvelable par tacite reconduction
CENTRE HOSPITALIER DE LAENNEC DE CREIL	Convention de gestion d'une unité de soins palliatifs	Hopital pivot : Creil Unité de soins palliatifs labellisé du secteur 6 : Senlis qui est ouverte à tous les malades du secteur 6 La mission de formation et de recherche est assurée conjointement par les centres hospitaliers de Creil et de Senlis Fonctionnement : signalement par les services de médecine et de chirurgie, une phase de préparation est organisée (proposition des praticiens oncologue consultation avec les médecins de l'unité de soins palliatifs, les patients et leur famille) et respect du libre choix et de l'indication médicale pour préciser les dossiers retenus. Le réseau inter établissement s'appuie sur les équipes mobiles des deux sites et est ouvert à d'autres établissements qui en feraient la demande Des staffs réunissant les équipes mobiles, les praticiens de l'unité et des autres établissements membres sont organisés pour suivre les dossiers des patients	23 septembre 2004 pour 3 ans renouvelable par tacite reconduction
ONCOGERIATRIE			
RESEAU ONCAGEOISE (association au sein de l'hôpital de Senlis)	Amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer sur le secteur de Creil, Chantilly, Clermont de l'Oise et Senlis	Coordonner la prise en charge médico chirurgicale des patients âgés de plus de 75 ans atteints de cancer entre la ville et les établissements de santé Faciliter l'accès aux soins par une information spécialement adaptée aux personnes âgées et aux médecins traitants, l'appropriation par les professionnels des protocoles référencés, le partage des informations psycho médico sociales concernant le patient grâce à un dossier commun, dans le respect des règles du secret médical Promouvoir cette action de prise en charge pluri disciplinaire ville hôpital par des actions de formation oncogériatrique organisée au sein même du réseau Evaluer les actions mises en œuvre par des méthodes validées dans le cadre de protocoles formalisés	15 janvier 2009 pour une durée de 3 ans renouvelable par tacite reconduction
INCA	Convention de subvention pour unité pilote de coordination en oncogériatrie UPCOG	Prise en charge spécifique des personnes âgées atteinte de cancer Développement d'expériences pilotes qui contribuent à la connaissance des pratiques oncogériatriques, au recensement et à la définition et à la capitalisation d'outils et de démarches innovantes, à la mutualisation et au partage de l'information entre tous les acteurs Montant accordé 114 800 € Objectifs : Sensibilisation et formation des professionnels de santé à l'oncogériatrie Renforcement de la collaboration onco gériatrique dans le bassin d'attraction de l'hôpital Consolidation des passerelles entre le CEGAP et les unités de gériatrie	19 janvier 2005

TRAJECTOIRE PATIENT



Les échanges ont également lieu selon les cas avec les spécialistes des autres disciplines du centre hospitalier (exemple cardiologie, gastro...), le pôle bénéficie également de la proximité du plateau technique

TRAJECTOIRE PATIENT

