



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire
Social et Médico-Social**

Promotion : 2011 - 2012

Date du Jury : Décembre 2012

**La structuration d'une filière
gériatrique de territoire : un enjeu
stratégique dans le contexte d'une
direction commune**

L'exemple des Centres Hospitaliers d'Agen, de Nérac, de
Fumel et de l'EHPAD de Puymirol

Jean-Bernard CAZENAVE

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Monsieur Florian JAZERON, Directeur des centres hospitalier d'Agen, de Nérac, de Fumel et de l'Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de Puymirol pour m'avoir permis d'effectuer mon stage de professionnalisation au sein de la direction commune. À son contact, j'ai pu cerner la complexité du métier de chef d'établissement et son rôle aussi bien vis-à-vis des équipes en interne que des responsables externes. L'autonomie dont j'ai pu bénéficier fut un gage de confiance et source d'un véritable enrichissement professionnel et humain.

Mes remerciements les plus sincères vont également à l'ensemble des cadres de direction. Leurs conseils avisés et leur disponibilité sans faille ont grandement facilité mon intégration. Grace à eux et à leurs équipes, j'ai pu être associé à de nombreux dossiers dont la diversité a contribué à me faire appréhender mes futures fonctions.

Je remercie également l'ensemble des équipes soignantes et administratives du pôle de gériatrie-gérontologie du centre hospitalier d'Agen en particulier le Docteur Vogt, Mmes BEL et GAVAZZI. Au-delà de la prise en soins, j'ai pu mesurer l'importance de l'accompagnement au quotidien et de la considération que l'on doit à nos aînés.

Que soient également remerciés l'ensemble des partenaires extérieurs que j'ai pu rencontrer. Ce mémoire sur la filière gériatrique n'aurait été possible sans des contacts diversifiés et des entretiens riches dont les enseignements ont contribué à mettre en œuvre mon projet.

Je remercie enfin l'ensemble des résidents qui, malgré les pathologies et les troubles dont ils souffrent, ont fait évoluer mon regard sur les personnes âgées et m'ont convaincu, s'il en était encore besoin, de la richesse du métier de Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social (DESSMS).

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	4
1 La prise en compte du vieillissement de la population du Lot et Garonne : un défi majeur pour les acteurs du territoire de santé	7
1.1 Les besoins de prises en soins et d'accompagnement des personnes âgées :	7
1.1.1 Les particularités du territoire de santé.....	7
1.1.2 Quelques éléments clés concernant nos aînés.....	10
1.2 Les ressources sanitaires et médico-sociales existantes	13
1.2.1 Une offre diversifiée au sein de la direction commune.....	13
1.2.2 Des modalités de prise en charge complémentaires au-delà de la direction commune	14
1.3 Les relations entre les acteurs et l'adéquation de l'offre avec les besoins 17	
1.3.1 Des collaborations perfectibles entre les acteurs de santé	17
1.3.2 Des besoins nouveaux exprimés par les différents partenaires	20
2 La constitution d'une filière gériatrique dans le cadre d'une direction commune : une opportunité pour répondre aux besoins d'une population vieillissante	23
2.1 La filière gériatrique : un dispositif facilitant la prise en charge des personnes âgées	23
2.1.1 La structuration d'une filière gériatrique : un principe incontournable	23
2.1.2 Les expériences internationales et nationales	26
2.2 Les atouts et limites de la direction commune dans le cadre de la structuration de la filière gériatrique	28
2.2.1 La direction commune : une coopération naturelle pour structurer une filière gériatrique	28
2.2.2 Les freins à la constitution d'une filière gériatrique	31
2.3 L'ouverture de la direction commune vers les partenaires extérieurs : une dynamique nécessaire pour constituer une filière de territoire	35
2.3.1 La filière gériatrique de territoire ou l'optimisation du parcours du patient... 35	

2.3.2	Les facteurs clés de réussite de la filière gériatrique territoriale	38
3	Des axes d'évolution pour optimiser la filière gériatrique de territoire	41
3.1	Affirmer le positionnement d'un DESSMS pour impulser le dynamisme de la filière gériatrique	41
3.1.1	Diffuser la culture gérontologique et médico-sociale	41
3.1.2	Garantir une vision stratégique et une mise en œuvre opérationnelle des projets gériatriques	43
3.2	Renforcer la position de la direction commune au sein du territoire	46
3.2.1	Affirmer la place centrale du pôle de gériatrie-gérontologie de l'établissement support (CH d'Agen).....	46
3.2.2	Développer des projets gériatriques ambitieux et structurants	48
3.3	Intensifier la dynamique de rapprochement avec les partenaires externes	52
3.3.1	Envisager un renforcement opérationnel des coopérations.....	52
3.3.2	Garantir le succès de la filière gériatrique territoriale	54
	Conclusion	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

A.D.H.	Association des Directeurs d'Hôpital
A.D.M.R.	Aide à Domicile en Milieu Rural
A.N.A.P.	Agence Nationale d'Appui à la Performance
A.P.A.	Aide Personnalisée à l'Autonomie
A.P.M.	Agence de Presse Médicale
B.I.H.	Blanchisserie Inter Hospitalière
C.A.M.T.	Consultation Accueil Mémoire Thérapeutique
C.H.	Centre Hospitalier
C.H.U.	Centre Hospitalier Universitaire
C.L.I.C.	Centre Local d'Information et de Coordination
C.L.S.	Contrat Local de Santé
C.M.E.	Commission Médicale d'Établissement
C.N.S.A.	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
C.P.O.M.	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
D.E.S.S.M.S.	Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social
D.H.O.S.	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
D.M.S.	Durée Moyenne de Séjour
E.G.S.	Évaluation Gériatrique Standardisée
E.H.P.A.D.	Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
E.M.O.G.	Équipe Mobile à Orientation Gériatrique
E.M.S.P.	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
E.T.P.	Équivalent Temps plein
F.A.S.S.A.D.	Fédération des Associations de Services Soins et Aides à Domicile
F.I.R.	Fonds d'Intervention Régional
F.V.M.	Fédération des Villes Moyennes
G.C.S.	Groupement de Coopération Sanitaire
G.C.S.M.S.	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale.
G.M.P.	Gir Moyen Pondéré
H.A.D.	Hospitalisation À Domicile
H.A.S.	Haute Autorité de Santé
H.P.S.T.	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
I.D.E.	Infirmière Diplômée d'État
I.F.A.S.	Institut de Formation des Aides-Soignants
I.F.S.I.	Instituts de Formation en Soins Infirmiers
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales

I.N.S.E.E.	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
L.F.S.S.	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
L.I.S.P.	Lits Identifiés en Soins palliatifs
M.C.O.	Médecine Chirurgie Obstétrique
M.E.C.S.S.	Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale
M.I.G.	Mission d'Intérêt Général
M.P.R.	Médecine Physique et Réadaptation
P.M.S.I.	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
P.N.L.	Privé Non Lucratif
S.I.H.	Syndicat Inter Hospitalier
S.R.O.S.	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
S.S.I.A.D.	Service de Soins Infirmiers à Domicile
S.S.R.	Soins de Suite ou de Réadaptation
U.C.C.	Unité Cognitivo-Comportementale
U.H.R.	Unité d'Hébergement Renforcée
U.S.L.D.	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Selon de récentes prévisions démographiques, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait augmenter de 25% d'ici 2025 et atteindre 6,6 millions d'individus en France¹. Le vieillissement de la population constitue ainsi un défi majeur pour nos sociétés contemporaines. Chaque année, l'espérance de vie à la naissance augmente pour atteindre en 2011, 78,2 ans chez les hommes et 84,9 ans pour les femmes². L'allongement de la durée de vie ne constitue pas un problème en soi. Il s'agit bien au contraire d'une évolution sociétale positive. En revanche, les conditions dans lesquelles s'effectue cette évolution démographique soulèvent un certain nombre d'interrogations de nature humaine, sanitaire, sociale, économique, financière, etc.

Parmi les questions fondamentales auxquelles les pouvoirs publics doivent essayer de répondre, la prise en charge de la dépendance figure au cœur des préoccupations. Réforme structurelle reportée, ressources financières difficiles à trouver, tels sont les constats que nous sommes aujourd'hui obligés de réaliser. Pour autant, l'optimisation du parcours des personnes âgées demeure un leitmotiv pour l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux. La création d'un ministère des affaires sociales et de la santé en juin 2012 témoigne de la prise en compte au plus haut niveau de l'état de la nécessaire articulation des différentes politiques.

Au sein du département du Lot et Garonne, la direction commune composée des Centres Hospitaliers d'Agen, de Nérac, de Fumel et de l'EHPAD de Puymirol regroupe un grand nombre de services sanitaires et médico-sociaux permettant la prise en charge des personnes âgées. Ainsi, le Centre Hospitalier (CH) d'Agen est un établissement de santé structuré en sept pôles d'activité parmi lesquels figure le pôle de gériatrie gériatologie. Ce pôle comprend une unité de Court Séjour Gériatrique (20 lits), une unité d'Hospitalisation de Jour (5 lits), des Lits Identifiés en Soins Palliatifs (5 lits), des Services de Soins et de Rééducation (SSR gériatrique de 28 lits, SSR polyvalent de 4 lits et SSR neurologique de 10 lits). De plus, le pôle comprend 36 lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD), 146 lits d'EHPAD dont 26 lits d'Alzheimer. À cela s'ajoutent la Consultation Accueil Mémoire Thérapeutique (CAMT) et l'Équipe Mobile à Orientation Gériatrique (EMOG). Le Centre Hospitalier de Nérac dispose quant à lui de 268 lits dont 185 d'EHPAD, d'un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de 45 places et a obtenu la labellisation d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) en 2010. L'hôpital de Fumel dispose de 68 lits

¹ Conseil Économique Social et Environnemental, juin 2011, *La dépendance des personnes âgées*, p. 4.

² INSEE, Bilan démographique et situation démographique.

d'EHPAD et 60 lits d'USLD dont 20 lits Alzheimer. Enfin, l'EHPAD de Puymirol comprend 71 places.

La richesse des activités sanitaires et médico-sociales au sein de la direction commune favorise une complémentarité, tant au niveau des disciplines proposées, que des sites géographiques où peuvent être réalisées les prestations à l'égard des personnes âgées. De nombreuses conventions existent entre les quatre établissements dans des domaines très variés. Pour autant, une démarche de mutualisation rationnelle n'est pas forcément mise en œuvre à ce jour. Les liens qui existent entre les établissements sont le fruit de besoins ponctuels et ne témoignent pas nécessairement d'une vision prospective globale.

De plus, les quatre établissements de la direction commune entretiennent individuellement des relations de partenariat avec des structures situées dans un rayon géographique relativement proche : EHPAD, SSR, Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC), Hospitalisation À Domicile (HAD), réseau Mnemosyne (dépistage des troubles précoces de la mémoire), réseau Palissy (soins palliatifs). Ainsi, un véritable maillage s'est constitué aussi bien en interne de la direction commune qu'en externe.

Les partenariats entre les structures d'amont et d'aval doivent être recherchés et accentués afin de fluidifier le parcours du patient. Comme indiqué dans la circulaire Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) du 28 mars 2007, « *la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* ». La constitution d'une filière gériatrique semble donc indispensable car elle contribue à croiser les politiques sanitaires et médico-sociales au sein d'un territoire.

Pour autant, la constitution d'une telle filière ne peut se faire sans une réelle volonté des partenaires en présence de dépasser les clivages privé/public, sanitaire/médico-social. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 prévoit d'ailleurs un chapitre³ spécifique sur la coopération entre établissements de santé, preuve s'il en était encore besoin, de l'impérieuse nécessité de développer les partenariats. La structuration d'une filière gériatrique, même si elle trouve sa source dans

³ Loi HPST, titre 1 « modernisation des établissements de santé » Chapitre III « favoriser les coopérations entre établissements de santé ».

la direction commune, ne peut bien évidemment se concevoir sans une association étroite de l'ensemble des autres structures du territoire de santé (EHPAD, CLIC, HAD, ...).

Un Directeur d'Établissement Sanitaire Social et Médico –Social peut parfaitement se saisir de cette opportunité pour fédérer les acteurs de terrain et les responsables locaux afin de mettre en œuvre une véritable politique gériatrique. Cette complémentarité des approches semble essentielle afin de proposer aux patients âgés un panel de solutions diversifiées.

La possibilité d'effectuer un stage au sein d'une direction commune permet ainsi d'envisager les différentes modalités d'exercice du métier de directeur, que ce soit au sein d'une équipe de direction hospitalière ou dans le cadre de la direction d'un EHPAD. La direction commune de plusieurs structures est une des caractéristiques du métier de directeur et elle se développera certainement dans les prochaines années en raison de l'augmentation du regroupement des structures et de la pertinence de ce mode de gouvernance.

Par ailleurs, le contexte budgétaire de plus en plus contraint, les ressources médicales et para médicales de plus en plus difficiles à trouver, obligent les directeurs à mettre en œuvre de nouveaux modes de coopération. Cette démarche volontaire ou imposée constitue une solution inévitable pour qui veut mener une direction d'établissement de façon rationnelle et efficiente.

Enfin, une prise en charge de qualité ne peut reposer que sur la mise en œuvre de projets dont les objectifs auront été clairement définis et les moyens précisément quantifiés. Ainsi, on touche du doigt la double dimension du métier de directeur. L'exercice du métier se veut à la fois être stratégique et à la fois opérationnel.

La thématique de la constitution d'une filière gériatrique est apparue particulièrement opportune eu égard aux capacités locales de structuration potentielle de la prise en charge des personnes âgées. Ainsi, la question de départ qui a permis de conduire la réflexion a été la suivante : « dans quelle mesure la mise en place d'une filière gériatrique peut-elle apparaître opportune dans un contexte de direction commune ? ». Ce questionnement initial permet à la fois de s'interroger sur le bien-fondé de la filière ainsi que sur les atouts et limites de la direction commune dans le cadre de la structuration de cette filière.

Cette question centrale conduit à une réflexion qui englobe trois sous-questions :

- Quels sont les besoins de prise en soins et d'accompagnement des usagers afin d'assurer une prise en charge sanitaire et médico-sociale complète ?
- Quelles sont les ressources existantes sur le territoire qui permettent la prise en charge des personnes âgées et quels en sont les intérêts et les limites ?
- Quelles relations unissent la direction commune et les autres partenaires externes et quels sont les avantages et contraintes liés aux coopérations existantes ?

Fort de ces constats, les besoins de prise en charge des personnes âgées ainsi que les ressources sanitaires et médico-sociales existantes doivent être analysés afin de mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande (première partie). Pour apporter une réponse aux besoins, la structuration d'une filière gériatrique dans un contexte de direction commune semble opportune et l'ouverture vers les partenaires extérieurs peut favoriser une filière gériatrique de territoire (seconde partie). Le développement de cette filière peut être impulsée par un DESSMS qui s'attachera à mettre en œuvre des actions concrètes d'optimisation de la direction commune mais aussi de renforcement des collaborations existantes (troisième partie).

Méthodologie

Afin de mener à bien la rédaction de ce mémoire, une méthodologie rigoureuse a dû être suivie.

En premier lieu, plusieurs manifestations se sont déroulées pendant la période de stage et m'ont permis d'avoir une vision globale de la prise en charge des personnes âgées sur un territoire. Ainsi, j'ai participé à une conférence à « Hôpital expo » où était abordée la thématique : « Sanitaire et médico-social : vous avez dit territoires ? ». De même, j'ai assisté à une journée organisée par la Délégation Régionale Aquitaine de l'Association des Directeurs d'Hôpital (ADH) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux sur le thème « Territoire et Territoires ». Enfin, j'ai participé à une rencontre-débat de la Mission Hôpital Public au CH d'Agen sur la « loi HPST : gouvernance et approche territoriale ».

Par ailleurs, une consultation bibliographique (livres, articles, rapports, etc.) concernant les filières, la direction commune, la prise en charge coordonnée et la mutualisation de moyens a été menée en début de stage. La littérature concernant la problématique du mémoire étant riche et variée (théorie, exemples pratiques, retour d'expérience), la difficulté a résidé dans le fait de devoir s'extraire d'écrits théoriques pour

se recentrer sur la réalité du lieu de stage. L'objectif a été à la fois de bien se saisir de la problématique et des différents enjeux afin de décliner l'ensemble des éléments sur le terrain. Cette analyse documentaire globale a été couplée à une lecture exhaustive des documents de planification locale ayant trait au pôle de gériatrie-gérontologie, à la direction commune ou plus largement au territoire. Cette recherche bibliographique a ainsi été poursuivie tout au long du stage en fonction de l'avancement du projet.

En début d'étude, il a été envisagé de recueillir les besoins grâce à un outil quantitatif : le questionnaire. Cependant, il a fallu rapidement se rendre à l'évidence et constater qu'il était nécessaire de réaliser deux questionnaires : l'un pour la direction commune et l'autre pour les partenaires externes (EHPAD, CLIC, ...). De plus, aucune analyse quantitative n'aurait pu être réalisée et sembler pertinente au regard du nombre de partenaires sollicités. La méthodologie a donc été adaptée. Ainsi, il m'a semblé plus opportun, compte tenu de la réalité du terrain, de réaliser des entretiens semi-directifs sur la base d'une grille d'entretien.

L'étude des besoins a donc nécessité plusieurs entretiens au sein de la direction commune avec les directeurs, médecins et autres acteurs de la prise en charge. Ces entretiens exploratoires ont permis non seulement de cerner le sujet étudié en lien avec le terrain de stage mais aussi d'appréhender la vision des professionnels de terrain sur la filière gériatrique. D'autres rencontres ont dû également être initiées en dehors de la direction commune. Ces entretiens ciblés ont notamment concerné des partenaires extérieurs (EHPAD, CLIC, HAD, ...) et les autorités de tarification.

Ces entretiens semi-directifs se sont déroulés grâce à un guide d'entretien structuré composé de quatre à six thèmes selon la personne rencontrée. Ainsi, une vingtaine d'entretiens d'une heure à minima ont été menés sur la base de questions similaires afin de faciliter une analyse qualitative et comparative des réponses apportées. Néanmoins, une place a été prévue en fin d'entretien à l'échange ouvert afin de laisser à la personne auditionnée la possibilité d'introduire une réflexion spontanée. A ces entretiens se sont ajoutés plusieurs temps d'observation directe et d'immersion au sein des équipes ce qui a permis de compléter ma conception du sujet et mes éléments d'analyse.

La disponibilité des acteurs a pu constituer un frein à la réalisation du travail. Pour autant, l'un des enjeux fut de montrer aux différentes personnes sollicitées que le mémoire professionnel envisagé n'était pas un document théorique. L'analyse des besoins, les moyens d'y répondre et les préconisations d'actions sont autant d'éléments

qui doivent permettre de positionner le travail mené pendant huit mois comme un projet concret dont les conclusions pourront être effectives et utiles à tous les acteurs.

En outre, deux entretiens de groupe ont été menés à l'occasion de la réalisation d'une mission relative au projet d'extension du Centre de Gérontologie. Ces entretiens avec différents professionnels du pôle de gériatrie-gérontologie ont eu pour but l'étude de la prise en charge actuelle des personnes âgées, l'analyse des besoins futurs en termes d'activité et les conditions de mise en œuvre (personnels, locaux, ...).

Enfin, la réalisation du mémoire a nécessité la participation à diverses réunions ayant pour objet les questions relatives à la gériatrie. Ces réunions, à mon initiative ou au cours desquelles j'ai été associé, ont permis un recueil non négligeable de données. Des échanges informels sont également venus compléter ma vision de la thématique étudiée, que ce soit sur la filière gériatrique ou plus largement sur le domaine médico-social ou sanitaire.

1 La prise en compte du vieillissement de la population du Lot et Garonne : un défi majeur pour les acteurs du territoire de santé

Cette première partie aura pour finalité la réalisation d'un état des lieux le plus exhaustif possible des caractéristiques du territoire, des besoins de la population et des modalités de réponse à ces besoins. Cette étape constitue le préalable indispensable à toute démarche de gestion de projet de nature à envisager des orientations stratégiques puis des actions concrètes d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

1.1 Les besoins de prises en soins et d'accompagnement des personnes âgées :

Cette étude nécessite de présenter tout d'abord les particularités du territoire de santé concerné avant de décrire celles de la population .

1.1.1 Les particularités du territoire de santé

Les besoins de la population, à fortiori âgée, ne peuvent être analysés sans prendre en compte l'environnement, le milieu, le contexte dans lesquels ces personnes vivent. Chaque territoire a ses spécificités qui en font un lieu singulier. Le territoire de santé du Lot et Garonne n'échappe pas à la règle.

Le Lot-et-Garonne constitue l'un des cinq départements de la région Aquitaine avec la Dordogne, la Gironde, les Landes et les Pyrénées Atlantiques. Le Lot-et-Garonne est un des plus petits des départements métropolitains (65ème rang hexagonal⁴) mais il est voisin des trois plus grands départements (Landes, Gironde et Dordogne). Situé à une heure de route de Bordeaux ou de Toulouse, Agen bénéficie de cette proximité pour assurer aux habitants une offre de soins de qualité reposant sur les derniers progrès en matière de recherche et d'innovation technologique. À contrario, ces distances peu importantes peuvent constituer un handicap en termes d'attractivité professionnelle et un environnement concurrentiel pour le recrutement médical ou paramédical. De plus, la préfecture du département (Agen) se trouve à quelques dizaines de kilomètres des départements du Gers et du Tarn-et-Garonne situés dans la région voisine de Midi-

⁴ Institut National de la Statistique et des Études Économiques Aquitaine, n° 7 - avril 2012, *Le Lot-et-Garonne en bref*, p. 1.

Pyrénées. Cette proximité induit quelques questions en matière de territorialisation de la santé, de planification sanitaire et médico-sociale, de collaboration inter-régionale, ...

Par ailleurs, la région Aquitaine est découpée en six territoires de santé au sens de l'art L. 1434-16 du code la santé publique. Le Lot-et-Garonne constitue l'un de ces territoires. Même si le découpage antérieur à la loi HPST a quelques peu évolué⁵, il peut être intéressant de s'y référer. Ainsi, le territoire de recours (cf. annexe 1) du Lot-et-Garonne se compose de trois territoires intermédiaires ou de six territoires de proximité :

- Le territoire intermédiaire d'Agen composé des territoires de proximité d'Agen, Casteljaloux et Nérac.
- Le territoire intermédiaire de Marmande-Tonneins composé des territoires de proximité de Casteljaloux et Marmande-Tonneins.
- Le territoire intermédiaire de Villeneuve-sur-Lot composé des territoires de proximité de Monpazier et Villeneuve-sur-Lot. Il faut également noter que le territoire de Monpazier appartenait également au territoire de recours du Périgord, c'est-à-dire du département de la Dordogne.

Loin d'être anecdotique, cette planification sanitaire peut parfois s'avérer problématique. Il en va ainsi du CH de Fumel qui, comme on peut le voir, se situe à proximité du CH de Villeneuve sur lot et sur ce territoire intermédiaire. Pour autant, le CH de Fumel et le CH d'Agen sont dans la même direction commune, ce qui ne va pas sans occasionner quelques problèmes, à tout le moins quelques questionnements, que nous envisagerons ultérieurement.

En ce qui concerne les données démographiques, il faut noter que depuis plus de dix ans la population n'augmente que de 0,9%. Cela est dû aux migrations car le solde naturel (naissances – décès) reste négatif. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), le Lot-et-Garonne devrait compter 375 milliers d'habitants en 2040 soit une augmentation de 13,30% alors que la population de la région Aquitaine devrait croître de 15,5% pour atteindre 3 878 milliers d'habitants.

Parmi les données essentielles à prendre en compte, le renouvellement des générations constitue un élément majeur du dynamisme d'un territoire. En 2009, le taux de fécondité est le plus élevé de la région avec 202 enfants pour 100 femmes contre 184 en Aquitaine et 200 en France⁶. De plus, le pourcentage de jeunes de moins de 25 ans est de 26,7% alors qu'il est de 28,2% en Aquitaine. Le Lot-et-Garonne semble donc armé

⁵ Le SROS 3 en Aquitaine avait une approche territoriale basé sur les flux ambulatoires et hospitaliers alors que le SROS-PRS retient les arrondissements et départements.

⁶ Institut National de la Statistique et des Études Économiques Aquitaine, op. cit., p. 2.

pour faire face aux enjeux de société que sont le renouvellement de la population active ou la prise en charge des aînés par leurs enfants.

Le Lot-et-Garonne compte plus de 331 000 habitants⁷ sur un territoire de 5400 km² ce qui représente une densité de population de 62 hab. /km² inférieure à la moyenne régionale (78 hab. /km²). Il s'agit du département le moins peuplé d'Aquitaine avec 10% de la population. De plus, les disparités sont fortes entre Agen (préfecture du département) et l'ouest du département où la densité est inférieure à 39 hab. /km²⁸. Par comparaison, d'autres villes régionales ont des densités bien plus importantes (Bayonne : 99,5 hab. /km², Bordeaux : 111,2 hab. /km²). Cette faible densité de population dans plusieurs villes pose des questions relatives à l'éloignement géographique, à la présence justifiée ou non de services publics, aux modalités de prise en soins (HAD, SSIAD, médecins libéraux, ...), à la solidarité intergénérationnelle, aux modalités de transport, etc.

De plus, le Lot-et-Garonne est un département principalement rural. 56,2% de la population vit dans un espace à dominante urbaine contre 43,8% dans un espace à dominante rurale⁹. La tendance régionale est cependant bien plus forte puisque que 69,9% de la population habite dans un espace à dominante urbaine. Ainsi, « *la part de l'emploi agricole dans l'emploi total est la plus élevée des départements aquitains* » et « *la part de la surface agricole utilisée recouvre 53% du territoire du département* » comme indiqué dans le document de l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine.

Il convient également de souligner le niveau de vie relativement faible des habitants. Le tableau ci-dessous permet d'étayer ce constat :

	% Lot-et-Garonne	% Aquitaine
Bénéficiaire de la CMU complémentaire	6,6%	5,6%
Personnes en dessous du seuil de pauvreté	17,1%	12,5%
Nombre d'allocataires du RSA* en 2011/2010	+ 3,6%	+2%

*RSA : Revenu de Solidarité Active

⁷ Ibid., p. 1.

⁸ Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, décembre 2008, *Les territoires de recours en Aquitaine – Territoire de Lot-et-Garonne*, p. 8.

⁹ Ibid., p. 9.

Ces éléments sont de nature à s'interroger sur les modalités d'accès aux soins de l'ensemble des habitants du Lot-et-Garonne mais aussi et surtout des personnes en âge de bénéficier de la retraite. En effet, chacun sait que les exploitants agricoles bénéficient d'un niveau de retraite particulièrement faible de même que leurs épouses. On peut ainsi légitimement se demander dans quelles conditions matérielles les personnes âgées peuvent rester à domicile mais aussi et surtout faire face aux dépenses mensuelles lorsqu'elles sont en institution. Afin de compléter notre diagnostic, un focus sur les personnes âgées doit donc être réalisé.

1.1.2 Quelques éléments clés concernant nos aînés

A) Quelques définitions

Il convient à ce stade de rappeler de manière synthétique certaines données essentielles.

Comme il est indiqué dans le rapport du HCAAM¹⁰, « *il n'y a pas de définition de la personne âgée mais seulement des critères d'inclusion juridique* ». À l'origine, on retenait l'âge de soixante ans en référence à l'âge de départ à la retraite. Aujourd'hui dépassée, cette notion a été remplacée par l'âge de 65 ans, voire 75 ans couramment utilisée notamment par l'INSEE. Le grand âge concerne davantage les personnes de 85 ans et plus. Quant à la notion de dépendance, la loi n°97-60 du 24 janvier 97 la définit comme « *l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière* ».

En ce qui concerne la démence, il s'agit d'un syndrome clinique se manifestant par des troubles cognitifs et une atteinte des fonctions dites exécutives. La maladie d'Alzheimer représente à elle seule 70% des démences. De même, il ne faut pas oublier que le patient poly pathologique avec son lot de difficultés médico-psycho-sociale a pour caractéristique de suivre un parcours hospitalier multi-services ou multi-spécialités. Enfin, il ne faut pas confondre la gériatrie qui est une partie de la médecine qui traite des maladies de la personne âgée alors que la gérontologie est l'étude scientifique des problèmes liés au vieillissement.

B) Quelques données chiffrées

Quelques chiffres sont à présent essentiels pour la compréhension de la problématique. Au 1er janvier 2012, la population de la France est estimée à 64,35

¹⁰ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, juin 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie – Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*, p. 17.

millions d'habitants¹¹. Les 65 ans et plus, quant à eux sont 11,21 millions dont 4,67 millions d'hommes et 6,54 millions de femmes. Les 75 ans et plus sont 1/3 de plus qu'il y a dix ans, et représentent 5,87 millions de personnes. L'espérance de vie des femmes en 2011 est estimée à 84,9 ans contre 78,2 pour les hommes. Il y a actuellement 860 000 personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et ce nombre pourrait être de 1,3 million dans dix ans. L'activité hospitalière a augmenté de 1,3% entre 2008 et 2010 mais l'évolution du nombre de séjours de patients de plus de 80 ans a augmenté de 5% par an¹².

En Aquitaine, le nombre de 60 ans et plus représente 739 milliers de personnes soit 24% de la population¹³ et ce nombre devrait augmenter de 70% d'ici 2040. À l'horizon 2020, les générations du baby-boom arriveront à l'âge de 75 ans. Actuellement, 298 000 personnes ont plus de 75 ans (soit 10 % de la population régionale) et ce nombre devrait doubler d'ici 2040¹⁴. A la campagne, les 75 ans et plus représentent 12 % de la population rurale contre 9 % de la population urbaine¹⁵. La hausse du nombre de personnes âgées entrainera une hausse du nombre de personnes atteintes de dépendance et leur prise en charge constituera un enjeu de société majeur.

En Lot-et-Garonne, la population des 60 ans et plus représentent 27,6% de la population¹⁶. Selon les prévisions, cette part devrait représenter 39% en 2040. La population des 75 ans et plus est de 36 milliers de personnes soit 11,40% de la population. Les projections statistiques montrent qu'en 2020, ils seront 43 880, soit un taux d'évolution de 14,69 %. Dans le même temps, le nombre de patients déments pourrait atteindre 75 000 personnes. On rappelle que près de 3 résidents sur 4 souffrent de démence en EHPAD ce qui ne va s'en occasionner de multiples problèmes. Les dépenses 2010 en euros par habitant de 75 ans et plus représentent 1662 euros contre 1837 en Aquitaine et 1901 en France¹⁷.

Au CH d'Agen, les 75 ans et plus ont été 13 947 à avoir été hospitalisés en court séjour sur un total de 35 077 patients soit 39 % des hospitalisés en court séjour¹⁸. En

¹¹ Sources INSEE.

¹² AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION MEDICALE, juin 2012, *Veilles de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 – Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*, p. 6.

¹³ Conseil Général du Lot et Garonne, 2011, *Schéma gérontologique départemental 2011 – 2015*, p. 21.

¹⁴ Sources INSEE.

¹⁵ Sources ARS Aquitaine.

¹⁶ Conseil Général du Lot et Garonne, 2011, *op. cit.*, p. 21.

¹⁷ Agence Régionale de Santé Aquitaine, décembre 2011, *Schéma Régional d'Organisation médico-Sociale*, p. 185.

¹⁸ Sources Département d'Information Médicale CH Agen.

2010, la DMS en court séjour gériatrique est de 9,13 jours pour une moyenne d'âge de 84,57 ans. En 2011, cette DMS évolue peu et se stabilise à 9,71 jours.

De plus, il faut avoir en tête qu'au 31/12/2008, le ratio des bénéficiaires de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) de plus de 75 ans au sein du Lot-et-Garonne est de 203 ‰ contre 188 ‰ en France et 209 ‰ en Aquitaine¹⁹. 5419 personnes sont bénéficiaires de l'APA à domicile. Deux personnes sur trois continuent à vivre à domicile soit la proportion la plus élevée de la région. L'APA joue ainsi un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées. Mais elle est aussi essentielle pour les personnes qui entrent en institution dans un contexte d'augmentation régulière du Gir Moyen Pondéré (GMP) des résidents. Ainsi, ce dernier est passé de 741 à 787 (+6,2%) entre les deux coupes effectuées au Centre de Gérontologie en 2011 et 2012. Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'on retrouve cette augmentation du CH d'Agen dans certaines études²⁰ où le GMP peut ainsi augmenter de 7% entre 2009 et 2010. Il faut également remarquer que 35% des résidents bénéficient de l'aide sociale (ce taux est stable entre 2011 et 2012) ce qui témoigne de la faiblesse des revenus des personnes âgées et de l'importance d'une tarification modérée en EHPAD.

Selon les dernières données de l'ORSA, plus de 20 500 personnes âgées d'au moins 60 ans vivent seules à domicile. Avec l'augmentation de l'âge de la population, cette proportion croît sensiblement pour atteindre plus d'un tiers après 80 ans. Ce constat est particulièrement important à réaliser car il induit plusieurs questionnements : capacité financière à subvenir à ses besoins, faculté à se déplacer, accessibilité des centres de vie (zone commerciale éloignée, commerces de proximité en voie de disparition, lieu culturel situé essentiellement en zone urbaine), disponibilité des professions médicales et paramédicales, soutien familial, etc.

Rester à domicile implique souvent qu'une aide soit apportée par les aidants. À leur tour, ces derniers ont parfois besoin de soutien. Ainsi, le CH d'Agen a obtenu fin 2011 l'autorisation de mettre en œuvre un projet d'éducation thérapeutique à destination des aidants de patients touchés par la maladie d'Alzheimer. Des groupes de parole sont aussi mis en place à destination des aidants et la Mutualité Sociale Agricole organise des « Ateliers du bien vieillir » afin de développer les actions de prévention du vieillissement.

L'entrée en institution s'effectue fréquemment quand il devient impossible de rester à domicile et survient souvent brutalement. Pour satisfaire ce besoin, le territoire agenais propose une offre riche et diversifiée.

¹⁹ Conseil Général du Lot et Garonne, 2011, op. cit., p. 23.

²⁰ K.P.M.G., janvier 2012, *Observatoire des EHPAD 2012*, p. 7.

1.2 Les ressources sanitaires et médico-sociales existantes

Sur le territoire de santé, le CH d'Agen est l'établissement de recours en termes d'offre gériatrique et chacun des autres établissements de la direction commune dispose d'une offre complémentaire. Mais le territoire de santé regroupe également diverses structures qui permettent la prise en charge des personnes âgées.

1.2.1 Une offre diversifiée au sein de la direction commune

En premier lieu, il convient de présenter les différents services sanitaires et médico-sociaux proposés par les quatre établissements de la direction commune en lien avec la personne âgée. Le tableau présenté en annexe 2 synthétise l'offre autorisée existante. À la lecture de ce tableau, quelques précisions s'avèrent nécessaires.

Le pôle de gériatrie du CH d'Agen dispose d'une offre de soins complémentaire avec une unité de CSG (20 lits) qui permet d'assurer une prise en soins médico-psycho-sociale des personnes de plus de 75 ans et une unité d'HJ (5 lits), créée en novembre 2010. Celle-ci assure trois missions : évaluation des déficits cognitifs et des troubles divers de la personne âgée sur la base de l'Évaluation Gérontologique Standardisée (EGS), soin et réadaptation éventuelle selon les besoins du patient et enfin coordination afin de réduire les hospitalisations inutiles et de prolonger le maintien à domicile.

Le CH d'Agen comporte également des SSR gériatriques (28 lits), SSR polyvalents (4 lits) et SSR neurologiques (10 lits). Situés sur un même étage, les trois services garantissent une prise en charge optimale des patients grâce à une mutualisation des équipes médicales et surtout para médicales. De plus, deux Missions d'Intérêt Général (MIG) ont été reconnues et financées par les autorités de tarification. L'EMOG, créée en 2007, fonctionne conformément au cahier des charges de la circulaire du 18 mars 2011 et assure une activité intra-hospitalière et extra-hospitalière de l'ordre de 850 évaluations annuelles. La consultation mémoire, quant à elle, fonctionne selon le cahier des charges de la circulaire du 30 mars 2005 et réalise 2500 consultations par an grâce à une équipe composée de 0,5 médecins et 4,5 Équivalents Temps Plein (ETP) non médicaux. Il faut préciser que cette consultation est labellisée et que le CH d'Agen a déposé en mai 2012 un dossier de renouvellement de cette labellisation en partenariat avec le CH de Nérac.

Le CH de Nérac présente la particularité de posséder un SSIAD de 45 places et une UHR labellisée en 2010 permettant au CH de renforcer sa position sur le territoire. Quant à l'hôpital de Fumel, il dispose notamment de 6 lits d'hébergement temporaire, de 6

places d'accueil de jour pour les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de 6 lits de SSR polyvalents accueillant prioritairement des personnes en état végétatif ou pauci relationnel.

L'offre publique de la direction commune est ainsi particulièrement complète et peut permettre de répondre à des besoins diversifiés. Des statistiques récentes concluent d'ailleurs que 70% des personnes de plus de 70 ans sont prises en charge dans le secteur hospitalier et que le nombre de patients âgés accueillis en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) a augmenté de « *façon notable* » dans le public (+2,6% pour les plus de 65 ans et +5,5% après 80 ans)²¹. D'autres études²² montrent que « *les patients de 90 ans se trouvent à 72% dans le secteur public, à 21% dans le privé commercial* ».

Cependant, force est de constater que l'offre comporte presque exclusivement des services d'hébergement complet. L'hébergement temporaire et l'accueil de jour sont très peu développés au sein de la direction commune alors que les pouvoirs publics ont souhaité le développement de telles structures ces dernières années.

La structuration de l'offre de soins sur le territoire, en particulier gériatrique, a été ainsi un leitmotiv pour les Directeurs des différents établissements ce qui s'est traduit notamment par la signature d'une convention de direction commune entre le CH d'Agen et le CH de Nérac le 11 octobre 2001, l'EHPAD de Puymirol le 18 juillet 2005 et le CH de Fumel le 30 avril 2008.

1.2.2 Des modalités de prise en charge complémentaires au-delà de la direction commune

A) Une offre en institution structurée

La prise en charge des personnes âgées au sein du Lot-et-Garonne s'effectue grâce à de nombreuses structures sanitaires ou médico-sociales, publiques ou privées, autonomes ou rattachées à un centre hospitalier. Ainsi, le département ne compte pas moins de cent EHPAD publics ou privés. La répartition géographique des EHPAD publics est présentée en annexe 1. À la lecture du tableau proposé en annexe 3, on remarque qu'il existe une offre gériatrique diversifiée et également répartie sur tout le territoire (consultation mémoire, EMOG, etc.). En revanche, aucune Unité Cognitivo-Comportementale (UCC) n'existe alors que le plan Alzheimer 2008-2012²³ encourage le

²¹ DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE, juillet 2012, *Les comptes de la sécurité sociale – Résultats 2011 prévisions 2012*, p. 118.

²² BRAZIER N., avril 2012, « L'âge des patients : différences public-privé », *Interactions*, n°7, p. 10.

²³ Plan Alzheimer 2008-2012 mesure 17.

développement de ces structures. Le volet Personnes âgées du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006-2011 d'Aquitaine contient une brève allusion à des structures de réadaptation adaptées aux personnes démentes. Il recommande en effet (p.144) que « *sur chaque territoire de recours au moins une unité de soins de suite devrait être organisée de manière à prendre en charge ce type de patients dans des conditions adaptées* ». De même, on peut remarquer que le CH de La Candélie à Agen est le seul à disposer d'une unité de géronto-psychiatrie à destination des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques alors que les besoins sont de plus en plus importants.

Au sein du département, il faut noter que l'offre d'EHPAD est essentiellement publique (69%) et que les structures privées à but lucratif représentent 24% des établissements. Cela ne va sans générer quelques difficultés aux résidents potentiels pour qui le reste à charge représente une somme parfois importante par rapport à leur niveau de ressources. Cette situation est d'autant plus délicate que les habitants disposent de revenus relativement faibles en comparaison avec d'autres départements. La situation sur Agen est encore plus délicate car l'offre privée lucrative représente 50% des établissements. Il en découle un taux d'occupation global entre 75% et 93% là où le taux d'occupation dans le secteur public frôle les 100%. Au sein même de la ville d'Agen, sept EHPAD privés sont implantés. Leurs taux d'occupation sont semblables aux autres structures du département alors que la liste d'attente au sein du centre de gérontologie de Pompeyrie regroupe plus de 300 personnes au 1^{er} juin 2012.

Au niveau des structures dont le plan Alzheimer favorise la montée en puissance, on peut remarquer que les PASA se sont développés de manière importante dans l'ensemble des EHPAD du département (12 pôles) en raison des moyens architecturaux, financiers et humains relativement faibles à mettre en œuvre au regard des aides financières possibles. En revanche, les UHR nécessitent des investissements beaucoup plus importants et seulement deux unités existent à Marmande et Nérac.

En ce qui concerne les alternatives à l'hébergement complet, un effort important a été fait par les autorités de tarification afin de favoriser l'ouverture de lits d'hébergement temporaire et de places d'accueil de jour (cf. annexe 3). Cependant, la planification territoriale semble devoir être reconsidérée car les structures sont essentiellement situées en zone rurale et donc peu attractives.

B) Une offre complémentaire diversifiée

La prise en charge des personnes âgées suppose un maillage territorial important en termes de médecins libéraux et d'infirmières libérales. Hors, aucune nouvelle inscription de médecin généraliste n'a eu lieu dans le Lot-et-Garonne en 2010²⁴ alors que le département est déjà très faiblement doté par rapport aux autres départements aquitains (moins de 2,5 généralistes pour 5000 habitants). Quant aux médecins spécialistes, il est très difficile d'avoir recours à des soins radiologiques ou dentaires quand on est éloigné des pôles de santé. En veut pour preuve le bilan de l'ORSA qui indique que l'offre de soins en matière de généralistes ou de spécialistes libéraux est la moins importante de la région Aquitaine²⁵. De plus, les autres professionnels de santé libéraux (kinésithérapeutes, ...) sont également en nombre insuffisant. Néanmoins, le nombre d'infirmières libérales est supérieur à la moyenne régionale. En ce qui concerne les SSIAD, la problématique est identique à celle des médecins généralistes puisque le taux d'équipement est comparable au niveau régional (16,94‰) mais loin du taux cible fixé par les autorités publiques nationales (21‰).

Par ailleurs, le maintien à domicile des personnes âgées nécessite lui aussi un environnement structuré afin de favoriser son développement. Le Lot-et-Garonne dispose pour cela d'associations d'aide à domicile, notamment l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) ou la Fédération des Associations de Services Soins et Aides à Domicile (FASSAD). Le maillage territorial (34 ADMR et 43 ASSAD) ainsi que l'ensemble des services proposés (bricolage, aide aux courses, portage de repas, garde de nuit à domicile, ...) sont de nature à satisfaire les besoins essentiels des personnes âgées. De plus, l'HAD 47 joue un rôle essentiel dans la prise en charge à domicile. Créée en 2006, la structure départementale a développé trois antennes (Agen, Marmande et Villeneuve-sur-Lot) ce qui permet de répondre à la demande au travers des 41 places. Les accueillants familiaux, en grand nombre dans le département, constituent également une solution alternative entre le domicile et l'institution, même si leur répartition géographique pourrait être optimisée (l'axe Agen-Nérac serait le mieux doté par rapport au reste du département selon le schéma gérontologique départemental).

Plusieurs réseaux existent sur le département. On peut par exemple citer :

- le réseau PALLISSY, chargé des soins palliatifs depuis 2004. Cette structure a pour but le maintien ou le retour à domicile de personnes atteintes d'une maladie grave,

²⁴ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, novembre 2011, *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région aquitaine*, p. 37.

²⁵ Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, op. cit., p. 39.

évolutive ou terminale, la continuité des soins, le confort des patients ainsi que le soutien aux familles.

- Le réseau MNEMOSYNE, destiné quant à lui à favoriser le diagnostic précoce des troubles de la mémoire et la prise en charge coordonnée des troubles cognitifs. Le but de ce réseau est de faciliter le maintien à domicile, assurer l'information des patients sur les possibilités de prise en charge, développer la coordination des pratiques des différents professionnels et soutenir les familles.

- le réseau gérontologique et Alzheimer ALIENOR, créé pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Implantée sur le bassin Moyenne Garonne, l'équipe pluridisciplinaire assure des bilans gériatriques pour les patients et une information à destination des aidants.

Enfin, un dispositif de coordination et d'information à destination des personnes âgées et de leurs familles s'est petit à petit structuré sur le territoire. Depuis 2010, ces missions sont assurées sur l'ensemble du département à travers trois CLIC : Agen (2006), Marmande (2009) et Villeneuve-sur-Lot (2010).

1.3 Les relations entre les acteurs et l'adéquation de l'offre avec les besoins

La satisfaction des besoins de la population âgée suppose non seulement une offre structurée mais aussi et surtout des relations étroites entre les acteurs. Ces collaborations donnent souvent satisfaction mais les difficultés rencontrées peuvent faire émerger des attentes nouvelles.

1.3.1 Des collaborations perfectibles entre les acteurs de santé

La collaboration peut s'exercer à différents niveaux : elle peut s'opérer en interne entre plusieurs services d'un même CH, prendre vie entre chacun des établissements de la direction commune ou en dernier ressort peut être mise en œuvre entre l'un des établissements de la direction commune et une structure du territoire de santé.

A) La collaboration intra-direction

La collaboration interne entre les services du centre hospitalier d'Agen ne doit pas être négligée car les patients sont de plus en plus âgés et nécessitent souvent une prise en charge particulière a fortiori quand l'entrée se passe directement par les urgences. À ce sujet, il faut préciser que le service de l'EMOG se situe au sein même des urgences. Son rôle est donc essentiel dans l'orientation des malades. La collaboration peut se faire

en premier lieu entre les services du pôle de gériatrie. Ainsi, 25% des entrées en EHPAD et 21% des entrées en SSR proviennent du service de court séjour gériatrique²⁶. À un autre niveau, des échanges se développent en inter pôles. Généralement très positives (intervention d'un dermatologue, appel à l'IDE de l'équipe douleur, présence d'un chirurgien-dentiste), ces relations peuvent être plus délicates (problématique liés aux liens hiérarchiques avec l'unité de rééducation, avec les assistantes sociales ou avec les préparateurs en pharmacie).

Au sein des établissements de la direction commune, des collaborations médicales ou para médicales étroites se sont instaurées entre le CH d'Agen et le CH de Nérac afin d'optimiser l'offre de prise en charge des personnes âgées. La consultation mémoire constitue l'exemple parfait d'un partenariat réussi. Ce dernier est concrétisé par des mises à disposition réciproques de personnel (médecin, neuropsychologue) et permet une prise en charge de qualité sur chacun des sites. De plus, de nombreuses conventions facilitent la réalisation de consultations avancées par des praticiens d'Agen au sein du CH de Nérac (chirurgie digestive, chirurgie orthopédique, rhumatologie, ...). Tout comme avec Nérac, un travail de fond est mené avec le CH de Fumel sur le SSR et notamment la saisie du PMSI dans l'optique du passage à la tarification à l'activité. Pourtant, la proximité géographique du CH de Fumel avec le CH de Villeneuve-sur-Lot rendrait plus évidente des partenariats entre ces deux établissements. La collaboration dépend en premier lieu de la volonté des acteurs en présence de s'engager dans une telle démarche. Le directeur de Villeneuve-sur-Lot n'étant pas favorable à ce genre d'engagement, les rapprochements souhaités par les CH d'Agen ou de Fumel n'ont pu se concrétiser.

B) La collaboration inter-établissements

Enfin, les quatre établissements de la direction commune entretiennent des relations de partenariat avec d'autres structures sanitaires ou médico-sociales: L'objectif est certes de trouver un effet de synergie interne mais aussi de ne pas se couper des autres ressources locales. À titre d'exemple, le CH de Nérac a signé une convention de recours pour les urgences avec les EHPAD de Feugarolles et de Damazan. Des échanges réguliers ont également lieu avec l'EHPAD privé de Nérac entre animateurs, ergothérapeutes et psychologues. Une autre illustration est la collaboration entre le CH de Fumel et l'EHPAD de Tournon au niveau des accueils de jour.

²⁶ Étude DIM.

Il existe également de nombreuses conventions entre le CH d'Agen et les différentes EHPAD privés d'Agen. Le tableau présenté en annexe 4 reprend les partenariats existants au 30 juin 2012. On peut remarquer que ces documents ont été signés au gré des circonstances, de la volonté de certains directeurs ou n'existent tout simplement pas. En réalité, il y a une marge de progression importante dans ce domaine et une remise à jour du conventionnement CH/EHPAD ne serait pas un luxe. Cela sera d'autant plus facile que les directeurs de ces structures essaient de travailler ensemble malgré le contexte concurrentiel. Ainsi, des rencontres régulières associant également le CH d'Agen ont lieu, dans la mesure du possible, tous les quadrimestres.

Ainsi, un véritable maillage territorial s'est progressivement constitué. Les échanges entre les structures sont favorisés afin de partager les pratiques médicales. On peut ainsi évoquer la collaboration existante entre le SSR neurologique du CH d'Agen et l'ADAPT de Virazeil. Pour ce faire, des praticiens des deux structures disposent de vacations pour aller travailler dans l'autre établissement. De même, l'un des praticiens de l'établissement psychiatrique d'Agen (le CH de la Candélie) vient effectuer une vacation dans le cadre de la consultation mémoire d'Agen.

Une complémentarité entre les différentes structures est également recherchée. Ainsi, l'HAD 47 est sollicitée régulièrement par l'EHPAD de Puymirol. Son intervention auprès de certains patients est particulièrement appréciée notamment pour la réalisation de pansements complexes. La Directrice de l'EHPAD se dit « *totalemt satisfaite* » de cette collaboration et « *prête à faire appel à cet interlocuteur privilégié qui permet de soulager les infirmières* ». De plus, l'HAD 47 a signé une convention de partenariat avec le CH d'Agen mais également avec l'EMSP. Les bases d'une collaboration étroite entre les trois partenaires sont ainsi lancées. Il reste alors à faire vivre ce partenariat qui constitue un plus, notamment lorsque les personnes âgées souhaitent retourner à domicile alors que leurs proches y sont réticents.

Au niveau des soins palliatifs, il faut souligner les bonnes relations professionnelles entre l'EMSP du CH d'Agen et le réseau PALLISSY puisque le docteur SCHOONBERG travaille depuis 2003 au sein des deux structures. Un travail en commun est également réalisé par le réseau Mnémosyne sur Agen et Nérac. De même, le réseau ALIENOR travaille en partenariat avec le CH de Marmande-Tonneins dans des locaux communs installés au sein du pôle médico-social. Cependant, un des problèmes récurrents qui ressort des entretiens avec les acteurs est le manque de coordination et d'articulation entre les services de soins infirmiers et les associations d'aide à domicile. Cela concerne notamment les problématiques suivantes : toilette, prise de médicaments,

transport, accompagnement psychologique. Un effort doit être fait afin que le patient puisse bénéficier de la même qualité de prise en charge à domicile ou en établissement.

1.3.2 Des besoins nouveaux exprimés par les différents partenaires

Afin de mener la réalisation de ce projet professionnel, différents entretiens semi-directifs ont été menés. La méthodologie décrite en début de rapport rappelle les conditions de mise en œuvre alors que les annexes 5 et 6 présentent les personnes interrogées et le guide d'entretien élaboré. Lors de ces rencontres, les échanges se sont avérés constructifs et ont permis d'enrichir le diagnostic.

A) Les besoins internes

En premier lieu, des besoins nouveaux se sont fait ressentir au niveau des établissements de la Direction commune. Les quatre directeurs auditionnés n'ont eu de cesse de répéter « *oui, il faut qu'on travaille sur la filière gériatrique* ». Derrière cette simple phrase se cachent des enjeux stratégiques certains en termes d'activité à coordonner mais aussi et surtout de moyens communs à développer afin d'harmoniser les pratiques. Ainsi, la Directrice de Puymirol ne cache pas son envie de travailler plus étroitement avec le CH d'Agen pour les résidents dont la prise en charge présente des difficultés majeures pour le personnel et dont les besoins nécessiteraient un transfert au Centre de gérontologie de Pompeyrie. De même, il serait pertinent que chaque résident puisse profiter lors de son entrée d'un bilan gériatrique complet afin de pouvoir bénéficier d'une prise en soins future optimale.

De plus, il faut avoir en tête que souvent l'offre crée le besoin. Ainsi, l'UHR installée au CH de Nérac est susceptible d'accueillir des résidents qui seraient restés dans leur EHPAD traditionnelle à Agen, Fumel ou Puymirol. À ce sujet, cette situation dépasse largement la direction commune puisque le Schéma Gérontologique Départemental 2011 – 2015 comprend deux actions prioritaires concernant la création de 12 PASA au sein d'EHPAD et de 4 UHR sur la durée du schéma, ce qui laisse présager des besoins globaux sur le territoire. La cadre supérieur du pôle de gériatrie insiste sur le fait que l'unité protégée du CH d'Agen est largement sous-dimensionnée par rapport aux besoins de l'EHPAD du CH d'Agen en particulier, et des structures environnantes plus largement.

La prise en charge des personnes désorientées constitue bien évidemment un problème pour chacun des établissements. À titre d'exemple, le CH de Fumel ne dispose pas de consultation mémoire avancée contrairement au CH de Nérac. De même, l'activité du CAMT du CH d'Agen est très importante et les besoins sont tels qu'un renfort médical

a été demandé lors du renouvellement de la labellisation. Le chef du pôle de gériatrie insiste sur ce point et indique « *on ne pourra pas faire plus si l'effectif médical n'est pas augmenté* ».

De plus, chacun des établissements se trouve dans l'obligation de remettre à jour l'ensemble de ses documents institutionnels (projet d'établissement, livret d'accueil des résidents ou des personnels, projet de vie et de soins, etc.). Malgré des échéances différentes, tous sont favorables à une harmonisation de ces éléments. La Directrice de Puymirol indique à ce propos « *nous avons beaucoup de protocoles en commun avec le CH d'Agen mais très peu de procédures* ». Un travail de consolidation pourrait ainsi être lancé afin d'harmoniser les politiques gériatriques et gérontologiques.

B) Les besoins externes

Les entretiens menés avec les directeurs d'EHPAD privés d'Agen ont été particulièrement instructifs quant aux besoins des personnes accueillies et par conséquent sur les moyens à mettre en œuvre. Ainsi, quasiment tous les directeurs expriment leur volonté de faire appel à la consultation mémoire du CH d'Agen. Ce service leur paraît essentiel pour les résidents qui entrent dans l'établissement ou bien en cours de séjour afin d'évaluer périodiquement les capacités cognitives. De même, un consensus s'est dessiné autour de l'idée selon laquelle un travail de fond devrait être mené sur la filière gériatrique. Le contexte très concurrentiel existant sur le territoire n'étant pas propice à des relations sereines, chacun reconnaît qu'un effort devra être fait afin de diriger les résidents vers les établissements partenaires, faciliter les transferts et appliquer des politiques tarifaires dans le respect des intérêts de chacun.

De plus, une meilleure collaboration avec le service des urgences du centre hospitalier d'Agen doit être instaurée aussi bien lors d'un transfert d'une personne depuis les urgences vers l'EHPAD qu'en sens inverse. Le directeur d'un EHPAD insiste sur le fait qu'il s'avère essentiel d'accroître le niveau d'information notamment lors du retour d'un résident ayant passé quelques heures ou quelques jours aux urgences afin d'assurer une continuité des soins mais aussi de faire en sorte que le résident ne soit pas perturbé lors de ces allers retours.

Le directeur du foyer-logement fait part d'une de ses préoccupations en indiquant « *chez moi, j'ai des GIR 3 alors qu'à l'hôpital vous avez des GIR 6* ». Il est vrai qu'une meilleure adéquation entre les moyens dont bénéficie la structure et les besoins des résidents serait opportune, à la fois pour ces derniers, mais aussi pour les personnels de

chacune des structures. Un déficit de communication semble être le point d'achoppement et il conviendra d'améliorer cette situation.

Les entretiens ont également permis de réaliser que les équipes soignantes étaient parfois, voire souvent, désemparées lorsqu'un résident présentait brusquement des troubles psychiatriques. La directrice d'un EHPAD déclare ouvertement « *il faudrait qu'un psychiatre puisse venir en suivant. Cela éviterait d'envoyer la mamie aux urgences !* ». Une autre directrice ne fait que confirmer ces propos et insiste sur l'intérêt grandissant de développer une équipe mobile de psychiatrie sur le territoire.

En outre, une mutualisation de compétences semble recueillir l'assentiment de beaucoup d'interlocuteurs. Ce besoin concerne essentiellement les Infirmières Diplômées d'État (IDE) mais aussi les autres professionnels libéraux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien, ...). Devant l'accroissement des charges de travail et l'essor des risques psycho-sociaux, une forte demande de temps partagé de psychologue du travail s'est fait jour. Les quotités de temps accordées aux établissements (mi-temps, quart temps) semble constituer un frein majeur afin de recruter des professionnels qualifiés.

Enfin, l'EHPAD reste avant tout un lieu de vie. Prendre en compte cet élément essentiel permet d'avoir en tête le rôle primordial que revêt la fonction animation auprès des personnes âgées. Pourtant, une insatisfaction grandissante se fait sentir tant au niveau des résidents que des familles et par conséquent des directeurs concernés. Optimiser cette fonction constitue l'un des enjeux essentiels pour toute structure qui souhaite améliorer l'accueil de ses résidents.

Cette première partie a permis d'étudier les besoins des personnes âgées sur le territoire de santé du Lot-et-Garonne. Le recensement des structures sanitaires et médico-sociales et l'analyse des collaborations existantes a été l'occasion de mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins. Il convient à présent de s'interroger sur l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées au travers du développement d'une filière gériatrique. Il s'agit de mesurer comment cette filière pourrait se développer en lien avec la direction commune et les autres structures du territoire afin d'améliorer l'état de santé d'une population vieillissante.

2 La constitution d'une filière gériatrique dans le cadre d'une direction commune : une opportunité pour répondre aux besoins d'une population vieillissante

Cette seconde partie sera structurée en trois temps. Tout d'abord, il s'agira d'étudier de manière approfondie le dispositif de la filière de soins gériatriques instauré par les pouvoirs publics. Puis, nous verrons dans quelle mesure la mise en place d'une filière gériatrique peut paraître opportune dans le cadre d'une direction commune. Enfin, nous analyserons comment l'ouverture de la direction commune vers les partenaires extérieurs peut constituer un levier pour développer une filière de territoire.

2.1 La filière gériatrique : un dispositif facilitant la prise en charge des personnes âgées

Nous verrons ici comment la prise en charge des personnes âgées doit être appréhendée de manière structurée afin d'améliorer leurs parcours de santé et de placer le patient gériatrique au cœur du système de soins et d'accompagnement.

2.1.1 La structuration d'une filière gériatrique : un principe incontournable

A) Les orientations des pouvoirs publics en faveur des filières de soins gériatriques

De nombreux textes ont préconisé la mise en œuvre de filières de soins gériatriques depuis plusieurs années. Il est inutile d'en faire une liste exhaustive mais quelques écrits incontournables doivent être rappelés.

Ainsi, la circulaire DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques envisageait déjà la nécessité de prendre en compte les polyopathologies dont souffrent les personnes âgées à travers un dispositif structuré autour de trois axes : accès à des soins de proximité, développement des courts séjours gériatriques, organisation des soins de suite et de réadaptation aux personnes âgées.

De plus, un rapport²⁷ publié en avril 2006 est venu consacrer le rôle essentiel de la filière gériatrique parmi les cinq objectifs des hôpitaux pour les cinq ans à venir.

²⁷ JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VOGOUROUX P., 2006, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, Paris, 40 p.

Parmi les 5 objectifs déclinés en 20 recommandations :

Objectif n° 1 : créer un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgences.

Le plan Solidarité Grand Âge 2007-2012 a eu pour finalité essentielle la prise en compte du vieillissement de la population. Ce plan a reposé sur plusieurs constats : l'allongement de la durée de la vie, l'augmentation de la dépendance des personnes âgées, le fardeau que représente la prise en charge pour les familles, la volonté de rester chez soi peu respectée, la continuité des soins mal assurée, etc. Aussi, la réforme envisagée a été bâtie autour de cinq axes de travail²⁸. L'une des dix-sept mesures proposées a eu pour but de « *resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital* ». Le terme de filière n'est pas employé à ce propos mais l'objectif décrit est particulièrement clair à savoir « *Créer un réseau qui permette aux différents acteurs de nouer un partenariat de confiance, indispensable pour que les patients passent facilement d'une structure à l'autre.* »

Par la suite, la circulaire DHOS du 28 mars 2007²⁹ est venue confirmer le travail amorcé en 2002 et les axes de travail présentés en 2006. Ainsi, la circulaire décrit l'organisation optimale à mettre en œuvre afin de favoriser la prise en charge des personnes âgées polypathologiques. Elle présente des préconisations pour la construction de liens entre les différents partenaires : établissements de santé, HAD, médecins traitants, EHPAD, structures de coordination. Elle contient cinq annexes qui décrivent des référentiels d'organisation (filiale de soins gériatriques, court séjour gériatrique, équipe mobile gériatrique, soins en unité de consultation et d'hospitalisation de jour, SSR pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance) et un modèle de convention type, relatif aux modalités de coopération entre un établissement de santé et un EHPAD dans le cadre d'une filière de soins gériatriques.

B) Les caractéristiques d'une filière de soins gériatriques

La circulaire de 2007 précise que « *la filière de soins gériatriques doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, de pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique* ». Elle ajoute qu'« *une filière de soins gériatriques assure également un rôle de « ressources » dans le domaine de la gériatrie pour les acteurs de ville et le secteur médico-social et social* » et qu'elle « *s'appuie de surcroît, nécessairement, sur de solides partenariats* ».

²⁸ Une réforme en cinq grands axes :

1/ Donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles,

2/ Inventer la maison de retraite de demain

3/ Adapter l'hôpital aux personnes âgées

4/ Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance

5/ Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

²⁹ Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

que soit le nombre d'interlocuteurs et quel que soit le parcours qui sera le sien à l'intérieur de la filière. De plus, le patient n'a pas à gérer son parcours. C'est la filière et elle seule qui se doit, par l'intermédiaire des différents maillons de la chaîne, de diriger le patient automatiquement vers la structure qui pourra répondre aux besoins qui sont les siens lors de son entrée dans la filière.

De plus, la filière comprend l'ensemble des acteurs du territoire de santé (hôpital, établissements médico-sociaux, médecins généralistes ou spécialistes, structure de coordination, ...). Chaque partenaire est intégré sans distinction de forme juridique, de statut ou de modalité d'exercice.

Les interactions entre l'ensemble des partenaires sont nécessairement à double sens. Il n'existe pas de lien de subordination ou de caractère de prestataires de services entre les différents acteurs. Chacun agit dans une volonté de coopérer afin de fluidifier au maximum le parcours de la personne âgée. Pour cela, une communication importante entre les acteurs doit se faire à l'entrée dans la filière, lors des différents mouvements ou lors de l'orientation décidée à la sortie.

Le concept de filière gériatrique s'est développé de manière importante ces dernières années. Lors de la journée FHF-Région Aquitaine du 8 décembre 2011, Muriel JAMOT a indiqué que la FHF avait mis sur son site internet un outil de recensement des filières. À cette date, il existait quarante-six filières gériatriques au niveau national ainsi que cent quarante coopérations sanitaire/ médico-sociales dont quatre en Lot-et-Garonne. Différentes expériences vont être décrites ci-dessous.

2.1.2 Les expériences internationales et nationales

Dans de nombreux pays, la structuration de la prise en charge des personnes âgées est devenue un leitmotiv pour les pouvoirs publics qui doivent faire face à un allongement de l'espérance de vie comparable à la situation française. Différents montages ont été élaborés afin de faciliter la prise en charge des personnes âgées. Ainsi, lors du dernier congrès de l'American Geriatrics Society à Seattle a été évoqué l'intérêt de la mise en place d'une équipe interdisciplinaire de conseil pour les soins aigus en gériatrie³³. Cette équipe composée entre autres d'un gériatre, infirmière, pharmacien, et assistant social propose des consultations dans chaque service de l'hôpital à la demande des médecins du service. Le gain financier a été jugé satisfaisant mais l'impact sur la qualité des soins n'a pu être mesuré. En revanche, une autre expérience américaine de

³³ Dépêche APM du 9 mai 2012.

télesurveillance de personnes âgées polypathologiques à domicile³⁴ n'a pas conclu à un véritable bénéfice sur le taux d'hospitalisation et de passage aux urgences.

Sur le continent européen, la Suisse a lancé un projet pilote « Géri-A-Com » en 2010 qui prévoit notamment des consultations spécialisées en gériatrie, un partenariat entre les établissements médico-sociaux et une collaboration entre médecin de premier recours et infirmier spécialisé en gériatrie. Au Danemark, le maintien à domicile est largement favorisé grâce à des adaptations du logement et la mise en place d'une télé surveillance. La construction d'EHPAD est ainsi devenue l'exception dans un pays qui prône presque exclusivement le développement de l'offre de services à la personne.

Sur le territoire français, de nombreuses filières de soins gériatriques existent. A ce stade, il paraît moins intéressant de recenser ce qui est commun que de souligner les éléments qui font l'originalité de certains montages.

À titre d'exemple, le CHU de Nancy et treize EHPAD ont signé une convention sur le parcours de soins coordonné.³⁵ Ce texte a été élaboré afin d'harmoniser les protocoles d'admission et de sortie pour fluidifier le parcours des résidents entre l'EHPAD et l'hôpital. La formation des personnels des EHPAD est assurée par des gériatres hospitaliers et le CHU réserve chaque jour deux lits du service des urgences en cas de besoin pour les EHPAD.

Le CH de Montélimar a quant à lui structuré une filière gérontologique sur son territoire de santé comme cela est évoqué dans la dépêche de l'Agence de Presse Médicale (APM) du 18 juin 2012. Une charte signée par les différents partenaires prévoit des consultations spécialisées réservées, une fiche de liaison pour chaque patient et des règles précises en cas de transfert d'un résident vers le CH. L'ARS a été partie prenante du projet et a assuré le financement d'une EMOG, d'une équipe d'hygiène hospitalière qui intervient dans les EHPAD et d'une « hot line » gériatrique.

Enfin, l'ARS Pays de Loire a été à l'origine du lancement de quatre projets pilotes sur le parcours de santé des personnes âgées³⁶. Deux projets se situent dans le cadre de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 (cf. infra) et deux projets ont un caractère purement régional. Les différents axes de travail concernent des solutions de fluidification du parcours (consultations avancées, protocole de gestion des sorties complexes) et de nouveaux outils en lien avec la nouvelle gouvernance (dossier médical partagé, annuaire des ressources du territoire).

³⁴ Dépêche APM du 8 juin 2012.

³⁵ Dépêche APM du 5 juin 2012.

³⁶ Dépêche HOSPIMEDIA du 12 juillet 2012.

Sur le territoire agenais, on pourrait représenter la filière de soins gériatriques selon le schéma élaboré en annexe 7. Il convient de préciser que le pôle de gériatrie du CH d'Agen occupe une place essentielle dans la dynamique de constitution de la filière. Toutefois, il s'agit d'un projet d'envergure en raison de la multiplicité des interlocuteurs.

La structuration d'une filière gériatrique est ainsi un enjeu dans de nombreux pays à travers le monde mais aussi dans plusieurs territoires de santé hexagonaux. En ce qui concerne le territoire de santé du Lot-et-Garonne, il convient à présent de s'interroger sur les difficultés existantes ou potentielles ainsi que sur les avantages d'une filière de soins gériatriques.

2.2 Les atouts et limites de la direction commune dans le cadre de la structuration de la filière gériatrique

Nous verrons dans un premier temps que la direction commune constitue une base naturelle de collaboration de nature à favoriser le développement d'une filière. Pour autant, un certain nombre de difficultés peuvent ralentir la mise en œuvre des projets.

2.2.1 La direction commune : une coopération naturelle pour structurer une filière gériatrique

A) Des objectifs partagés

Parmi les documents de planification, le projet médical de territoire Lot-et-Garonne 2009-2010³⁷ évoque clairement l'importance accordée au partenariat médical inter structures. De même, la Directrice Générale de l'ARS Aquitaine a signé le 1^{er} mars 2012 l'arrêté d'adoption du PRS aquitaine 2012-2016. Les priorités sont de « *progresser sur l'articulation des compétences des professionnels de santé avec les établissements de santé et les structures médico-sociales, pour répondre aux défis des maladies chroniques et du vieillissement de la population* ». La direction commune s'inscrit tout naturellement dans ces démarches de collaboration insufflées par les autorités de tarification.

Comme cela est indiqué dans le guide méthodologique des coopérations territoriales de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance, « *les coopérations semblent plus facilement mises en œuvre – et leur fonctionnement est d'autant plus pérenne – qu'elles sont impulsées par un directeur ayant en charge la direction commune des*

³⁷ Conférence sanitaire de Lot-et-Garonne, juin 2010, *Projet Médical de Territoire Lot et Garonne 2009-2010*, p. 124.

établissements parties à la convention ». En effet, le management unique favorise la prise de décisions. De plus, la gestion des équipes par une seule et même autorité reconnue en tant que telle, permet de rassembler les personnels autour d'une même ligne directrice.

De plus, le CH d'Agen est en cours d'écriture du projet d'établissement 2012-2017. Le projet médical du pôle de gériatrie-gérontologie est une composante de ce document institutionnel qui présente les axes stratégiques de développement de la politique gériatrique pour les cinq ans à venir. La prise en compte des partenariats concernant les différentes spécialités du pôle sont favorisées autant que possible entre les établissements de la direction commune sous la responsabilité du chef de pôle du CH d'Agen.

Mais privilégier les relations entre les quatre structures ne signifie pas pour autant négliger les relations existantes ou potentielles avec les autres établissements du territoire. Le renforcement de la direction commune ne sera que plus grand si chacun développe à son tour des partenariats. S'ouvrir vers les autres établissements est d'ailleurs une réalité pour le CH de Nérac qui projette de signer une convention de mise à disposition de personnel avec les EHPAD de Mézin et Sos-en-Albret. Le CH de Fumel verrait également d'un très bon œil le développement de partenariats avec les EHPAD de Tournon d'Agenais ou le CH de Pennes d'Agenais.

Enfin, la coordination reste le maître mot afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées. Celle-ci peut prendre diverses formes. Nous retiendrons ici la mission qui est dévolue au CLIC. La mise en place de trois structures départementales gérées par un même directeur constitue en soi la garantie qu'une politique d'information et de coordination identique sera menée sur tout le territoire. La signature de plus de 130 conventions³⁸ avec différents acteurs témoigne de l'investissement du CLIC sur le territoire de santé.

B) Des moyens mutualisés

Lors d'un entretien accordé au quotidien Sud-Ouest³⁹, le directeur du CH d'Agen avait évoqué le travail en commun réalisé au sein de la direction commune. Le journaliste avait alors titré son article « *la clé, c'est coopérer* ». Le guide ministériel d'élaboration des

³⁸ Agence Régionale de Santé Aquitaine, décembre 2011, *Schéma Régional d'Organisation médico-Sociale*, p. 41.

³⁹ Journal « Sud-Ouest » du Lot-et-Garonne, édition du 14 février 2012.

Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)⁴⁰ ne dit pas autre chose en indiquant que les documents devront « *traiter de manière précise les complémentarités et coopérations envisagées par chaque établissement* ». La mutualisation des moyens est ainsi devenue une évidence et la direction commune s'est engagée à accentuer cette démarche dans les prochains mois. Cette mise en commun des ressources et des moyens de travail s'effectue sur la base de conventions entre les établissements. La réalisation de ce rapport a d'ailleurs permis de réaliser un document synthétique récapitulant l'ensemble des conventions existantes entre chaque établissement de la direction commune. Trop long pour figurer dans ce mémoire, ce tableau a servi de base à une actualisation du conventionnement.

A ce stade, il convient de s'interroger pour savoir si la mutualisation des moyens se justifie uniquement par une volonté de regroupement ou si la mise en commun constitue un moyen d'améliorer la prise en charge. La finalité doit ainsi être bien déterminée car les conditions de mise en œuvre en seront peut-être modifiées. À titre d'exemple, mutualiser la fonction de qualicien doit-il servir uniquement à une rationalisation des coûts et à une amélioration du fonctionnement du service ou est-ce l'occasion de revoir les pratiques et de progresser en termes de qualité des soins ? La définition des objectifs d'une mutualisation doit donc être clairement précisée.

Après avoir fixé les objectifs, il est nécessaire d'indiquer les conditions de la mise en commun des moyens en tenant compte des directives nationales (ex : programme PHARE sur les achats hospitaliers), du contexte local (prestation inexistante), des personnels en place (potentiels d'évolution ou recrutement nécessaire), des restructurations possibles (regroupement de fonctions), des moyens financiers nécessaires (investissement matériel éventuel), des échéances (réalisation immédiate ou projetée) des gains potentiels (retour sur investissement), ...

Enfin, il est possible de déterminer les champs potentiels de mutualisation. Pour l'essentiel, les conventions existent entre le CH d'Agen et l'un des trois autres établissements. Rares sont les partenariats multi partîtes (médecine du travail). À ce jour, la mutualisation concerne principalement les activités d'hygiène, d'informatique, de DIM, de services techniques, ... Il faut également noter que la blanchisserie et la restauration sont deux secteurs gérés par un Syndicat Inter Hospitalier (SIH) pour lequel le CH d'Agen constitue un acteur essentiel. La dissolution de ce dernier avait été prévue par la loi HPST pour être effective avant le 23 juillet 2012 mais les décrets d'application prévoyant les

⁴⁰ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, janvier 2012, *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM*, p. 6.

modalités de transformation en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ne sont pas parus à temps. Il faut enfin mentionner parmi les projets de mutualisation le projet de reconstruction de la Blanchisserie Inter Hospitalière (BIH) qui permettra d'augmenter les capacités de traitement du linge afin d'intégrer de nouveaux EHPAD.

D'autres sources de mutualisation sont également à l'étude. Parmi celles-ci, deux secteurs pourraient faire l'objet d'une mise en œuvre à moyen terme : ressources humaines et finances. Mais les enjeux sont importants en termes de personnels, d'investissement, d'harmonisation des pratiques, de fonctionnement des services et de proximité des prestations, ... Les évolutions envisagées ne pourront être similaires sur chaque établissement de la direction commune et une étude d'impact différenciée devra être menée de façon rigoureuse et non précipitée.

En outre, il faut souligner la démarche volontariste des autorités publiques qui ont légiféré en février 2012 afin de créer le Fond d'Intervention Régional (FIR). Celui-ci permet le financement de vingt actions dont celles « *permettant la mutualisation des moyens de plusieurs des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupements d'achats, ...* ».

On ne peut conclure cette partie sans évoquer les nouvelles modalités de mutualisation mises en avant par la loi HPST et notamment le Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale (GCSMS). L'éventualité de la mise en place d'un tel groupement a été envisagée au sein de la direction commune car il aurait permis d'associer d'autres établissements (EHPAD, associations, CLIC). Cependant, son étude ne sera pas réalisée ici car les autres structures sanitaires ou médico-sociales ne semblaient pas suffisamment avancées et mures pour se lancer dans ce type de montage.

2.2.2 Les freins à la constitution d'une filière gériatrique

A) Les obstacles structurels

En premier lieu, le développement d'une filière gériatrique vise à structurer la prise en charge des citoyens sur un territoire donné. À ce sujet, l'ANAP⁴¹ distingue trois niveaux :

- « *le bassin de vie* » pour une personne qui constitue « *la réponse opérationnelle*

⁴¹ AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2011, *Les parcours des personnes âgées sur un territoire, retours d'expérience*, p. 8.

de proximité »,

- « *le niveau d'intervention pour la distribution* » qui concerne plus souvent « *plusieurs patientelles* » ou une commune,
- et enfin « *le niveau de la coopération et de la mise en œuvre des synergies sanitaires et sociales* » qui englobe plusieurs communes ou cantons.

Ainsi, le territoire concerné par les actes de collaboration devra être clairement identifié afin d'envisager les actions les plus opportunes sur le bassin de population étudié.

En outre, la conception de la filière peut être différente selon que l'on est usager du système de soins, directeur d'un établissement ou responsable de la planification territoriale. Les opinions seront divergentes entre une personne âgée dans une commune rurale de la banlieue agenaise, le gestionnaire d'un EHPAD à but lucratif au centre d'Agen et le directeur de la DT ARS. Ces considérations ne sont pas négligeables dans la constitution d'une filière.

De plus, il ne faut pas ignorer que les collaborations peuvent s'avérer délicates sur un territoire entre des structures présentant des différences marquées en termes de statut (public ou privé), de taille (structure individuelle ou appartenant à un groupe), de localisation géographique (urbaine ou rurale), de durée d'existence (structure ancienne ou récente), de mode d'organisation, de moyens pour fonctionner, ... Les besoins peuvent diverger voire être antinomiques. Le directeur de l'EHPAD X me disait « *au CH, vous avez une équipe qualité, une équipe hygiène. Nous, on fait comme on peut* ». Ces propos illustrent simplement la complexité du monde sanitaire et médico-social en général, et la situation du secteur agenais en particulier. Comme nous l'avons constaté lors de l'étude des besoins, l'offre publique d'EHPAD est restreinte avec des moyens structurés alors que l'offre privée est très conséquente avec des équipes limitées. La prise en compte de l'ensemble de ces éléments peut complexifier la mise en œuvre de collaborations.

Dans le cadre de la constitution d'une filière gériatrique, une réflexion sur la nécessité d'un accompagnement médico-psycho-social adaptée à la personne âgée s'impose forcément. La prise en charge globale constitue la condition sine qua non de toute constitution d'une filière gériatrique. De plus, la tendance actuelle est à l'augmentation du niveau de dépendance et des soins requis par les résidents en EHPAD. Enfin, une évolution naturelle de la prise en charge en EHPAD vers une prise en soins palliative est de plus en plus fréquente. Le centre de gérontologie de Pompeyrie et les autres EHPAD sont de parfaites illustrations de cette évolution globalisée des besoins. Trouver l'adéquation idéale entre l'offre de soins et la demande de chaque individu

constitue une tâche particulièrement ardue.

Un défaut d'anticipation ou une planification perfectible peuvent se révéler particulièrement dommageable pour les personnes prises en charge. L'un des exemples les plus marquants est le cas de cette personne âgée qui s'est foulée le poignet et que l'on ne peut renvoyer chez elle après son passage aux urgences car son logement totalement insalubre ne lui permettra pas de subvenir à ses besoins. On se rend compte que le rôle de l'assistante sociale dans une filière s'avère essentiel afin de trouver la meilleure orientation possible dans ce cas de figure. Comment ne pas évoquer également le cas de cette résidente d'un EHPAD qui s'est fracturée le col du fémur un weekend. Après son arrivée aux urgences, celle-ci est transférée dans un autre hôpital ou malheureusement le surcroît d'activité ne permettra pas une intervention. Le retour au CH d'Agen quelques 72 heures plus tard a compromis ses chances de guérison lors de son retour en EHPAD, sans compter le traumatisme moral dû à tous ces transferts.

Enfin, la prise en charge en SSR peut souffrir de quelques faiblesses structurelles. En premier lieu, l'arrivée de patients de MCO peut parfois être trop précipitée. Le programme de réadaptation en SSR doit ainsi être adapté en conséquence. A l'inverse, le manque de structures d'aval peut compromettre une sortie dans le temps imparti et monopoliser inutilement un lit et des moyens. L'articulation MCO/SSR et SSR/structure d'aval peut ainsi constituer un maillon faible du parcours de la personne âgée.

B) Les obstacles conjoncturels

Comme nous l'avons vu au travers du diagnostic établi en début de rapport, il ressort que les différentes caractéristiques sociales qui retentissent sur l'état de santé des personnes âgées en Lot-et-Garonne sont : habitat inadapté, moyens financiers faibles, territoire essentiellement rural, accompagnement familial insuffisant, ... La prise en compte de l'ensemble de ces facteurs d'influence peut s'avérer délicat :

- À trop privilégier la prise en charge de proximité, il y aura un défaut de spécialisation des soins.
- À trop vouloir limiter le reste à charge des familles, un manque de qualité se fera ressentir.
- À trop favoriser la prise en charge en institution, un sentiment d'abandon des aidants à domicile se développera.

La mise en œuvre d'une filière de soins devra tenir compte de l'ensemble de ces éléments.

Pour compléter cette analyse, il faut avoir en tête une autre considération « géostratégique ». L'étude réalisée en début de rapport a fait ressortir deux éléments. Au sein même d'Agen, il y a un acteur public (centre de gérontologie de Pompeyrie) et sept EHPAD privés. Sur les communes environnantes, l'offre est essentiellement publique. Dès lors, les coopérations mise en œuvre pourront se heurter à une double difficulté. Faut-il privilégier une collaboration de proximité ? En l'espèce, il s'agira d'un établissement public avec plusieurs structures privées. Ou faut-il favoriser des liens publics ? En l'occurrence, les collaborations s'inscriront sur un territoire étendu.

Comme nous venons de le voir, le développement d'une filière dépend avant tout du rapprochement stratégique entre les structures. Cependant, l'éloignement géographique entre les établissements constitue en soi une difficulté non négligeable. Ainsi, le transfert d'un résident entre l'EHPAD du CH d'Agen et l'UHR de Nérac peut être délicat à mettre en place lorsque la personne âgée n'a pour famille que son mari qui habite à proximité de l'EHPAD. Faut-il alors privilégier la prise en charge dans une structure adaptée ou bien favoriser le seul lien familial qui existe au risque de devoir sacrifier la qualité des soins apportés ?

De plus, les objectifs individuels vont parfois à l'encontre de l'intérêt collectif. Les esprits partisans peuvent freiner toute volonté de coopération. Les collaborations naturelles entre deux établissements proches peuvent ne pas voir le jour en raison du veto d'un chef d'établissement. On peut par exemple citer le directeur du CH de Villeneuve-sur-Lot peu enclin à travailler de concert avec les directeurs des CH de Fumel ou d'Agen. Toute collaboration ne pourra se mettre en place et se développer si la volonté politique initiale n'est pas totale et sans condition.

Une filière de soins gériatriques comprend des services structurant par la taille (EHPAD) ou par la spécialité de l'offre de soins proposée (SSR gériatrique). Elle comprend également des services satellites comme l'EMOG du CH d'Agen dont le développement va croissant. Celle-ci réalise aujourd'hui l'essentiel de son activité pour les services hospitaliers. Hors, la demande des EHPAD du secteur est particulièrement importante. Mais les ressources humaines du service n'étant pas extensibles, l'équipe ne peut satisfaire les besoins exprimés par les structures environnantes. Constituer une filière nécessitera la prise en compte de toutes les spécialités, sans négligence aucune.

Enfin, la structuration d'une filière gériatrique peut s'avérer particulièrement délicate dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et para médicales. Les trois CH de la direction commune doivent faire face à cette pénurie médicale et le nombre

de médecins gériatres dans les territoires intermédiaires est préoccupant. De même, les EHPAD du territoire subissent de plein fouet le manque de personnels spécialisés (médecin coordonnateur, IDE, psychologue, kinésithérapeute, ...). La situation s'avère préjudiciable pour les résidents dont la qualité des soins dispensés peut être moindre mais aussi pour les personnels qui peuvent connaître des situations de surcharge de travail et de saturation professionnelle. L'exemple le plus frappant est la prise en charge des résidents la nuit dans les EHPAD qui pâtit lourdement du manque d'infirmière.

2.3 L'ouverture de la direction commune vers les partenaires extérieurs : une dynamique nécessaire pour constituer une filière de territoire

2.3.1 La filière gériatrique de territoire ou l'optimisation du parcours du patient

La thématique du parcours du patient n'est pas récente puisque le programme pour la gériatrie intégrait déjà cet aspect en 2006. Parmi les cinq objectifs avancés par ce rapport, il était préconisé de « *développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient* ».

Le parcours de santé est difficile à définir et ce d'autant plus que des notions proches existent : filière de soins gériatriques, réseaux gérontologiques, ... Les réseaux permettent une coordination des soins et un lien entre les acteurs. Quand on évoque la notion de parcours de santé, on ne résonne plus en termes de structures mais au niveau plus global de besoins de la population sur un territoire. Le parcours de santé englobe toutes les dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales. On se situe ainsi à un échelon sociétal et non structurel. Cette différence de philosophie induit une réflexion globale sur le concept de santé et de population. Les pouvoirs publics se sont emparés du sujet et de nombreux rapports traitent de la notion de parcours.

Ainsi, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a adopté le 23 juin 2011⁴² un rapport dans lequel il préconise une continuité dans la réponse apportée aux besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées en perte d'autonomie sur l'ensemble de leur trajet de santé. Dans son avis⁴³ adopté le 22 mars 2012, le HCAAM précise « *que la qualité du soin est une qualité globale qui se mesure sur l'ensemble du*

⁴² HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, juin 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie – Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*, 186 p.

⁴³ HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, mars 2012, *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, p. 14.

parcours de soins de la personne malade, le faisant évoluer vers un parcours de santé. Or ce sont les parcours de ces personnes qui sont le plus susceptibles d'engendrer des interventions inadéquates des différents professionnels soignants ». De même, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)⁴⁴ indique dans son rapport annuel que « *encourager le décloisonnement constituent des leviers incontournables en faveur de la fluidification des parcours individuels* ».

En réponse à ces rapports, les députés ont légiféré dans l'optique de prendre en compte cette notion de parcours. Dans son article 70, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2012 a prévu des expérimentations préconisant « *des modes d'organisation destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaire et médico-sociaux* ». Ainsi, le cahier des charges définissant les projets pilotes précise un certain nombre d'objectifs destinés à favoriser l'articulation entre le milieu hospitalier et l'ambulatoire, la coopération entre les acteurs sanitaires et sociaux, etc. On peut par exemple citer le Contrat Local de santé (CLS) signé entre l'ARS Pays-de-Loire et les communautés de communes du territoire⁴⁵. Ce CLS se situe dans le cadre national des expérimentations sur le parcours de santé. Il prévoit un certain nombre de pistes d'actions destinées à prendre en compte le parcours de santé des personnes âgées (outil d'évaluation des besoins, définition de procédures, etc.).

Mais la notion de parcours suscite de nombreux questionnements. Par exemple, la Mission Hôpital Public⁴⁶ propose d'« *introduire un mécanisme de modulation de la T2A pour les établissements engageant des opérations ambitieuses de collaboration* ». Francis FELINGER, président de la conférence des présidents de CME de CH a également proposé en mars 2012, lors de son audition devant la Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale (MECSS) du sénat « *une tarification fondée sur le parcours du patient* » et a estimé que « *la T2A est un obstacle à l'organisation pertinente d'un parcours de soins* ». Mais pour adapter le modèle de financement au parcours de soins, « *il faudrait trouver une clé de répartition entre les différents acteurs et définir un parcours moyen organisé fondé sur la pertinence des soins* ». Là encore, la réflexion aboutit purement et simplement à une réforme du financement actuel lié à la T2A ce qui ne va pas sans occasionner des interrogations.

⁴⁴ CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, avril 2012, *Rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie 2011*, p. 60.

⁴⁵ Dépêche HOSPIMEDIA du 19 juillet 2012

⁴⁶ BOIRON F., FELLINGER F., janvier 2012, *Mission Hôpital Public*, p. 61.

Le 3 avril 2012, la ministre des solidarités et de la cohésion sociale a installé le comité national de pilotage sur le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Ce comité a été chargé de coordonner la mise en œuvre des recommandations formulées par le HCAAM. Quatre ateliers ont été constitués afin de travailler sur le partage des données cliniques et les systèmes d'information, sur la coopération et la coordination des professionnels, sur l'optimisation des prises en charge sanitaires avant d'entrer en établissement et les sorties d'hospitalisation et enfin sur les modes d'évaluation des projets pilotes.

La notion de parcours de santé est ainsi intimement liée à celle de filière de territoire. L'ANAP, dans son guide sur les coopérations⁴⁷, évoque le terme de « *coopération parcours* » pour parler des relations entre les différents acteurs de la prise en charge. Au niveau d'un centre hospitalier de recours, deux éléments sont primordiaux afin d'optimiser cette filière.

En premier lieu, l'organisation des services d'urgence du centre hospitalier demeure essentielle dans l'optique d'accueillir les personnes âgées venant du domicile ou d'un EHPAD situé sur le territoire. La cour des comptes⁴⁸ note que « *les personnes âgées représentent une part importante des passages aux urgences hospitalières : la proportion de celles de plus de 75 ans atteint 12%, soit une fréquentation d'un tiers supérieure à leur part au sein de la population (9%), le taux de recours des personnes de 80 ans et plus s'élève à 40%* ». Elle ajoute que « *la surreprésentation persistante des personnes âgées aux urgences continue d'attester que la prise en charge en amont reste insuffisamment adaptée* ».

En second lieu, la décision d'orientation vers une structure d'aval constitue également un élément fondamental du parcours du patient. À ce sujet, le docteur F ZANASKA président de la Conférence Nationale des Commissions Médicales d'Établissement (CME) du secteur Privé Non Lucratif (PNL) indiquait dans un communiqué de presse en mars 2012 vouloir « *une complémentarité avec le public sur l'utilisation du potentiel de SSR du PNL comme structure d'aval prioritaire des services hospitaliers* ».

Le renforcement des partenariats existants entre la direction commune et les divers services et structures du territoire constitue ainsi un élément fondamental pour optimiser le parcours des personnes âgées sur le territoire de santé. Par ailleurs, il faut

⁴⁷ AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social, guide méthodologique*, 102 p.

⁴⁸ COURS DES COMPTES, février 2012, *Le rapport public annuel 2012*, tome 2, p. 188.

également envisager de nouvelles formes de collaborations afin d'intensifier la structuration de la filière.

2.3.2 Les facteurs clés de réussite de la filière gériatrique territoriale

Le développement d'une filière gériatrique suppose le respect d'un certain nombre de prérequis.

Tout d'abord, le découplage des champs sanitaires et médico-sociaux constitue l'une des valeurs essentielles. Comme l'indiquait Mr COURET directeur adjoint en charge de la gériatrie au CH de Dax lors de journées de l'ADH⁴⁹, « *les services sont trop cloisonnés. Le CLIC est une structure trop médico-sociale. Les habitants ont besoin d'un guichet unique* ». De plus, le cloisonnement existe entre sanitaire et médico-social mais aussi au sein même du secteur médico-social entre les différentes structures ou services. La récente création du Ministère des affaires sociales et de la santé témoigne de la volonté des plus hautes autorités de l'état de vouloir mener une politique cohérente empreinte de transversalité.

La mise en œuvre d'une politique commune entre les différentes autorités de tarification est un objectif essentiel. Le rapport 2012 de la Cour des Comptes⁵⁰ recommande de « *veiller à ce que la coordination exercée par les agences régionales de santé avec les conseils généraux soit réalisée pour apporter une réponse globale et adaptée aux besoins du grand âge* ». La planification concertée sur le territoire de santé ne peut que favoriser la prise en compte des besoins des personnes âgées. Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) 2010 – 2013 Aquitaine⁵¹ consacre d'ailleurs une enveloppe financière (316 943€) à la continuité de la filière gériatrique sur l'ensemble du territoire de santé en favorisant la mise en œuvre d'une consultation d'évaluation gériatrique au sein de tous les CH et les EHPAD du département.

Mais cette coordination suppose également une volonté des acteurs de s'impliquer dans la construction de la filière. La coopération n'est pas forcément naturelle dans le secteur de la santé. Il peut y avoir des enjeux de pouvoir et des tensions. Coopérer peut être perçu par certains acteurs comme une contrainte de nature à faire perdre son indépendance et sa liberté d'action. Au contraire, il s'agit avant tout de rechercher une

⁴⁹ BOIRON F., CAZENAVE JP., Association des Directeurs d'Hôpital - Délégation Aquitaine, « Territoire et territoires », in CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX, 20 janvier 2012, Bordeaux.

⁵⁰ COURS DES COMPTES, op. cit., p. 191.

⁵¹ Agence Régionale de Santé Aquitaine, juillet 2010, *Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie PRIAC 2010 – 2013 Aquitaine, chapitre 5-1* - p. 1/4.

synergie entre les établissements et une complémentarité susceptible d'inscrire les différents partenaires dans une démarche durable.

À contrario, la filière doit certes constituer un objectif mais pas une idée aveuglante. L'un des risques est l'excès de collaboration et le développement d'une filière trop étendue. Le maillage territorial ne doit pas se transformer en toile d'araignée sclérosante. Les prises d'initiatives individuelles doivent être préservées si tant que celles-ci ne soient pas en contradiction avec les objectifs de la filière. La volonté de regrouper les forces en présence ne doit pas s'accompagner d'une dissolution des responsabilités. Chacun doit pouvoir apporter sa part à l'édifice.

De plus, la mise en place d'une filière suppose une communication très importante entre les acteurs mais aussi et surtout envers les patients et les résidents. La connaissance des différents services et structures, des interlocuteurs potentiels, des modalités d'entrée dans la filière constitue un gage de réussite. Par ailleurs, communiquer est un moyen pour un établissement d'être attractif envers les personnels médicaux et non médicaux. Un cercle vertueux peut ainsi se développer progressivement : une offre de soins structurée attire de nouveaux personnels soucieux de trouver une filière de soins dynamique et des équipes soignantes motivées contribuent à développer chacun des maillons de la chaîne.

Enfin, la constitution d'une filière suppose la formalisation des relations entre les établissements. La culture de l'écrit doit venir compléter les relations informelles qui se sont nouées progressivement entre les acteurs. Différentes modalités peuvent coexister : convention bipartite, charte entre tous les partenaires, contrat local de santé entre l'ARS et les établissements.

Le développement d'une filière gériatrique constitue un moyen de répondre aux besoins globaux des personnes âgées sur un territoire de santé. La structuration de cette filière dans un contexte de direction commune sera facilitée sous réserve d'une ouverture forte à l'ensemble des partenaires sanitaires et médico-sociaux. La mise en œuvre concrète devra s'appuyer sur un plan d'actions rigoureux dont les objectifs et les axes de travail auront été clairement définis.

3 Des axes d'évolution pour optimiser la filière gériatrique de territoire

Cette troisième partie vise à étudier les modalités concrètes d'évolution de la filière gériatrique. Pour cela, le positionnement d'un directeur constitue un gage de structuration de la démarche. Les actions à mettre en œuvre auront pour finalité à la fois le renforcement de la direction commune au sein du territoire mais aussi l'intensification des liens avec l'ensemble des partenaires sanitaires et médico-sociaux.

3.1 Affirmer le positionnement d'un DESSMS pour impulser le dynamisme de la filière gériatrique

La structuration d'une filière gériatrique de territoire peut être favorisée par le recrutement d'un DESSMS qui contribuera à mettre en œuvre des projets, à suivre leur réalisation et ainsi à favoriser le développement des activités sanitaires et médico-sociales.

3.1.1 Diffuser la culture gérontologique et médico-sociale

La structuration d'une filière gériatrique répond à un besoin de prise en charge globale des personnes âgées. Le vieillissement de la population étant de plus en plus important, les attentes de la population vont se développer considérablement dans les prochaines années. Les besoins vont augmenter aussi bien quantitativement que qualitativement. Autrement dit, ils seront de plus en plus nombreux mais aussi hétérogènes. Chaque individu aura des besoins qui lui sont propres en fonction de ses problèmes de santé. La santé est envisagée ici dans son acception globale qui englobe les aspects physiques, psychologiques et sociaux. La prise en compte de tous ces besoins à la fois individuels et collectifs constitue la mission essentielle d'un DESSMS, qu'il travaille au sein d'une structure médico-sociale ou sanitaire.

Comme nous l'avons vu, le nombre de personnes âgées fréquentant les services hospitaliers est en augmentation constante. Hors, les problématiques d'une personne de soixante-dix ans ne sont pas identiques à celles d'une personne de quarante ans. La prise en compte des aspects gériatriques pour des services de médecine ou de chirurgie, plus habitués à traiter des personnes plus jeunes, constitue un enjeu majeur. La valorisation de la spécialité de la gériatrie au même titre que toute autre spécialité médicale s'avère essentielle au sein d'un centre hospitalier.

Mais la culture médico-sociale ne doit pas se cantonner qu'en médecine ou chirurgie. L'ensemble des secteurs hospitaliers doivent s'interroger sur leurs pratiques et intégrer la notion du vieillissement. Cela concerne aussi bien les urgences qui doivent être structurées afin qu'un personnel formé puisse orienter les personnes âgées de manière optimale. La problématique peut également être importante pour des services économiques qui peuvent prendre en compte cette dimension lors d'achat de matériel. Le service hygiène se doit d'être particulièrement sensibilisé à la fragilité des personnes âgées hospitalisées. Bref, l'acculturation de l'ensemble des services de l'hôpital est nécessaire.

Mais la diffusion de la culture gérontologique n'est pas qu'une nécessité hospitalière. Un directeur se doit de promouvoir également celle-ci en dehors de l'institution. La communication externe constitue une mission essentielle du métier de directeur. Il s'agit pour lui de sensibiliser l'ensemble de la population aux problématiques liées aux personnes âgées. Pour cela, l'organisation de journées d'étude, de réunions d'information, de formations à destination des aidants, de journées portes ouvertes, de partenariats intergénérationnels sont autant de moyens pour dynamiser la filière gériatrique.

La promotion des métiers de la gériatrie paraît également incontournable. Depuis toujours, les services de chirurgie ou de médecine spécialisée (cardiologie, pneumologie) sont beaucoup plus attractifs que les EHPAD et à fortiori les SSR ou les soins palliatifs. Aussi, il convient de mettre en œuvre des moyens (forum de l'emploi au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ou Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS), journées portes ouvertes dans les établissements avec accueil par le personnel, rencontres recruteurs-chercheurs d'emploi) afin d'attirer de nouveaux personnels. Mais la politique de recrutement doit également être accompagnée d'une démarche de fidélisation du personnel éventuellement spécifique à la gériatrie (contrat à durée indéterminée favorisé, mise en stage anticipée, mutation entre service facilitée, ...).

De plus, la culture médico-sociale imprégnera plus facilement la population si celle-ci est porteuse de valeurs positives. Parmi elles, on peut citer la bientraitance, la cohésion sociale, la solidarité, le soutien familial, les liens intergénérationnels, le respect de l'autre, ... Il appartient à un directeur intervenant dans le champ médico-social de véhiculer autant que possible cette culture associant comportement exemplaire et valorisation de nos aînés.

L'image du secteur médico-social sera d'autant plus positive que la qualité des soins et de l'accompagnement dispensés sera importante. À ce titre, les procédures d'évaluation interne et externe contribuent grandement à l'amélioration continue de la qualité et indirectement à la perception positive des établissements. Il appartient au directeur de tout mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge de ses résidents et de valoriser celle-ci grâce à une communication efficace.

À travers ces quelques notions, on comprend que la structuration d'une filière gériatrique nécessite une vision stratégique mais aussi et avant tout un état d'esprit qui fait du champ médico-social un acteur à part entière de la prise en charge où l'humain est une valeur sous-jacente de toute action.

3.1.2 Garantir une vision stratégique et une mise en œuvre opérationnelle des projets gériatriques

Le développement d'une filière gériatrique nécessite la structuration d'une démarche de projet. Pour cela, une méthodologie de travail associant vision stratégique et mise en œuvre opérationnelle devra être respectée afin de garantir le succès des actions envisagées. Un DESSMS en charge du développement d'une filière gériatrique doit être le garant de cette double approche.

En premier lieu, la définition d'une ligne directrice regroupant des axes stratégiques doit être impulsée par le directeur. Ces orientations politiques résulteront de l'étude des besoins des acteurs (population, structures, services, organismes de tarification, ...) et de leur adéquation avec les ressources existantes sur le territoire. Une seconde étape consistera en la déclinaison opérationnelle des objectifs stratégiques déterminés ci-dessus. La détermination de l'ensemble des actions devra être faite tout en veillant à conserver une cohérence globale.

Cette seconde partie peut ne pas être la plus facile pour le directeur. En effet, toutes les actions projetées peuvent avoir un impact organisationnel, financier ou humain sur les équipes. La constitution d'une filière est avant tout la concrétisation du concept de transversalité. Les personnels peuvent intégrer difficilement la notion du « travailler ensemble » pour se réfugier derrière leurs habitudes. Le directeur délégué du CH de Fumel me disait à ce sujet « *c'est dur de faire bouger les lignes* ». Un phénomène de résistance au changement peut ainsi se développer au détriment du plan projeté. Le directeur devra être force de conviction afin de débloquer une situation potentiellement

conflictuelle. De même, il pourra être moteur afin d'éviter le découragement des personnes qui contribuent à la mise en œuvre du projet sur une longue période.

La construction d'une filière constitue ainsi pour le directeur un exercice de management à la fois stimulant mais exigeant. Stimulant car cela nécessite un « savoir-être » afin d'être source d'inspiration, force de proposition et facteur d'influence. Exigeant car cela réclame des compétences à la fois techniques et humaines. Le directeur qui prend en charge la coordination de la filière se doit de mettre de « l'huile dans les rouages ». Les interactions et les attentes peuvent être si nombreuses que le directeur doit être capable également de garder une vision globale.

L'ANAP s'est emparée de la problématique du parcours des personnes âgées sur un territoire et a élaboré plusieurs guides⁵² pour aider les professionnels du secteur. Comme on peut le voir dans le schéma de l'ANAP en annexe 8, la mise en œuvre d'un plan d'actions nécessite trois étapes successives : la réalisation d'un constat, la définition d'axes d'amélioration, l'élaboration de plusieurs plans d'actions. En étudiant ce schéma, on peut indiquer qu'il n'existe pas de plan type. On peut élaborer un plan sommaire regroupant uniquement des objectifs et des actions. On peut à l'inverse réaliser un document complet comportant diagnostic, points forts et faibles, opportunités et limites, axes stratégiques, actions, objectif cible, ressources nécessaires, calendrier, effecteurs, risques encourus, effets attendus, etc.

Partant du constat ci-dessus, on peut indiquer que chaque structure doit adapter son plan d'actions en fonction de divers paramètres : contexte local, urgence du plan, moyens à consacrer, responsable du plan, effecteurs, suivi, ... Un plan d'actions est le résultat de la prise en compte de ces éléments et il faut insister sur le fait qu'il n'existe pas un plan unique mais des plans potentiels. Certaines actions seront retenues alors que d'autres seront écartées. En tout état de cause, l'élaboration et la réalisation future devra être concertée et approuvée par les organes dirigeants. Autant que possible, les équipes de terrain devront être associées à la conception de ce plan.

Élaborer un plan d'actions est une démarche délicate. Suivre l'exécution du projet l'est tout autant. Des outils devront être formalisés (rétro planning, feuille de route, tableau de suivi). Le directeur devra également constituer une équipe projet. Un comité de pilotage et des groupes de travail seront installés en fonction de l'importance du projet et du plan d'actions à mettre en œuvre.

⁵² AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2011, *Le parcours des personnes âgées sur un territoire – réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire*, 78 p.

L'évaluation constitue une étape fondamentale de toute démarche de projets. Elle suppose pour cela que soit retenu un certain nombre d'indicateurs de nature à apprécier la réalisation effective des actions projetées. Ces indicateurs quantitatifs ou qualitatifs doivent être simples, compréhensibles par tous et facilement mesurables. Ceux-ci feront l'objet, idéalement, d'un lexique explicatif afin que chacun puisse, à tout moment, en connaître la définition. Ces indicateurs ne seront peut-être pas pertinents ad vitam aeternam. Une révision ponctuelle de ceux-ci pourra être envisagée. La périodicité de l'évaluation sera également adaptée en fonction de l'action et du recueil de l'information censée renseigner l'indicateur. Lorsque cela sera possible, des comparaisons annuelles ou semestrielles pourront être effectuées. En fonction de l'évaluation globale qui aura été réalisée, le plan d'actions pourra être ajusté mais toujours en concertation avec les instances qui auront contribué à sa réalisation initiale.

En tant que directeur chargé de développer la filière gériatrique sur le territoire agenais, il me semblerait pertinent de réaliser un plan d'actions structuré comme indiqué ci-après. Chaque problématique soulevée, issue d'un constat ou d'un besoin exprimé, sera regroupée par axe stratégique. Ces orientations constitueront le cœur de la politique gériatrique et gérontologique. Pour chaque problématique, une ou plusieurs pistes d'actions seront évoquées et demanderont la mise en œuvre de moyens spécifiques. Enfin, chaque action pourra être évaluée par le biais d'un ou plusieurs indicateurs. On peut ainsi baptiser cette structuration la méthode OPAME (O=Orientation, P=Problématique, A=Action, M=Moyens, E=Évaluation). Le plan d'actions fera l'objet d'un tableau synthétique exposé en annexe 9 et sera explicité au sein des deux parties ci-dessous.

Pour développer la filière gériatrique sur le territoire de santé, seront retenus les quatre axes stratégiques suivants :

- Affirmer la place centrale du pôle de gériatrie-gérontologie de l'établissement support (CH d'Agen)
- Développer des projets gériatriques ambitieux et structurants
- Envisager un renforcement opérationnel des coopérations
- Garantir le succès de la filière gériatrique territoriale

3.2 Renforcer la position de la direction commune au sein du territoire

La direction commune pourra optimiser la filière gériatrique sur le territoire grâce à un programme d'actions à court terme permettant de répondre aux besoins. Elle pourra également faire preuve d'ambition à moyen terme grâce à des projets d'envergure structurant la prise en charge des personnes âgées.

3.2.1 Affirmer la place centrale du pôle de gériatrie-gérontologie de l'établissement support (CH d'Agen)

La Fédération des Villes Moyennes (FVM) a rédigé en mars 2012 un rapport⁵³ destiné aux candidats à l'élection présidentielle afin de faire part de douze priorités. Parmi celles-ci, la FVM souhaite que « *les établissements sanitaires présents dans les villes moyennes soient organisés en sites pivots de l'offre de soins avec une articulation entre offres locales publiques et privées* ». On mesure à cette occasion combien le centre hospitalier implanté sur un territoire revêt une importance capitale pour l'ensemble des acteurs.

A) Assurer une dynamique de développement interne

Le projet médical 2012-2016 du pôle de gériatrie gérontologie comporte plusieurs projets validés par la tutelle ou en cours de finalisation qui vont dans le sens d'un enrichissement de l'offre.

En premier lieu, on peut citer le programme d'éducation thérapeutique destiné aux aidants de patients atteints de maladie d'Alzheimer. Ce projet a été porté par l'ensemble du pôle de gériatrie et en particulier par le chef de pôle et la cadre supérieur de santé. Ce projet a reçu un avis favorable de la part de l'ARS en janvier 2012. L'aide aux aidants est un secteur porteur et les besoins sont d'autant plus importants que le nombre de personnes touchés par la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés augmente inexorablement. Le CH d'Agen se doit de mettre en œuvre ce dispositif et de consacrer les moyens nécessaires. D'autres projets similaires existent. La fondation France Alzheimer a développé des actions similaires et un partenariat pourrait se mettre en place afin d'éviter des actions redondantes.

Comme nous l'avons vu, l'équipe pluridisciplinaire du CAMT voit au fil des ans son activité se développer considérablement. La population cible se compose des personnes

⁵³ PIERRET C., mars 2012, « 12 priorités pour 2012 », *Fédération des villes moyennes*, p. 3.

vivant à domicile et orientées par leur médecin traitant mais aussi des patients hospitalisés pour lesquels un bilan a été demandé par le médecin du service. L'allongement de la durée de prise de rendez-vous justifie l'augmentation des moyens alloués. Cela est d'autant plus vrai que le CH d'Agen vient de déposer son dossier de renouvellement de labellisation en commun avec la consultation mémoire avancée au sein du CH de Nérac pour laquelle les besoins sont aussi grandissants.

Les difficultés de recrutement ont été à maintes reprises exprimées par les professionnels du pôle de gériatrie. La cadre supérieur de santé s'interroge souvent sur la continuité des soins au sein de l'EHPAD. « *Comment va-t-on faire la semaine prochaine sans infirmière ?* » répète-t-elle fréquemment. Afin de lutter contre cette désorganisation régulière, « *le législateur autorise maintenant les professionnels paramédicaux à sécuriser leurs pratiques à travers un protocole de coopération* »⁵⁴. Celui-ci répond à une procédure stricte pour laquelle la Haute Autorité de Santé (HAS) réalise des guides. En l'occurrence, la dispensation de médicaments pourrait faire l'objet d'une coopération entre les IDE et les préparateurs en pharmacie.

De plus, l'étude des besoins a fait ressortir la nécessité pour les quatre établissements de la direction commune d'actualiser l'ensemble des documents institutionnels (projet d'établissement, projet médical, projet de vie, procédures et protocoles, etc.). Afin de satisfaire aux obligations de l'évaluation interne et externe, cette mise à jour semble essentielle. Mais au-delà de cette exigence réglementaire, un travail de consolidation et de d'harmonisation doit être réalisé. C'est à ce prix qu'une véritable politique gériatrique territoriale pourra être envisagée et développée.

B) Augmenter les axes de collaboration interne

En premier lieu, il convient de renforcer les équipes de l'EMOG afin de faire face à la demande croissante émanant de l'ensemble des services du CH d' Agen ainsi que celles des urgences. Un renfort médical avec création d'un mi-temps de praticien hospitalier s'avère nécessaire au vu du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans accueillies aux urgences ou hospitalisées directement dans les services. De même, le directeur du CH de Nérac abondait dans ce sens : « *il faut renforcer les moyens de l'EMOG. Les besoins sont là dans le Néracais* ». La mutualisation des moyens peut apparaître totalement opportune dans ce contexte et facilitera le recrutement médical.

⁵⁴ ECKMANN L., MORAIS S., RIGON S., janvier 2012, « Accompagnement de projets de coopération entre professionnels de santé : une mission à promouvoir au sein d'une ARS ? », *Gestions Hospitalières*, p. 23.

Parmi les besoins relatifs à l'entrée dans la filière gériatrique, la prise en compte des spécificités de la personne âgée lors de son arrivée aux urgences est souvent exprimée. Afin de faciliter l'articulation entre les urgences, l'EMOG et l'équipe gériatrique, le recrutement d'une IDE de prévention gériatrique est un des objectifs du projet médical de pôle 2012-2016. Cette IDE aura un rôle de sensibilisation auprès des professionnels de santé sur la prise en charge préventive, d'éducation des malades âgés et de promotion des soins préventifs dans le pôle.

L'activité des cinq LISP est en plein développement sur le site de Monbran. Des relations étroites existent avec l'ensemble des services du pôle de gériatrie. Une extension de capacité ne paraîtrait pas superflue. Cependant, les transferts entre ce service et les unités d'USLD ou d'EHPAD pourraient, selon les informations recueillies auprès des différents acteurs, être mieux organisés afin de ne pas mettre en difficulté l'ensemble de l'équipe soignante. Une meilleure coordination médicale est donc souhaitable pour optimiser le fonctionnement.

Enfin, la direction commune bénéficie de structures spécifiques (UHR au CH de Nérac, secteur Alzheimer au CH d'Agen) dont la mise en œuvre récente contribue à structurer la filière gériatrique. L'élaboration de conventions entre chacun des quatre établissements apportera une complémentarité et structurera de manière globale le parcours du patient sur le territoire.

3.2.2 Développer des projets gériatriques ambitieux et structurants

La direction commune a bien compris le rôle qu'elle devait tenir sur son territoire et souhaite développer trois projets. Par ordre de faisabilité, nous présenterons :

- l'ouverture d'une unité pour patients en état végétatif ou pauci-relationnel chronique sur le CH de FUMEL,
- le projet de restructuration du centre de gérontologie de Pompeyrie (CH d'Agen),
- la réorganisation de l'activité de SSR sur le site de Monbran (CH d'Agen).

A) L'ouverture d'une unité dédiée aux états végétatifs ou pauci-relationnels chroniques

Le CH de Fumel dispose à ce jour de 24 lits de SSR se décomposant en 5 LISP, 13 lits de SSR polyvalents et 6 lits accueillant des personnes en état végétatif ou pauci relationnel sur des lits de SSR polyvalents. Le nombre de journées réalisées pour les patients présentant un état végétatif chronique ou pauci relationnel ne cesse de croître depuis ces 5 dernières années. La part d'activité consacrée à ce type de patient sur l'unité de soins de suite est passée de 5,66% en 2006 à 19.15% au 31 décembre 2010.

Les familles en difficulté font régulièrement appel à l'unité pour solliciter des admissions car elles rencontrent d'énormes problèmes pour placer leur proche dans un établissement acceptant ce type de prise en charge.

L'établissement a sollicité l'autorisation d'ouverture d'une unité de 8 lits dédiés aux personnes en état végétatif ou pauci-relationnel chronique afin de répondre aux besoins sur le département et de proposer une prise en charge de qualité adaptée aux besoins de ces patients.

La demande du Centre Hospitalier de Fumel s'inscrit :

↳ Dans le projet médical de territoire, au niveau de la filière des cérébrolésés, suite à une analyse globale des besoins sur le département de Lot-et-Garonne,

↳ Dans les préconisations de la circulaire n° DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n° 2002-288 du 3 mai 2002 relative à la création d'unité de soins dédiés aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel,

↳ Dans le SROS 2006-2011 qui prévoit que chaque territoire de recours devra comporter au moins une unité pour les personnes en état végétatif ou pauci-relationnel chronique.

Le bâtiment de 32 lits figurant dans l'opération de construction en cours et qui sera opérationnel en 2013 accueillera 8 lits de médecine, 13 lits de Soins de Suite spécialisés. (5 Liss et 8 lits dédiés aux états végétatifs ou pauci-relationnels) et 11 lits de Soins de Suite pour personnes âgées polypathologiques. Avec la restructuration de son SSR, le CH de Fumel sera ainsi en mesure d'offrir aux personnes âgées qui résident dans le secteur une offre complète de prise en charge.

B) Le projet de restructuration du centre de gérontologie de Pompeyrie

Le centre de gérontologie de Pompeyrie est à ce jour constitué de deux bâtiments. Un bâtiment « C » achevé en 1999 comprend 84 lits d'EHPAD et un bâtiment « B » achevé en 2008 accueille 62 lits d'EHPAD et 36 lits d'USLD. Pour mémoire, la capacité initialement autorisée avant le démarrage des travaux était de 209 lits et places. L'opération de réhabilitation devait se dérouler en trois tranches mais la dernière n'a pu être réalisée.

Comme nous l'avons vu, la ville d'Agen présente la particularité d'avoir une offre d'établissements privés à but lucratif qui représente plus de 50% de l'offre totale mais avec des taux d'occupation entre 73 et 94%. L'unique EHPAD public présente un taux proche de 100% et une liste d'attente de plus de 300 personnes. Le projet de 3^{ème} tranche

s'inscrit ainsi dans la volonté de proposer une offre publique diversifiée et adaptée aux nouveaux besoins liés à une augmentation importante des pathologies de la démence.

Le projet réactualisé en juin 2012 prévoit la réalisation d'un bâtiment « A » neuf de 62 lits et 12 places et s'inscrit dans une démarche de prise en compte des éléments suivants :

- Réinstallation des 27 lits d'hébergement complet pour retrouver la capacité initiale du site (209 lits autorisés contre 182 installés à la date de dépôt du dossier),
- Dédoublage de 13 chambres à 2 lits du bâtiment C afin de répondre aux exigences de résidents souhaitant bénéficier de chambres simples,
- Transfert sur le nouveau bâtiment A de 11 chambres du bâtiment C dont l'éloignement au sein du bâtiment actuel ne permet pas des soins appropriés à des résidents dont les pathologies de plus en plus lourdes exigent une surveillance médicale et paramédicale constante,
- Transfert sur le nouveau bâtiment A des 26 lits de l'unité protégée (secteur Alzheimer) du bâtiment B et extension de cette offre afin de proposer 3 unités de 13 lits,
- Création d'un PASA de 12 places,
- Création d'une UHR sans création de places supplémentaires par transfert de 12 lits sur les 36 lits d'USLD du bâtiment B,
- Création d'une UCC de 11 lits afin de proposer une offre de prise en charge inexistante sur le territoire.

Au final, afin de tenir compte de la capacité sanitaire et médico-sociale totale (173 lits d'EHPAD, 36 lits d'USLD dont 12 d'UHR, 11 lits d'UCC et 12 places de PASA), le Centre de Gérontologie sera constitué de 220 lits et 12 places. L'objectif du CH d'Agen est ainsi de pouvoir proposer une offre de prise en charge sanitaire et médico-sociale complète et de constituer un véritable pôle démence d'excellence au sein du Centre de Gérontologie de Pompeyrie.

C) La réorganisation des activités de SSR sur le site de Monbran

Actuellement, le site de Monbran comprend 28 lits de SSR gériatrique, 10 lits de SSR neurologique et 4 lits de SSR polyvalent. Il faut également noter que le CH bénéficie d'une dotation budgétaire nécessaire au fonctionnement des lits autorisés en juin 2000 (88 lits et 12 places) alors que les lits installés sont en nombre inférieur par rapport aux lits autorisés. Le CH est donc en sur-dotation et le passage à la T2A en l'état actuel

entraînerait une baisse de ressources non négligeable à moins qu'un effort important soit réalisé afin d'améliorer la cotation des actes.

Le CH d'Agen a déposé en novembre 2009 un dossier d'autorisation pour ses activités de SSR. La création de ces différentes unités correspond à des besoins non couverts sur le territoire de recours du Lot-et-Garonne et serait conforme à l'annexe du SROS. La capacité totale a été établie comme suit : prise en charge de la personne âgée polypathologique (42 lits), appareil locomoteur (20 lits), affections neurologiques (24 lits), affections cardio-vasculaires (20 lits + 10 places), affections respiratoires (10 lits).

Pour cela, l'objectif était donc d'installer sur le site de Monbran 38 lits dédiés à la prise en charge des affections des personnes âgées polypathologiques dépendantes, 4 lits non spécialisés ainsi que 24 lits du SSR locomoteur en rez-de-chaussée. L'implantation définitive de l'unité pourra se faire en 2014 lors du déménagement du service de psychiatrie de 30 lits sur le site de Saint-Esprit. En complément, était envisagée la création ex-nihilo d'un bâtiment de 3 300 m² destiné à accueillir 20 lits et 10 places spécialisée dans les affections cardiovasculaires, 10 lits dédiés à la prise en charge des affections respiratoires et un plateau technique de 800 m² adapté à l'ensemble des activités SSR du site de Monbran.

Ce projet d'envergure a dû être repensé car surdimensionné en raison de l'ensemble des travaux déjà entrepris sur le centre hospitalier, de la priorité accordée à certaines activités et des moyens budgétaires nécessaires pour financer cette restructuration. En prévision de la visite de conformité des SSR en novembre 2012, trois axes de travail sont privilégiés : développement de l'activité cardiologique, suspension de l'activité pneumologique et intensification de l'activité de rééducation avec le recrutement d'un médecin de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) chargé de coordonner l'ensemble de l'activité.

Grâce à l'ensemble des actions évoquées ci-dessus, la direction commune va pouvoir renforcer son positionnement sur le territoire de santé et structurer un peu plus encore la filière gériatrique. Afin de constituer une véritable filière gériatrique de territoire, une politique d'ouverture volontariste sera nécessaire envers l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux.

3.3 Intensifier la dynamique de rapprochement avec les partenaires externes

Seront abordées dans cette dernière partie les actions retenues afin d'améliorer les partenariats existants mais aussi afin de développer de nouveaux axes de collaboration. La filière gériatrique de territoire aura ainsi toutes les chances de pouvoir répondre aux besoins des personnes âgées.

3.3.1 Envisager un renforcement opérationnel des coopérations

A) Conforter les partenariats actuels

En premier lieu, les entretiens menés auprès de l'ensemble des acteurs de la filière laissent transparaître un besoin d'améliorer l'articulation naturelle qui devrait exister avec le CLIC. Cette revendication a été exprimée sur tout le territoire. Le directeur du CH de Nérac m'indiquait « *on ne travaille pas assez avec le CLIC. On pourrait faire mieux* ». Le directeur du CH de Fumel me disait « *je n'ai jamais rencontré le directeur du CLIC au sein de mon établissement* ». Pourtant, la couverture territoriale est assurée par des CLIC de niveau 3 sur l'ensemble du département. Sans doute peut-on se poser la question de l'adéquation des moyens octroyés à chacune des trois antennes locales en regard des besoins croissants. Le schéma gérontologique départemental fait de l'information et de la coordination son cheval de bataille pour la période 2011-2015. Il convient alors de s'interroger sur les modalités d'amélioration de la collaboration. Parmi les marges de progrès, on peut citer la coordination locale (aide accordée en cas d'institutionnalisation urgente, retour à domicile accéléré), l'information (existence de la filière, interlocuteurs privilégiés), la formation (accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, accompagnement en fin de vie,...).

De même, la continuité des soins apportés par les nombreux acteurs locaux (HAD, SSIAD, médecine libérale, association d'aide à domicile, réseau Pallissy, etc.) ne semble pas optimale. Le directeur d'un accueil de jour me confiait « *quand on va chercher les personnes le matin, l'infirmière n'est pas forcément passée et cela retarde tout le monde* ». Il paraît nécessaire de revoir les partenariats existants afin de clarifier les missions de chacun, éviter la redondance des actes, prévenir les oublis, ... La filière de soins gériatriques a pour objet premier de modéliser les interactions entre les différents partenaires et faciliter les relations afin de structurer l'offre de soins. C'est à cela que le coordonnateur de la filière devra s'attacher.

Enfin, les activités de SSR occupent une place prépondérante au sein de la filière gériatrique. Les spécialités sont diversifiées et le nombre de lits est important sur tout le territoire aussi bien au sein de la direction commune que dans des établissements privés. Le SSR constitue une porte d'entrée privilégiée dans la filière et nécessite le développement de coopérations étroites. Des partenariats existent notamment entre le CH d'Agen et l'ADAPT de Virazeil. L'arrivée d'un médecin MPR depuis avril 2012 au sein du CH d'Agen doit permettre une meilleure coordination des activités intra-hospitalière (en particulier avec l'équipe de rééducation placée sous la responsabilité du pôle médecine-chirurgie-anesthésie) et le renforcement des collaborations public/privé. La structuration d'une équipe mobile afin de favoriser les interventions extra hospitalière est vivement souhaitée.

B) Développer de nouvelles collaborations

L'ouverture en mai 2012 d'une structure d'accueil de jour à côté du Centre de gérontologie de Pompeyrie permet de répondre aux besoins de la population agenaise et des villes limitrophes. A la faveur de la proximité avec les services du CLIC, un véritable îlot de services dédiés aux personnes âgées se met en place progressivement. Une complémentarité existe de fait avec l'offre de soins déjà existante (CAMT, EHPAD, USLD). Il convient à présent de développer une coopération entre l'activité d'accueil de jour nouvellement créée et le centre hospitalier. Le CLIC et l'accueil de jour étant gérés par la même association, il ne devrait pas y avoir de problème. De surcroît, le chef de pôle de gériatrie assure déjà une vacation au sein du CLIC. Les modalités de mise en œuvre de ce partenariat restent malgré tout à définir (accueil groupé de résidents en journée, animations communes, temps de travail partagé).

De plus, plusieurs directeurs d'EHPAD ont fait part lors des entretiens d'un besoin ponctuel d'une assistance lorsqu'un résident est frappé brusquement d'un trouble psychiatrique ou d'une crise de violence. Les EHPAD ne disposant pas du personnel médical formé pour solutionner cet évènement soudain, il peut arriver que les personnes âgées soient transportées au centre hospitalier, ce qui contribue à gonfler inutilement la fréquentation du service des urgences et à perturber les résidents qui sont contraints d'être transférés pour 24 ou 48 heures. Pour répondre à ce besoin, chacun s'accorde à dire que la création d'une équipe mobile de psychiatrie permettrait une intervention par des professionnels formés au sein même de l'EHPAD. La proximité du centre hospitalier psychiatrique de la Candélie sur la commune d'Agen et l'existence d'un service de psychiatrie au sein du CH d'Agen doivent faciliter la mise en œuvre de ce service mobile.

Enfin, de plus en plus de personnes âgées sollicitent les différents EHPAD agenais afin de préparer leur entrée en institution. Cela engendre un travail administratif conséquent (informations à délivrer, remplissage d'un dossier d'admission, synthèse des demandes, mise à jour des fichiers) pour chaque établissement. Cela constitue une charge pour les futurs résidents ou leurs aidants qui doivent prendre attache auprès de chaque EHPAD et compléter autant de dossiers que d'établissements. Afin de trouver une piste de solution, le Conseil Général, en collaboration avec le CLIC, envisage de développer une liste d'attente commune gérée sur informatique via un serveur partagé. Une réunion de présentation a été organisée en avril 2012. Le projet doit maintenant se mettre en place, si tant est qu'un accord global soit trouvé entre tous les établissements afin d'arrêter les modalités concrètes de déploiement du logiciel.

3.3.2 Garantir le succès de la filière gériatrique territoriale

A) Assurer l'essor de la filière

Comme nous l'avons vu dans la première partie, de nombreuses conventions existent avec l'ensemble des EHPAD d'Agen. Ces conventions ont été élaborées au fil du temps et sont des contrats thématiques. En d'autres termes, il peut exister une convention pour le plan bleu, une pour l'EMOG, etc. Les partenariats développés sont anciens ou inexistant, vivants ou amorphes. Les échanges à ce sujet avec le chef de pôle de gériatrie-gérontologie ont abouti à la conclusion que le centre hospitalier se devait de redynamiser les relations avec les EHPAD. Pour atteindre cet objectif, l'idée est alors venue d'établir une convention unique présentant l'ensemble des services hospitaliers auxquels l'EHPAD pourrait avoir recours. Ce document serait complété sous forme d'annexes précisant les services que l'EHPAD aurait décidé de souscrire et les modalités concrètes de mise en œuvre du partenariat sollicité. La convention ainsi établie se composerait d'un tronc commun et de fiches techniques adaptées à chaque structure.

Le conventionnement avec les EHPAD est certes indispensable étant donné le nombre de structures uniquement sur la ville d'Agen. Mais une politique plus volontariste avec l'ensemble des acteurs du territoire de santé doit être mise en œuvre si on veut garantir l'essor de la filière. Pour cela, il peut sembler pertinent d'élaborer une convention constitutive afin de régir le fonctionnement du dispositif.

Ce document présentera le pilotage et l'animation de la filière gériatrique. Il décrira la composition du comité de filière (centre hospitalier, EHPAD, CCAS, conseil général, ARS, professionnels libéraux, SSIAD, HAD, association d'aide à domicile, représentants des usagers, etc.) et ses missions (validation et suivi des projets, organisation de groupes

de travail sur des thématiques précises). Il définira la composition et les fonctions qui seront dévolues au bureau de filière (étude des projets, propositions d'actions, etc.).

Les entretiens menés à la fois au sein de la direction commune et auprès des directeurs de différents établissements ont eu comme intérêt de faire émerger des besoins relatifs au personnel.

En effet, toutes les structures se sont trouvées confrontées un jour ou l'autre à des difficultés de recrutement notoires. Cette pénurie de ressources humaines qualifiées concerne à la fois le personnel médical et non médical. La situation géographique agenaise ne contribue pas à attirer de nouveaux professionnels et encore moins à les fidéliser. Beaucoup de professionnels s'accordent à dire qu'une mutualisation des besoins pourrait contribuer à faciliter les recrutements en mettant en avant le temps de travail partagé entre plusieurs structures. Cette solution permet bien souvent de créer l'équivalent d'un ETP global et suffit pour attirer des candidats potentiels. En outre, il faut avoir en tête que pouvoir recruter un temps de personnel spécialisé (psychomotricien, ergothérapeute, ...) permet d'améliorer notablement la prise en charge des personnes âgées au sein des EHPAD dont le budget permet le financement de ces postes.

Une autre suggestion a concerné la mutualisation des formations du personnel. Là encore, un regroupement des besoins peut faciliter l'organisation de sessions en intramuros. À défaut, il peut permettre d'atteindre le nombre de personnes suffisant afin qu'une formation se mette en place au sein d'un organisme extérieur.

B) Permettre la lisibilité de la filière

Le développement de la filière gériatrique de territoire passe certes par un accroissement des services sanitaires et médico-sociaux à destination des personnes âgées, par une multiplication des coopérations et par une élévation générale du niveau de soins. Cependant, il ne pourra être assuré sans une communication importante réalisée afin de faire connaître son existence par tous les acteurs du territoire. Cette lisibilité sera possible grâce à l'élaboration d'une plaquette d'information synthétisant les membres de la filière, les services proposés, les contacts à établir, etc. Une diffusion sur l'ensemble du territoire devra être effectuée. De même, un site internet pourra être développé et un lien sera créé sur l'ensemble des sites internet des différents membres de la filière.

Par ailleurs, une filière de soins gériatriques est avant tout destinée à satisfaire les besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées. Ces dernières développent plusieurs pathologies au fur et à mesure que leur âge augmente. Une prise en charge médico-psycho-sociale est souvent nécessaire. Beaucoup de professionnels peuvent être

sollicités et les aidants sont souvent mis à contribution. L'investissement de chacun contribue à la réussite collective de la filière. Dans ces conditions, il peut s'avérer utile de mesurer la satisfaction de l'ensemble des patients ou résidents qui auront intégré la filière gériatrique, quelles que soient les modalités d'entrée ou de sortie dans le dispositif. Une enquête de satisfaction sera réalisée auprès de ces personnes. Les enseignements qui en seront tirés serviront à optimiser encore et toujours le fonctionnement des différents maillons de la chaîne de soins.

Un troisième point important évoqué par les acteurs est le besoin de reconnaissance du travail réalisé en commun et d'identification de la filière gériatrique par les pouvoirs publics. Différents textes⁵⁵ mentionnent comme objectif l'obtention d'un label « filière gériatrique » pour chaque établissement de santé siège d'un service d'urgence. Ce label est conditionné à un double niveau d'organisation comportant un établissement de santé référent coordonnateur de la filière et des établissements et structures partenaires de la filière gériatrique. Cette labellisation par les autorités de tarification peut éventuellement constituer un avantage pour l'octroi de financements. Elle peut faire l'objet d'une contractualisation entre le centre hospitalier et les autorités de tarification avec la signature d'un CPOM. Elle est avant tout une reconnaissance du partenariat mis en place par tous les acteurs et des moyens déployés afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées.

⁵⁵ Plan solidarité grand âge 2007-2012, un programme pour la gériatrie.

Conclusion

Le vieillissement de la population est une problématique majeure en France ainsi que dans beaucoup d'autres pays. Les personnes âgées ne doivent pas être vues uniquement comme une charge. Bien au contraire, elles doivent avant tout être perçues comme une ressource. Disposant parfois de moyens financiers importants, elles contribuent à la consommation de biens et services. Elles sont également un facteur de cohésion sociale et assurent un lien intergénérationnel avec leurs enfants et petits-enfants.

La dépendance, ou plutôt la perte d'autonomie, a pris une telle importance dans notre quotidien qu'un comité national de coordination de la politique de prévention de la perte d'autonomie a vu le jour et que le financement éventuel d'un cinquième risque fait débat.

La démence, sous toutes ses formes, augmente inexorablement au sein de la population. On en viendrait presque à se demander s'il ne faudrait pas inverser notre logique d'institutionnalisation et réserver des secteurs aux personnes qui n'ont pas de trouble.

Bref, la prise en charge médico-psycho-sociale de nos aînés est un défi important pour les pouvoirs publics. Pour cela, l'étude des besoins, l'analyse des ressources et l'adéquation entre l'offre et la demande constitue un impératif méthodologique afin de mettre en œuvre des réponses adaptées. Le développement d'une filière de soins gériatriques constitue une modalité, parmi d'autres, de prise en compte du parcours de santé des patients. Au sein du territoire de santé du Lot-et-Garonne, la structuration d'une filière est une opportunité dans le contexte de la direction commune des CH d'Agen, de Nérac, de Fumel et de l'EHPAD de Puymirol car les liens qui unissent les établissements favorisent l'émergence de projets communs. A la faveur de cette collaboration naturelle, de nouveaux partenariats peuvent être initiés et une dynamique d'ouverture impulsée par le centre hospitalier de recours facilitera la constitution d'une filière de territoire.

La filière gériatrique permet de fluidifier les trajectoires et d'assurer la continuité de la prise en charge. Elle favorise le décloisonnement des logiques sanitaires et médico-sociales et la transversalité des actions. Elle associe proximité des soins et qualité des prestations. La filière est un dispositif pérenne si tant est qu'une évaluation régulière en facilite son évolution. L'animation de la filière et la coordination des actions seront les maîtres mots qui président à la réussite de la prise en soins et l'accompagnement des personnes âgées sur le long terme.

Cependant, une filière gériatrique ne peut être imposée à l'ensemble des structures et services sanitaires et médico-sociaux. Son développement doit être accompagné afin de proposer une prise en charge optimale aux personnes âgées. La constitution d'une filière gériatrique fait intervenir de nombreux interlocuteurs. Il eut été particulièrement intéressant de consulter différents acteurs (représentants des usagers, médecins libéraux, responsables de services de soins, ...) mais le temps limité pour mener ce projet m'a contraint à prioriser les entretiens.

La réalisation de ce mémoire a été riche d'enseignement quant aux modalités d'exercice du métier de directeur pour aujourd'hui et surtout pour demain. Pour reprendre une expression figurant dans un guide de l'ANAP⁵⁶ et pour faire une prospective sur les évolutions professionnelles, ne va-t-on pas passer « *d'un directeur d'établissement à un directeur de territoire* » ? Cette réflexion peut sembler prématurée à l'heure où les recompositions sanitaires et médico-sociales n'en sont qu'à leur balbutiement. Pour autant, il n'est pas illusoire d'imaginer un jour un réseau territorial unique regroupant l'ensemble des services gériatriques et gérontologiques du territoire de santé. L'avenir nous le dira ...

⁵⁶ AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, p.64.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel, n°2 du 3 janvier 2002, p124.
- Loi n°2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, n°54 du 5 mars 2002, p4118.
- Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Journal Officiel, n°151 du 1^{er} juillet 2004, p11944.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel, n°167 du 22 juillet 2009, p12184.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire DHOS n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques. Texte non paru au Journal Officiel.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O2 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Texte non paru au Journal Officiel.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». Texte non paru au Journal Officiel.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Circulaire DHOS n°2008-291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012. Texte non paru au Journal Officiel.

Documents de planification

- Agence Régionale de Santé Aquitaine, juillet 2010, *Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie PRIAC 2010 – 2013 Aquitaine*, 102 p.
- Agence Régionale de Santé Aquitaine, décembre 2011, *Schéma Régional d'Organisation médico-Sociale*, 225 p.

- Centre Hospitalier d'Agen, juin 2012, *Projet de pôle et projet médical d'établissement 2012-2016 du pôle de gériatrie-gérontologie du Centre Hospitalier d'Agen*, 121 p.
- Conférence sanitaire de Lot-et-Garonne, juin 2010, *Projet Médical de Territoire Lot et Garonne 2009-2010*, 179 p.
- Conseil Général du Lot et Garonne, 2011, *Schéma gérontologique départemental 2011 – 2015*, 91 p.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, novembre 2011, *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région aquitaine*, 49 p.
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques Aquitaine, n° 7 - avril 2012, *Le Lot-et-Garonne en bref*, 4 p.
- Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, décembre 2008, *Les territoires de recours en Aquitaine – Territoire de Lot-et-Garonne*, 59 p.
- Plan Alzheimer 2008-2012
- Plan solidarité grand âge 2007-2012

Ouvrages et Articles

- ANGER E., GIMBERT V., décembre 2011, « Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) – Les coopérations entre professionnels de santé », *Centre d'Analyse Stratégique*, pp. 1-11.
- COLDEFY M., LUCAS-GABRIELLI V., avril 2012, « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011 », *Questions d'économie de la santé*, n°175, pp. 5-7.
- ECKMANN L., MORAIS S., RIGON S., janvier 2012, « Accompagnement de projets de coopération entre professionnels de santé : une mission à promouvoir au sein d'une ARS ? », *Gestions Hospitalières*, pp. 22-30.
- BRAZIER N., avril 2012, « L'âge des patients : différences public-privé », *Interactions*, n°7, p 10.
- GUEDJ J., avril 2012, « La dimension sanitaire des EHPAD pourrait prendre le dessus sur leur dimension médico-sociale », *EHPAD Mag*, n°4, pp 10-12.
- JAZERON F., février 2012, « la clé c'est coopérer », *Sud-ouest*, p 14.
- PIERRET C., mars 2012, « 12 priorités pour 2012 », *Fédération des villes moyennes*, p 4.

Rapports

- AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, 90 p.
- AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2011, *Le parcours des personnes âgées sur un territoire – réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire*, 78 p.
- AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2012, *Les coopérations dans le secteur médico-social, guide méthodologique*, 102 p.
- AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE, 2011, *Les parcours des personnes âgées sur un territoire, retours d'expérience*, 74 p.
- AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION MEDICALE, juin 2012, *Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 – Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*, 29 p.
- BOIRON F., FELLINGER F., janvier 2012, *Mission Hôpital Public*, 103 p.
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, avril 2012, *Rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie 2011*, 63 p.
- COMITE NATIONAL DE PILOTAGE, avril 2012, *Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*, 61p.
- CONSEIL ECONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, juin 2011, *La dépendance des personnes âgées*, 79 p.
- COURS DES COMPTES, février 2012, *Le rapport public annuel 2012*, 1535 p.
- DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, janvier 2012, *Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM*, 92 p.
- DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE, juillet 2012, *Les comptes de la sécurité sociale – Résultats 2011 prévisions 2012*, 230 p.
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, juin 2011, *Assurance maladie et perte d'autonomie – Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées*, 186 p.
- HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, mars 2012, *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, 31 p.
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, février 2011, *Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales*, 79 p.
- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, mai 2011, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, 121 p.
- JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VOGOUROUX P., 2006, *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact*

du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir, Paris, 40 p.

- K.P.M.G., janvier 2012, *Observatoire des EHPAD 2012*, 30 p.

Mémoires

- BRIGNON J., 2008, *Le rapprochement des hôpitaux de Sélestat – Obernai – Sainte Marie-aux-Mines : vers une communauté d'établissements à part entière ?*, mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 69 p.
- EPISSÉ C., 2007, *La direction commune, un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux pérenne et efficient*, mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 59 p.
- ETCHETTO C., 2009, *La création d'une filière gériatrique au Centre Hospitalier Saint Nicolas de Blaye*, mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 58 p.
- GIL C., 2008, *La direction commune : un défi managérial pour le directeur*, mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 53 p.
- MONIER M., *La direction commune, une étape vers la fusion ?*, mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 54 p.
- TRIESTE P., 2009, *De la filière gériatrique intra-hospitalière à la filière gériatrique de territoire : une dynamique orchestrée par le Centre Hospitalier de Gonesse*, mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 59 p.

Conférences et congrès

- BOIRON F., FELLINGERF., Mission Hôpital Public, « Loi HPST : gouvernance et approche territoriale », in CENTRE HOSPITALIER D'AGEN, 8 décembre 2011, Agen
- BOIRON F., CAZENAVE JP., Association des Directeurs d'Hôpital - Délégation Aquitaine, « Territoire et territoires », in CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX, 20 janvier 2012, Bordeaux
- FEIL N., « Comprendre pour mieux communiquer avec une personne âgée désorientée », in CENTRE HOSPITALIER MARMANDE TONNEINS, 12 mars 2012, Tonneins
- FAUCHER J., « Éthique et Alzheimer : réalité ou utopie pour les professionnels de santé », in CENTRE HOSPITALIER D'AGEN, 10 mai 2012, Agen
- VIGNERON E., « Sanitaire et médico-social : vous avez dit territoire(s) ? », in Hôpital expo 2012, 24 mai 2012, Paris

Sites internet

- Centre Hospitalier d'Agen <http://www.ch-agen.fr> [Visité le 03.11.11]
- Agence de Presse Médicale <http://www.apmnews.com> [Visité le 15.11.11]
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques <http://www.insee.fr> [Visité le 25.11.11]
- Fédération Hospitalière de France <http://www.fhf.fr> [Visité le 25.11.11]
- Hospimedia <http://www.hospimedia.fr> [Visité le 25.11.11]

Liste des annexes

- Annexe n°1 :** Découpage territorial
- Annexe n°2 :** Capacité des 4 établissements de la direction commune
- Annexe n°3 :** Capacité des autres structures départementales (hors EHPAD autonomes) dans le cadre des activités gériatriques
- Annexe n°4 :** Conventions CH Agen / EHPAD privés Agen
- Annexe n°5 :** Liste des personnes rencontrées
- Annexe n°6 :** Guide d'entretien
- Annexe n°7 :** Filière gériatrique agenaise
- Annexe n°8 :** Schématisation d'un plan d'actions
- Annexe n°9 :** Plan d'actions

Annexe n°1: Découpage territorial



Département du Lot et Garonne (47)
Principales villes du département :
Agen, Villeneuve-sur-Lot, Marmande



Le découpage territorial prévoit trois territoires intermédiaires : Agen/Nérac - Villeneuve-sur-Lot - Marmande

Répartition des EHPAD publics au sein du département



Annexe n°2 : Capacité des 4 établissements de la direction commune

Secteur	CH AGEN	CH NERAC	CH FUMEL	EHPAD PUYMIROL
EHPAD	146	185	68	65
Dont unité Alzheimer	26	5	/	15
Dont UHR	/	14	/	/
Dont chambres à 2 lits	13	/	/	/
USLD	36	/	60	/
Dont unité Alzheimer	/	/	20	
Accueil de jour	/	/	6	/
Hébergement temporaire	/	/	6	6
Court séjour gériatrique	20	/	8	/
Médecine polyvalente	/	20	/	/
Hôpital de jour	5	/	/	/
LISP	5	/	/	/
EMOG	Oui	/	/	/
EMSP	Oui	/	/	/
SSR neurologique	10	/	/	/
SSR gériatrique	28	} 20	24	/
SSR polyvalent	4			/
Dont LISP	/	/	5	/
Dont accueil de Cérébrolésés	/	/	6	/
Consultation Mémoire	Oui	Oui	/	/
SSIAD	/	45	/	/

Annexe n°3 : Capacité des autres structures départementales (hors EHPAD autonomes) dans le cadre des activités gériatriques

Secteur	CH la Candélie	Clinique Esquirol – Saint Hilaire	CHICMT Tonneins	CH Villeneuve sur Lot	CH Pennes d'Agenais	ADAPT Virazeil	Centre DELESTR AINT Fabien Pennes d'Agenais
EHPAD			195	160	144		
USLD			28				
Dont unité Alzheimer			25				
PASA							
Court séjour gériatrique			19	24			
Hôpital de jour				2			
LISP		5	5				
UDSP							
EMOG			Oui	Oui			
EMSP				Oui			
SSR neurologique						20	
SSR gériatrique			30				
SSR polyvalent				22	30	28	60
Consultation Mémoire			Oui	Oui			
SSIAD			25	40	39		
UCC							
Géronto psychiatrie	50						

Cinq établissements assurent également de l'hébergement temporaire et/ou de l'accueil de jour. Il s'agit des structures de Coulx (15 places d'hébergement temporaire + 6 places d'accueil de jour), du Temple sur lot (15HT+8AJ), d'Estillac (« les Hirondelles » - 15HT+9AJ), de Saint Nicolas de la Balermme (« le jardin d'Aloïs » - 25 AJ) et d'Agen (« les cinq sens » - 25AJ)

Annexe n°4 : Conventions CH Agen / EHPAD privés Agen

Ce tableau recense l'ensemble des conventions existantes entre le CH d'Agen et les EHPAD privés d'Agen et le foyer de vie.

	Résidence Edilys	Résidence de Raymond	Foyer la Salève	Résidence Les remparts	Résidence Saint Jean	Les petites sœurs des pauvres	ORPEA Les magnolias
Plan bleu (canicule)	27/10/2005	08/06/2007	16/05/2011	26/06/2004			
Filière de soins gériatriques				19/12/2007			01/12/2007
Accueil résidents		08/04/2005		26/04/2004	08/04/2005		11/04/2004
EMOG	11/07/2008			Oui			Oui
EMSP		01/01/2011		01/01/2011	01/01/2011	01/01/2011	
DOULEUR							

Annexe n°5 : Liste des personnes rencontrées

Entretiens individuels « internes » :

- Mr CASTANDET
Directeur délégué du centre hospitalier de Nérac
- Mr SPITONI
Directeur délégué du centre hospitalier de Fumel
- Mme TESTUT
Directrice de l'EHPAD de Puymirol
- Docteur VOGT
Gériatre chef du pôle de gériatrie-gérontologie du centre hospitalier d'Agen
- Mme GAVAZZI
Cadre supérieur de santé du pôle de gériatrie-gérontologie
- Mme BEL
Attaché d'administration responsable des sites de Pompeyrie et de Monbran
- Mme MARTINEZ – Mme JOUANEAU
Équipe de l'EMOG
- Mme FOURNIER - Mme CONDAMINAS - Mme PIRSON – Mme HELIARD
Équipe du CAMT
- Docteur SCHONNBERG – Mme DUBOURG
Équipe de l'EMSP

Entretiens individuels « externes » :

- Docteur ANGOTTI
Président de l'Association des Médecins Coordonnateurs des EHPAD du Lot et Garonne « A.M.C.-E.H.P.A.D. 47 »
- Mme SIMON-LEPINE
Inspectrice au service personnes âgées à la Délégation Territoriale de l'ARS
- Mme LUCATS
Directrice Générale Adjointe du Conseil Général chargée du développement social
- Mr RAILO
Directeur du CLIC d'Agen
- Mr MAINDRON
Président de l'ASSAD de Saint Nicolas de la Balerme
- Mr SOFYS
Directeur du foyer logement « Le foyer la Salève »

- Mr BABEAU
Directeur de l'EHPAD « La résidence des Remparts »
- Mr GUIHO
Directeur de l'EHPAD « La résidence Saint-Jean »
- Mme CHAMPION
Directrice de l'EHPAD « Edilys logea »
- Mme BILY
Directrice de l'EHPAD « La résidence de Raymond »
- Mme BARTHE
Directrice de l'EHPAD « Les Magnolias »

Rencontres collectives :

- BOIRON F., FELLINGERF., Mission Hôpital Public, « Loi HPST : gouvernance et approche territoriale », 8 décembre 2011, CH d'Agen
- BOIRON F., CAZENAVE JP., Association des Directeurs d'Hôpital - Délégation Aquitaine, « Territoire et territoires », 20 janvier 2012, CHU de Bordeaux
- FEIL N., « Comprendre pour mieux communiquer avec une personne âgée désorientée », 12 mars 2012, CHIC de Marmande-Tonneins
- FAUCHER J., « Éthique et Alzheimer : réalité ou utopie pour les professionnels de santé », 10 mai 2012, CH d'Agen
- VIGNERON E., « Sanitaire et médico-social : vous avez dit territoire(s) ? », Hôpital expo 2012, 24 mai 2012, Paris



Que soient remerciés chacun des interlocuteurs qui, grâce à des échanges constructifs, ont contribué à la réussite de ces entretiens.

Annexe n°6 : Guide d'entretien

Ce guide constitue une base d'échange qu'il conviendra d'adapter à l'interlocuteur. Par exemple, on n'interrogera pas de la même manière une inspectrice de la DT ARS ou un Directeur d'EHPAD. De plus, il faudra laisser une liberté importante à la personne interviewée et s'appuyer sur ces propos pour rebondir par rapport à des questionnements que celle-ci serait amenée à formuler.

En préambule de l'entretien, il conviendra de rappeler le cadre de l'entretien (réalisation d'un mémoire), les objectifs (recueil des besoins), les modalités (prise de note et durée prévisionnelle).



COLABORATIONS CENTRE HOSPITALIER AGEN AVEC PARTENAIRES EXTERNES DANS LE CADRE DE LA FILIERE GERIATRIQUE

Établissement demandeur : CH D'Agen - Mr J-Bernard CAZENAVE – Élève directeur

Date de l'entretien :

Nom de la structure :

Nom de la personne :

Téléphone :

Mail :

1/ Capacité de la structure en matière de prise en charge gériatrique :

Merci de bien vouloir renseigner la capacité de votre structure :

	Secteur	Résidence Edilys	Résidence de Raymond	Foyer la Salève	Les remparts	Résidence Saint Jean	ORPEA Les magnolias
1	EHPAD						
2	Dont unité Alzheimer						
3	Dont chambres à 2 lits						
4	Accueil de jour						
5	Hébergement temporaire						
6	PASA						
7	LISP						
8	SSIAD						
9	Autres						

2/ Connaissance de la filière gériatrique :

2.1 Qu'évoque pour vous la notion de filière gériatrique du CH d'Agen ?

.....
.....
.....
.....
.....

2.2 De quelle manière êtes-vous informés des évolutions de cette filière ?

Médecin traitant Patient Fascicule Journal Internet

2.3 Si vous deviez qualifier la collaboration existante avec la filière gériatrique du Centre Hospitalier d'Agen, diriez-vous qu'elle est :

Très bonne Plutôt bonne Plutôt mauvaise Mauvaise Inexistante

2.4 Pouvez-vous expliciter les difficultés ou les points positifs relatifs à la filière ?

.....
.....
.....
.....

3/ Coopérations existantes :

Merci de vérifier la date des conventions existantes ou de compléter le tableau en cas d'inexactitude

	Secteur	Résidence Edilys	Résidence de Raymond	Foyer la Salève	Les remparts	Résidence Saint Jean	ORPEA Les magnolias
1	Plan bleu (canicule)	27/10/2005	08/06/2007	16/05/2011	26/06/2004		
2	Filière de soins gériatriques				19/12/2007		01/12/2007
3	Accueil résidents en urgence		08/04/2005		26/04/2004	08/04/2005	11/04/2004
4	EMOG	11/07/2008			Oui		Oui
5	EMSP		01/01/2011		01/01/2011	01/01/2011	
6	DOULEUR						

4/ Évolution de la coopération :

4.1 Parmi les partenariats évoqués à la question 3, le(s)quel(s) souhaiteriez-vous développer avec le Centre Hospitalier ?

Plan bleu Filière de soins Accueil résidents EMOG EMSP Douleur

4.2 Quels autre(s) partenariat(s) vous semble-t-il pertinent de développer avec le Centre Hospitalier ?

Court séjour gériatrique Hôpital de jour Consultation mémoire

Éducation thérapeutique des aidants Soins de Suite et de Réadaptation

4.3 Si vous pouviez développer une autre activité avec le Centre Hospitalier ou avec une autre structure, laquelle privilégieriez-vous ?

UCC Hébergement temporaire Unité d'Hospitalisation Renforcée

Pôle d'Activité et de Soins Adaptés Unité Alzheimer Accueil de nuit

Hébergement temporaire mutualisé Autres thématiques ?

5/ Mutualisation de moyens :

5.1 Quelle thématique vous semble-t-il intéressant de travailler dans le cadre d'une coopération avec le Centre Hospitalier ou d'autres partenaires locaux ?

Actions de communication commune (via le CLIC) Liste d'attente commune

Mise en commun de procédures/protocoles Animations extérieures

Formation commune Autres

5.2 Envisageriez-vous une mutualisation de compétences afin de disposer du personnel suffisant au sein de votre structure ?

Non Oui Si oui, quelle profession ?

Kinésithérapeute Assistante sociale animateur Médecin coordonnateur

Assistante sociale Ergothérapeute IDE Autres

6/ Divers :

6.1 Quels autres aspects relatifs à la coopération avec le Centre Hospitalier d'Agen souhaiteriez-vous évoquer ?

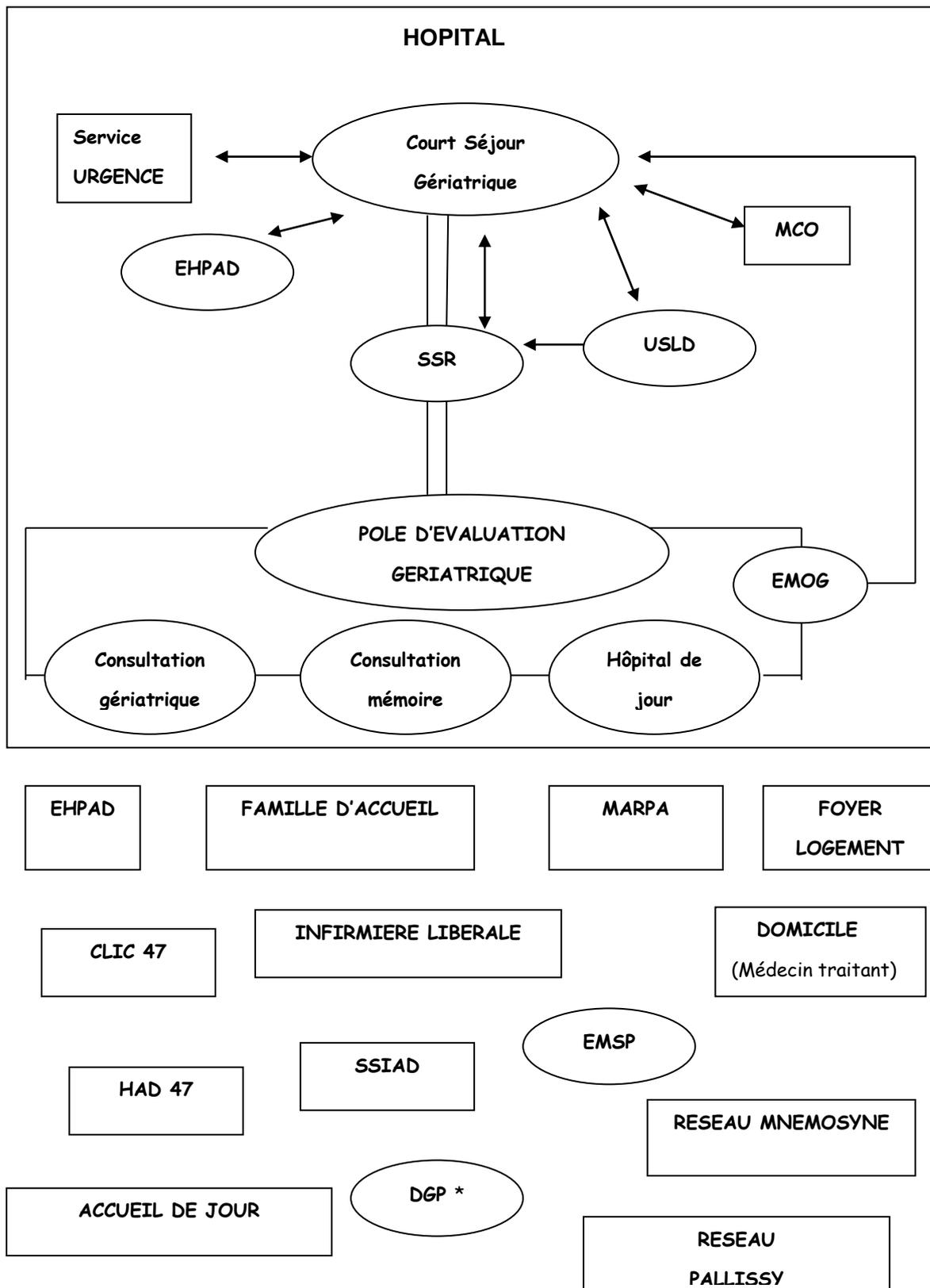
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Jean-Bernard CAZENAVE

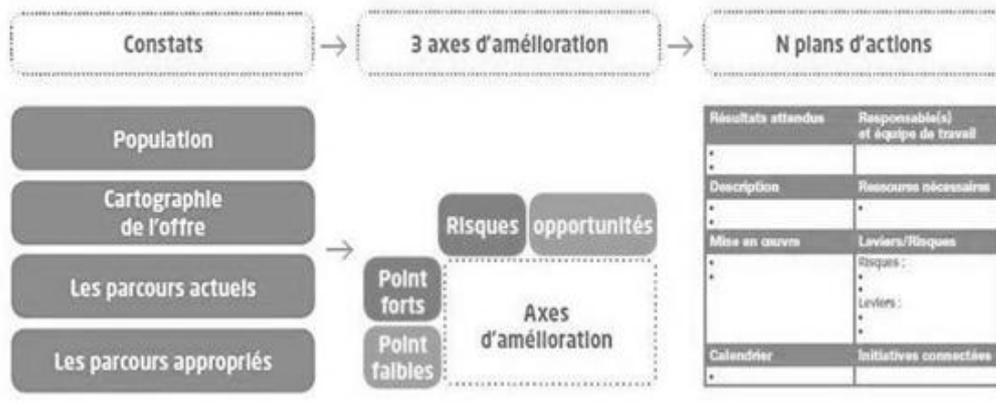


Annexe n°7 : Filière gériatrique agenaise



*DGP : Département de Géronto-Psychiatrie (LA CANDELIE)

Annexe n°8 : Schématisation d'un plan d'actions



Ce schéma est issu du guide de l'ANAP « *Le parcours des personnes âgées sur un territoire – réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire* »

Annexe n°9 : Plan d'actions

Le plan d'actions présenté ci-dessous synthétise les actions développées dans le corps du rapport. Celles-ci sont regroupées au sein des quatre axes stratégiques retenus. Chaque action envisagée sera décrite selon la méthode OPAME telle que définie ci-dessous :

O = Orientation stratégique

P = Problématique rencontrée

A = Action retenue

M = Moyens mis en œuvre

E = Évaluation potentielle

O	Affirmer la place centrale du pôle de gériatrie-gérontologie de l'établissement support (CH d'Agen)
P	Besoins d'accompagnement formulé par les aidants de patients atteints de maladie d'Alzheimer
A	Mettre en œuvre le programme d'éducation thérapeutique ayant reçu un avis favorable de l'ARS
M	Organisation de séances d'accompagnement, aménagement du temps de travail nécessaire aux équipes se consacrer au programme
E	Nombre de personnes ayant bénéficié du programme, nombre de demandes
P	Augmentation des durées de prises de rendez-vous auprès de la consultation mémoire du CH d'Agen. Situation identique sur le CH de Nérac
A	Renforcer les moyens humains de la consultation mémoire
M	Recrutement de personnel en commun entre le CH d'Agen et le CH de Nérac
E	Nombre de consultations aux urgences, dans les services hospitaliers, ...
P	Difficultés de recrutement IDE
A	Développer le partenariat entre professionnels paramédicaux
M	Élaboration d'un protocole de coopération avec les préparateurs en pharmacie sur la dispensation des médicaments
E	Temps d'IDE en intérim économisé, temps de travail des préparateurs consacré à la dispensation
P	Documents institutionnels (projet d'établissement, projet de de vie, procédures, protocoles, etc.) anciens
A	Remettre à jour l'ensemble des documents
M	Harmonisation des documents, organisation d'un groupe de travail multi-établissement
E	Nombre de nouvelles procédures validées, date de révision des différents documents
P	Besoin croissant de faire appel à une équipe mobile de gériatrie au sein des urgences ou des services hospitaliers
A	Renforcer les moyens humains de l'EMOG existante

M	Recrutement d'un ETP médical
E	Nombre de consultations aux urgences, dans les services hospitaliers, ...
P	Besoin d'articulation entre les urgences, l'EMOG et l'équipe gériatrique sur l'accompagnement spécifique des personnes âgées
A	Optimiser l'organisation entre ces différentes unités en termes de prévention gériatrique
M	Recrutement d'une IDE de prévention gériatrique
E	Nombre de personnels rencontrés, de patients suivis
P	Transferts de patient entre LISP et USLD et EHPAD parfois peu opportuns
A	Optimiser les transferts entre les différents services du pôle de gériatrie
M	Favoriser la coordination médicale, anticiper les transferts
E	Nombre de transferts entre LISP et EHPAD ou USLD, nombre de retour dans les LISP après un transfert, durée entre transfert et décès (si décès)
P	Besoins spécifiques de prise en charge pour certains patients
A	Orienter les patients vers la structure adaptée
M	Élaboration de conventions entre les 4 établissements de la direction commune
E	Nombre de personnes transférées entre les établissements

O Développer des projets gériatriques ambitieux et structurants

P	Besoins spécifiques de prise en charge pour des patients SSR
A	Organiser la prise en charge au sein d'un service spécialisé
M	Ouverture d'une unité dédiée aux états végétatifs ou pauci-relationnels chroniques reconnue par l'ARS
E	Nombre d'entrée directe, nombre d'entrée par mutation, nombre de sorties
P	Augmentation des besoins de prise en charge des états de démence
A	Accueillir les personnes âgées au sein de structures adaptées
M	Création d'une UCC, d'une UHR, d'un PASA et augmentation de la capacité de l'unité Alzheimer
E	Nombre d'entrée directe, nombre d'entrée par mutation, nombre de sorties
P	Besoins de rééducations fonctionnelles croissants et de plus en plus spécifiques
A	Orienter les malades vers le service adapté au sein du territoire de santé
M	Restructuration de l'offre de SSR au sein d'un site unique
E	Nombre d'entrée directe, nombre d'entrée par mutation, nombre de sorties

O Envisager un renforcement opérationnel des coopérations

P	Articulation insuffisante entre le CLIC et les structures sanitaires et médico-sociales
A	Améliorer la coordination territoriale entre les différents partenaires
M	Optimisation des sources d'information, mise en œuvre de séances de formation, développement de rencontres entre les partenaires
E	Nombre de formations, nombre de rencontres, nombre de personnes âgées adressées par le CLIC

P	Collaborations entre les structures et services gériatrique perfectibles
A	Parfaire les relations entre les différents acteurs afin d'optimiser la prise en charge
M	Clarification des missions de chacun des intervenants
E	Nombre de personnes sollicitant plusieurs services
P	Activité d'accueil de jour à développer sur la ville d'Agen
A	Faciliter le rapprochement entre le CH d'Agen (EHPAD de Pompeyrie) et l'accueil de jour
M	Élaboration d'une convention entre le CH d'Agen et l'accueil de jour
E	Nombre de personnes admis à l'EHPAD ayant fréquenté l'accueil de jour
P	Besoin d'une intervention psychiatrique au sein des EHPAD en cas de troubles brusques et/ou violents d'un résident
A	Créer une équipe mobile de psychiatrie
M	Coopération entre le service de psychiatrie du CH d'Agen, le CH psychiatrique de la Candélie et les EHPAD
E	Nombre d'interventions au sein des EHPAD
P	Recueil du nombre de personnes âgées souhaitant entrer en EHPAD
A	Créer un outil de recueil des informations commun entre les EHPAD
M	Déploiement d'un logiciel via internet
E	Nombre de personnes inscrites en liste d'attente

O Garantir le succès de la filière gériatrique territoriale	
P	Partenariat avec les EHPAD peu développé
A	Revoir les modalités de collaboration
M	Établir une nouvelle convention de partenariat avec chaque structure
E	Nombre de conventions revues
P	Formalisation de la filière gériatrique inexistante
A	Élaborer un document instituant la filière gériatrique sur le territoire
M	Rédaction d'une convention constitutive entre tous les partenaires
E	Existence d'une convention actualisée
P	Difficultés de recrutement de personnels médicaux et non médicaux qualifiés
A	Faciliter le recrutement et la fidélisation des personnes recrutées
M	Mise en commun des besoins en personnel Mise en commun des besoins de formation
E	Nombre de personnel à temps partagé
P	Information sur la filière gériatrique insuffisante
A	Assurer une lisibilité de la filière
M	Élaboration d'une plaquette d'information Développement d'un site internet
E	Nombre de plaquettes distribuées, nombre de visites du site internet
P	Niveau de satisfaction des utilisateurs la filière inconnu
A	Mesurer la satisfaction des utilisateurs
M	Instauration d'une enquête de satisfaction
E	Nombre de questionnaire renvoyé, taux de satisfaction général

P	Identification de la filière gériatrique sur le territoire par tous les acteurs et usagers
A	Obtenir la labellisation de la filière gériatrique
M	Mise en œuvre des éléments constitutifs de la filière, mise en conformité des éléments constitutifs de la filière selon un cahier des charges
E	Obtention du label

CAZENAVE

Jean-Bernard

Décembre 2012

Directeur d'Établissement Sanitaire Social et Médico-Social
Promotion 2011-2012

La structuration d'une filière gériatrique de territoire : un enjeu stratégique dans le contexte d'une direction commune

L'exemple des Centres Hospitaliers d'Agen, de Nérac, de Fumel et de l'EHPAD de Puymirol

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Paris Diderot (Paris 7)

Résumé :

La prise en charge globale des personnes âgées au sein du département du Lot-et-Garonne est un enjeu majeur pour les pouvoirs publics. Pour relever ce défi, l'analyse des besoins de prises en soins et d'accompagnement, l'examen des ressources sanitaires et médico-sociales et l'étude de l'adéquation entre l'offre et la demande doivent être réalisés.

Le développement d'une filière de soins gériatriques constitue une modalité d'optimisation du parcours du patient gériatrique sur le territoire de santé. Ce dispositif facilite la coordination des acteurs et garantit des trajectoires fluides. Il associe qualité des prestations et proximité des soins.

Dans un contexte de direction commune qui favorise des collaborations naturelles, une dynamique d'ouverture peut favoriser de nouveaux partenariats préfigurateurs de la structuration d'une filière gériatrique de territoire. Le renforcement des partenariats existants et la mise en œuvre d'actions de développement permettront de lutter contre les pesanteurs et d'assurer la pérennité du dispositif.

Mots clés :

Gériatrie, directeur, personnes âgées, filière de soins, sanitaire, médico-social, coopération, collaboration, territoire, direction commune, qualité, évaluation, parcours, fluidité, patient, résident,

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