



EHESP

**Directeur d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux**

Promotion : **2011 - 2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**La promotion d'un recours facilité des
personnes âgées aux dispositifs
géronologiques du territoire de santé
n°2 en région Bretagne :
*le rôle d'impulsion du Centre hospitalier de
Cornouaille.***

Cathy JONNE - JEZEQUEL

Remerciements

Je tiens à remercier ici l'ensemble des interlocuteurs que j'ai pu rencontrer au sein du Centre hospitalier de Cornouaille, établissement qui m'a accueillie pour le stage de professionnalisation, ainsi que toutes les personnes auditionnées à des fins de recherches sur le territoire de santé dans le cadre de ce mémoire. Je tiens à leur exprimer ma gratitude pour leur accueil et la qualité de nos échanges qui ont contribué à mon insertion facilitée au sein de l'établissement, à une meilleure connaissance du territoire de santé, de ses acteurs mais également de ses enjeux et de ses problématiques.

Je remercie vivement Mr Jean Roger Pautonnier, directeur général du CHIC, ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction pour leur accueil au sein de l'établissement et tout particulièrement Mme Anne Claire Gautron, mon maître de stage, pour sa grande disponibilité, son professionnalisme et son soutien tout au long de mon parcours dans l'établissement et de l'élaboration de ce mémoire.

J'adresse également toute ma gratitude à Mr David Catillon, mon conseiller en parcours de formation qui m'a soutenue tout au long de ma démarche de recherche, par ses conseils et encouragements avisés, ainsi qu'à mes amies, Mmes Annie Pasquier et Armelle Brazille, la première pour sa documentation et ses conseils précieux ainsi que pour la relecture attentive et le soutien sans faille de la deuxième.

Sommaire

Introduction	1
1 Un développement et une structuration incontournable de l'offre de soins autour de la personne âgée sur le territoire de santé n°2	5
1.1 Des défis démographiques, sanitaires et sociaux à relever sur le territoire.....	5
1.1.1 Une région, un département et un territoire : des particularités démographiques et épidémiologiques	5
1.1.2 Une impulsion réglementaire à la structuration d'une offre gérontologique sur le territoire de santé n°2	8
1.2 L'offre gérontologique sur le territoire de santé n°2 : une palette globalement satisfaisante avec certains manques à compléter	12
1.2.1 Cartographie de l'offre territoriale de santé, à destination des personnes âgées	12
1.2.2 L'offre territoriale à destination des personnes âgées : une répartition contrastée face à une population diversement répartie	16
2 D'une filière gériatrique hospitalière à une gérontologique sur le territoire de santé : une évolution à porter par le Centre hospitalier référent de territoire	23
2.1 Une filière gériatrique au Centre hospitalier de Cornouaille, fédérant une première union hospitalière.....	23
2.1.1 Une structuration progressive de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Cornouaille.....	23
2.1.2 L'union hospitalière de Cornouaille : les bases d'une approche coordonnée de l'offre gériatrique publique vers une coordination gérontologique de territoire	26
2.2 Une nécessaire coordination autour du parcours de la personne âgée : un besoin ressenti et partagé par les différents acteurs du territoire.....	29
2.2.1 Des difficultés impactant directement la filière gériatrique hospitalière.....	29
2.2.2 La prise en charge anticipée et graduée du patient âgé entraîne également des difficultés, à tous les points d'entrée des dispositifs gérontologiques.....	32

3 Mieux positionner et structurer la filière gériatrique du CHIC au sein des dispositifs gérontologiques du territoire : des orientations à conforter et des dispositifs à améliorer pour le directeur adjoint en charge de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Cornouaille	37
3.1 Des actions et des projets impulsés, restant à concrétiser, tant au niveau territorial qu'au sein du Centre hospitalier de Cornouaille.....	37
3.1.1 – Des actions importantes impulsées via l'UHC Filière gériatrique au niveau du territoire de santé.....	37
3.1.2 – Compléter et améliorer la filière gériatrique du CHIC	43
3.2 Des projets à concrétiser et des préconisations afin d'améliorer la prise en charge au sein de la filière en lien avec les projets du territoire.....	46
3.2.1 Des projets à construire au sein du CHIC afin d'assurer une meilleure offre territoriale et un parcours patient plus fluide.....	46
3.2.2. Des préconisations pour des dispositifs innovants, une offre mieux adaptée et une coordination plus efficace afin d'améliorer le parcours de la personne âgée sur le territoire de santé n°2	49
Conclusion	55
Bibliographie	57
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

Loi HPST	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
P.R.S	Programme régional de santé
P.T.S.	Programme territorial de santé
D.H.O.S.	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
C.H.I.C.	Centre hospitalier intercommunal de Cornouaille
C.H.U.	Centre hospitalier universitaire
M.C.O.	médecine – chirurgie – obstétrique
S.S.R.	soins de suite et de réadaptation
U.S.L.D.	unité de soins de longue durée
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
A.R.S	Agence régionale de santé
D.T.A.R.S.	direction territoriale de l'Agence régionale de santé
U.H.C.	Union hospitalière de Cornouaille
INSEE	Institut national des statistiques et des études économiques
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
A.P.A.	allocation personnalisée d'autonomie

C.N.S.A.	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
GCS	Groupement de coopération sanitaire
PRIAC	programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
C M E	commission médicale de l'établissement
CRAPP	cellule de régulation des admissions et du parcours patient
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPOMMS	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens médico - social
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
HAD	hospitalisation à domicile
PASA	pôle d'activité et de soins adaptés
UHR	unité d'hébergement renforcé
UCC	unité cognitivo – comportementale
SAD	services à domicile
DMS	durée moyenne de séjour
CCAS	centre communal d'action sociale
CLIC	centre local d'information et de coordination
MAIA	maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie

Introduction

La proportion de personnes âgées au sein de la population bretonne, à l'instar des autres régions de France et d'Europe, est en progression constante. L'offre de soins se doit de répondre non seulement à ces données démographiques mais également aux spécificités de la prise en charge de cette population fragile (poly-pathologie, perte d'autonomie...). Cette offre doit également s'adapter aux spécificités régionales avec une prévalence marquée concernant la maladie d'Alzheimer.

Les politiques publiques menées ces trente dernières années ont mis en place, de façon progressive, les dispositifs que nous connaissons aujourd'hui pour tenter d'apporter une offre adaptée aux différentes problématiques de prise en compte de la personne âgée. La canicule de 2003 et les conséquences auprès de la population âgée, ainsi que la médiatisation qui s'en est suivie ont engendré une prise de conscience accrue des problématiques de la prise en compte du grand âge au sein de notre société, concrétisée ensuite par le plan Solidarité Grand âge et les différents plans « Alzheimer ».

La loi Hôpital, patient, santé, territoire (HPST) de juillet 2009, la déclinaison des politiques de santé en région à travers notamment les programmes régionaux de santé (PRS) et l'articulation des acteurs du système de santé au sein des territoires via les programmes territoriaux de santé (PTS) et les schémas départementaux viennent compléter les fondements de la politique de prise en charge de la personne âgée dans notre pays en lui apportant une base réglementaire et une organisation programmée.

Ainsi, à mesure que les expériences et les études s'affinent, l'offre se structure et s'adapte.

On parle désormais de filière gériatrique¹ mais également de dispositifs gérontologiques, sur un territoire de santé ou un bassin de vie : deux notions différentes mais complémentaires.

La filière gériatrique, telle qu'elle est définie dans la circulaire DHOS du 28 Mars 2007 « doit permettre à chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, d'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 » ... « une filière propose les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé prenant en compte le caractère évolutif - et non toujours prévisible - de ses besoins de santé. » On constate que la notion de filière gériatrique regroupe tous les acteurs du champ de l'offre de soins autour de la personne âgée et se constitue autour d'un hôpital ou d'un centre hospitalier.

¹ Circulaire DHOS N° O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Un réseau gérontologique, quand à lui, regroupe également différents professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne âgée, mais ces acteurs ont pour objectif commun, le maintien à domicile de la personne âgée. Les acteurs de ces dispositifs gérontologiques appartiennent à tous les secteurs, qu'ils soient libéraux, du champs sanitaire, social ou médico social.

Cependant, malgré les progrès et l'amélioration de l'offre, les problématiques d'accès et de recours gradué, coordonné et suffisamment anticipé aux dispositifs gérontologiques s'imposent aujourd'hui à l'ensemble des acteurs des filières afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et de fluidifier le parcours de la personne âgée.

Elles sont générées par le constat suivant : les personnes âgées et leur entourage n'anticipent pas - ou très peu - leurs difficultés liées au grand âge et à la dépendance, ils ne cherchent pas suffisamment à adapter leur mode de vie ou lieu de vie à l'évolution de leur autonomie et de leur état de santé. On rencontre ainsi de plus en plus des situations de maintien à domicile poussé à l'extrême limite tant pour le bien être de la personne que pour le seuil de tolérance physique ou moral des aidants familiaux.

Le déni, le refus très couramment rencontré de reconnaître certaines pathologies, d'accepter les évolutions à moyen terme, d'anticiper le recours à des solutions graduées au sein des dispositifs gérontologiques sont autant de freins pour l'ensemble des acteurs dans la gestion du parcours de la personne âgée dépendante.

Les modes d'accès des personnes âgées aux dispositifs gérontologiques sur le territoire, quel que soit le secteur de prise en charge, se font, en conséquence, de façon insuffisamment organisée, souvent en extrême urgence, ce qui engendre des difficultés de coordination entre les acteurs, des circuits et des modes de prise en charge peu adaptés à la fragilité de la personne âgée et à ses particularités.

Ces difficultés concernent dès lors tant les recours en amont de l'hôpital qu'en aval et se retrouvent également au cœur des préoccupations du Centre hospitalier de Cornouaille (CHIC), établissement référent du territoire de santé n°2 en région Bretagne.

Au sud du département du Finistère, cet établissement est situé sur les communes de Quimper préfecture du Finistère (69 000 habitants) et de Concarneau (23 000 habitants). Etablissement de référence au niveau du sud du département, il se situe en deuxième place en termes d'importance après le CHU de Brest, situé plus au nord.

Le centre hospitalier de Cornouaille dispose d'un plateau technique performant et propose pratiquement toutes les disciplines médico-chirurgicales, répondant aux besoins de la population du territoire de santé qu'il dessert.

Il assure également des missions d'hôpital de proximité, sur les sites hospitaliers de Concarneau et Quimper. L'établissement possède une capacité totale de 1301 lits et 169 places (tous secteurs confondus : MCO, SSR, USLD, EHPAD).

La gestion du parcours de santé de la personne âgée s'impose tout d'abord de manière réglementaire. En effet les programmes nationaux déclinés en région, sur les territoires de santé et d'action sociale mettent tous l'accent sur la nécessité (via la contractualisation des établissements avec les ARS et/ou les conseils généraux) d'améliorer la coordination des acteurs des filières gériatologiques entre eux dans un souci d'efficience mais surtout d'optimiser les prises en charge du patient âgé.

La problématique s'impose également de façon factuelle aux professionnels du CHIC, au sein de la filière gériatrique mais également dans l'ensemble de ses services et plus largement aux différents acteurs gériatologiques du territoire.

Il convient pour le directeur adjoint en charge de la filière gériatrique du CHIC, établissement de référence sur le territoire, d'impulser la réflexion et d'être force de propositions, après avoir identifié l'origine des difficultés, afin de trouver les leviers d'action susceptibles de les contourner et d'apporter des réponses tant en interne qu'à destination du public ou des acteurs et partenaires externes.

Au regard de mon positionnement d'élève directeur au sein de cet établissement, mes premières investigations ont consisté à mener une recherche documentaire personnelle mais également en lien avec les services du Conseil général du Finistère. Celle-ci a contribué à mettre en lumière la place et la mission du centre hospitalier de Cornouaille dans l'organisation, la structuration de l'offre gériatrique et gériatologique et d'identifier si des raisons liées à cette structure ou à la répartition de l'offre territoriale peuvent éclairer les difficultés organisationnelles sur le territoire de santé.

Les recherches mises en œuvre m'ont permis, dans un premier temps, de cerner les enjeux démographiques, sanitaires et sociaux au niveau de la région bretonne et du territoire, de mieux appréhender l'étendue et la nature de l'offre gériatrique sur le territoire de santé n°2.

Elles permettent ensuite de mieux identifier les forces et les faiblesses de l'offre et de sa répartition au niveau qualitatif, en lien avec les découpages sanitaires et médico-sociaux existants.

Dans un second temps, une étude approfondie de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Cornouaille, de son évolution et de la structuration de l'Union hospitalière de Cornouaille (UHC) en tant que maillon de coordination gériatrique sur le territoire de santé, permettent de comprendre cette évolution, ses atouts, ses faiblesses et ses enjeux pour les acteurs.

Ainsi, j'ai mené de multiples entretiens avec des professionnels du territoire de santé n°2² impliqués ou non dans la filière gériatrique de l'UHC, acteurs tant des domaines sanitaire, social, libéral ou médico-social. Ils m'ont permis d'identifier les difficultés rencontrées dans la coordination au niveau territorial et dans les modes d'accès aux dispositifs et de les expliquer.

L'ensemble de ces échanges, complétés par ma participation aux réunions de coordination gérontologique tant au niveau de la DTARS que du Conseil général, ou à des colloques sur le sujet, les éclairages apportés par les différents acteurs du Centre hospitalier, de l'Union hospitalière de Cornouaille et du territoire de santé impliqués dans les dispositifs gérontologiques permettent de murir une réflexion sur la question posée, d'y apporter des éclairages successifs. Des propositions d'amélioration à la structuration d'une réponse territoriale mieux coordonnée et mieux diffusée auprès des publics intéressés peuvent dès lors être envisagées.

Dès lors, puisqu'il s'agit de promouvoir un recours facilité des personnes âgées aux dispositifs gérontologiques, l'enjeu majeur de ce mémoire consiste à identifier, dans un premier temps, si l'offre de soins à destination des personnes âgées sur le territoire de santé n°2 de Bretagne est satisfaisante et adaptée aux besoins en terme qualitatif et quantitatif (I) mais également de comprendre la démarche de structuration de l'offre gériatrique du Centre hospitalier et de ses partenaires et d'identifier leurs difficultés respectives ou partagées dans la prise en charge de la personne âgée (II) pour permettre enfin, d'envisager des propositions d'améliorations, tant au niveau de la filière gériatrique du CHIC, que sur le territoire de santé dans une démarche constructive (III).

² Annexe 1 : liste des professionnels rencontrés dans le cadre d'entretiens.

1 Un développement et une structuration incontournable de l'offre de soins autour de la personne âgée sur le territoire de santé n°2

1.1 Des défis démographiques, sanitaires et sociaux à relever sur le territoire

1.1.1 Une région, un département et un territoire : des particularités démographiques et épidémiologiques

La proportion des personnes de plus de 60 ans est globalement plus élevée en Bretagne qu'en France (23.6% contre 21.7% au 1/1/2007).³ A l'instar de l'ensemble de la France, la population bretonne vieillit, mais de façon encore plus marquée. Ainsi les projections de l'INSEE à l'horizon 2030 prévoient que l'augmentation du nombre d'habitants de 60 ans ou plus, demeure une caractéristique majeure de l'évolution de la population bretonne quel que soit le scénario retenu, sous l'effet du papy-boom. A l'horizon 2030, cette tranche d'âge compterait 500 000 personnes de plus qu'en 2005, selon le scénario central. Ils seraient ainsi 1,12 million dans une vingtaine d'années.

En 2010 en Bretagne, l'âge moyen est de 39,4 ans pour les hommes (35,6 en 1990) et de 42,9 ans pour les femmes (39,3 en 1990), soit respectivement 0,6 et 1,2 an de plus que pour la France métropolitaine. Les bretons de moins de 20 ans, comme ceux de 60 ans ou plus, représentent chacun un quart de la population totale. Près de 4 bretons sur 10 ont maintenant 50 ans ou plus contre seulement un tiers en 1999.

Ces chiffres démontrent que les problématiques de prise en charge d'une proportion très importante de personnes âgées au sein de la région bretonne sont actuelles mais également à venir.

Ces données globales doivent cependant être nuancées et affinées au niveau du département du Finistère et du territoire de santé n°2.

1 - Une espérance de vie limitée

Les études populationnelles de l'Insee et de l'ARS Bretagne se recoupent pour établir un état des lieux assez précis des grandes tendances sur les évolutions de la population âgée en région Bretagne et sur le département du Finistère.

³ Chiffres fournis par l'INSEE (voir bibliographie des sites internet)

En effet, malgré une forte diminution du taux de mortalité, l'espérance de vie est inférieure en Bretagne à celle de la France. En 2006⁴, avec une espérance de vie de 83,6 ans pour les femmes et de 75,7 ans pour les hommes, la Bretagne se place en 15^{ème} position sur les 22 régions de France métropolitaine pour l'espérance de vie des femmes, et en 17^{ème} position pour celle des hommes, le 1^{er} rang ayant l'espérance de vie la plus élevée.

De plus, le Finistère est l'un des dix départements français connaissant les plus basses espérances de vie (pour les hommes comme pour les femmes), avec 75,5 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes (respectivement 77,2 et 84,1 en France métropolitaine selon les dernières données actualisées). Ces disparités tendent cependant à s'atténuer mais de façon très lente, que ce soit entre hommes et femmes ou entre zones géographiques. Néanmoins, des spécificités propres au Finistère comme une consommation excessive d'alcool, perdurent et expliquent en partie ces données.

2 - Une évolution de la dépendance, fortement liée à la maladie d'Alzheimer

Les projections⁵ à 2015 traduisent une croissance forte de la dépendance (+13,4% en Bretagne par rapport à 2006), en particulier pour les GIR 1 (+22%) et les GIR 2 et 3 (+15,8% et +15%).

Les enjeux de la dépendance se posent différemment entre les quatre départements bretons. Les projections à 2015 permettent d'identifier des évolutions plus fortes dans le Morbihan (+19.8%) et en Ille-et-Vilaine (+15%) que dans le Finistère (+9%) et les Côtes d'Armor (+11%).

- On estime à plus de 51 000 le nombre de bretons âgés de 75 ans et plus atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Ce chiffre devrait être de plus de 58 000 en 2015.

Le Finistère est le département où l'on observe le plus grand nombre de malades avec plus de 15 000 personnes atteintes de cette maladie en 2007 (16087 en 2010). A l'horizon 2015, ce sont près de 17 000 personnes âgées de 75 ans et plus qui seront concernées par ce type d'affection.

On constate, à la lumière de ces chiffres, que le Finistère doit déjà faire face aux difficultés liées à la prise en charge de ces pathologies depuis 2007, alors que la progression à venir est limitée en volume (+ 17% environ d'ici 2015), contrairement à d'autres départements bretons où les proportions de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer vont connaître leur plus forte évolution dans les années à venir : l'Ille et Vilaine et le Morbihan, respectivement à +27,7% et +27,8% d'ici 2015).

⁴ Données ARS Bretagne

⁵ Données ARS Bretagne

3 - Une démographie du grand âge contrastée selon les zones du territoire de santé n° 2

En matière de dynamique d'évolution, trois grandes zones peuvent être identifiées sur le territoire de santé n°2⁶ :

- Des zones littorales qui attirent des personnes âgées venant prendre leur retraite (solde naturel négatif mais solde migratoire fortement positif)
- Quimper et sa périphérie qui attirent les jeunes ménages avec des soldes naturels et migratoires positifs, mais possèdent, de par leur taille, un nombre important de personnes âgées
- Les zones intérieures du territoire qui connaît un déficit de population tant par le solde migratoire que par le solde naturel.

De façon globale, on remarque que le solde naturel du territoire est négatif dans de nombreuses communes. De plus, si la proportion des plus de 60 ans tend à se stabiliser entre 1999 et 2006 (+0.2%) celle des plus de 75 ans continue de progresser fortement (+1.7% sur la même période). Ainsi, la part des plus de 60 ans et des plus de 75 ans restera malgré tout durablement supérieure à la moyenne régionale, sur le territoire de santé.

Les secteurs concentrant les proportions les plus importantes de personnes âgées (plus de 60 ans) sont localisés sur le littoral (en particulier sur la partie sud : Concarneau – Pont l'Abbé) et de façon encore plus marquée dans les communes de la baie d'Audierne et de Douarnenez. L'intérieur du territoire est lui aussi vieillissant.

La poursuite du vieillissement de la population à l'échelle nationale (en 2050, près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans contre 1 sur 5 en 2005⁷) couplée aux projets d'infrastructure du territoire (ligne TGV) favorables au désenclavement, vont probablement accélérer l'arrivée de personnes âgées supplémentaires dans la zone littorale.

4 - Un risque prononcé d'isolement des personnes très âgées de plus de 85 ans

L'Insee dans la revue Octant⁸ pointe une problématique à prendre en considération : le risque d'isolement des personnes de plus de 85 ans. Pour ce faire, la revue compare le nombre de personnes dans la tranche d'âge 55-64 ans (tranche la plus susceptible de

⁶ Voir en annexe IV la cartographie des territoires de santé en région Bretagne

⁷ Projections de population 2005-2050 – Vieillesse de la population en France métropolitaine – Isabelle Robert-Bobée – INSEE - 2007

⁸ Bibliographie : Dossier Octant N° 52 – « L'épanouissement de tous les êtres humains » - Santé de la population finistérienne.

pouvoir s'occuper d'un proche très âgé) pour 1 personne de 85 ans et plus, présente sur le département du Finistère par rapport à celui de la Bretagne et de la France.

Les chiffres de 2006 montrent que le Finistère présente un ratio de 5.1 personnes entre 55 et 64 ans pour 1 personne de 85 ans et plus, alors que la Bretagne en compte 5.4 et la France 5.7. La revue Octant précise que « même s'il a sensiblement remonté depuis 1999, il reste cependant très largement inférieur à celui de 1990 où l'on comptait 7,8 personnes de 55-64 ans pour une personne de 85 ans et plus ».

Le ratio est particulièrement faible dans certaines intercommunalités du centre Finistère et tout particulièrement du territoire de santé n°2 : Monts d'Arrée (2,6), Région de Pleyben (3,9), Haute Cornouaille (4,1), dans les intercommunalités proches de la pointe du Raz : Douarnenez (4), Cap Sizun (4,1). Pour ces zones, le risque d'isolement des personnes les plus âgées est important et nécessite une gestion spécifique en termes d'accompagnement.»

A la lumière de ces données, on constate que le département du Finistère est actuellement, directement confronté aux problématiques de prise en compte d'une population âgée importante, fortement dépendante, notamment par la prévalence élevée de la maladie d'Alzheimer. Les zones littorales connaissent, en particulier, une densité de population âgée importante, ainsi que certaines zones rurales du centre du département. De plus, la problématique de l'isolement des personnes très âgées est également à prendre en considération.

1.1.2 Une impulsion réglementaire à la structuration d'une offre gérontologique sur le territoire de santé n°2

Ces constats amènent de façon naturelle à s'interroger sur la façon dont l'offre s'est développée sur le territoire de santé, pour répondre à ces besoins prégnants, sous quelle impulsion, avec quelles évolutions et pour quels résultats concrets.

1 - Emergence d'une véritable politique dans le domaine des personnes âgées

La notion même de politique vieillesse est apparue avec la publication du rapport Laroque en 1962. Les conclusions de ce rapport, en même temps qu'elles instituaient la notion de personnes âgées à la place de la notion de « vieillesse » sur le critère de l'âge légal de départ à la retraite (65 ans à l'époque), mettaient en avant certaines priorités essentielles destinées à retarder les effets d'un mauvais vieillissement : consolider un véritable droit à

une retraite et favoriser le maintien à domicile et la participation à la vie sociale des personnes âgées par une politique d'amélioration de l'habitat.

Une prise de conscience du vieillissement de la population au début des années 1980 ainsi que les mutations des rapports intergénérationnels au sein de la famille ont contribué à modifier sensiblement les attitudes et les comportements face aux besoins d'aide.

Le désir massivement exprimé des personnes âgées de rester vivre chez elles le plus longtemps possible est légitime. Cependant, leur maintien à domicile malgré une perte d'autonomie repose pour l'essentiel sur l'aide familiale (conjoint, enfants).

Les politiques publiques ont voulu conforter ce choix, pour se conformer à ces tendances sociologiques mais également dans un souci d'efficience à travers deux réformes déterminantes pour supporter cet étayage à domicile : la réglementation sur les services de soins infirmiers à domicile en 1981 et l'instauration de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) en janvier 2002.

2 - L'organisation en filière gériatrique : une montée en puissance à travers deux circulaires importantes

Une place importante est donnée à l'organisation et à une meilleure coordination des filières gériatriques au sein des dispositifs réglementaires, à partir de 2002.

La circulaire DHOS/02/DGS/SD 5 D n°2002-157 du 18 mars 2002 s'inscrit dans une logique d'articulation et d'intégration entre les différents champs d'intervention des acteurs autour de la personne âgée (champs sanitaires, sociaux et médico sociaux).

La circulaire plus récente DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques vient compléter et renforcer le dispositif réglementaire sur le sujet.

Elle éclaire, avec plus de précision, les contours des dispositifs tels qu'ils doivent être déclinés et organisés, afin de soutenir une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) et graduée de la personne âgée quel que soit le mode d'accès au dispositif (du domicile, du secteur sanitaire ou médico-social).

Cette notion de « fédération » des différents acteurs de l'action gériatrique est clairement posée.

Elle identifie le noyau de la filière (le service de court séjour gériatrique) ainsi que les différents maillons que sont l'équipe mobile gériatrique, les unités de consultation et d'hospitalisation de jour ainsi que les services de soins de suite et de longue durée.

Cependant, la circulaire met en évidence également, la nécessité pour la filière gériatrique, d'assurer à tout patient âgé hospitalisé, l'accès coordonné et adapté à un plateau technique et promeut le principe de l'hospitalisation programmée.

Enfin, le texte complète ces aspects en mettant en évidence le rôle primordial de la filière gériatrique sur le territoire, au bénéfice des acteurs de la ville, du secteur social ou médico-social, en tant que « noyau ressource » diffuseur de la culture gériatrique au sein de la dynamique territoriale. Elle introduit également la notion de dispositifs gérontologiques (davantage axés sur la prévention) dont la filière gériatrique (trop souvent réduite au curatif) ne constitue qu'une partie.

3 - Mise en place de plans nationaux d'envergure à partir de la canicule de 2003

Cependant, la canicule de l'été 2003 avec un nombre de décès de personnes âgées avoisinant les 15000 morts a été le facteur déclenchant autant dans l'opinion publique que dans le monde politique de la prise de conscience de la nécessité d'organiser réellement le système de prise en charge des personnes âgées dans toutes leurs dimensions.

Il s'ensuit l'annonce du plan « Vieillesse et Solidarités » (2003 – 2008), le décret du 25 juin 2004 sur les soins à domicile, et surtout la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées qui institue la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Ce premier plan d'envergure impulse une politique volontariste concernant la prise en compte du grand âge et de ses problématiques au sein de la société française. Il donne des premières orientations en faveur d'une meilleure structuration des filières gériatriques. Le plan « solidarité – grand âge » (2007 – 2012) pérennise certains dispositifs et ajoute certains axes importants telle que la volonté d'adapter l'hôpital aux personnes âgées et aux problématiques de la gériatrie.

4 - Le territoire de santé : passer d'un périmètre d'offre de soins à une échelle de coordination

La notion de « territoire de santé » pourtant apparue dès 1991 à travers la loi Evin et la mise en place des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), met du temps à s'imposer. Cependant, il apparaît comme périmètre adéquat d'analyse de l'offre mais aussi de prise en compte des problèmes d'accès à cette offre de santé. L'entité territoriale en santé pose le cadre de la politique gérontologique dans le but d'optimiser la prise en charge globale de la personne âgée, y compris en terme de prévention.

Ce périmètre doit être celui de la coordination entre les différents acteurs autour du patient âgé, qu'il soit issu du secteur libéral, sanitaire, social ou médico social.

Les programmes déclinant les politiques de santé vont dans ce sens via le Programme territorial de Santé pour le champ sanitaire (ARS) et via le schéma gérontologique départemental pour le conseil général, concernant les champs médico-social et social.

Ces programmations infra – régionales posent les orientations afin d'impulser ces notions de bonne échelle de coordination.

5 - La notion de prise en charge du patient âgé dans sa globalité : une évolution plus récente à développer en pratique

La notion de prise en charge globale a également évolué ces toutes dernières années et elle semble devenir incontournable. Les travaux publiés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP), récemment, mettent en lumière les difficultés des réseaux et filières à structurer suffisamment l'offre et à assurer une coordination des prestations lisible pour l'ensemble des intervenants ainsi que pour la personne âgée et son entourage.

L'insuffisance de transversalité des actions face à la complexité des situations (dimensions sociale, sanitaire, physique, psychologique souvent imbriquées) et le fonctionnement en silo des professionnels sont pointés ainsi qu'un manque de connaissance et de reconnaissance mutuelle des acteurs entre eux (diversité culturelle entre le domaine du libéral, du social, du médico social et du sanitaire). Une forte dispersion des données relatives aux personnes âgées, entre la multiplicité des acteurs, nuit également à la coordination. L'ANAP pointe, en outre, une absence d'outil de chaînage de l'information.

Ainsi la question se pose réellement à l'ensemble des acteurs du parcours de soins et de prise en charge de la personne âgée, sur la nature des actions à envisager pour amener à dépasser une réponse axée essentiellement sur le soin et la résolution d'une crise aiguë en organisant une réponse plus globale et préventive.

Dans ce contexte réglementaire, il convient de vérifier si l'offre gérontologique sur le territoire de santé n°2 est réellement suffisante et correctement implantée pour répondre aux besoins d'une proportion très importante de personnes âgées en perte d'autonomie, comme il a été détaillé précédemment.

1.2 L'offre gérontologique sur le territoire de santé n 2 : une palette globalement satisfaisante avec certains manques à compléter

1.2.1 Cartographie de l'offre territoriale de santé, à destination des personnes âgées

1- Un découpage des territoires diff rent selon les sources de financement

Le Conseil général (partie dépendance et hébergement) et l'ARS (partie soin) financent conjointement le secteur médico social. Cette tarification multiple engendre une difficulté pour les acteurs du médico-social puisqu'ils ont deux interlocuteurs en matière d'organisation de l'offre et de gestion budgétaire. Cela rend difficile une vision globale de l'offre.

Cette dualité se retrouve également dans le découpage des zones d'influence de chacun des partenaires : le territoire de sant ⁹ pour l'ARS et le territoire d'action sociale (T.A.S) pour le Conseil général.

2 - Comparaison de l'offre de santé à destination des personnes âgées, au niveau de la région et du département finist rien

De manière générale, le positionnement de la région Bretagne en matière d'offre de soins à destination des personnes âgées est plutôt satisfaisant par rapport aux autres régions et à la France métropolitaine. Les statistiques pour l'année 2011¹⁰ fournis par la DREES croisent le taux d'équipement avec la proportion de personnes âgées de 75 ans (% d'équipement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus). Cette approche est pertinente pour comparer le taux d'équipement de la région bretonne et du département du Finistère par rapport à la France métropolitaine. En effet, les chiffres montrent que l'offre globale est satisfaisante, tant au niveau des structures d'hébergement (133.3 /1000 dans le Finistère contre 125.2 / 1000 en France métropolitaine) que des équipements en lits médicalisés à destination des personnes âgées, que ce soit en USLD ou en EHPAD (126.7 / 1000 pour la Bretagne, 124.7 / 1000 dans le Finistère et 101.30 / 1000 en France métropolitaine).

⁹ Voir en annexe IV le découpage de la région bretonne en 8 territoires de santé

¹⁰ Voir données en annexe VI : Drees/ARS/DRJSCS, Statiss 2010 pour les places d'hébergement et Insee, estimations de population au 1/1/2009,   la date de mise à jour du tableau

On remarque toutefois que le taux de couverture du Finistère en services de soins à domicile est plus faible (18,6 / 1000) que ceux de la région Bretagne (20.4 / 1000) et que le taux global en France métropolitaine (19.2 / 1000).

3 - L'offre gériatrique et gérontologique sur le territoire de santé N°2 ¹¹ : état de l'existant

Les différents types d'acteurs, parties prenantes dans la prise en charge des personnes âgées, tant à domicile qu'en établissement de santé ou d'hébergement sont généralement représentés de façon satisfaisante, sur le territoire de santé n°2.

- En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux (médecins et infirmières en particulier), le territoire de santé n°2 connaît une densité globale satisfaisante.

- Toutes les communes du territoire sont rattachées à un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), même si l'on a pu remarquer précédemment que leur nombre pouvait paraître insuffisant au regard de la proportion de population à couvrir.

- Au niveau des accueils de jour, (dans le champ médico-social), le territoire de santé n°2 est le mieux doté de la région en nombre de places autorisées, notamment selon les projections à horizon 2020 (plus de 2.9 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus). Cependant, les places actuellement ouvertes semblent encore fortement en deçà de la demande et des besoins remontés par les CLIC et les professionnels du secteur social en général. Les créations de places autorisées se font progressivement et les projets ne peuvent pas toujours se réaliser aussi rapidement qu'il le faudrait : de l'autorisation de création jusqu'au montage d'un projet de service et à la constitution d'un budget viable et équilibré, de multiples étapes sont nécessaires à leur mise en œuvre concrète.

- L'offre en matière d'hébergement conventionnel médico social ou sanitaire, que ce soit en lits d'EHPAD, de SSR ou d'USLD, est globalement satisfaisante. Le taux d'équipement du territoire de santé en USLD est supérieur au taux régional (6.7 / 1000 contre 5.5 / 1000 en région¹²). Les lits de SSR polyvalents et les lits de SSR gériatriques tendent désormais à se différencier et à se spécialiser dans les différents modes de prises en charge. A contrario, les EHPAD sont moins nombreux actuellement sur le territoire que sur

¹¹ Voir en annexe III : cartographie de l'offre à destination des personnes âgées sur le territoire de santé N°2 en 2011 – Chiffres fournis par l'ARS Bretagne.

¹² Données actualisées ARS Bretagne

l'ensemble de la région bretonne (107 / 1000 contre 129 / 1000 personnes âgées de 75 ans et plus¹³)

- Le taux d'équipement en hébergement temporaire est équivalent, sur le territoire, au taux en région Bretagne : 2 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus. On remarque que, malgré une politique volontariste, menée depuis 2005 en matière de création de places d'hébergement temporaire, le nombre de lits reste limité. Ces lits, destinés à fournir une alternative de répit d'une durée limitée, aux personnes à domicile, sont trop souvent utilisés comme solution d'urgence pour des situations dégradées à domicile.

- En matière d'équipements en lien avec le plan Alzheimer 2008/2012, le constat sur le territoire de santé n° 2 est plus mitigé. En effet, on constate une difficile émergence des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA), puisque deux PASA ont seulement été labellisés à ce jour (contraintes architecturales fortes du cahier des charges au niveau accessibilité). Deux unités d'hébergement renforcées (UHR) sont créées ou en voie de l'être sur le territoire. Une unité cognitivo-comportementale (UCC) fonctionne (sur Bénodet) ainsi que dix sites de consultation mémoire.

- Le bilan du déploiement de structures de coordination sur le territoire de santé n°2 fait apparaître des points positifs mais également des lacunes importantes.

On constate tout d'abord une bonne couverture de la zone en matière de CLIC (10 CLIC de niveau II, quelques CLIC en attente d'un portage institutionnel comme celui de Pont L'Abbé).

Par contre, il n'existe aucune plateforme de répit et aucune maison pour l'autonomie et l'insertion des malades d'Alzheimer (MAIA), sur le territoire actuellement.

Pourtant, l'association « réseau gérontologique de Cornouaille » a répondu, en septembre 2008 et mars 2011, à un appel à projet de l'ARS pour la création d'une MAIA sur le territoire de santé.

Cette association regroupait en outre l'association des professionnels de santé libéraux du territoire de santé n°2, le Centre Hospitalier de Cornouaille, l'Etablissement public en santé mentale Gourmelen de Quimper, le Centre Hospitalier de Douarnenez, l'Hôtel Dieu de Pont L'Abbé, la FNADEPA du Finistère, le centre de convalescence Jean Tanguy de Saint-Yvi, CLINEA : Clinique Les Glénan de Bénodet, Clinique Kerfriden de Châteaulin, l'Association départementale d'aide aux personnes âgées (ADAPA), les associations d'aide et de soins à domicile (ADMR) ainsi que des représentants des usagers.

Repris en 2011 sous l'égide de l'Union hospitalière de Cornouaille, le projet n'a cependant pas été retenu, vraisemblablement en raison d'un portage politique insuffisant

¹³ Données actualisées ARS Bretagne

(communauté de communes, département...) et d'une difficulté à identifier le périmètre géographique desservi (rural, urbain...).

- Enfin, en ce qui concerne l'implantation des réseaux de santé sur le territoire de santé n°2, qu'il s'agisse de filières gériatriques ou de réseaux gérontologiques, le bilan est quelque peu mitigé. Il existe deux filières gériatriques incomplètes, supportées par les Centres hospitaliers de Quimper-Concarneau et de Douarnenez. Il manque une équipe mobile gériatrique au CH de Douarnenez ainsi qu'un hôpital de jour gériatrique au CHIC (avec projet d'ouverture en 2013). Par ailleurs, on constate une absence d'organisation en réseaux gérontologiques : aucun des sept réseaux de la région Bretagne n'est implanté sur le territoire de santé n°2. Il existe toutefois une coordination gérontologique dans le secteur du cap Sizun.

Le directeur adjoint en charge de la filière gériatrique du CHIC, établissement de référence sur le territoire, se doit, non seulement de favoriser le développement de la filière de soins gériatriques en intra et extra - hospitalier de positionner la filière mais il a également un rôle majeur d'impulsion dans les actions de coordination des acteurs, de diffusion de la culture gériatrique et d'organisation de l'offre sur le territoire de santé, en participant activement aux travaux initiés l'ARS et le Conseil général.

En effet, le CHIC possède également un rôle important de relais entre le niveau de recours et le niveau local, afin de servir d'interface entre les acteurs locaux au niveau des bassins de vie et les services centralisés du territoire (DTARS, Conseil général, Conseil de l'Ordre, associations d'usagers, réseaux de santé etc...).

Le bilan quantitatif de l'offre à destination des personnes âgées est globalement satisfaisant sur le territoire de santé n°2, puisque les ratios de couverture de la population sont, de manière générale, supérieurs à la moyenne nationale.

Cependant, le bilan qualitatif au niveau du territoire est plus contrasté. Il fait apparaître une offre plutôt conventionnelle, proposant majoritairement de l'hébergement permanent ou temporaire. Les acteurs peinent à s'organiser pour déployer une offre plus diversifiée et adaptée à l'évolution des besoins et pour la structurer en filières ou en réseaux gérontologiques.

Il convient donc d'essayer de déterminer, dans un second temps, quels peuvent être les freins et les difficultés rencontrées par les personnes âgées et leurs familles pour accéder à une offre de proximité adaptée à leurs besoins. Il est utile d'essayer de déterminer si l'offre à destination des personnes âgées est correctement répartie au niveau des territoires d'action sociale du Conseil général qui représentent un maillage plus fin, afin de mettre en évidence d'éventuelles problématiques particulières à certains bassins de vie.

1.2.2 L'offre territoriale à destination des personnes âgées : une répartition contrastée face à une population diversement répartie

Il a été souligné précédemment ¹⁴ que l'Assurance maladie (via l'ARS en région) et le Conseil général possédaient des critères de découpage des territoires différents. Ainsi, le territoire de santé n°2 se superpose à peu près avec trois des sept territoires d'action sociale (TAS) définis par le Conseil général du Finistère¹⁵ :

- le TAS de Quimper – Châteaulin – Pleyben – Carhaix (le bassin de Carhaix est inclus dans le périmètre du territoire de santé n°1)
- le TAS d'Audierne - Pont-L'abbé – Douarnenez
- le TAS de Concarneau – Quimperlé

Ce découpage plus fin peut permettre d'avoir une meilleure lisibilité sur la répartition de l'offre par zones géographiques plus réduites et par bassins de vie. L'étude de la répartition de l'offre à destination des personnes âgées en fonction de ce découpage plus fin, permet de mettre en lumière certaines difficultés au niveau de la répartition de l'offre sur le territoire de santé n°2.

1 - Particularités des besoins et de l'offre sur le Territoire d'action sociale de Concarneau – Quimperlé

- Cette zone, située au sud est du territoire de santé n°2 vient empiéter également sur le territoire de santé n°3 (bassins de vie de Pont Aven et Quimperlé). Elle connaît une forte concentration de personnes âgées (sur l'agglomération de Concarneau et de Quimperlé et sur les zones littorales en particulier) avec une proportion des personnes de 60 ans et plus bénéficiaires de l'APA à domicile, supérieure à l'ensemble du département du Finistère,¹⁶ (5.4% contre 4.9%).

Cette zone géographique est également fortement confrontée aux problématiques de l'isolement puisque 4 personnes âgées de plus de 80 ans sur 10 y vivent seules.

- Malgré ce constat démographique, le TAS de Concarneau Quimperlé possède un taux d'équipement en établissements d'accueil pour personnes âgées inférieur à la moyenne départementale, avec 13 établissements d'accueil au 31.12.2008. A cette date, il était de 11.5% contre 14.2% dans le Finistère (/1000 personnes de 75 ans et plus recensées en

¹⁴ Voir point 1.1 page 10

¹⁵ Voir Annexe V : carte de découpage des différents territoires d'action sociale du Finistère

¹⁶ Données statistiques fournies par le Conseil Général du Finistère, issues des fiches diagnostic par territoire d'action sociale.

2006). Pour se limiter aux frontières du territoire de santé n°2, l'offre à destination des personnes âgées du bassin de vie de Concarneau comprend 6 EHPAD (dont 3 sur le site concarnois du CHIC), 30 lits de SSR gériatrique (CHIC) et un SSIAD de dix places (CHIC).

A contrario, l'ensemble du territoire d'action sociale est couvert en services d'aide à la personne ainsi qu'en services de portage de repas et désormais, toutes les communes du TAS sont desservies par un SSIAD¹⁷.

- Les deux intercommunalités de Concarneau et de Quimperlé bénéficient d'une coordination gérontologique (permanences physiques et téléphoniques d'information à destination des personnes âgées et de leur entourage pour les 25 communes du territoire d'action sociale).

Le CLIC, de niveau II de Concarneau vient compléter cette démarche de coordination et de repérage des problématiques des personnes âgées sur ce secteur.

Le bassin de vie de Concarneau bénéficie également de la filière gériatrique hospitalière du CHIC à travers son implantation sur le site notamment avec des consultations externes de gériatre ou encore un lit d'urgence gériatrique au sein de l'unité de soins de suite et de réadaptation (pour des entrées directes après avis de l'équipe mobile gériatrique du CHIC)

- A travers le diagnostic du Conseil général et de la coordination gérontologique, on peut dire qu'actuellement, les structures d'hébergement arrivent à satisfaire sans délais d'attente trop longs les demandes d'accueil des personnes âgées du territoire. Cependant, à terme, une fois les limites du maintien à domicile atteintes, les structures d'accueil risquent de ne pouvoir faire face à l'afflux des demandes en places médicalisées, au regard de l'état actuel de l'offre.

- Le Conseil général tente d'améliorer et d'adapter l'offre médico sociale à l'évolution des besoins, à travers des contrats de territoires. Le contrat conclu pour la période 2010 – 2016 avec la communauté de communes de Concarneau, y prévoit, par exemple, la création de 49 places d'hébergement pour personnes âgées et « ...porte une attention particulière à l'accueil de jour spécialisé...» sur cette zone.

La filière gériatrique du CHIC est directement impactée par ces décisions. En effet, l'ARS ayant autorisé le CHIC à créer 6 places d'accueil de jour, le projet est en cours de constitution sur le site de Concarneau, afin de venir combler les besoins importants et s'insérer dans les axes des politiques du conseil général et de l'ARS.

¹⁷ Données actualisées ARS Bretagne

- L'entrevue que j'ai pu avoir avec la coordinatrice du CLIC de Concarneau faisait toutefois remonter des difficultés importantes de la population et des professionnels de santé de ce bassin de vie, concernant les manques en diagnostics neurologiques faute d'une bonne orientation (délais de rendez vous en consultation mémoire, neurologiques ou gériatriques trop longs et mal connus des médecins libéraux). Elle notait également les besoins récurrents de soutien aux aidants via des solutions de répit alternatives telles que l'accueil de jour (places en projet sur le CHIC et sur l'EHPAD de Rosporden) ou le besoin en places d'accueil de nuit.

2 - Les disparités très marquées du territoire d'action sociale des agglomérations de Quimper, Châteaulin, Pleyben et Carhaix

Ce périmètre est très étendu puisqu'il recouvre 68 communes et 9 intercommunalités. Il va du sud du département et du territoire de santé n°2 (agglomérations de Quimper et Fouesnant) jusqu'au nord, en limite du territoire de santé n°1, sur lequel figure Carhaix.

On peut donc en déduire très vite que la répartition des personnes âgées et par là même les problématiques pour répondre à leurs besoins seront différentes que l'on se situe dans une agglomération importante comme Quimper, dans une commune littorale ou dans les bassins de vie plus ruraux du nord du territoire de santé (Châteaulin – Pleyben).

- Ce territoire, proportionnellement plus jeune que la moyenne finistérienne voit cependant sa population vieillir plus rapidement (+11.2% contre +5.3%¹⁸).

Des disparités économiques sont également à signaler : le nord du territoire d'action sociale (en particulier les bassins de vie de Châteaulin et Pleyben) connaissent une proportion beaucoup plus importante de bénéficiaires de l'APA à domicile.

Il existe des disparités démographiques importantes entre communautés de communes, concernant les personnes âgées. En particulier, on peut noter que le pays de Fouesnant connaît une augmentation très importante de sa population âgée : + 24% pour les plus de 60 ans entre 1999 et 2006, contre + 5.3% sur le Finistère et + 47.2% pour les plus de 75 ans sur la même période. Ce bassin de vie et celui de Châteaulin sont les secteurs où la densité de population de personnes de plus de 60 ans est la plus importante sur ce territoire d'action sociale. Les projections d'évolution à 2020 de cette population au niveau du territoire d'action sociale prévoient une augmentation plus forte que sur la globalité du département.

¹⁸ Données statistiques fournies par le Conseil Général du Finistère, issues des fiches diagnostic par territoire d'action sociale.

Les zones urbaines de l'agglomération quimpéroise connaissent une proportion de population âgée moins importante.

Les problématiques d'isolement familial sont bien présentes sur ce périmètre également, avec une forte prévalence pour l'agglomération quimpéroise et Châteaulin.

- Face à ces constats populationnels, les professionnels libéraux sont proportionnellement bien représentés sur les secteurs de Quimper et de Fouesnant pour les médecins, sur le secteur de Châteaulin pour les infirmières libérale, mais en faible densité sur le secteur de Pleyben.

- Le taux d'équipement en structures d'hébergement est globalement légèrement inférieur à la moyenne du département avec 17 structures implantées, avec de surcroît, une faible proportion de lits d'hébergement temporaire. Cependant de fortes disparités de répartition persistent, là encore, entre l'offre sur l'agglomération quimpéroise ou Châteaulin (respectivement 13.8% et 16.9% au 31.12.2008 pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus en 2006) et les zones de Fouesnant (7% / 1000) ou le canton de Briec (9.5%).

- Il faut encore noter une faiblesse au niveau de l'offre en accueil de jour, notamment sur les cantons de Pleyben et de Briec qui en sont totalement dépourvus (trois places existent seulement sur ce territoire d'action sociale à ce jour).

- Ce déficit en équipements à destination des personnes âgées du territoire d'action sociale a engendré un accès prioritaire de cette zone pour la création de nouvelles places à horizon 2020. Ainsi, le Conseil général prévoit d'en créer 112 supplémentaires soit 39 places d'accueil permanent, 27 lits d'hébergement temporaire, 36 places d'accueil de jour et 10 places spécialisées dans l'accueil des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

3 - Le territoire d'action sociale d'Audierne, Pont L'Abbé et Douarnenez : une zone littorale confrontée à des besoins importants.

Ce troisième territoire d'action sociale se situe dans la partie sud ouest du territoire de santé n°2. Il est constitué de six intercommunalités : Douarnenez, Audierne (cap Sizun), le haut pays bigouden avec Plogastel St Germain, Pont L'Abbé en pays bigouden sud et enfin l'EPCI du Guilvinec. Les communes situées plus à l'est du territoire et donc plus proches de l'agglomération quimpéroise connaissent un rajeunissement de leur population. A contrario, le vieillissement de la population est plus marqué sur les communes situées à proximité du littoral. La proportion de personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 75 ans est particulièrement marquée dans les zones de Pont l'Abbé

(Pays bigouden sud), de la baie d'Audierne (cap Sizun) et de Douarnenez. Ce taux est supérieur à la moyenne finistérienne pour l'ensemble du territoire d'action sociale.

- Au regard de ces conditions démographiques, le territoire reste sous doté en structures à destination de la population âgée, mais bénéficie d'une bonne couverture en matière de professionnels libéraux (médecins et infirmières) et de SSIAD.

- En ce qui concerne la coordination sur ce territoire, il existe une filière gériatrique incomplète sur Douarnenez (pas d'équipe mobile gériatrique) et une coordination gérontologique efficace sur le cap Sizun, mais aucun réseau gérontologique n'est constitué, à l'instar de l'ensemble du territoire de santé n°2.

On peut noter également que Pont L'Abbé ne bénéficie pas, à l'heure actuelle, d'une offre gériatrique structurée mais qu'une identification de court séjour gériatrique est en projet. A l'heure actuelle, les intercommunalités de Pont L'Abbé, du Guilvinec et de Plogastel St Germain ne sont rattachées formellement à aucune filière gériatrique.

- Conscients de ces difficultés, les pouvoirs publics incluent dans leurs programmations, des actions susceptibles de contribuer à améliorer la situation. Ainsi deux contrats de territoire, ont été signés avec le Conseil général sur la période 2010 – 2014, l'un à destination du haut pays bigouden et l'autre déployé sur le Pays bigouden sud.

Ils prévoient, outre la création de places d'hébergement, (36 places d'EHPAD à horizon 2013 sur le secteur du pays bigouden sud, par exemple), le soutien à la mise en place et à la gestion du CLIC de Pont L'Abbé, porté via un contrat, par l'Hôtel Dieu jusqu'en 2010. Ce CLIC devrait, par convention, couvrir une part importante du pays bigouden.

Cette étude plus fine permet de mettre en lumière les points forts du territoire de santé n°2 mais également ses faiblesses en matière d'équipements sanitaires, médico sociaux et de l'ensemble des dispositifs gérontologiques. Ce panorama met en lumière les réelles difficultés de proposer une offre complète et correctement répartie en fonction des besoins et des évolutions de la population âgée sur les différents bassins de vie.

Au-delà de l'offre en elle-même et de sa répartition, on décèle également les difficultés des professionnels des différents secteurs engagés autour de la prise en charge de la population âgée, à s'organiser en filières ou en réseaux. Les filières gériatriques existantes se limitent souvent à l'offre hospitalière du centre hospitalier qui la porte.

Ce besoin urgent de coordination entre l'ensemble des acteurs et des dispositifs gérontologiques constitue l'un des enjeux majeurs d'une prise en compte de qualité des

besoins de la personne âgée sur le territoire, que ce soit à domicile, au sein du parcours de soins ou en établissement d'hébergement.

On mesure davantage la difficulté des personnes âgées et de leurs familles à s'organiser et à anticiper leurs besoins faute d'une réelle coordination structurée entre les différents maillons gériatriques et gérontologiques, sans une bonne connaissance par chacun des acteurs, de leurs missions respectives et de l'offre à disposition sur le bassin de vie ou le territoire de santé.

2 D'une filière gériatrique hospitalière à une coordination gérontologique sur le territoire de santé : une évolution à porter par le Centre hospitalier de référence, de territoire.

2.1 Une filière gériatrique au Centre hospitalier de Cornouaille, fédérant une première union hospitalière

2.1.1 Une structuration progressive de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Cornouaille

1 - Un service de Médecin Gériatrique

L'hôpital de Cornouaille a ouvert son premier service de médecine gériatrique en 1993. D'abord doté de 15 lits, il est passé à 24 lits en 2008. Afin de contourner les difficultés d'accueil et l'afflux de personnes âgées aux urgences (inadaptation des prises en charge, perte de chances, embolisation....) le service essaie de promouvoir, par la diffusion de numéros de téléphones directs médicaux aux médecins libéraux du secteur, l'hospitalisation programmée (délai d'attente actuel moyen pour une entrée programmée aux alentours de 48 heures).

Les entrées directes progressent d'ailleurs dans les statistiques de l'établissement¹⁹: représentant 17.7% des entrées globales du service en 1997, la part des entrées directes progresse à 22.4% des entrées en 2009 pour arriver à 32.8% en 2011. L'amélioration nette du taux à partir de 2009 s'explique, à la fois par la mise en place des DECT (téléphones portables) pour les médecins gériatres du service : leurs numéros sont diffusés aux professionnels libéraux du secteur et joignables en direct sur la journée et par la création du relais seniors, dont l'infirmière gérontologique contribue à la promotion des hospitalisations programmées.

Cette proportion reste malgré tout largement insuffisante car le taux d'hospitalisation de personnes âgées via les urgences reste très élevé au sein de l'établissement.

2 - Des consultations externes : consultation gériatrique et consultation mémoire

Les consultations gériatriques sont assurées pour ½ journée par semaine sur le site de Quimper et dans la même proportion sur le site de Concarneau. Le délai d'attente pour un rendez vous est actuellement de quatre à six mois.

¹⁹ Données fournies par le Service du contrôle de gestion du CHIC

Les consultations mémoire sont, elles, proposées à raison de quatre ½ journées par semaine sur le site de Quimper. Là encore, les délais d'attente pour un rendez vous sont de plusieurs mois.

3 - Une équipe mobile gériatrique interne

Instaurée en 2004 elle a vu son activité progresser avec l'évolution et la structuration progressive de son organisation. Actuellement, l'implication de 4 gériatres, de deux IDE en alternance et d'une assistante sociale permet une organisation plus pérenne et fonctionnelle se répartissant comme suit :

- intervention au service des urgences, de l'équipe de l'EMG (infirmière et/ou assistante sociale, selon les besoins) auprès des patients âgés. L'appel à l'EMG est impulsé par le médecin urgentiste. Celui-ci évalue le besoin ou non d'intervention de l'équipe mobile auprès du patient âgé arrivé par les urgences, effectue un tri préalable en fonction de critères objectifs mais également subjectifs, puisque l'ensemble de la situation de la personne ne peut toujours être analysé dans un laps de temps si court.

- gestion de l'activité transversale à destination des services de spécialité médicale ou chirurgicale pour avis gériatrique par le médecin gériatre présent (présence d'un gériatre sur 7 demi-journées par semaine avec 4 gériatres impliqués) et gestion de la sur-occupation (gestion de patients médicaux âgés accueillis en services de chirurgie en période de sur-occupation).

L'activité de l'EMG en interne est en pleine progression : la demande transversale d'avis gériatriques augmente de 63%²⁰ en 2011 par rapport à 2010. Dans cette mission, l'équipe mobile gériatrique constitue indéniablement un excellent moyen de diffusion d'une culture gériatrique partagée, au-delà des seuls services gériatriques.

4 - Un relais sénior

Implanté depuis fin 2009, il est une particularité du CHIC. Ce guichet d'accueil est géré par une infirmière spécialisée en gériatrie. Il a pour vocation d'accueillir les personnes âgées et leurs familles pour une écoute, une évaluation de la situation de la personne dans sa globalité afin de proposer des solutions, des informations, une orientation. L'origine des demandes vient des familles des personnes hospitalisées au sein de l'établissement, de personnes âgées et familles à l'issue d'une consultation diagnostique

²⁰ Données issues du rapport d'activité 2011 de l'EMG - CHIC

(mémoire ou gériatrique) pour aider à cerner le devenir de la personne ou à l'issue de consultations externes, pour les personnes adressées par des médecins libéraux.

L'activité du relais est en pleine progression. Il a réussi à acquérir, en deux années d'activité, une reconnaissance des professionnels, tant du secteur social, que médico social ou libéral. Le travail en partenariat avec les acteurs sociaux de la ville ou du département (CLIC, CCAS....) ainsi que les médecins libéraux est primordial.

5 - Les soins de suite polyvalents ou gériatriques

Ils représentent respectivement 40 lits polyvalents sur le site de Quimper et 30 lits « gériatriques » sur celui de Concarneau. L'établissement, à travers son projet médical (2011-2015), a entamé une phase de réflexion et de réorganisation de son offre en matière de soins de suite, pour mieux s'harmoniser avec l'offre globale du territoire et tout particulièrement au sein de l'U.H.C., pour mieux répondre aux besoins tout en rationalisant l'offre dans une logique de spécialisation par site²¹.

6 - Les deux sites du CHIC, Quimper et Concarneau

Ils accueillent chacun 3 résidences regroupant actuellement 517 places d'EHPAD (dont 6 lits temporaires) et 94 lits d'USLD. Les lits d'USLD et les lits temporaires sont répartis sur trois des six EHPAD. Les locaux bien que d'ancienneté moyenne portent tous le poids d'une architecture peu adaptée désormais à l'évolution des pathologies (profils de démences liées aux maladies d'Alzheimer ou apparentées ou au grand âge) en lien avec l'entrée de plus en plus tardive en institution. Les chambres à deux lits, très nombreuses et l'absence de salles de bain privatives dans certaines de ces chambres ne permettent pas une prise en charge optimale par les équipes, dans la gestion des soucis de cohabitations. Elles enlèvent de l'attractivité à ces résidences qui, par moment, peinent à assurer un taux de remplissage optimal alors que dans le même temps, de très nombreuses personnes âgées et leurs familles sont en attente d'hébergement, en urgence, mais répondant à des critères d'accueil plus en rapport avec les attentes actuelles.

La question de l'attractivité de la filière gériatrique quimpéroise se pose réellement afin d'attirer de nouveaux gériatres et de pérenniser l'attractivité globale de l'offre gériatrique du CHIC. Le départ en retraite à l'été 2012 du médecin responsable de l'équipe mobile gériatrique repose de façon cruciale la politique de recrutement sur la filière et l'attractivité

²¹ Voir les détails du projet médical au niveau de la réorganisation des SSR en page 22 : 1.5 du III - B

en termes de carrière et de projets que peut proposer le Centre hospitalier de Quimper. Seule la poursuite de la dynamique engagée au niveau soignant, sur le registre médical (activité multi-sites, sur les différents maillons de la filière gériatrique) ainsi que l'inscription de l'accompagnement du vieillissement de la population parmi les enjeux institutionnels transversaux permettront d'assurer une pérennité des dispositifs en place et à venir. Des délais de réponse acceptables en terme de rendez vous permettront d'assurer une image de cohérence, de sérieux et de fiabilité vis-à-vis des acteurs de la ville et de l'ensemble des dispositifs gérontologiques sur le territoire.

Les projets à venir, de restructuration des EHPAD/ USLD afin de redéfinir les possibilités d'accueil (chambres seules) ou de réorganiser les prises en charge (projet de regroupement des USLD sur un seul site) afin d'adapter les moyens aux besoins, doivent permettre une meilleure adéquation de l'offre aux évolutions des besoins.

La filière gériatrique du CHIC devra également inclure dans ce projet institutionnel, des modes de prises en charge adaptés aux profils de malades désorientés, de plus en plus nombreux.

Tel est d'ailleurs l'objectif du schéma directeur architectural pluriannuel actuellement en cours de préparation sur les résidences, dans la perspective de la négociation des conventions tripartites EHPAD et USLD de seconde génération.

Cependant, toutes ces évolutions devront s'inscrire dans une dynamique territoriale, s'articuler avec les autres projets des différentes structures locales et s'inscrire dans une dynamique de coordination entre le CHIC et ses partenaires sur le territoire de santé.

Les programmations, que ce soit au niveau sanitaire, pour l'ARS (PRS, PTS, CPOM) ou les schémas gérontologiques, les contrats de territoires au niveau du Conseil Général vont dans ce sens et insistent sur une nécessaire structuration de l'offre en filières et en réseaux afin d'assurer une plus grande fluidité aux parcours du patient âgé et une prise en charge mieux coordonnée.

2.1.2 L'union hospitalière de Cornouaille : les bases d'une approche coordonnée de l'offre gériatrique publique vers une coordination gérontologique de territoire

1 - La genèse d'une union

L'Union hospitalière de Cornouaille ne s'est constituée que récemment, puisque le premier projet d'accord cadre entre ses membres n'a été signé que fin 2009.

Le CHIC, établissement de référence du territoire de santé, ainsi que trois autres établissements se sont positionnés, appuyés par l'ARH puis l'ARS, en faveur de cette

union ayant pour objectif la constitution *d'une offre publique conjointe de soins, de qualité, solidaire, pérenne et efficiente* sur le sud du territoire de santé. Il est prévu dans les termes de l'accord que chaque établissement garde pleinement son autonomie. Il pourrait être envisagé, à plus long terme, la constitution d'une C.H.T. (communauté hospitalière de territoire) dans le respect des désirs de ses membres.

L'U.H.C. est constituée des cinq établissements suivants : le centre hospitalier de Cornouaille, l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé, le centre hospitalier de Douarnenez, l'établissement public de santé mentale Gourmelen de Quimper et le centre de soins de suite (SSR) Jean Tanguy de St Yvi.

Initiée par l'élaboration d'un projet d'orientations médicales commun, cette union a été entérinée en 2011 et ratifiée par ses cinq membres et par l'ARS Bretagne. L'ensemble de ses membres s'engagent, via une convention constitutive, à adhérer à un projet médical commun, à gérer ensemble certaines fonctions d'intérêt partagé (ressources humaines, système d'information, gestion de patrimoine...). Enfin, la convention prévoit expressément une coordination renforcée des établissements dans tous les champs d'activité qu'ils jugeront opportuns et dans un premier temps, via la création de trois GCS (groupement de coopération sanitaire) de moyens sur les champs suivants : chirurgie – médecine d'urgence et médico-technique.

2 - La déclinaison opérationnelle de cette union

Elle voit le jour progressivement et avec plus ou moins de difficultés. Des problématiques d'efficience, mais également de positionnement de l'offre publique, face à la concurrence forte du privé sur le sud du département ont incité l'ARS et les directions des établissements à proposer la création de GCS sur la chirurgie et les urgences. Une recherche de mutualisation des moyens et d'efficience est également à l'origine de la création du GCS autour des services médico techniques (laboratoire, imagerie, pharmacie et stérilisation).

On constate, à travers les termes de la convention constitutive, que ces groupements de coopération ont des origines basées principalement sur des problématiques de positionnement et d'efficience et plus particulièrement sur des problématiques sanitaires de court séjour.

Leur impulsion ayant été décidée, davantage par les acteurs décisionnels que par les professionnels eux mêmes, constitue un frein qu'il reste difficile de contourner actuellement. En effet, sur le terrain, les acteurs des établissements de l'union peinent à se regrouper, à travailler ensemble de façon quelque peu artificielle et les organisations

ont quelquefois du mal à se mettre en place, puisqu'elles n'ont pas été à l'origine du projet.

Cependant, la mise en place d'instances de dialogue social et la pleine association des structures aux décisions... ainsi que la mise en place progressive d'une communication au nom de l'UHC pour la rendre plus visible et plus lisible sont autant d'actions permettant désormais, de donner corps et identité à cette union de façon progressive.

3 - L'UHC, filière gériatrique : une coopération plus instinctive

A contrario, les champs de mise en œuvre de l'UHC sont en train de s'étendre, de façon beaucoup plus pragmatique à des domaines d'activité autres.

En effet, il est intéressant de voir que lorsque les besoins de travail en commun partent du terrain, des professionnels eux-mêmes et d'une volonté commune de se coordonner pour aplanir des difficultés partagées par les acteurs, les partenariats se font de façon beaucoup plus naturelle, plus aisée et plus rapidement.

C'est le cas en ce qui concerne l'exercice de coopérations entre les cinq établissements dans les domaines du SSR et de la psychiatrie, mais c'est surtout une évidence en ce qui concerne la constitution de l'UHC - filière gériatrique, où les difficultés rencontrées²² par tous les professionnels de la gériatrie au niveau des établissements de l'UHC et plus largement, du territoire, ont conduit à une démarche différente de celle des activités MCO. Suite aux demandes émanant des professionnels du terrain et remontée aux directions respectives des établissements, les fondements de l'UHC - filière gériatrique se sont donc constitués en quelques mois à partir de la fin 2010, de façon informelle pour l'instant. L'élan des établissements en ce sens, est largement favorisé et accompagné par les dispositifs de programmation nationale et par l'ARS Bretagne.

4 - L'UHC filière gériatrique portée par les orientations des politiques de santé sur le territoire n°2

- En effet, le PRIAC 2011-2013, à travers son axe n°5, promeut l'articulation entre le PRIAC (programme médico social) et le SROS III (schéma sanitaire) afin d'assurer une continuité de la filière gérontologique au-delà des typologies d'offres. Cet axe a pour objectif d'éviter les ruptures dans l'offre de soins à destination des personnes âgées à travers l'organisation territoriale de l'offre gérontologique autour d'un hôpital de référence (le CHIC sur le territoire de santé n°2), support de filières et de réseaux de coordination.

²² Ces difficultés sont largement détaillées et explicitées en partie II – B, pages 15 à 19.

- Il est intéressant de noter également, que la conférence de Territoire n°2 (sous groupe « filière gériatrique »), dans le compte rendu de sa réunion de Septembre 2011, précise certains axes de travail à destination des professionnels. Trois de ces axes attirent l'attention car ils convergent dans le sens d'une constitution de l'UHC Filière gériatrique et de ses modalités d'actions détaillés ci - après:

1) la mise en œuvre de filières gériatriques est fortement encouragée sur le territoire. Cette problématique constitue d'ailleurs un des axes du PRS et rend cette thématique obligatoire au sein du PTS en cours de constitution.

2) la nécessité d'une meilleure connaissance des acteurs et de leurs missions respectives pour faciliter la coordination et la communication auprès des personnes âgées et contourner les réticences

3) la promotion d'une culture gériatrique partagée entre l'ensemble des acteurs des dispositifs gérontologiques : la ville, l'hôpital, le secteur médico – social, le secteur social et le secteur sanitaire.

L'ensemble de ces éléments convergent vers une plus grande coordination et une meilleure lisibilité de l'offre, tant à destination du public cible (personnes âgées et leur entourage) que des professionnels de l'ensemble des secteurs gérontologiques du territoire.

2.2 Une nécessaire coordination autour du parcours de la personne âgée : un besoin ressenti et partagé par les différents acteurs du territoire

Les nombreux échanges²³ menés avec des professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne âgée sur le territoire de santé, au sein de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Cornouaille ou de l'Union hospitalière de Cornouaille ont mis en lumière les difficultés d'organiser une prise en charge et un parcours coordonné de façon satisfaisante, non seulement au niveau de l'accès des personnes âgées aux différents dispositifs mais également dans l'interaction entre les différents professionnels impliqués dans les dispositifs gérontologiques.

Sur les seize personnes rencontrées, trois exercent en milieu libéral (infirmière ou médecins), six d'entre elles (médecins salariés, cadres de santé, infirmières ou assistantes sociales) appartiennent à la filière gériatrique du CHIC, deux responsables de SSIAD ont également participé à ces entretiens, ainsi que trois responsables de CLIC et deux médecins appartenant à des structures externes (UHC ou EHPAD externe).

²³ Voir en annexe I et II la liste des professionnels entendus et les guides d'entretiens utilisés lors de ces échanges.

Leurs constats sur les difficultés au jour le jour, sur les défauts des prises en charge les amènent tous à avoir une bonne vision globale des challenges à surmonter au niveau du territoire.

Leurs réflexions se recoupent toutes autour du constat qu'il est très compliqué pour les personnes âgées et leurs familles d'anticiper la perte d'autonomie, émotionnellement et psychologiquement. Les personnes âgées et leur entourage désirent toutes se persuader le plus longtemps possible que leur état de santé est globalement stable, leur permet de prolonger encore longtemps leur maintien à domicile sans bousculer leurs habitudes de vie. Les freins psychologiques puissants à tout diagnostic précoce s'expliquent par ces enjeux pour la personne et sa famille.

L'entourage familial tend également à minimiser et à occulter le plus longtemps possible les difficultés liées à la santé, à la perte d'autonomie afin de préserver également le plus longtemps possible l'équilibre précaire de la personne âgée à domicile. Le médecin traitant, uniquement de passage, n'est pas toujours à même de détecter les situations à risque, à travers l'écran du non dit et du déni. Les difficultés des familles à s'entendre et à harmoniser leurs actions pour entourer de façon constructive et réfléchie leur proche âgé ajoutent souvent aux difficultés premières.

Seul un appui psychologique de l'ensemble de la cellule familiale pourrait aider à déverrouiller certaines situations, pour peu qu'elles aient été détectées.

De ce fait, il est très difficile d'identifier les situations à risque où le maintien à domicile se fait de façon précaire, où l'entourage est fragile ou en désaccord, où l'étayage à domicile, qu'il soit technique ou humain, ne tient plus qu'à un fil.

Chacun des professionnels rencontrés constate qu'il faut pourtant arriver à contourner ce manque d'anticipation, à faire « avec » en renforçant leurs coordinations, malgré ce que cela engendre comme difficultés pour les professionnels, qui travaillent dans l'urgence, avec des prises en charge peu adaptées.

L'ensemble des échanges menés autour de ce sujet m'ont permis de regrouper leurs remarques en deux faisceaux de difficultés majeures de fonctionnements.

2.2.1 Des difficultés impactant directement la filière gériatrique hospitalière

1 - Les urgences et services MCO sont surchargés et inadaptés à la prise en compte du grand âge.

La première conséquence visible, liée à ce manque d'anticipation dans la prise en charge de la personne âgée dépendante, est l'embolisation récurrente du service des urgences et la sur-occupation des autres services d'hospitalisation de court séjour, par des personnes âgées venant du domicile. Pourtant, un cadre de santé des urgences

quimpéroises parle de véritable perte de chance pour les personnes âgées arrivant par les urgences.

Le temps d'attente très long, les prises en charge inadaptées à leurs fragilités physiques et cognitives font qu'après quelques heures d'attente, le syndrome confusionnel s'installe très vite (lits inconfortables et inadaptés, choc émotionnel, stress, attente interminable, désorientation...).

En effet, le nombre de passages aux urgences explique que les professionnels se focalisent sur la prise en charge du problème de santé aigu ayant entraîné la venue aux urgences. Les multi pathologies des personnes âgées ne peuvent être évaluées dans leur globalité à ce stade. Les prises en charge sont donc inadaptées. Le professeur de gériatrie brestois A. Gentric, dans une intervention datant de 2005 ²⁴ précise que 60% des patients âgés ont au moins deux pathologies aiguës, que les patients de plus de 70 ans requièrent un temps moyen d'examen et de surveillance aux urgences de 3h40 (contre 2h30 en moyenne) avec une durée supérieure à 6 heures dans 15% des cas. Ces données montrent bien la difficulté de poser un diagnostic sur le sujet âgé et encore davantage dans une problématique de prise en charge urgente.

La cadre des urgences précitée, ainsi que les professionnels de l'équipe mobile gériatrique soulignent également le nombre important de passages aux urgences de personnes âgées en raison de problèmes sociaux, ce qui rejoint les constats des intervenants des CLIC, sur le manque de repérage et d'anticipation des situations à risque à domicile ou dans la pause d'un diagnostic global de la situation de la personne âgée.

Mais les limites de la permanence des soins ambulatoire qui renvoie au centre 15 systématiquement, y compris les EHPAD non médicalisés la nuit se retrouvent aussi dans cet afflux.

2 - L'ensemble de la filière gériatrique se trouve en difficulté

L'ensemble des professionnels de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Cornouaille, que ce soient les services de médecine gériatrique, les SSR ou les EHPAD/USLD connaissent également des difficultés.

Les professionnels soulignent : « on voit régulièrement les mêmes patients âgés venant du domicile, « faire le tour » de la filière de façon régulière, en raison du délai d'attente pour un hébergement en EHPAD ou USLD. De ce fait, le médecin traitant fait admettre son patient âgé aux urgences, afin d'être certain qu'il soit pris en charge, même si son cas relève plus du traitement social que d'une prise en charge sanitaire. Après une évaluation éventuelle par l'équipe de l'EMG, le patient sera admis en médecine gériatrique, puis,

²⁴ Professeur A. Gentric, CHU de Brest, Intervention au Congrès SGOC – SBG : «urgences gériatriques » à Pont L'Abbé le 20 Mai 2005.

sous réserve d'une place libre, en SSR avant de retourner à domicile s'il n'y a pas de place vacante en EHPAD sur ce laps de temps. Bien qu'une entrée directe en court séjour ou en SSR soit quelquefois possible, le passage par les urgences est trop souvent la seule solution pour le médecin traitant en l'absence d'alternative efficace et organisée.

Les médecins coordonnateurs en EHPAD pointent, pour leur part, des difficultés, liées aux conditions de retour de leurs résidents après hospitalisation dans un service de court séjour du CHIC ou des autres établissements sanitaires. En pratique, ils soulignent le manque d'information sur le retour du résident hospitalisé, le manque de coordination qui amène parfois des retours des urgences à des heures indues ou des sorties d'hospitalisation sans que l'EHPAD ait été prévenu (pas d'infirmière à certaines heures en EHPAD pour assurer le suivi et la réception du résident dans de bonnes conditions), et sans que les courriers de sortie ou les dossiers de soins ne suivent rapidement.

Là encore, le manque de liens entre le court séjour et les autres solutions d'hébergement ou de prises en charge est vécu difficilement. La coordination s'impose.

2.2.2 La prise en charge anticipée et graduée du patient âgé entraîne également des difficultés, à tous les points d'entrée des dispositifs gérontologiques

Tous les points d'entrée aux dispositifs gérontologiques connaissent des difficultés, tant au niveau des professionnels libéraux que pour les intervenants du domicile ou les acteurs sociaux.

1 – Les médecins libéraux sont parfois en difficulté dans la prise en charge de leurs patients âgés à domicile.

Positionnés comme acteurs de premier recours dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, par la loi HPST, le médecin libéral se sent bien seul pour affronter les situations quelquefois multidimensionnelles et complexes du maintien à domicile de ses patients âgés.

Les personnes que j'ai pu interroger (médecin libéral ou infirmière) ont souvent mis l'accent sur la méconnaissance, par les acteurs libéraux (hormis les gériatres plus sensibilisés par ces problématiques spécifiques), des outils et des dispositifs gérontologiques à disposition dans les autres champs, qu'ils soient du domaine du social, du médico social ou du sanitaire.

Il est indéniable que les différences de cultures entre professionnels tendent à s'amenuiser mais sont encore vivaces et que le partage des informations sur les missions

et la place de chacun doit encore être amélioré pour que la coordination gérontologique au niveau du territoire et des bassins de vie soit pleinement efficace.

Le médecin généraliste manque donc très souvent d'informations précises et pratiques sur les professionnels à contacter directement sur le bassin de vie pour permettre une entrée programmée en hospitalisation directe. Un certain pourcentage d'hospitalisations programmées s'organisent bien, mais toujours via les mêmes professionnels, à la faveur de réseaux de personnes habituées à fonctionner ensemble et qui se connaissent. Mais, faute de temps et d'informations précises, la plus grande proportion des médecins généralistes aura le réflexe d'adresser son patient âgé directement aux urgences, pour être certain d'une prise en charge immédiate et d'une inclusion rapide de son patient dans le circuit de prise en charge sanitaire.

Il en va de même pour assurer la pose d'un diagnostic gériatrique complet, via une hospitalisation de jour, une consultation mémoire ou gériatrique. Les médecins libéraux éprouvent de façon générale, un manque de connaissance de l'ensemble des dispositifs et des recours, des missions dévolues à chacun d'entre eux tant en général que sur le bassin de vie où ils exercent.

La responsable du SSIAD de la Mutualité à Quimper le rappelle : les médecins libéraux sont très peu informés sur l'existence et le rôle des CLIC, par exemple. Ils ont du mal à guider les familles. Un médecin généraliste libéral sensibilisé aux problématiques gériatriques ajoute que lui-même adresse ses patients en médecine gériatrique au CHIC, en hospitalisation programmée, car il est sensibilisé aux problématiques du grand âge et parce qu'il connaît bien les professionnels qui y exercent, qu'il est habitué à travailler avec eux. Mais il ajoute que ce n'est pas le cas de tous ses confrères et qu'il n'y a pas de système pérenne organisé et établi.

On constate donc que de façon globale, la mission dévolue aux filières gériatriques via la circulaire DHOS du 28 Mars 2007 de diffusion de la culture gériatrique auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de la personne âgée peine à être assurée par celles-ci et en particulier par la filière gériatrique du CHIC ce qui incite ses promoteurs à inscrire encore davantage leur action dans leur environnement.

2 - Des services d'intervention à domicile également en difficulté

Les services intervenants au domicile, tant dans le cadre d'une alternative à l'hospitalisation complète (HAD) ou dans celui d'une prise en charge de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pointent également les besoins et les manques en matière de

coordination entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge de la personne âgée. En effet, ils soulignent les besoins d'améliorer le passage des informations entre les acteurs et les difficultés liées aux passages brutaux, des patients sans ou avec peu de délais entre les différents dispositifs.

Ces intervenants sont particulièrement en difficulté récurrente en ce qui concerne les délais de mise en œuvre des dispositifs d'étayage à domicile après une hospitalisation.

Que ce soit l'infirmière coordinatrice du service HAD, les assistantes sociales du relais sénior du CHIC ou la coordinatrice SSIAD du CCAS de Quimper, ces intervenants pointent tous les difficultés liées aux sorties brutales des services d'hospitalisation.

On comprend aisément que les contraintes de T2A (tarification à l'activité), d'efficience et de DMS (durée moyenne de séjour) contraignent les médecins et cadres des services de court séjour à faire sortir leurs patients, âgés ou non, dès que leur état de santé, stabilisé, ne requiert plus une hospitalisation à temps plein, coûteuse et susceptible d'être remplacée par un suivi à domicile. Cependant, il faut compter de 24 à 48 heures à l'ensemble des acteurs, en lien ou non avec la famille si elle est présente, pour assurer une prise en charge de qualité et sécurisée à domicile après hospitalisation et pour que les différents acteurs se coordonnent. Hors, relate l'infirmière de HAD, il arrive parfois que faute d'avoir prévenu les intervenants du domicile, les services de court séjour fassent retourner une personne âgée seule à domicile alors que rien n'a été prévu (portage des repas, allumage du chauffage, organisation des soins...).

On voit que seule une bonne coordination entre les différents domaines et services, autour de la personne âgée, peut permettre une adaptation des moyens à ses besoins évolutifs.

On voit également émerger dans ces réactions, dans ces constats, des besoins récurrents de dispositifs « tampons » entre l'hôpital et le domicile ou la structure d'hébergement, afin d'apporter quelques jours de souplesse pour la mise en place et l'organisation à suivre.

Enfin, une information plus conséquente des médecins et professionnels du champ libéral s'impose, afin de diffuser une culture gériatrique et une connaissance des acteurs locaux, de leurs missions respectives, susceptibles d'apporter un réel soutien au médecin traitant dans la prise en charge de sa clientèle âgée.

Il convient peut être d'engager un partenariat gagnant-gagnant avec les acteurs libéraux afin que l'ensemble des acteurs y trouvent un gain en termes de fonctionnement et une meilleure efficacité en matière de coordination et de qualité de prise en charge.

On constate, à travers l'ensemble de ce panorama, les réels potentiels du territoire, en matière de volonté et d'implication des acteurs dans la prise en compte globale de la personne âgée, à tous les niveaux des dispositifs gérontologiques ou impliqués dans la prise en charge gériatrique.

Cependant, on mesure également l'étendue des difficultés et des améliorations à apporter à travers la structuration d'une offre plus diversifiée, mais également par une meilleure coordination de l'ensemble des dispositifs gérontologiques sur le territoire de santé et par une organisation améliorée de la filière gériatrique du CHIC proprement dite. C'est tout l'enjeu des missions du directeur adjoint en charge de la filière au sein de l'établissement de référence sur le territoire.

Des avancées et des actions concrètes ont d'ores et déjà été mises en œuvre mais des préconisations, élaborées à la lumière de ces investigations pourraient être sources d'amélioration, à travers des projets à impulser dans l'avenir.

3 Mieux positionner et structurer la filière gériatrique du CHIC au sein des dispositifs gérontologiques du territoire : des orientations à conforter et des dispositifs à améliorer pour le directeur adjoint en charge de la filière gériatrique du Centre hospitalier de Cornouaille.

3.1 Des actions et des projets impulsés, restant à concrétiser, tant au niveau territorial qu'au sein du Centre hospitalier de Cornouaille

3.1.1 – Des actions importantes impulsées via l'UHC Filière gériatrique au niveau du territoire de santé

1 - L'UHC filière gériatrique : une première structuration de la coordination et une communication externe pour une meilleure lisibilité et une existence renforcée

Les besoins d'améliorer la coordination entre professionnels et l'ensemble des difficultés rencontrées ont constitué le moteur d'une structuration rationnelle de la filière gériatrique de l'UHC. Les directions ont appuyé, structuré et relayé ces besoins, les ont inscrits dans une démarche institutionnelle partagée et s'en sont fait le relais auprès des acteurs extérieurs, tant au niveau local, qu'au niveau territorial.

▪ Le passage d'un constat, depuis 2010, à une démarche structurée et à une action coordonnée, ont nécessité plusieurs étapes afin d'impulser le processus.

L'objectif principal de l'ensemble des établissements membres est de rendre l'offre de soins de l'UHC plus lisible et cohérente sur le territoire, non seulement pour les partenaires entre eux, mais également pour les professionnels gérontologiques du territoire et pour le grand public. Cependant, avant de pouvoir décliner des partenariats entre professionnels au niveau du terrain, il fallait structurer et organiser les axes de coordination institutionnelle de l'UHC au niveau des directions.

Deux premières rencontres, organisées à l'initiative du directeur délégué aux personnes âgées au CHIC (qui m'a pleinement associée), les 9 Novembre 2011 et 2 Février 2012 ont permis aux directions des cinq établissements de se rencontrer afin de progresser de façon concertée dans une démarche structurée, avec des objectifs partagés qui sont de :

1) *définir les modalités pratiques, communes, de fonctionnement de la filière gériatrique* des membres de l'UHC et leur articulation. Celle-ci se fera à un double niveau.

Au niveau territorial, c'est l'établissement référent (en l'occurrence le CHIC de Quimper) qui sera le plus à même d'en assurer la promotion pour une meilleure lisibilité auprès de l'ARS (instance professionnelle de concertation) et auprès des autres partenaires (DTARS, Conseil général, ordres professionnels, associations...).

Une déclinaison par bassin de vie, au plus près des acteurs et des publics concernés devra également être mise en œuvre.

En effet, tant les directions que les professionnels de terrain s'accordent sur l'importance, pour la filière gériatrique, de pouvoir décliner et faire connaître les dispositifs existants, en première intention, au niveau des bassins de vie. Cette stratégie est pour eux, indispensable pour apporter une lisibilité locale à l'ensemble de l'offre gériatrique.

Le bassin de vie constitue le bon niveau d'action, avec une nécessité de bien identifier le « qui fait quoi » (annuaire des numéros utiles) à destination des personnes âgées et de leur entourage, ainsi qu'auprès des professionnels de santé et intervenants sociaux et médico-sociaux, ou encore des élus (réunions locales organisées).

2) *Formaliser l'Union des acteurs et les partenariats entre les différentes structures de sa filière gériatrique en fonction des besoins présents ou à venir, et dans un premier temps entre les EHPAD de l'UHC et l'hôpital.* Cette formalisation, à la fois sous forme de charte constitutive au niveau territorial et sous forme de conventions bilatérales au niveau des bassins de vie, est encore au stade de projet. Le groupe de travail « filières gériatriques et gérontologiques » du territoire de santé n°2, dans le cadre de l'élaboration du projet territorial de santé, a inscrit cela dans ses objectifs, lors de la première réunion (28 juin 2012).

3) Définir le périmètre de la réflexion : filière gériatrique ou filière gérontologique

- au regard des enjeux (accès des personnes âgées et de leurs proches au dispositif gérontologique, quel que soit le point d'entrée), pertinence d'une approche globale favorable au décroisement entre social, médico-social et sanitaire
- pour les professionnels : notion de *filiale* gérontologique (incluant donc la filière gériatrique) et pour les usagers : notion de *dispositif* gérontologique
- cette approche pourra servir de base à une réflexion ultérieure sur une éventuelle maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)

4) Définir des outils de communication adaptés en fonction de l'ensemble de ces enjeux

L'option est donc prise de définir des outils mais également des actions de communication en soulignant un objectif commun de proximité, de prévention et de partenariat mais aussi de concertation dans les projets.

- L'impulsion d'une démarche de communication constructive et structurante

L'option est proposée par le directeur adjoint délégué aux personnes âgées au CHIC, d'élaborer des outils mais également des actions de communication en soulignant un objectif commun de proximité, de prévention et de partenariat mais aussi de concertation dans les projets.

Cette démarche répond à des objectifs et à des règles partagées par tous les membres, à savoir :

- idée de partir du bassin de vie vers le niveau territorial, au plus près du besoin,
- création et présentation d'une plaquette d'information (glossaire) sur l'ensemble des typologies d'offres existantes à destination des personnes âgées et établir une cartographie²⁵ et déclinaison de l'offre par bassins de vie les deux niveaux étant complémentaires mais indissociables,
- organiser des réunions d'information et de coordination entre les différents acteurs au niveau territorial. Le CHIC, en tant qu'établissement référent sur le territoire et par là même le directeur adjoint en charge de la filière est directement impliqué dans cet objectif de relais entre les différents maillons gérontologiques du territoire et les représentations territoriales des différents partenaires de l'UHC,
- enfin il est prévu, d'organiser une réunion annuelle par bassin de vie avec chaque CLIC, acteur naturel de la coordination gérontologique, pour étudier les possibilités et les besoins d'amélioration de cette coordination au niveau local. Chaque réunion sera impulsée et organisée par l'établissement de l'UHC présent sur le bassin de vie, en invitant ses partenaires susceptibles d'y intervenir également. Les acteurs externes invités seront cette fois les médecins libéraux locaux, les élus, les établissements partenaires locaux, hors UHC, intéressés par la démarche.

Cette proposition de participation active des composantes de l'UHC aux actions de coordination impulsées par les différents CLIC a été exposée lors de la réunion organisée par le conseil général le 26 avril 2012 sur la coordination gérontologique territoriale.

²⁵ Voir en annexe IX la présentation de l'UHC : cartographie de l'offre – missions – enjeux - outils

- Une première ébauche d'outil de communication

A ce jour, j'ai pu élaborer une première ébauche de glossaire²⁶. Cet outil détaille l'ensemble des dispositifs de l'offre existante, à destination des personnes âgées, classée sous trois rubriques distinctes : les acteurs du maintien à domicile, les différentes modalités de prise en charge en cas d'hospitalisation et enfin les possibilités d'hébergement mission.

Pour chaque typologie d'offre, le glossaire détaille ses missions (pour qui ? pour quoi ?), ses modalités d'accès ainsi que les dispositifs de relais ou les partenaires éventuels.

Il est prévu de décliner ce document en deux versions. La première est destinée et adaptée au public cible (personnes âgées et familles), complétée des contacts locaux par bassins de vie, des interlocuteurs privilégiés.

La deuxième version cible les acteurs gérontologiques externes et devra être ajustée pour les professionnels avec une annexe détaillant les contacts directs par bassin de vie.

- Une présentation de ces différents projets d'outils, pour validation et communication au niveau territorial, est organisée par la direction adjointe du CHIC en charge de la filière gériatrique (assemblée du 21 Mai dernier²⁷).

Deux temps forts structurent cette réunion :

- Présentation d'une première ébauche des outils (glossaire, cartographie de l'offre de l'UHC disponible sur le territoire de santé) aux différents professionnels de l'ensemble des établissements constituant la filière gériatrique de l'UHC, pour validation. Cette première approche a reçu un écho positif réel auprès des professionnels de l'UHC, conviés à cette assemblée. Ils se sont déclarés favorables à la diffusion de la plaquette, tant auprès du public (en se limitant aux axes de maintien à domicile et d'hébergement en structure) qu'auprès des professionnels libéraux (en y adjoignant l'axe porté sur les modalités d'hospitalisation).

- Invitation, dans un deuxième temps, de l'ensemble des partenaires²⁸ de l'UHC filière gériatrique intervenant au niveau territorial (DTARS, Conseil général, établissements du territoire de santé, associations d'usagers et de familles, conseil de l'ordre...) afin de les informer sur la démarche impulsée par l'UHC et de présenter les premières ébauches d'outils.

²⁶ Voir en Annexe X le glossaire élaboré selon 3 axes : l'offre de soutien à domicile – les différentes modalités d'accueil en structure d'hébergement et dans le cadre d'une hospitalisation

²⁷ Voir en Annexe VII, la lettre d'invitation à la réunion de l'UHC Filière gériatrique, avec le déroulé de la réunion en deux temps ainsi que la présentation de la cartographie de l'UHC et des outils en annexe IX

²⁸ Voir en Annexe VIII la liste des personnes ou des partenaires conviés à cette assemblée de l'UHC Filière gériatrique du 21 Mai 2012.

Les échos positifs des personnes présentes lors des deux temps de cette réunion, tant sur les outils que sur la démarche amorcée démontrent que le travail engagé répond à un besoin des professionnels sur le territoire de santé et que l'implication d'un directeur adjoint en charge de la filière gériatrique au sein de l'établissement référent sur le territoire prend tout son sens.

Des interrogations ont toutefois été posées par certains partenaires, à savoir de quelle manière impliquer davantage et mieux les professionnels libéraux et en particulier les médecins dans la démarche. Par quels vecteurs de communication les toucher de façon efficace pour leur apporter l'information (via le glossaire de l'offre gérontologique existante ainsi que les contacts professionnels utiles sur leur bassin d'activité), afin de promouvoir des parcours de santé optimisés sur le territoire (hospitalisation programmée, diagnostic précoce etc...). L'ensemble des acteurs présents ont souligné la nécessité de travailler sur cet axe mais également la difficulté d'y parvenir. En effet, les différences de cultures professionnelles, la sensibilisation aux problématiques du grand âge plus ou moins forte ou les emplois du temps parfois surchargés sont autant de freins à une implication forte des médecins libéraux dans une telle démarche.

Cette stratégie de communication initiée par l'UHC en son nom propre (par exemple, plaquette de son offre par bassin de vie) doit être dissociée des actions de promotion de la culture gériatrique (glossaire) dont les thématiques incontournables s'inscrivent plus largement dans les orientations du PRS (thématique obligatoire : la prise en charge des personnes âgées dont la mise en œuvre des filières gériatriques). Ces actions plus larges doivent être portées par le PTS, à la faveur de la réflexion initiée actuellement sur le territoire de santé n°2 dans le cadre de son élaboration.

Le groupe de travail « projet du territoire de santé » sur la filière gériatrique et gérontologique²⁹ cible particulièrement l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes âgées grâce à une meilleure connaissance des acteurs entre eux et de leurs contraintes respectives. Il souligne, dans son premier compte rendu de travail, l'intérêt du glossaire ainsi constitué par l'UHC filière gériatrique. Il propose d'en améliorer encore la présentation et d'en définir le format et les modalités de diffusion dans le cadre de l'axe « connaissance réciproque des acteurs ». Le groupe de travail inscrit également, dans les actions à promouvoir, la nécessité d'améliorer la communication à destination des médecins libéraux.

2 - Une meilleure formalisation de l'UHC : une manière d'engager davantage les acteurs et de positionner l'UHC sur le territoire de santé n° 2

²⁹ Groupe de travail « PTS » - Filière gériatrique et gérontologique du territoire de santé n°2 – Première réunion de travail du 28 Juin 2012 organisée par la Direction territoriale de l'ARS Bretagne.

Au stade de projet actuellement, l'élaboration d'une charte éthique partagée sur les valeurs et objectifs partagés entre les établissements membres de l'UHC semble importante à finaliser. Ambition commune de l'ensemble des établissements partenaires, elle doit encore être élaborée de façon collégiale et concertée afin de présenter des valeurs partagées par tous.

Cette démarche, entre les différents acteurs positionnerait l'UHC filière gériatrique de façon plus officielle au regard de l'ensemble des partenaires du territoire. Bien que symbolique, elle finaliserait le travail déjà élaboré et consoliderait les liens entre les professionnels de l'union.

D'autre part, une fois cette charte adoptée, il est important qu'elle soit déclinée, en conventions bilatérales, afin d'améliorer les fonctionnements et de poser les règles de bonnes pratiques entre les acteurs de façon pragmatique, avec des indicateurs de suivi aussi bien qualitatifs que quantitatifs.

Certaines conventions entre établissements existent déjà, telles celles dénommées « plan bleu » signées à partir de 2004, mais il y a lieu d'en faire un recensement exhaustif, afin de permettre une refonte actualisée et de les compléter selon les besoins actuels afin de tisser un réseau de liens dynamiques et structurants sur le territoire de santé.

Lors de sa première réunion de travail du 28 Juin 2012, le groupe de travail « filière gériatrique et gérontologique » instauré dans le cadre de l'élaboration du PTS inclut dans ses axes d'amélioration, des actions à mener pour améliorer les fonctionnements entre établissements. Il cible comme une des actions prioritaires le développement de conventions dans un but de préparation et d'amélioration des sorties d'hospitalisation.

Deux axes sont privilégiés. Dans un premier temps, améliorer l'organisation et la préparation des retours en établissement d'hébergement après hospitalisation à travers des conventions entre les établissements de santé référents et les EHPAD du territoire de santé. Le deuxième axe propose de développer des partenariats entre le secteur sanitaire (filiales gériatriques) et les professionnels intervenant à domicile, pour promouvoir l'intervention préventive d'ergothérapeutes à domicile avant le retour du patient âgé hospitalisé.

L'élaboration de conventions sous l'impulsion de l'UHC s'inscrirait complètement dans cette stratégie en instaurant une démarche gagnant – gagnant (définition précise des objectifs communs et des moyens employés pour y arriver avec des règles connues et partagées par tous), soit entre membres ou services des établissements de l'union soit à destination d'établissements externes partenaires (établissements sanitaires, médico sociaux, SSIAD etc...).

Cette démarche pourrait également concerner d'autres secteurs ou partenaires, selon les besoins et les évolutions des pratiques ou des difficultés ressenties par les acteurs de terrain.

Il serait intéressant que l'ensemble du dispositif de conventions et de partenariats, tissé entre les établissements de l'UHC et les établissements hors UHC, tende vers la mise en œuvre d'une organisation territoriale et de pratiques en accord avec les propositions de l'ANAP³⁰ sur le sujet. En effet, les préconisations de l'ANAP promeuvent l'idée d'un parcours de santé globale plutôt qu'une logique orientée sur le patient. Elles mettent en évidence le manque de pilotage transversal entre professionnels qui tendent à travailler en « silo » selon leurs secteurs d'activité.

Il est donc primordial pour le directeur délégué aux personnes âgées du l'UHC, animateur de la filière gériatrique, de contribuer à générer une culture commune sur la filière afin de dépasser les logiques d'identités professionnelles et de secteurs d'activité.

3.1.2 – Compléter et améliorer la filière gériatrique du CHIC

1 - Un accueil de jour diagnostic : un complément important à la filière gériatrique

La filière gériatrique du Centre hospitalier de Cornouaille a besoin d'être complétée et dynamisée via un soutien institutionnel fort de ses projets, pour gagner en attractivité, et attirer des professionnels de qualité.

Le projet médical du CHIC (2011 – 2015) a prévu dans son axe : « prise en compte du vieillissement de la population », la création en 2013 de cinq places d'hôpital de jour diagnostique à visée gériatrique. Cet axe répond à un véritable besoin, ressenti fortement. En effet, sur l'ensemble des professionnels rencontrés dans le cadre des entretiens menés pour ce mémoire, nombreux ont été ceux qui ont souligné ce besoin sur le bassin de vie de Quimper.

Ainsi, la responsable coordinatrice du SSIAD de la Mutualité à Quimper souligne : « pour assurer un parcours plus fluide, il faut absolument un repérage plus précoce et une évaluation de la personne dans sa globalité (aspects physiques, psychiques, sociaux...). Le médecin traitant ne peut pas tout détecter tout seul, surtout s'il y a déni de l'entourage ou de la personne âgée elle même ».

Un accueil de jour permet cette évaluation sur une grosse demie journée pour un diagnostic complet, multidimensionnel. Une importance particulière devra être donnée à la prévention dans le projet du service, pour apporter une vigilance accrue sur certains

³⁰ ANAP – « Le parcours de santé des personnes âgées sur un territoire - Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire »

signes pathologiques « alerteurs », afin de dépister et de prévenir les risques en matière de dénutrition, de confusion et de chutes.

Cet hôpital de jour diagnostic complètera de façon indispensable la filière gériatrique du CHIC qui en était dépourvue. Cette offre complémentaire était jusqu'ici, uniquement présente sur l'hôpital de Douarnenez, au niveau du territoire de santé N°2, avec un bon ressenti et un rayonnement important sur le territoire. Ce maillon supplémentaire viendra compléter la chaîne de prise en charge dans une approche anticipative.

Tous les professionnels rencontrés s'accordent sur le fait qu'un dépistage précoce d'une maladie dégénérative permet ensuite une prise en charge plus globale, graduée dans le temps et évolutive. Un médecin gériatre libéral et coordonnateur en EHPAD précise « pour moi, c'est la solution idéale : l'hôpital de jour permet d'évaluer la personne globalement (aspects psychologique, nutritionnel, sociologique et pathologique) afin d'axer la suite de la prise en charge sur la prévention maximale et permet d'organiser un étayage adéquat à domicile, par la suite ».

Les personnes isolées à domicile et non dépistées se retrouvent le plus souvent dans des situations complexes et dramatiques faute d'information et de soutien. Elles ne bénéficient pas des appuis d'une filière ou d'un réseau gérontologique et sont donc livrées à elles-mêmes.

Le dépistage permet, à l'inverse, une orientation directe vers les acteurs sociaux, sanitaires et médico sociaux susceptibles d'apporter l'aide et l'information requise. Mieux et plus tôt le diagnostic est posé, plus vite et mieux les modes d'étayage et de prises en charge globales, adaptées à l'ensemble des besoins de la personne pourront être organisés et mis en œuvre de façon personnalisée et évolutive.

2 - Diversifier et adapter l'offre conventionnelle de la filière gériatrique du CHIC via la création de places d'accueil de jour

L'ARS Bretagne a autorisé la création de 6 places d'accueil de jour au sein d'une des 6 résidences du Centre hospitalier de Cornouaille, par un arrêté de Décembre 2011. Le projet n'ayant pas pu être concrétisé avant mon arrivée, j'ai travaillé durant mon stage à lui donner une consistance avec l'encadrement et les équipes concernées.

Cette modalité d'accueil des personnes atteintes de façon légère à modérée des pathologies Alzheimer et apparentées aura un rôle complémentaire important de la filière gériatrique du CHIC et s'inscrira dans la politique régionale et territoriale de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, et de leurs familles.

Ces places d'accueil de jour sont financées dans le cadre du plan Solidarité grand âge (2007-2012). L'accueil de jour se devra de répondre à des critères organisationnels et

fonctionnels précis et de proposer un véritable projet d'accompagnement. Ses modalités d'organisation sont décrites dans la circulaire DGCS/SD3A/2011/444 du 29 Novembre 2011.

Au sein du Centre hospitalier de Cornouaille, il a été proposé par la direction d'étudier la faisabilité de l'installation de ces 6 places d'accueil sur le site de Concarneau, au sein d'un des trois EHPAD. Cette proposition de localisation s'inscrit dans une vision institutionnelle plus large pour faire du site de Concarneau, un pôle géographique plus particulièrement dédié à la prise en compte de la personne âgée. Il s'inscrit dans les programmations tant du Conseil général que de l'ARS.

Dans l'état actuel d'avancement des études, le projet de soins, le budget (hors travaux) sont déjà constitués. A travers le projet de soins, il est prévu de proposer aux personnes âgées et à leurs familles de disposer, selon leurs besoins, d'une prise en charge à la journée, multidimensionnelle, de façon à rechercher le maintien ou la récupération de l'autonomie par une stimulation des fonctions cognitives, psychiques, intellectuelles mais également physiques la plus adaptée au niveau d'autonomie.

La définition précise de ce projet de soins a d'ores et déjà permis de définir précisément de quels profils de professionnels, le service aurait besoin. Une réunion avec l'ingénieur travaux et les porteurs du projet a eu lieu fin août. Les contours précisés du projet ont permis également d'avancer sur le montage d'un budget prévisionnel.

3 - Mise en place d'une cellule de régulation des admissions et du parcours patient (CRAPP) au sein du CHIC : une action à développer

La CRAPP (cellule de régulation des admissions et du parcours patient) a été créée en janvier 2012. Rattachée à la direction des soins, cette entité est animée par un cadre de santé. Cette cellule est le résultat d'une volonté forte et commune de la direction, de la coordinatrice générale des soins et du président de CME de créer un outil susceptible d'étudier de façon fine les problématiques du parcours patient sur l'ensemble du CHIC.

Une embolisation des urgences avec des taux de passages non appropriés importants a constitué la première raison de la constitution de la CRAPP. Cependant les problématiques du parcours de la personne âgée constituent l'une de ses préoccupations majeures puisque liée complètement à la précédente.

Il y a donc un travail d'audit du parcours patient important à mener, en inter-filiarité, afin de diminuer l'accès des patients âgés via les urgences (en lien avec les actions de l'UHC), de fluidifier le parcours des personnes âgées en promouvant au sein des services une prise en compte globale, anticipative (préparation des sorties vers le domicile, vers des structures d'aval, passage de l'information entre les acteurs) afin de décongestionner l'ensemble des services.

Les problématiques sont nombreuses, les freins tant culturels que fonctionnels sont également multiples et la CRAPP a de nombreux défis à relever, non seulement au sein du Centre hospitalier mais également en lien avec les solutions d'aval pour fluidifier les parcours, améliorer la diffusion de l'information sur le patient entre les différents acteurs, tant au niveau de l'UHC que des partenaires externes (SSR privés, réseaux etc...). Seul un portage institutionnel fort en assurera la continuité et l'efficacité à terme.

3.2 Des projets à concrétiser et des préconisations afin d'améliorer la prise en charge au sein de la filière en lien avec les projets du territoire

3.2.1 Des projets à construire au sein du CHIC afin d'assurer une meilleure offre territoriale et un parcours patient plus fluide

1- Un projet à construire et à insérer au sein de l'offre territoriale : un hôpital de jour thérapeutique

La filière gériatrique du CHIC est incomplète, il lui manque le maillon « hôpital de jour ». Outre la création d'un hôpital de jour diagnostic en bonne voie de création, il serait indispensable qu'une offre de places de jour à visée thérapeutique adossée à une unité de soins de suite et de réadaptation puisse être créée également afin de répondre à l'ensemble des besoins du patient âgé, tout au long de son parcours de santé.

Le projet médical 2011/2015 du CHIC prévoit la création d'une structure d'hospitalisation de jour (5 places) thérapeutique en soins de suite et de réadaptation gériatriques sur le site de Concarneau.

Ce projet s'inscrirait dans le cadre d'une filière organisée en lien notamment avec le projet du pôle personnes âgées. Il s'agirait de proposer une offre de soins de jour permettant notamment le maintien à domicile des personnes âgées. L'ensemble s'inscrit naturellement dans le cadre d'une synergie avec l'unité de rééducation fonctionnelle déjà présente sur le même site.

Cette évolution de l'offre d'aval viendrait valablement compléter la filière gériatrique du CHIC. En effet, l'ensemble des professionnels rencontrés atteste du manque de dispositifs charnières, souples afin de permettre un maintien à domicile malgré des besoins en soins, ce que pourrait permettre cette offre d'hospitalisation de jour en répondant aux difficultés.

Les contractualisations à venir, via le prochain CPOM 2013 – 2018, en phase d'élaboration, peuvent constituer un levier important à la mise en œuvre d'un tel projet, indispensable pour compléter l'offre territoriale au sein de la filière gériatrique de l'hôpital de référence.

2 - Une réorganisation de l'offre de soins de suite au sein de la filière gériatrique du CHIC

En complémentarité avec les projets précédents et dans un esprit de coopération au sein de l'UHC, le projet médical du CHIC prévoit également un redéploiement de sa capacité en lits dans un but de spécialisation par sites.

En effet, la mise en place de l'Union Hospitalière de Cornouaille implique l'émergence d'une fédération inter-hospitalière des soins de suite se concrétisant par des coopérations intégrées tant dans le domaine de la régulation des flux que dans celui des complémentarités de prise en charge. C'est dans ce contexte qu'est posée la problématique d'une étape supplémentaire dans la coopération déjà historiquement engagée avec le centre de convalescence de Saint-Yvi, établissement partie prenante de l'U.H.C..

En effet, le centre de convalescence de Saint-Yvi dispose d'une expertise reconnue dans la prise en charge en soins de suite polyvalents. Cet établissement, géré par l'Union de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM), partenaire de l'Union Hospitalière de Cornouaille, est historiquement engagé dans un accord-cadre de coopération avec le CH de Cornouaille, se concrétisant notamment par des mises à disposition de personnel médical et la réservation de lits d'aval (avec par exemple un lit d'urgence gériatrique).

Le projet médical du CHIC précise que le centre de convalescence de Saint-Yvi dispose d'un potentiel d'investissement lui permettant d'envisager la construction d'une unité d'hospitalisation garantissant des conditions d'accueil et de prise en charge optimales pour les patients.

Compte tenu de ces éléments et de la nécessité pour le CH de Cornouaille de prioriser ses missions de référence, notamment dans sa politique d'investissement, il est proposé, dans le cadre de l'Union Hospitalière de Cornouaille, de procéder au transfert au Centre de convalescence de Saint-Yvi des 40 lits de soins de suite polyvalents actuellement situés sur le site quimpérois du CH de Cornouaille.

« Cet objectif impliquera par ailleurs l'élaboration d'un nouvel accord-cadre entre les deux établissements et ce sur la base d'un protocole précisant les conditions de réservation de lits d'aval pour les patients du CH de Cornouaille ³¹ ».

On retrouve ici les principes de fonctionnement de l'U.H.C. à travers l'idée d'une Charte et sa déclinaison en conventions bilatérales permettant de préciser les accords et les modes de fonctionnement opérationnels entre établissements afin de définir au plus près du

³¹ Extrait du projet médical du CHIC 2011- 2015

terrain les conditions du parcours du patient âgé entre les services d'hospitalisation du CHIC et le SSR de St Yvi, en l'occurrence.

Cependant, à l'état de projet uniquement, ce redéploiement doit encore être concrètement inséré dans les projets du territoire, défini par l'ensemble des partenaires concernés et validé par l'ARS au niveau territorial.

3 - Une meilleure communication à structurer et à améliorer entre les différents maillons du territoire de santé

L'ANAP, via la publication³² de ses dernières préconisations en matière de parcours de santé à destination des personnes âgées, met l'accent sur la problématique de la dispersion des données, sur l'absence d'outils de chaînage à même de rassembler les informations des différents professionnels impliqués dans le parcours de la personne âgée.

Une communication améliorée et facilitée entre les établissements de la filière gériatrique, pourrait, à mon sens, être bénéfique afin de réguler au mieux le parcours de la personne âgée au sein de la filière et d'optimiser les prises en charge adaptées aux besoins et aux problématiques individuelles.

- Un logiciel déjà existant mais limité à quelques établissements

Des outils intéressants existent déjà afin de réguler les places de soins de suite en Cornouaille. Le logiciel Alfa Lima mis en place est spécialement dédié à la régulation des flux de patients âgés entre les structures de court séjour du CHIC et les unités de SSR environnantes. Ce logiciel permet de gagner en qualité d'informations : il permet de visualiser une « carte d'identité » du patient en recherche de place SSR : degré d'autonomie – état de santé – prescriptions – environnement social. D'autre part, chaque structure connectée voit la liste des établissements sollicités ainsi que les réponses motivées (favorables, défavorables ou en attente).

- Un outil très efficace dans la régulation des flux de SSR

Impulsé à l'origine, par le SSR Jean Tanguy de St Yvi (partenaire de l'UHC – filière gériatrique), cet outil a pour finalité de permettre de mettre « le bon malade » dans « le bon lit », pour une durée adaptée à ses besoins en assurant un service de proximité au patient, c'est-à-dire en lui permettant, au maximum, de répondre à ses besoins au niveau de son bassin de vie.

³² ANAP – « Le parcours de santé des personnes âgées sur un territoire - Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire »

Cette orientation est actuellement polyvalente, mais à terme, le projet est d'assurer une orientation par filières (orientation diversifiée vers les SSR polyvalents, neurologiques, gériatriques...du territoire de santé), en fonction de l'offre disponible de proximité et selon le bassin de vie d'origine du patient âgé.

Le gain de temps est important pour les professionnels utilisant ce logiciel actuellement, tant du côté du CHIC que du côté des SSR.

- Une cellule territoriale de régulation : un projet à mener sur le territoire de santé.

En développant l'idée de ce logiciel, excellent outil d'aide à la prise en charge, l'idée d'une cellule de régulation unique sur le territoire semble intéressante et mériterait d'être étudiée dans le sens d'un possible développement pour une utilisation élargie à l'ensemble des établissements privés et publics, sur le territoire de santé n°2.

Plutôt que d'avoir une cellule d'admission dans chaque établissement public et privé, une cellule unique, dotée d'un médecin, d'une infirmière coordinatrice, d'une assistante sociale et d'un secrétariat pourrait optimiser les moyens sur le territoire, et apporter une nette amélioration dans la coordination et la régulation des flux de patients âgés sur le territoire de santé, entre les établissements de court séjour et les SSR. L'orientation par filière sur le territoire de santé serait assurée en priorisant la proximité et le choix du patient, tout en faisant le lien avec la spécialisation des établissements de SSR.

3.2.2. Des préconisations pour des dispositifs innovants, une offre mieux adaptée et une coordination plus efficace afin d'améliorer le parcours de la personne âgée sur le territoire de santé n°2

1 - Créer un guichet unique à destination des médecins libéraux du territoire de santé : promouvoir les hospitalisations directes au sein du CHIC et du territoire de santé.

- Des hospitalisations directes en court séjour gériatrique à promouvoir au sein du Centre hospitalier de Cornouaille et sur l'ensemble du territoire de santé.

Dans la partie II de ce mémoire, les nombreux échanges effectués avec différents professionnels impliqués dans les dispositifs gérontologiques du territoire ou directement dans la filière gériatrique du CHIC, ont permis de mettre en lumière les difficultés d'organisation des prises en charge et d'une coordination efficace entre professionnels des différents secteurs et particulièrement entre les médecins libéraux et le secteur sanitaire.

Certains professionnels du CHIC mettaient également en avant le pourcentage très important de personnes âgées hospitalisées via les urgences, qui constitue l'une des

grandes problématiques du CHIC (à l'instar de nombreux établissements similaires). Le fait que cela constitue une véritable perte de chance pour la personne âgée, l'embolisation des urgences, la mauvaise adaptation des prises en charges des services urgentistes aux problématiques du grand âge (désorientation, multi – pathologies, difficultés de diagnostic etc...) sont autant de raisons pour promouvoir l'accès direct de ces patients dans un service d'hospitalisation.

▪ Un guichet unique pour les hospitalisations directes : un dispositif à préconiser.

Accompagnés par les ARS, des projets pilotes ont déjà été mis en œuvre dans certains établissements hospitaliers d'autres régions de France, afin de proposer aux médecins traitants, l'accès, en journée, à un accès téléphonique, leur assurant un accueil privilégié et rapide par un interlocuteur professionnel en la qualité d'un médecin gériatre.

Ce numéro unique à leur disposition leur assure un gain de temps, une réponse professionnelle. C'est une démarche « gagnant – gagnant » qui permet à chacun des partenaires d'y trouver son compte. En effet, le médecin libéral est assuré de pouvoir hospitaliser son patient âgé rapidement et dans de bonnes conditions. D'autre part, les services de court séjour du centre hospitalier proposant cette solution, bénéficie d'un taux d'hospitalisation directe des patients âgés plus important, hors urgences réelles. Le patient âgé bénéficie d'une garantie de prise en charge mieux adaptée, il arrive directement dans le bon service pour une prise en charge adaptée.

Les dispositifs mis en place à ce jour, se limitent uniquement à organiser l'hospitalisation directe des patients âgés en services de court séjour gériatrique.

▪ Une organisation à structurer et des moyens à assurer pour un dispositif efficace

Des conditions d'organisation et des moyens sont cependant à assurer afin de permettre à un tel dispositif de fonctionner de façon efficace et pérenne.

- Il convient d'assurer cet accueil les jours ouvrés, aux heures ouvrables. Hors ces heures d'accueil du guichet (nuit, weekend et jours fériés) on considère que les hospitalisations des patients âgés concernent de réelles urgences et passent donc par ce circuit.

- Il faut que l'établissement assure la présence, sur ces créneaux horaires, d'un gériatre en permanence, assurant la permanence téléphonique du dispositif.

Cette organisation implique un partenariat étroit avec les différents établissements du territoire proposant des lits de médecine gériatrique, afin :

- que ces établissements acceptent de conserver un pourcentage de leurs lits de court séjour gériatrique pour assurer des hospitalisations directes, afin de répondre aux demandes émanant de la cellule.
- d'organiser un recueil systématique deux à trois fois par jour des disponibilités en lits sur le territoire, afin d'assurer à la cellule mise en place, une connaissance quasiment en temps réel, des disponibilités d'accueil en hospitalisation de court séjour gériatrique et d'avoir une lisibilité territoriale des possibilités d'hospitalisation directe. Cela permet d'assurer au médecin libéral, une réponse fiable et instantanée concernant la prise en charge de son patient, selon le degré d'urgence, dans un délai approprié qui doit cependant ne jamais dépasser 48 heures pour être efficace.

Une implication forte de la direction du CHIC (éventuel promoteur du projet), est un préalable à tout lancement d'un tel projet, afin d'assurer la promotion du dispositif. Une concertation et un consensus territorial autour du projet entre les établissements partenaires, les médecins libéraux du territoire, sont indispensables, ainsi qu'un appui au projet de l'ARS via les programmations et les contractualisations (PTS, CPOM ...).

2 - Une offre médico sociale à diversifier et à structurer sur la filière gériatrique du CHIC

Les retours des échanges avec les professionnels du territoire de santé et les acteurs intervenant à domicile (responsables de SSIAD ou d'HAD), du secteur libéral (gériatres) ou du secteur social (CLIC) s'accordent tous pour soulever les difficultés liées au manque de souplesse des dispositifs de l'offre d'hébergement médico sociale, face à des situations de plus en plus complexes à gérer, face à l'augmentation de la population âgée, à la dépendance liée à la maladie d'Alzheimer et à l'isolement des personnes âgées.

Un réel besoin de dispositifs procurant de la souplesse entre la filière gériatrique et le domicile apparaît à la lumière des entretiens avec les responsables des SSIAD ou de l'HAD. Selon les problématiques rencontrées par chacun d'eux, les préconisations sur des offres alternatives d'accueil des personnes âgées sont différentes.

▪ Promouvoir des lits temporaires d'USLD

A la lumière des discussions avec le cadre de santé responsable de l'HAD sur le CHIC, il apparaît que ses services détectent de nombreuses situations problématiques et des difficultés dans la filière, concernant la prise en charge de patients âgés nécessitant des soins techniques lourds à leur sortie d'hospitalisation et ne pouvant plus réintégrer leur domicile.

En effet, ces patients âgés sont le plus souvent placés en SSR pour une durée limitée à un mois, en sortie de court séjour. Mais ce délai est beaucoup trop réduit pour permettre

de trouver une place d'hébergement en USLD (capacité fortement diminuée depuis la réforme nationale de 2008-2009, démarches d'entrée conséquentes, liste d'attente...) et l'accueil en hébergement temporaire classique n'est pas possible non plus du fait de la lourdeur des prises en charge requises.

Une telle offre pourrait permettre de désengorger les SSR de ce type de patients âgés en offrant une alternative temporaire tout en assurant une prise en charge médicale importante.

- Initier la création de lits « tampons » ou « passerelles » entre l'hospitalisation et le domicile

L'ensemble des professionnels intervenant au domicile des patients âgés, qu'ils soient issus du milieu libéral, sanitaire, social ou médico social s'accordent à mettre en avant le besoin de dispositifs à même d'apporter de la souplesse entre les services d'hospitalisation et le domicile, pour les patients âgés.

Les constats se recoupent tous, afin de mettre en avant les problématiques de sorties d'hospitalisation vers le domicile. La pression de l'efficacité, le manque de coordination et de communication entre les différents professionnels, du sanitaire (le service accueillant la personne âgée en hospitalisation, du secteur libéral (le médecin traitant) et les intervenants du domicile (assistante sociale, CLIC, SSIAD, SAD etc...) entraînent de grosses difficultés pour les professionnels et engendrent des situations à risque pour les patients âgés.

Les sorties d'hospitalisation se font, en effet, le plus souvent sur décision médicale, dans un laps de temps très court (les durées moyennes de séjour contraintes et la tarification à l'activité amplifient encore cette tendance). Elles sont rarement l'objet d'une concertation pluridisciplinaire. C'est pourquoi, faute d'information des services de court séjour, sur la sortie du patient âgé et sur son retour rapide à domicile, les services de prise en charge à domicile se retrouvent très souvent en grande difficulté.

Ces délais de sorties d'hospitalisation très courts (décision de sortie et retour à domicile le plus souvent dans la même journée) ne permettent pas un étayage satisfaisant à domicile (une mise en place d'une hospitalisation via le service de HAD demande par exemple un minimum de 48 heures).

Les professionnels du secteur social font le même constat : un retour non anticipé après hospitalisation, d'un patient âgé à son domicile peut avoir des conséquences désastreuses, si le chauffage n'a pu être allumé, l'étayage au niveau du soin ou le portage des repas n'a pas été réactivé ou organisé. Il se peut même que le passage d'un

ergothérapeute soit nécessaire et que des travaux d'aménagement du domicile soient indispensables avant un retour du patient à son domicile.

Pour contourner ces difficultés récurrentes, les professionnels préconisent la création de nouveaux dispositifs à « inventer », qui permettraient un accueil « tampon » des personnes âgées, pour un maximum d'une à deux semaines et le plus souvent pour quelques jours, afin d'assurer, entre l'hospitalisation et le retour à domicile, une période charnière. Celle-ci serait mise à profit par l'ensemble des intervenants autour de la personne âgée pour assurer, lors du retour à domicile, un étayage et une prise en charge globale sécurisée et pérenne.

Il existe, certes une offre d'hébergement temporaire au sein des EHPAD, mais celle-ci n'est pas adaptée pour des séjours courts et non programmés (de quelques jours à deux semaines). Ils assurent plutôt des hébergements pour des durées plus importantes et ce n'est pas adapté pour répondre à ce type de problématique urgente.

- Compléter et améliorer les solutions de répit déjà en place sur le territoire de santé, afin de soulager les aidants familiaux

Le manque de solutions de répit afin d'accueillir des malades d'Alzheimer de façon adaptée aux besoins des aidants épuisés, constitue une autre problématique soulevée par les différents interlocuteurs lors des échanges sur l'organisation de l'offre sur le territoire de santé.

- En ce qui concerne l'accueil temporaire en EHPAD, les professionnels rencontrés ont souvent pointé le manque de places d'hébergement temporaire à disposition des aidants familiaux. Cette offre existe bien, l'étude³³ sur l'offre à destination des personnes âgées du territoire en témoigne. Cependant elle semble encore insuffisante au regard des besoins et des situations critiques rencontrées à domicile et un besoin d'information à destination des familles sur ces alternatives serait également utile (le glossaire sur l'éventail de l'offre prend ici tout son sens).

Cependant, les professionnels soulignent que les lits temporaires existants sont encore trop souvent des lits « d'urgence » servant à accueillir un patient âgé dont la situation à domicile est devenue intenable et dont l'accueil en hébergement permanent n'a pas encore pu être assuré. Ainsi, la véritable fonction alternative de répit pour les familles est trop souvent détournée pour palier les difficultés réelles de la gestion quotidienne en EHPAD.

³³ Voir partie 1.2 en page 12 et suivantes.

C'est pourquoi il serait utile de préconiser, outre la multiplication des solutions d'accueil temporaires, d'assurer un véritable accueil temporaire dans les structures, véritable solution de répit pour les aidants.

- Enfin, l'ensemble des interlocuteurs rencontrés dans le secteur social ont souligné les besoins importants et urgents de solutions d'accueil de nuit pour les malades d'Alzheimer. En effet, les troubles cognitifs et/ou problèmes de surveillance nocturne constituent les motifs les plus fréquents de projet d'entrée en résidence et de départ du domicile.

Cette solution de répit pour les aidants familiaux est très peu répandue et fait l'objet de demandes importantes. En effet, l'épuisement de l'entourage d'un malade s'accroît rapidement faute de possibilité de s'assurer un sommeil correct durant la nuit. Les problématiques de déambulation et de veille permanente des malades confrontés à la maladie d'Alzheimer entraînent l'épuisement très rapide de l'entourage.

Ainsi, des alternatives d'hébergement de nuit, en permettant une solution d'accueil souple, répondraient également à un besoin fréquemment détecté par les professionnels.

Conclusion

Assurer un recours gradué et adapté des personnes âgées aux dispositifs gériatriques et gérontologiques sur le territoire de santé n°2, tel est l'enjeu pour le directeur délégué aux personnes âgées sur le Centre hospitalier de Cornouaille, établissement référent du territoire.

L'établissement de référence que constitue le CHIC sur le territoire, doit assurer aux personnes âgées, avec l'ensemble de ses partenaires, un accès à une offre adaptée et impulser une réelle coordination entre l'ensemble des acteurs. Cette problématique est partagée par l'ensemble des professionnels des dispositifs gérontologiques et gériatriques. Tous les niveaux de déclinaison des programmations et des contractualisations, en matière sanitaire ou médico sociale priorisent ces axes d'amélioration fondés sur la communication, le décloisonnement des professionnels entre eux, sur la création et la consolidation des filières gériatriques et des réseaux gérontologiques.

Cependant, la diversité des cultures, des métiers, le manque de moyens de communication et d'outils de pilotage transversaux, de connaissance et de reconnaissance mutuelle entre secteurs professionnels engendrent des difficultés de fonctionnement avec des conséquences parfois désastreuses dans les prises en charge des personnes âgées.

Les investigations menées tant sur l'aspect quantitatif que sur la structure et la répartition de l'offre sur le territoire ont permis dans un premier temps de constater la présence d'une offre suffisante dans l'ensemble (en comparaison avec les ratios en région et en France). Cependant l'offre gériatrique sur le territoire de santé reste largement conventionnelle et elle fait apparaître un certain retard dans son adaptation aux problématiques de la maladie d'Alzheimer.

La compréhension de l'organisation de la filière gériatrique du CHIC, ainsi que de la structuration progressive de l'Union hospitalière de Cornouaille permettent d'identifier les points positifs mais également les axes d'amélioration de la filière sur le territoire et de mieux mesurer le travail restant à accomplir.

De nombreux entretiens menés avec des professionnels de tous les secteurs, impliqués dans la prise en compte de la personne âgée sur le territoire de santé, viennent compléter et préciser les difficultés de fonctionnement partagées ou distinctes, les besoins et les manques ressentis tant au sein de la filière gériatrique que dans la coordination entre professionnels.

Ce panorama du territoire de santé ainsi posé permet d'émettre des propositions afin de tenter de répondre de façon plus satisfaisante à la problématique et d'apporter des améliorations concrètes.

Outre les projets de restructuration et d'amélioration globale des conditions d'hébergement (EHPAD / USLD) au sein de la filière gériatrique du CHIC, inscrites dans le prochain projet d'établissement et enjeux du futur CPOMMS, un certain nombre d'actions ont d'ores et déjà été impulsées, tant au sein de l'UHC (à dimension plus territoriale) que sur le périmètre de la filière gériatrique du CHIC et sont au stade de la mise en œuvre. D'autres propositions ne sont encore qu'à l'état de projet et des préconisations en lien avec les remarques partagées des professionnels rencontrés viennent les compléter.

Tous ces axes d'amélioration ciblent des problématiques différentes mais cependant tendues vers les mêmes objectifs, repris dans les axes de programmation, tant du PRS que du PTS. Ces actions visent la consolidation et la structuration des filières gériatriques et des réseaux gérontologiques et une meilleure diffusion de la culture gériatrique à destination des personnes âgées et des professionnels libéraux, en particulier sur l'étendue de l'offre existante. D'autres actions tendent à compléter et à améliorer la structure de l'offre à destination des personnes âgées afin d'assurer l'adaptation et la souplesse nécessaire entre les dispositifs existants, ou préconisent la création de dispositifs novateurs à même d'améliorer la coordination et la diffusion de l'information entre les différents secteurs de professionnels, afin de contourner les fonctionnements en silo, encore trop courants.

Ces axes de travail, ces projets, ces préconisations ne peuvent concrètement se réaliser de façon efficace et pérenne sans être portés et accompagnés de façon dynamique par les politiques publiques, tant au niveau national que de façon décentralisée. Ainsi, la dynamique innovante lancée au niveau de l'UHC mérite d'être accompagnée, non seulement au niveau juridique (PTS) mais aussi et surtout au niveau financier, dans le cadre d'orientations stratégiques conjointement définies par l'ARS et le CG pour ce qui concerne le champ médico-social

L'action coordonnée et décloisonnée des acteurs territoriaux, ainsi que la diffusion d'une culture gériatrique partagée peuvent également contribuer à assurer, à terme, une prise en charge globale de la personne âgée, de qualité, dans toutes ses dimensions et garantir aux professionnels un fonctionnement sécurisé, rationnel et efficient.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)
- DHOS. Circulaire /O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques dans le cadre du plan solidarité grand âge 2007-2012.
- DHOS. Circulaire N°DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques
- DHOS. Circulaire 02/03 UNCAM du 15 mai 2007, relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé « personnes âgées »
- CNSA. Circulaire interministérielle N° DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA).

Ouvrages

- Sanchez N., septembre octobre 2011, « Services de soins de suite et de réadaptation (S.S.R.) : quelles transformations ? », réflexions hospitalières.
- Fournier P., « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique », Gérontologie et société 2002/1 (n°100), Fonds national de gérontologie.

Mémoires

- Cornéfert B., 2009, « Le territoire de santé, un élément déterminant d'une prise en charge optimale de la personne âgée : l'exemple de Rambouillet », EHESP, Mémoire DESSMS
- Collectivité d'auteurs, 2011, « La coordination gérontologique : un nouveau paradigme de l'action publique vieillesse ? », Module interprofessionnel de santé publique, groupe 10, EHESP.

Rapports et études

- DREES – Jean Montovani, Rolland C. et Andrieu S. – Série Etudes et Recherches N°83- Novembre 2008 « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile »
- ANAP– Douesneau C., Duchange E., Hoareau V. et Lussier M.A., Décembre 2011 – « Les parcours des personnes âgées sur un territoire : retours d'expérience » - Appui santé et médico social
- ANAP–Lussier M.A., Duchange E. et Hoareau V. - Décembre 2011 – « Les parcours des personnes âgées sur un territoire – réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire » – Appui santé et médico social
- ANAP– Douesneau C., Lam A. et Béréhouc C. et al. - Décembre 2011 – « Les coopérations dans le secteur médico social : guide méthodologique » – Appui santé et médico social

- Dumont G.F. et Zaninetti J.M., Mai 2005, « perspectives démographiques de la France et de l'Europe à l'horizon 2030 : analyse économique », Association « population et avenir » pour le compte de la commission des finances, de l'économie et du plan de l'Assemblée nationale.
- Jeandel F., Pfitzenmeyer P. et Vigouroux P., avril 2006, « un programme pour la gériatrie », La documentation française, rapport public.
- DREES, Mantovani J., Rolland C. et Andrieu S., Novembre 2008, « Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », Série études et recherches N°83

Périodiques ou articles de périodiques

- Collectivité d'auteurs, Mars 2010, « Territoires gérontologiques, contraintes, défis et controverses », Gérontologie et Société, n°132, Fondation nationale de gérontologie.

Sites internet

- INSEE – Territoire – Décembre 2009, « Le Finistère dans tous ses états : 21 regards pour un Finistère durable », dossier d'Octant n° 52, disponible sur internet : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=15689]
- INSEE – La Bretagne en chiffres, disponible sur internet : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=16866#un]
- http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=18687#quatre
- http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=11173#quatre
- http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=2&ref_id=16714#deux
- ARS – Analyse de l'offre en santé en Bretagne, Septembre 2010, disponible sur internet: [http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_Intranet/Espace_metiers/Direction_democratie_sanitaire/Projet_regional_sante/Diagnostic_de_loffre_GLOBAL_V8_29-9-10.pdf]
- http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_Intranet/Espace_metiers/Direction_democratie_sanitaire/Projet_regional_sante/SantedesBretons_30-09.pdf
- http://www.insee.fr/fr/insee_regions/bretagne/themes/dossiers/dossier_octant/dossier_52/T4_sante.pdf
- <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/statiss2010/frames/fr.asp-prov=U-depar=W.htm>

Liste des annexes

- Annexe I** Liste des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire
- Annexe II** Guide d'entretien à destination des différents professionnels
- Annexe III** Cartographie des équipements pour personnes âgées en 2011 sur le territoire de santé n°2
- Annexe IV** Découpage de la région Bretagne en huit territoires de santé
- Annexe V** Cartographie des territoires d'action sociale sur le département du Finistère **A** au 1/1/2010 (Finistère - Bretagne - France)
- Annexe VII** Lettre d'invitation à la réunion de présentation du 21 Mai 2012 des travaux en cours au titre de l'UHC
- Annexe VIII** Liste de l'ensemble des structures ou partenaires conviés à la réunion de l'UHC du 21 Mai 2012
- Annexe IX** Présentation du 21 Mai 2012 de l'UHC cartographie de son offre – missions – enjeux – outils
- Annexe X** Glossaire des typologies de services existants, à destination des personnes âgées à domicile – en structure d'hébergement – à l'hôpital

ANNEXE I

LISTE DES ENTRETIENS MENES DANS LE CADRE DE CE MEMOIRE

- Assistante sociale et Infirmière coordinatrice sur l'EMG et le Relais sénior du CHIC
- SSIAD Quimper (CCAS) : Mme Isabelle Deluermoz (responsable coordinatrice)
- Infirmière libérale sur la commune d'Ergue – Gaberic : Mme Damienne Souron
- Cadre de santé médecine gériatrique du CHIC : Mme Christine Fontenay
- Médecin libéral et coordonnateur en EHPAD : Dr Laurence Belz
- Infirmière coordinatrice CLIC Quimper
- Assistante sociale responsable CLIC Concarneau : Mme Aurélie Cojean
- SSIAD Quimper (Mutualité) : Mme Jézéquel (responsable coordinatrice)
- Médecin libéral et coordonnateur en EHPAD : Dr Philippe Metzinger
- Médecin gériatre responsable de l'EMG et médecin en EHPAD du CHIC : Dr Nédélec
- Médecin salarié sur deux EHPAD de Concarneau (CHIC) : Dr Parez
- Cadre de santé responsable de la Cellule de régulation des admissions et du parcours patient : Mme Karine Laborde
- Cadre de santé responsable du service HAD du CHIC : Mme Bronnec
- Cadre de santé des urgences du CHIC : Mme Corinne Puloch
- Médecin gériatre en charge de la filière gériatrique sur l'Hôtel Dieu de Pont L'abbé :
Mme Anne Garcia
- Familles de résidents en EHPAD du CHIC : Messieurs Deleplanque et Resonnet (fils de résidents)

Chacun de ses entretiens a duré entre 45 minutes et une heure 15 mn.

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS intervenant auprès des

personnes âgées à domicile: Médecins généralistes, gériatres et infirmières libérales, professionnels de HAD, de SSIAD...

1. Vous arrive – t – il souvent d’être directement interpellés par les familles sur la problématique du vieillissement et de l’aggravation du degré de dépendance des personnes âgées de votre clientèle ?

- OUI
- NON
- PARFOIS
- SOUVENT

2. Dans ce cas, quelles sont les demandes les plus fréquentes :

- DEMANDES D’INFORMATIONS ET DE CONTACTS SUR AIDES FINANCIERES
- DEMANDES SUR AIDES A DOMICILE
- DEMANDES SUR DISPOSITIFS DE DIAGNOSTIC (Consultations gériatologiques/ mémoire)
- DEMANDES SUR ETABLISSEMENTS ET DISPOSITIFS D’HEBERGEMENT
- AUTRES – Lesquels ?

3. Quels sont alors les « réflexes », les « outils » ou les « supports » à votre disposition et que vous utilisez couramment pour informer, diriger ces personnes sur les modalités, les acteurs, les ressources des filières gériatologiques sur le bassin de population où vous exercez votre activité.

- Contacts via Flyers ou cartes de visites à disposition
- Contacts téléphoniques ou noms à donner
- Signalement fait par vous directement auprès des services gériatologiques concernés - Si oui auprès de quels interlocuteurs ?

4. Quels sont les acteurs de la filière gériatologique de votre périmètre d’action avec lesquels vous avez le plus de contacts ou avec lesquels il existe des « facilités » de fonctionnements communs ?

- CLIC (en ville) ou RELAIS SENIOR (hôpital)
- Assistantes sociales ville ou hôpital
- Médecin traitant ou Gériatre ?
- Associations familiales ?
- SSR ou EHPAD (médecin coordonnateur, cadre ou autre ?)
- Dispositifs d’aide à domicile ?

Dans quels buts ? Pour quels résultats recherchés ? Avec quelles difficultés ?

5. D’autres modalités, d’autres « facilitateurs » pourraient ils vous être proposés ...sous quelle forme, pour vous aider efficacement dans ce rôle de soutien privilégié, de détecteur le plus

proche des situations dégradées à domicile et de vecteur d'information auprès des familles de personnes âgées ou les personnes âgées elles mêmes ?

- Des supports d'information à destination du public
- Vous procurer une meilleure information des acteurs gérontologiques de votre secteur
- Des partages d'information et des fonctionnements améliorés entre professionnels ? Si oui, lesquels et comment ?
- Autres

6. Quelles sont les alternatives à l'hospitalisation en urgence des patients âgés dont vous disposez ? Dans quels contextes ?

7. Quels sont, selon vous, les mécanismes, les fonctionnements qui ne sont pas satisfaisants au niveau de la prise en charge de l'hôpital, de la filière gériatrique ou de l'UHC dans la prise en charge de la personne âgée ?

**QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS des C.L.I.C. – des
Assistantes sociales – du Relais sénior – de l'Equipe mobile gériatrique**

1. Quels sont les origines des demandes qui arrivent auprès de vous (%/ interlocuteurs) :

- les personnes âgées elles mêmes
- les aidants
- les médecins traitants
- quels autres professionnels de la filière gériatrique ?

2. Comment ressentez vous votre visibilité vis-à-vis des personnes âgées et de leurs aidants ?

- Satisfaisante
- Pas satisfaisante ?
- Si oui, pourquoi ?
- Si non, pour quelles raisons et quels seraient les axes d'amélioration possibles ?

3. Avec quels types de professionnels de la filière gériatrique, entretenez vous les liens fonctionnels les plus efficaces et les plus courants ? Quels sont les résultats les plus positifs ou les plus visibles de ces liens, de ces partenariats? A contrario, quelles difficultés rencontrez vous dans vos relations avec les différents professionnels ?

4. Quels liens fonctionnels entretenez- vous avec les médecins et infirmiers libéraux du secteur (bassin de population) – Dans quelles circonstances ? Pour quelles finalités ? Vous paraissent elles satisfaisantes ou à améliorer, et sur quels axes ?

5. Quels sont, à votre avis, les freins à une prise en compte graduée, coordonnée, de qualité de la personne âgée, que ce soit à domicile ou lors de son orientation au sein de l'offre de soins.

Pourquoi les situations se traitent le plus souvent dans l'urgence quand la situation est déjà fortement dégradée (aidants épuisés, situation neurologique dégradée sans évaluation gériatrique, non anticipation à l'entrée en EHPAD....)?

Quelles pourraient être les améliorations à apporter ? A quels niveaux ?

6. Quels seraient pour vous les leviers d'action pour améliorer la diffusion de l'information sur l'offre gérontologique auprès du public cible (familles – personnes âgées) ou auprès des professionnels des bassins de vie?

QUESTIONNAIRE FAMILLES RESIDENTS

1. L'entrée de votre parent en EHPAD s'est elle faite dans l'urgence?

Si OUI :

- Suite à une hospitalisation ?
- Suite à un séjour dans une autre structure ?
- Du domicile directement ?

Si NON :

- A son initiative ?
- A l'initiative de son entourage ?
- Réflexion commune ?

2. L'entrée de votre parent en établissement d'hébergement vous a – t – elle semblé être :

- Facile – Logique
- Une épreuve pour vous ? pourquoi ?
- Une épreuve pour votre parent ? pourquoi ?

3. En aviez – vous parlé avant?

- Oui, à quelle occasion ?
- Non, pourquoi ?

4. Quelles aides étaient mises en place à domicile ? Ont-elles été mises en place tardivement ou de façon suffisamment anticipée, au fur et à mesure des besoins

- Aide technique
- Infirmier
- Aide ménagère
- Autre
- Aucune

5. Quelles ont été, pour vous et pour votre parent, les difficultés majeures à surmonter : avant l'entrée et lors de l'entrée en établissement?

- Manque d'information ?
- Manque de préparation, d'anticipation ? Pourquoi ? Quels freins ?

- Manque d'accompagnement ?
- Renoncement à la vie d'avant ?
- Autres ?
- Quels seraient pour vous les points à améliorer?

6. Quelle aide vous a été apportée et par qui pour trouver un établissement d'hébergement ?

- CLIC ou Mairie
- Assistante sociale
- Autres
- Professionnel Hospitalier
- Proche

7. Votre parent, résident de l'EHPAD a – t – il eu le choix de son établissement d'accueil ? Si non, pourquoi ? Si oui, quel critère en a motivé le choix.

8. Avez-vous connaissance des CLIC, du RELAIS SENIOR, de la plaquette du Conseil Général : « Bien vieillir en Finistère ? »

9. Avez-vous déjà eu l'occasion de vous adresser à un CLIC ou au RELAIS SENIOR? Si oui, pour quelles démarches ou quel type d'aide ? Qui vous y a adressé ?

**10. Avant son accueil en EHPAD, votre parent a – t – il eu l'occasion de se préparer à l'entrée
En établissement ?**

- Si oui, par des visites préalables des établissements ?
- Si oui, par un ou des temps de passage en structure d'accueil temporaire ou de jour ?
- Si oui, pour quel bénéfice ?
- Si oui, par quelle filière, par quels professionnels y avez-vous été dirigés ?
- Si non, pour quelles raisons ? (méconnaissance, manque de besoin, autre?)

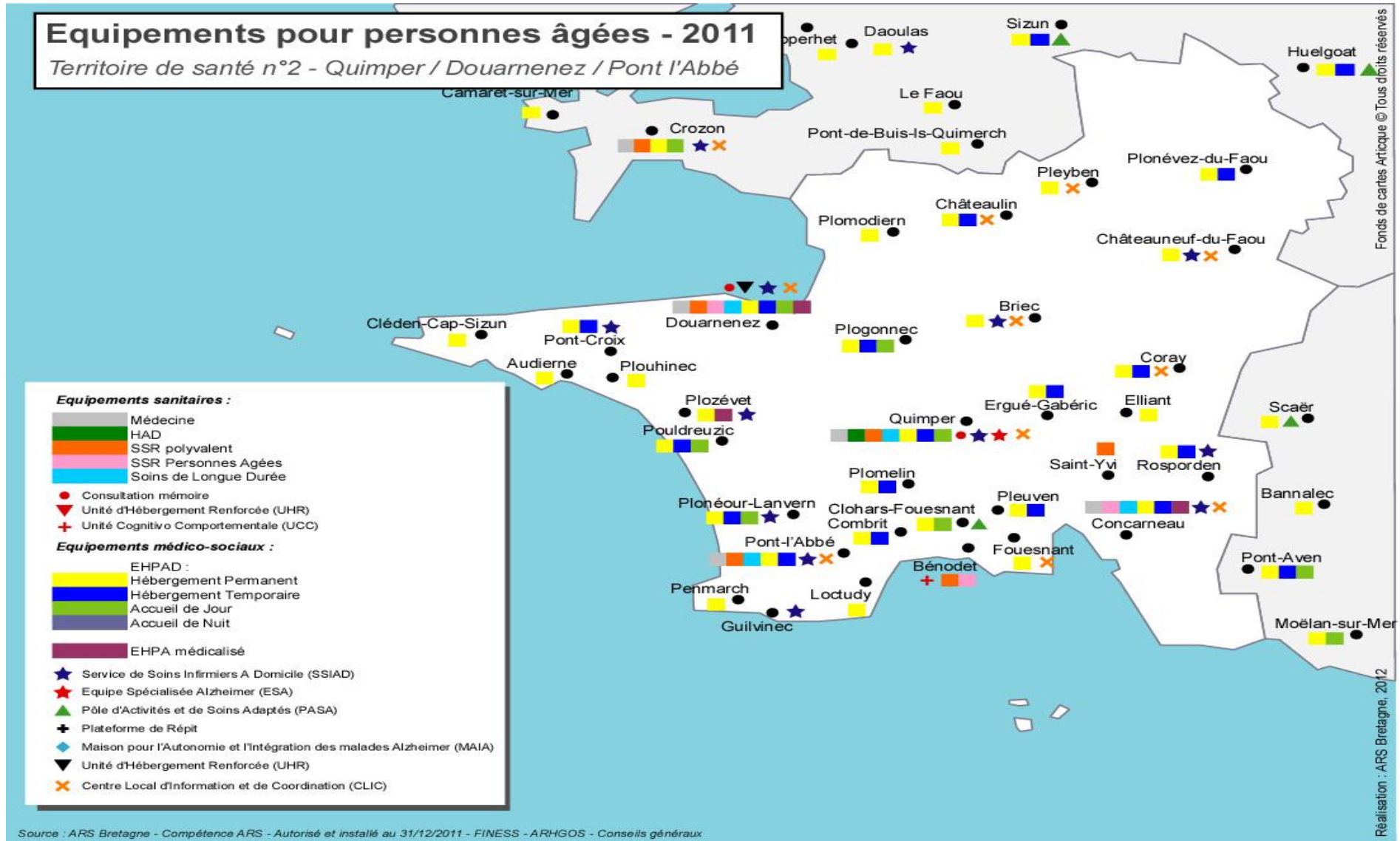
11. Quel rôle votre médecin de famille (s'il y en a un) a joué dans l'orientation de votre parent tout au long de son parcours depuis qu'il est moins autonome ?

**QUESTIONNAIRE A DESTINATION du cadre de santé des urgences ainsi que du
médecin gériatre responsable de l'équipe mobile gériatrique du CHIC**

1. Quelles sont les plus grosses problématiques rencontrées par le service des urgences dans la gestion du flux des personnes âgées de 75 ans et plus?

2. **Quels sont les critères d'intervention de l'E.M.G. aux urgences et dans les services? Dans quelles conditions fonctionnelles intervient elle, via quels professionnels, pour quels résultats recherchés pour le patient âgé et pour les services ?**
3. **Pensez vous que la prise en charge du patient âgé aux urgences du CHIC est satisfaisante actuellement ? Quels en sont pour vous les défauts majeurs? Avec quelles conséquences ?**
4. **Quelles sont, pour vous, les problématiques de parcours de soins les plus importantes en ce qui concerne les personnes âgées au sein de la filière gériatrique du CHIC ?**
5. **Quelles pistes d'amélioration, quels dispositifs pourraient, à vos yeux, améliorer cette situation ? Sur quels aspects faudrait il travailler en particulier, en interne au niveau du CHIC et au niveau des partenariats entre professionnels du territoire de santé ?**
6. **Quels pourraient être, à votre sens, les dispositifs « passerelles » susceptibles d'amortir le passage de la personne âgée du domicile vers les structures hospitalières ou médico sociales du CHIC ou de l'UHC ?**

ANNEXE III

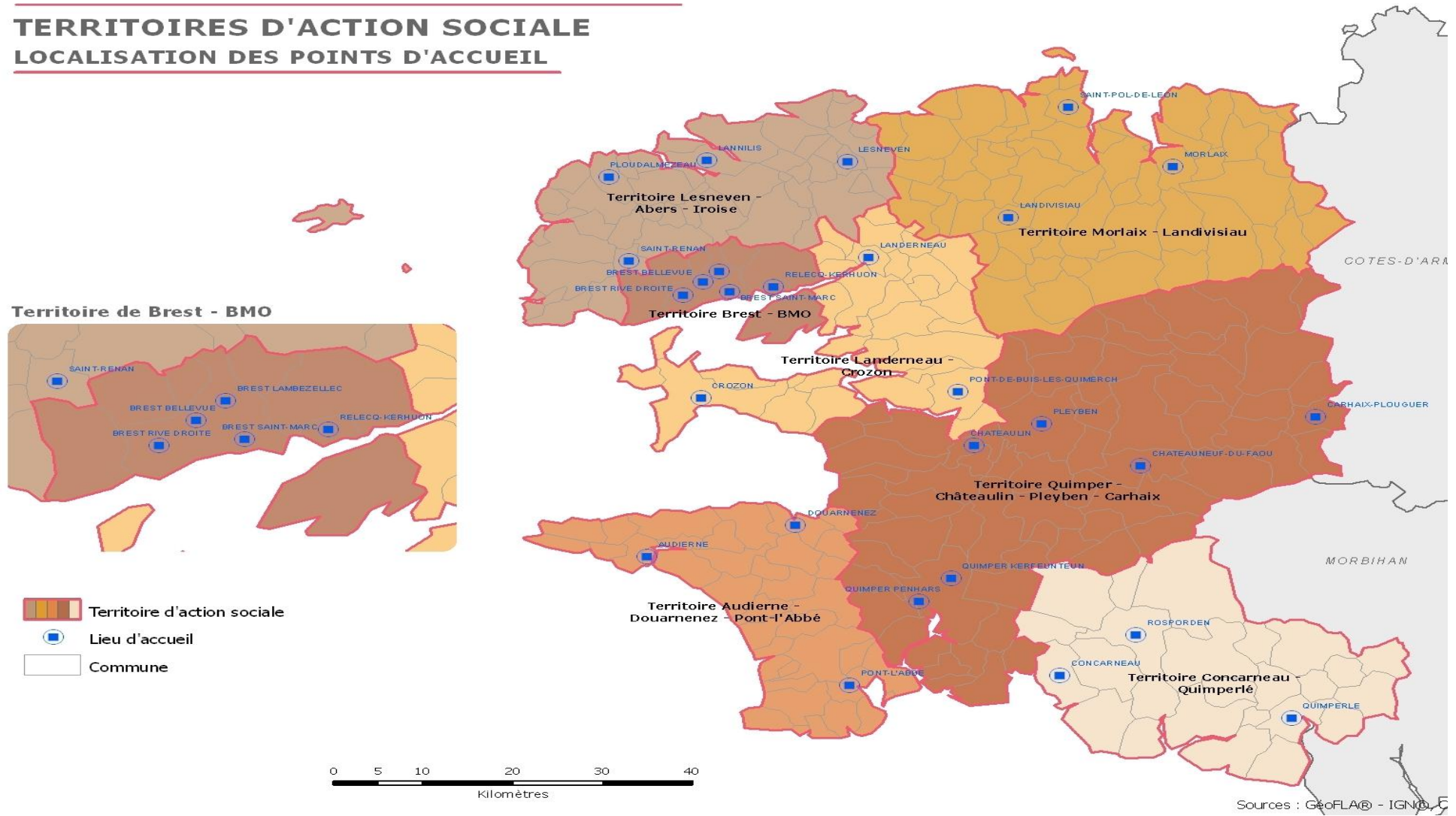


ANNEXE IV



ANNEXE V

TERRITOIRES D'ACTION SOCIALE LOCALISATION DES POINTS D'ACCUEIL



Sources : GeoFLA® - IGN, C

ANNEXE VI

Accueil des personnes âgées

Taux d'équipement au 1.01.2010 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Source : DREES - ARS - FINESS

Equipement	BRETAGNE	Finistère	FRANCE Métro
Taux d'équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées	140,9	131,9 (133.3 en 2011)	121,7 (124.10 en 2011)
(lits maison de retraite, logements de logements-foyers, et lits hébergement temporaire)			
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	20,4	18,6	19,2
Taux d'équipement en lits médicalisés	126,7	124,7	101,3
(lits d'EHPAD, lits de soins de longue durée)			

ANNEXE VII



Union hospitalière de Cornouaille

Aux professionnels des établissements de l'Union hospitalière de Cornouaille intervenant auprès des personnes âgées

Quimper, le 6 avril 2012

Nos références : JRP/ACG/CB – 2012.147

Docteur, Madame, Monsieur,

Les échanges entre les professionnels des établissements membres de l'Union hospitalière de Cornouaille se structurent petit à petit, de manière à rendre l'offre de soins de la filière gériatrique plus lisible et cohérente sur le territoire, entre les structures mais aussi vis-à-vis de leurs partenaires du dispositif gérontologique et du grand public.

J'ai l'honneur de vous convier à une rencontre de présentation des travaux en cours :

Le lundi 21 mai 2012 à partir de 14 heures 30
en salle des commissions au 3^{ème} étage du bâtiment administratif
au centre hospitalier de Cornouaille (14 avenue Yves Thépot à Quimper)

Cette réunion se déroulera en deux temps :

1. dès 14 heures 30 : échanges entre professionnels de la gériatrie des établissements de l'Union hospitalière de Cornouaille, sur l'offre de chaque structure et sur les propositions de partenariat envers les acteurs du dispositif gérontologique de Cornouaille ;
2. à partir de 15 heures 30 : association des partenaires de l'UHC intervenant au niveau du territoire de santé, pour leur présenter l'offre gériatrique de l'Union, à la fois au niveau de territoire et des bassins de vie (dans le cadre de la coordination gérontologique animée par les CLIC).

Comptant sur votre présence,

Je vous invite à vous rapprocher de Madame GAUTRON, directrice déléguée aux personnes âgées et appui aux projets (mail : ac.gautron@ch-cornouaille.fr, secrétariat 02 98 52 64 82) pour toute précision complémentaire.

Je vous prie de croire, Docteur, Madame, Monsieur, en l'assurance de ma considération distinguée.


Jean-Roger PAUTONNIER



Union hospitalière de Cornouaille

**aux différents partenaires
des professionnels des établissements
de l'Union hospitalière de Cornouaille
intervenant auprès des personnes âgées
(liste au verso)**

Quimper, le 5 avril 2012

Nos références : JRP/ACG/CB – 2012.148

Docteur, Madame, Monsieur,

Créée en 2011, l'Union hospitalière de Cornouaille regroupe les centres hospitaliers de Cornouaille (Quimper-Concarneau), de Douarnenez, l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé, l'établissement public en santé mentale Gourmelen et le centre de convalescence de Saint-Yvi.

Les échanges entre les professionnels des établissements membres de l'Union hospitalière de Cornouaille se structurent petit à petit, de manière à rendre l'offre de soins de la filière gériatrique plus lisible et cohérente sur le territoire, entre les structures mais aussi vis-à-vis de leurs partenaires du dispositif gérontologique et du grand public.

J'ai l'honneur de vous convier à une rencontre de présentation des travaux en cours :

**Le lundi 21 mai 2012 à partir de 15 heures 30
en salle des commissions au 3^{ème} étage du bâtiment administratif
au centre hospitalier de Cornouaille (14 avenue Yves Thépot à Quimper)**

Cette réunion permettra aux professionnels de la filière gériatrique des différents établissements de l'Union hospitalière de Cornouaille de présenter à leurs partenaires intervenant au niveau du territoire de santé, pour leur présenter l'offre gériatrique de l'Union, à la fois au niveau de territoire et des bassins de vie (dans le cadre de la coordination gérontologique animée par les CLIC).

Comptant sur votre présence,

Je vous invite à vous rapprocher de Madame GAUTRON, directrice déléguée aux personnes âgées et appui aux projets (mail : ac.gautron@ch-cornouaille.fr, secrétariat 02 98 52 64 82) pour toute précision complémentaire.

Je vous prie de croire, Docteur, Madame, Monsieur, en l'assurance de ma considération distinguée.


Jean-Roger PAUTONNIER

ANNEXE VIII

<p>Liste des structures conviées à la réunion du 21 mai 2012 organisée par l'Union hospitalière de Cornouaille sur le dispositif gérontologique en sud Finistère</p>

Sont conviés à cette réunion les structures et organismes intervenant à l'échelon du territoire de santé n°2, les services et établissements intervenant au niveau du bassin de vie (EHPAD, services d'aide à domicile notamment) étant réunis à un autre moment en lien avec la coordination gérontologique animée par le CLIC et l'hôpital (ou les hôpitaux) situé(s) sur ledit bassin de vie.

- association France Alzheimer,
- association Bien vieillir ensemble
- Mutualité (SSIAD et équipe mobile Alzheimer),
- responsables de territoire d'action sociale du Conseil général
- réseaux Betek Pen et Onco Kerne
- service d'hospitalisation à domicile
- représentant de l'ordre des médecins
- Clinique des Gléan de Bénodet
- organismes tutélaires UDAF et ATP
- ...

ANNEXE IX



L'UNION HOSPITALIÈRE DE CORNOUAILLE

Créée en 2011 par les établissements :

- le centre hospitalier de Cornouaille (Quimper - Concarneau)
- le centre hospitalier de Douarnenez
- l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé
- l'établissement public en santé mentale Gourmelen de Quimper
- le centre de convalescence Jean Tanguy de Saint Yvi,

elle met en commun des moyens pour améliorer le parcours patient au sein du territoire de santé n°2.

**UNION HOSPITALIERE DE CORNOUAILLE :
une offre de soins gériatriques au sein du
dispositif gérontologique**

Douarnenez

Hôpital: Services de médecine (dont gériatrie) - soins palliatifs - consultation mémoire - accueil jour - hôpital de jour gériatrique- UHR - ESA SSIAD- SSR - USLD - EHPAD-

EPSM : camp / Hôpital de jour Poullan / Mer

Briec

EPSM : camp

Pont L'Abbé

Hôtel Dieu : Services médecine / psychiatrie - urgences SSR - USLD - EHPAD - CATT

EPSM : camp / ehpad / usld
Hôpital de jour

CHIC Quimper : Médecine et équipe mobile gériatrique - relais sénior - consultation mémoire et gériatrique - HAD - SSR - USLD - EHPAD- accueil familial - urgences

EPSM Quimper :

CAMP (Centre Accueil Médico Psychologique) :
HAD/ Interventions à domicile - consultations- USLD - EHPAD - unité hospitalisation programmée - Hôpital de jour

St Yvi: SSR : soins de suite + lits urgences gériatriques

Concarneau

CHIC : Services médecine - urgences - SSR gériatrique - rééducation - EHPAD

EPSM : camp / Hôpital de jour



L'UNION HOSPITALIÈRE DE CORNOUAILLE

MISSIONS ET ENJEUX dans la prise en soins et l'accompagnement de la personne âgée

- ***Assurer une cohérence de l'offre gériatrique au sein des dispositifs gérontologiques locaux en tenant compte de la primauté donnée aux CLIC en matière de coordination gérontologique***
- ***Construire une démarche ascendante partant des actions menées dans les bassins de vie***
- ***En lui donnant aussi une lisibilité territoriale vis-à-vis des interlocuteurs : ARS, Conseil général et autres partenaires de Cornouaille pour valoriser et coordonner des actions communes***
- ***Priorité donnée à la prévention et au partenariat ville – hôpital, dans un souci de continuité et de partage d'informations***



L'UNION HOSPITALIÈRE DE CORNOUAILLE

Vous propose des outils :

- Un **répertoire** des types de services existants à domicile, en structure d'hébergement et à l'hôpital
=> plaquette à destination : du grand public et des professionnels du territoire
- Une **cartographie** de son offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire de santé et par bassins de vie, en appui des guides pratiques mis en place localement par les CLIC, mairies...
- Des **actions communes** : participation aux réunions des coordinations gériatriques locales, organisation de conférences, accompagnement et formation des aidants, réponse concertée à des appels à projets...
- Une **charte de partenariat** entre les différents acteurs du dispositif gériatrique en Cornouaille, à décliner par des conventions locales (hôpital – EHPAD, ville-hôpital...)

ANNEXE X

Glossaire des typologies de services à destination des personnes âgées existants: à domicile – en structures d'accueil – en cas d'hospitalisation

Présentation des différents services sociaux, médico-sociaux et sanitaires permettant d'accompagner les personnes âgées et leur entourage que ce soit à domicile, en structure d'hébergement ou en établissement de santé

Ce document de travail a été élaboré par une élève-directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

Il cherche à regrouper les différentes informations utiles aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées, pour faciliter le relais vers d'autres acteurs et essayer de coordonner le parcours de soins.

Pour être pleinement opérationnel, ce document théorique doit être complété, sur chaque bassin de vie, d'un annuaire des numéros utiles...

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
Où trouver des informations sur les services et aides possibles pour les personnes âgées et leurs proches ?			
C.L.I.C. : CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION	<p>Accueil gratuit et confidentiel des personnes âgées et de leur entourage par une équipe pluridisciplinaire. Les CLIC peuvent vous apporter informations et soutiens (dossiers, aides, contacts...) pour obtenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> -des aides humaines : SSIAD - ASG - SAD - Solutions de répit (accueil de jour ou temporaire) -des aides matérielles : portage de repas / Télé- alarme ... -des aides financières : Dossiers APA / Amélioration et transformation de l'Habitat... 	<p>Accès libre pour tous . Des C.L.I.C. sont disponibles dans les principales communes. S'adresser en mairie, au Conseil Général ou au CCAS de la commune pour connaître le CLIC le plus proche.</p>	<p>Au regard des conseils donnés par les professionnels du CLIC: orientation vers les services adaptés à vos besoins .</p>
MAIRIE, CCAS (centre communal ou intercommunal d'action sociale)	<p>Accueil gratuit et confidentiel des personnes âgées et de leur entourage. Réponse apportée en direct sur les services et aides possibles sur la commune ou la communauté de communes, en lien avec les services du territoire d'action sociale relevant des missions du conseil général (CLIC notamment).</p>		
RELAIS SENIORS	<p><u>Lieu d'écoute et de conseils</u> : guichet unique au Centre Hospitalier de Comouaille <u>Une infirmière spécialisée</u> accueille les Personnes âgées et leurs proches pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation gériatrique de la situation - des conseils pratiques (nutrition, prévention des chutes etc...) - une information et orientation vers les aides ou services de l'offre gériatrique, pour une réponse locale adaptée aux besoins 	<p>Hall d'ACCUEIL du C.H. I. C. de Quimper 14 avenue Yves Thépot - 02.90.94.40.86 Entrée libre - ouvert à tous Accueil avec ou sans rendez vous par une infirmière expérimentée en gériatrie du Lundi au Vendredi de 10H à 12H et de 14H30 à 16H30</p>	<p>Médecins traitants, Consultations spécialisées (Mémoire, Gériatrique), CLIC, Assistantes sociales et tous autres partenaires de la filière gériatrique</p>

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
Avec qui parler des soucis de santé, de la perte d'autonomie ... ?			
MEDECINS GENERALISTES et Auxiliaires paramédicaux : CABINETS INFIRMIERS, KINESITHERAPEUTES, PHARMACIENS etc....	Interlocuteurs privilégiés de la personne âgée et de sa famille, acteurs majeurs de proximité pour une prise en charge et un accompagnement au cabinet ou à domicile au plus près du bassin de vie mais en lien avec tous les autres acteurs de la filière gérontologique du territoire de Santé.	Libre accès sur rendez vous pour le médecin traitant Sur prescription médicale pour les soins infirmiers, de kinésithérapie et autres professionnels de santé libéraux.	1) <u>Avis ou bilan Gériatrique</u> : Consultations gériatriques, Hôpital de jour gériatrique, Consultations mémoire en ville ou à l'hôpital, Hospitalisations programmées, 2) <u>Soutien, conseils, aides à domicile</u> : CLIC, CCAS (service social), Relais Sénior (Hôpital) Conseil général (APA)
CONSULTATION GERIATRIQUE	Accueil en consultation pour un avis spécialisé à la demande du médecin traitant ou de tout autre praticien spécialiste (évaluation pour aide à la décision médicale, pour élaborer un projet de soins et de vie)	ACCUEIL en CONSULTATION GERIATRIQUE en ville ou à l'hôpital (Gérites): Le patient est adressé à la consultation gériatrique par son médecin traitant. Remboursement dans le cadre des soins médicaux	Selon avis et diagnostic posés en concertation par le médecin gériatre et le médecin traitant, se rapprocher <u>des services d'information</u> : CLIC, CCAS (service social), Relais Sénior (Hôpital), Conseil Général (APA) et <u>des dispositifs de soutien, répit</u> : Ateliers mémoire, Soutien psychologique du patient et des aidants, Hôpital de jour gérontopsychiatrique, SSIAD spécialisés Alzheimer, Associations France Alzheimer, Accueils de jour ou temporaires, EHPAD
CONSULTATION MÉMOIRE	<u>Accueil en consultation pour un avis spécialisé à la demande du médecin traitant ou de tout autre praticien spécialiste</u> : Objectif : Réaliser une évaluation des fonctions cognitives à visée diagnostique et thérapeutique en cas de plainte de mémoire avec ou sans perte d'autonomie ou en cas de suspicion d'une détérioration cognitive. Finalité : pour établir un plan d'aide, un projet de soins et de vie adaptés à même de favoriser le maintien à domicile.	ACCUEIL en CONSULTATION MEMOIRE en ville (Neurologue) ou à l'hôpital (Neurologue ou Gériatre): Le patient est adressé à la consultation mémoire par son médecin traitant. Remboursement dans le cadre des soins médicaux	Selon avis et diagnostic posés en concertation par le médecin gériatre et le médecin traitant, se rapprocher <u>des services d'information</u> : CLIC, CCAS (service social), Relais Sénior (Hôpital), Conseil Général (APA) et <u>des dispositifs de soutien, répit</u> : Ateliers mémoire, Soutien psychologique du patient et des aidants, Hôpital de jour gérontopsychiatrique, SSIAD spécialisés Alzheimer, Associations France Alzheimer, Accueils de jour ou temporaires, EHPAD

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
S.A.D. : Service d'Aide à Domicile	S.A.D. : Service médico - social à domicile, pour les personnes de + de 60 ans malades ou en situation de dépendance. En cas de besoin d'une aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne (soins d'hygiène, toilette, courses...) ou si besoin de soins paramédicaux (kiné, pédicure...)	Sur prescription médicale pour les actes paramédicaux ou pour les heures prises en charge par les mutuelles en sortie d'hospitalisation	Accès et Information auprès des CLIC, du médecin traitant, des CCAS, des SSIAD, du RELAIS SENIOR, des Associations d'aide à domicile
SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE (S.S.I.A.D.)	Destiné aux personnes âgées de 60 ans et plus malades ou dépendantes (ou moins de 60 ans atteinte de handicap ou maladie chronique). -Assurent les soins infirmiers et d'hygiène générale et aident aux actes essentiels de la vie courante. -Intervention à domicile ou dans les structures non médicalisées. - Equipe composée au minimum d'infirmiers et d'aides - soignants. - Equipes spécialisées sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer (voir ci-dessous)	- Accès sur prescription médicale (Médecin traitant ou Gériatre)	Intervention organisée pour un maintien à domicile de la personne âgée. Le SSIAD peut intervenir seul à la demande du médecin traitant ou faire partie d'une équipe pluridisciplinaire mise en place (Aide à domicile - Portage de repas - Kinésithérapeute - SAD etc...)
EQUIPES SPECIALISEES A DOMICILE : MALADIE ALZHEIMER	Ces équipes spécialisées, portées par les SSIAD comportent : - un(e) infirmier(e) coordinateur (trice) + des assistants en soins gériatriques (A.S.G.) + un ergothérapeute ou psychomotricien A destination principale des malades à un stade léger ou modéré. <u>Action de l'équipe auprès :</u> - <u>du malade</u> : maintien des capacités, compensation, diminution troubles du comportement - <u>de l'aidant</u> : améliorer ses compétences, éducation thérapeutique - <u>sur l'environnement du malade</u> : maintenir et améliorer le potentiel cognitif, moteur et sensoriel ainsi que la sécurité.	Intervention d'une Equipe spécialisée Alzheimer sous prescription médicale : 15 séances de réhabilitation (stade léger ou modéré de la maladie) sur une durée de 3 mois maximum renouvelable tous les ans moteur et sensoriel ainsi que la sécurité	L'Equipe participe à la mise en œuvre du projet individualisé autour de la personne âgée à domicile et du plan individualisé de prise en charge : lien avec le médecin prescripteur, le SSIAD et les autres intervenants autour de la personne âgée à domicile
ACCUEIL DE JOUR	Lieu d'accompagnement autonome ou le plus souvent rattaché à 1 EHPAD, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, vivant à domicile. <u>Accueil par un personnel formé pour :</u> - rompre l'isolement et réinstaurer le lien social - favoriser le maintien à domicile - préserver l'autonomie et contribuer au bien être - soulager les aidants (solution de répit) - favoriser si besoin l'intégration progressive en établissement	Accueil sur demande de la famille ou de la personne âgée de 1 à 3 fois par semaine sur inscription à la journée ou à la demi journée. Avis du médecin traitant, signature d'un contrat d'accueil. Service facturé	Fin du contrat sur demande entre la structure d'accueil et la famille ou la personne âgée.

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
HEBERGEMENT TEMPORAIRE	<p>L'ACCUEIL TEMPORAIRE est un accueil en EHPAD pour <u>une période courte</u> : peut accueillir une personne de façon temporaire pour 90 jours par an maximum pouvant être répartis en plusieurs séjours</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il peut être une solution de répit pour les aidants, les familles ou pour le repos de la personne âgée après une hospitalisation (sortie court séjour ou SSR) - Il peut aussi servir de période d'adaptation ou d'essai à la vie en EHPAD 	<p>Dossier de demande d'admission à constituer auprès de l'établissement (Dossier unique par Conseil Général) en lien avec le médecin traitant</p>	<p>Médecins traitants, Services de l'hôpital, Relais Senior, CLIC, Assistantes sociales et tous autres partenaires de la filière gérontologique.</p>
ACCUEIL FAMILIAL	<p>Des familles d'accueil volontaires, soumises à un agrément du Conseil général, accueillent à leur domicile des personnes âgées en contrepartie d'une rémunération. Les personnes accueillies sont nourries, logées, blanchies et font l'objet d'un accompagnement individualisé quotidien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Démarche volontaire dans le cas d'une impossibilité physique, organisationnelle ou morale de rester à domicile - Contrat entre la famille d'accueil et la personne accueillie : prestations payantes. - Possibilités d'aides financières via l'allocation logement, l'APA et / ou l'aide sociale, selon les revenus de la personne âgée. 	<p>Accès et informations auprès des Conseils généraux, CLIC, CCAS, services sociaux etc...</p>
CMP : Centre Médico - psychologique	<p>Intervenants professionnels spécialisés du secteur psychiatrique ou géro- psychiatrique. Proposent des consultations et des entretiens individuels ou familiaux, des activités de groupe voire des interventions à domicile. Les EHPAD peuvent également bénéficier d'interventions de liaison via des conventions.</p>	<p>Accès direct ou via un médecin traitant, gériatre, neurologue ...peut améliorer l'évaluation et la prise en charge des patients âgés atteints de troubles cognitifs et psychologiques importants</p>	<p>Accès et Information auprès des Etablissements de Santé Mentale, des CLIC, du médecin traitant ou tous médecins libéraux</p>

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
Quelle structure offre un nouveau lieu de vie pour une personne âgée dépendante ?			
<p>EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes</p>	<p>Etablissement autonome ou rattaché à un centre hospitalier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueille les personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans qui ne peuvent continuer à vivre à leur domicile - Accueil permanent ou temporaire (solution de répit pour les aidants, période d'adaptation - peut accueillir une personne de façon temporaire pour 90 jours par an maximum) 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrée suite à une hospitalisation ou en venant du domicile. Préparation avant l'entrée pour une adaptation plus facile par une visite ou des séjours en accueil de jour ou en hébergement temporaire pour s'habituer à la vie collective. -Dossier de demande d'admission à constituer auprès de l'établissement (Dossier unique par Conseil Général) en lien avec le médecin traitant - La personne âgée doit être informée de son entrée en établissement d'hébergement et adhérer au projet, dans toute la mesure du possible. 	<p>Médecins traitants, Services de l'hôpital, Relais Senior, CLIC, Assistantes sociales et tous autres partenaires de la filière gériatrique.</p>

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
Quels services sont proposés pour les personnes atteintes de troubles cognitifs ou de troubles du comportement, au sein de structures pour personnes âgées dépendantes ?			
<p>Unité dédiée (ex Cantou) (Unité spécifique au sein d'un EHPAD)</p>	<p>Secteur protégé et sécurisé au sein d'un Etablissement autonome ou rattaché à un centre hospitalier.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A destination des personnes âgées désorientées atteintes de troubles apparentés à la maladie d'Alzheimer - - Présence d'un personnel qualifié, formé. - Accueille les personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans qui ne peuvent continuer à vivre à leur domicile - Accueil permanent 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrée suite à une hospitalisation ou en venant du domicile. Préparation avant l'entrée pour une adaptation plus facile par une visite ou des séjours en accueil de jour, PASA ou en hébergement temporaire pour s'habituer à la vie collective. -Dossier de demande d'admission à constituer auprès de l'établissement (Dossier unique par Conseil Général) en lien avec le médecin traitant - Un accueil de jour pour des activités en PASA peut être maintenu ou proposé en complément de cet hébergement 	<p>Médecins traitants, Services de l'hôpital, Relais Senior, CLIC, Assistantes sociales et tous autres partenaires de la filière gérontologique.</p>
<p>PASA : Pôle d'Activité et de soins adaptés (Unité spécifique au sein d'un EHPAD)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A destination des personnes âgées en EHPAD, désorientées ou atteintes de troubles apparentés à la maladie d'Alzheimer pour un accueil temporaire en journée - Présence d'un personnel qualifié, formé. - Projet de vie spécifique, personnalisé. - Participation des familles et des proches à l'élaboration de la prise en charge. 	<p>Lieu de vie au sein duquel sont organisées et proposées <u>durant la journée</u>, des activités sociales et thérapeutiques aux résidents de l'EHPAD ou de l'USLD ayant des troubles du comportement modérés.</p>	<p>Lien étroit entre les équipes soignantes, le médecin coordonnateur et la famille pour une co - élaboration du projet de vie et de soins.</p>

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
<p>Quels services sont proposés pour les personnes atteintes de troubles cognitifs ou de troubles du comportement, au sein de structures pour personnes âgées dépendantes ?</p>			
<p>U H R : UNITE D'HEBERGEMENT RENFORCEE (Unité spécifique au sein d'un EHPAD ou d'une USLD)</p>	<p>A destination des personnes âgées désorientées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée- Présence d'un personnel qualifié, formé. Projet de vie spécifique, personnalisé. Participation des familles et des proches à l'élaboration de la prise en charge.</p>	<p>L'UHR est un lieu de vie qui fonctionne nuit et jour. Il propose sur un même lieu d'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutique aux résidents de l'EHPAD ou de l'USLD ayant des troubles du comportement sévères.</p>	<p>Lien étroit entre les équipes soignantes, le médecin coordonnateur et la famille pour une co - élaboration du projet de vie et de soins.</p>
<p>Quel service hospitalier prend en charge les personnes ayant besoin de soins techniques importants, prolongés ?</p>			
<p>U.S.L.D. : UNITE DE SOINS de LONGUE DUREE</p>	<p>-Service le plus souvent rattaché à un centre hospitalier, à un hôpital local ou à un EHPAD -Accueil permanent des personnes ayant perdu leur autonomie, ne pouvant plus être maintenus à domicile et nécessitant une surveillance médicale constante et importante.</p>	<p>- Visite conseillée avant l'accueil - Dossier de demande d'admission à constituer auprès de l'établissement en lien avec le médecin traitant</p>	<p>Médecins traitants, Services de l'hôpital, CLIC, Assistantes sociales et tous autres partenaires de la filière gériatrique.</p>

MAI 2012

LES POSSIBILITES DE RECOURS A L'HOPITAL => LES DISPOSITIFS GERONTOLOGIQUES SUR VOTRE TERRITOIRE

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
A chaque souci de santé, une réponse adaptée : si vous prenez rendez-vous, vous serez attendu et n'attendrez plus...			
RELAIS SENIORS	<p><u>Lieu d'écoute et de conseils</u> : guichet unique au Centre Hospitalier de Cornouaille</p> <p><u>Une infirmière spécialisée</u> accueille les Personnes âgées et leurs proches pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une évaluation gériatrique de la situation - des conseils pratiques (nutrition, prévention des chutes etc...) - une information et orientation vers les aides ou services de l'offre gériatrique, pour une réponse locale adaptée aux besoins 	<p>Hall d'ACCUEIL du C.H. I. C. de Quimper 14 avenue Yves Thépot - 02.90.94.40.86</p> <p>Entrée libre - ouvert à tous Accueil avec ou sans rendez vous par une infirmière expérimentée en gériatrie du Lundi au Vendredi de 10H à 12H et de 14H30 à 16H30</p>	<p>Médecins traitants, Consultations spécialisées (Mémoire, Gériatrique), CLIC, Assistantes sociales et tous autres partenaires de la filière gériatrique</p>
CONSULTATION GERIATRIQUE	<p>Accueil en consultation pour un avis spécialisé à la demande du médecin traitant ou de tout autre praticien spécialiste (évaluation pour aide à la décision médicale, pour élaborer un projet de soins et de vie)</p>	<p>ACCUEIL en CONSULTATION GERIATRIQUE en ville ou à l'hôpital (Géiatres):</p> <p>Le patient est adressé à la consultation gériatrique par son médecin traitant. Remboursement dans le cadre des soins médicaux</p>	<p>Selon avis et diagnostic posés en concertation par le médecin gériatre et le médecin traitant, se rapprocher <u>des services d'information</u>: CLIC, CCAS (service social), Relais Senior (Hôpital), Conseil Général (APA) et <u>des dispositifs de soutien, répit</u>: Ateliers mémoire, Soutien psychologique du patient et des aidants, Hôpital de jour gériatropsychiatrique, SSIAD spécialisés Alzheimer, Associations France Alzheimer, Accueils de jour ou temporaires, EHPAD</p>
CONSULTATION MÉMOIRE	<p>Accueil en consultation pour un avis spécialisé à la demande du médecin traitant ou de tout autre praticien spécialiste :</p> <p>Objectif: Réaliser une évaluation des fonctions cognitives à visée diagnostique et thérapeutique en cas de plainte de mémoire avec ou sans perte d'autonomie ou en cas de suspicion d'une détérioration cognitive.</p> <p>Finalité: pour établir un plan d'aide, un projet de soins et de vie adaptés à même de favoriser le maintien à domicile.</p>	<p>ACCUEIL en CONSULTATION MEMOIRE en ville (Neurologue) ou à l'hôpital (Neurologue ou Gériatre):</p> <p>Le patient est adressé à la consultation mémoire par son médecin traitant. Remboursement dans le cadre des soins médicaux</p>	<p>Selon avis et diagnostic posés en concertation par le médecin gériatre et le médecin traitant, se rapprocher <u>des services d'information</u>: CLIC, CCAS (service social), Relais Senior (Hôpital), Conseil Général (APA) et <u>des dispositifs de soutien, répit</u>: Ateliers mémoire, Soutien psychologique du patient et des aidants, Hôpital de jour gériatropsychiatrique, SSIAD spécialisés Alzheimer, Associations France Alzheimer, Accueils de jour ou temporaires, EHPAD</p>
EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE	<p>Pour les personnes âgées présentant une polypathologie, accueillies aux urgences ou dans un service de court séjour hospitalier.</p>	<p>L'équipe pluridisciplinaire de l'équipe mobile gériatrique (gériatre, infirmière de gériatrie et assistante sociale) réalise une évaluation gériatrique et propose une orientation adaptée. Sa présence dans les services non gériatriques permet une sensibilisation des professionnels aux spécificités de la prise en charge des personnes âgées, notamment celles atteintes de troubles cognitifs.</p>	<p>Selon le diagnostic posé, retour à domicile avec ou sans consultation externe ultérieure programmée; hospitalisation en court ou moyen séjour. Relais avec le médecin traitant et les autres intervenants du dispositif gériatrique.</p>

LES POSSIBILITES DE RECOURS A L'HOPITAL => LES DISPOSITIFS GERONTOLOGIQUES SUR VOTRE TERRITOIRE

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
HOPITAL DE JOUR GERIATRIQUE	<p>Accueil en ambulatoire pour des personnes âgées ayant <u>besoin d'un diagnostic</u>, afin d'éviter une hospitalisation complète.</p> <p>Son rôle est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poser une évaluation gériatrique, sociale et environnementale - Proposer des bilans et traitements programmés sur une courte durée - S'assurer de la coordination des soins autour du patient 	<p>ENTREE en HOPITAL DE JOUR : on peut y venir depuis le domicile, après hospitalisation ou en cours de séjour en EHPAD...</p> <p>L'accès à l'hôpital de jour est conditionné par une consultation ou l'avis d'un gériatre de la filière après accord du médecin responsable de l'hôpital de jour. Le patient peut aussi être adressé directement par son médecin traitant.</p>	<p>Médecins traitants, Médecins spécialistes, Gériatres et Services de l'hôpital et tous autres partenaires de la filière gériatrique. Sortie organisée vers le domicile ou vers des types d'hébergement adaptés (Accueil temporaire, Accueil de jour, Ehpad...).</p>
MEDECINE GERIATRIQUE	<p>Prise en charge en hospitalisation complète pour patients âgés, généralement de 70 ans ou + avec coexistence de plusieurs affections chroniques à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure.</p> <p>Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Mode d'Entrée à privilégier</u> : entrée programmée sans passage par les urgences : le médecin traitant prend contact avec le Médecin du service pour programmation. - Mode d'entrée par les urgences de l'hôpital 	<p>Sortie à préparer dès l'arrivée : se rapprocher des autres acteurs de la filière : CLIC / RELAIS SENIOR / MEDECIN TRAITANT / ASSISTANTE SOCIALE que ce soit pour organiser un retour à domicile (avec aides humaines et techniques) ou un séjour en structure de répit ou d'hébergement permanent.</p>
TOUS AUTRES SERVICES d'HOSPITALISATION (Chirurgie Cardiologie - Pneumologie, Psychiatrie générale...)	<p>Prise en charge en hospitalisation complète en fonction de l'état de santé, des pathologies et des besoins de recours aux différentes disciplines de la médecine ou de la chirurgie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Mode d'Entrée à privilégier</u> : entrée programmée sans passage par les urgences : le médecin traitant prend contact avec le Médecin du service pour programmation. - Mode d'entrée par les urgences de l'hôpital 	<p>Sortie à préparer dès l'arrivée : se rapprocher des autres acteurs de la filière : CLIC / RELAIS SENIOR / MEDECIN TRAITANT / ASSISTANTE SOCIALE que ce soit pour organiser un retour à domicile (avec aides humaines et techniques) ou un séjour en structure de répit ou d'hébergement permanent.</p>
SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)	<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements autonomes ou services rattachés à un Centre hospitalier. Ces services peuvent être polyvalents ou spécialisés (prise en charge Personnes âgées, suites d'AVC etc...) - Accueil en hospitalisation complète (ou partielle de jour) des patients âgés avec risques particuliers pour promouvoir leur réadaptation. - Prennent en charge des patients soit à l'issue d'une hospitalisation ou en cours de séjour dans une structure médico-sociale (EHPAD, USLD), soit directement du domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> - ENTREE directe suite à une hospitalisation (en Médecine ou Chirurgie) - ENTREE en accord avec le médecin traitant par admission programmée 	<p>SORTIE préparée très en amont selon le projet de vie et de soins élaboré par la personne avec l'aide de sa famille, en prenant contact avec les appuis potentiels de la filière : CLIC / RELAIS SENIOR / MEDECIN TRAITANT / ASSISTANTE SOCIALE. Recherche et mise en place d'aides techniques et humaines appropriées si retour à domicile ou recherche d'une structure d'accueil adaptée (Hébergement temporaire, accueil de jour ou EHPAD)</p>
UNITE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE (UCC)	<p>Unité spécifique au sein d'un SSR, dans une architecture adaptée, avec des professionnels dédiés et spécialisés du soin et de l'accompagnement, sur la base d'un bilan médico-psychosocial, ces unités ont pour objectif de stabiliser les troubles de comportement, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise. Ces unités sont dédiées aux personnes présentant des troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer ou apparentés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ENTREE directe suite à une hospitalisation (en Médecine ou Chirurgie) - ENTREE en accord avec le médecin traitant par admission programmée 	<p>SORTIE préparée très en amont selon le projet de vie et de soins élaboré par la personne avec l'aide de sa famille, en prenant contact avec les appuis potentiels de la filière : CLIC / RELAIS SENIOR / MEDECIN TRAITANT / ASSISTANTE SOCIALE. Recherche et mise en place d'aides techniques et humaines appropriées si retour à domicile ou recherche d'une structure d'accueil adaptée (Hébergement temporaire, accueil de jour ou EHPAD)</p>

LES POSSIBILITES DE RECOURS A L'HOPITAL => LES DISPOSITIFS GERONTOLOGIQUES SUR VOTRE TERRITOIRE

QUEL SERVICE?	POUR QUI? POUR QUOI?	Mode d'ENTREE / ADRESSEURS	RELAIS / PARTENAIRES
H A D : HOSPITALISATION A DOMICILE	H A D : Pour éviter ou raccourcir une hospitalisation. Période limitée mais renouvelable pour assurer soins ponctuels (chimiothérapie...) soins de réadaptation (maladie cardiaque, orthopédie) ou soins palliatifs importants.	Mise en place sur demande du médecin traitant en accord avec médecin coordonnateur de l'HAD ou sur demande du service de soins hospitaliers	Si prise en charge après hospitalisation : organisation en lien avec le médecin du service. <u>Si prise en charge pour éviter une hospitalisation</u> : organisation en lien avec le médecin traitant et le médecin responsable de l'HAD.
UNITE DE SOINS PALLIATIFS	Unité dédiée à une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif majeur est de soulager la douleur physique, ainsi que les autres symptômes tout en prenant en compte la douleur psychologique, sociale et intellectuelle. L'unité s'adresse au malade, à sa famille et à ses proches.	La prise en charge peut se faire soit à l'hôpital (unité dédiée) , soit au domicile (par l'HAD en lien avec le médecin traitant) ou en institution (dans les EHPAD et USLD) par une équipe mobile en soins palliatifs	Consensus pluri disciplinaire pour accompagner le malade et son entourage: le travail en équipes et en réseaux est primordial. Le médecin traitant à domicile ou le médecin hospitalier sont les interlocuteurs privilégiés pour parler de cette démarche.
HOPITAL DE JOUR GERONTO PSYCHIATRIQUE	Hôpitaux de jours spécifiques pour l'accueil et le suivi de personnes âgées atteintes de troubles neuro psychiatriques en lien avec le grand âge. Cette hospitalisation permet de poser ou de confirmer un diagnostic, d'assurer un suivi adapté en journée tout en maintenant la personne à domicile.	Accès selon avis du médecin responsable de l'hôpital de jour ou via un médecin traitant, gériatre, neurologue, psychiatre	Accès et Information auprès des Etablissements de Santé Mentale, des CLIC, du médecin traitant ou de tous médecins libéraux ou spécialistes (Gériatre) - Sortie vers un accueil de jour en EHPAD si besoin
UNITE D'HOSPITALISATION PROGRAMMEE en psychiatrie pour Personnes Agées	Accueil direct pour une durée limitée et prévue pour évaluation, diagnostic et organisation d'un plan organisé et personnalisé de prise en charge de la personne âgée atteinte de troubles du comportement ou cognitifs liés au grand âge	- Dossier de demande d'admission à constituer auprès de l'établissement de Santé mentale en lien avec le médecin traitant.	Etude du devenir de la personne suite à ce séjour, en lien avec : Etablissement de Santé mentale, Médecins traitants, Psychiatres, Neurologues, Etablissements d'hébergement, CLIC, Assistantes sociales et tous autres partenaires de la filière gériatologique. - Sortie vers un accueil de jour en EHPAD si besoin
URGENCES	Réservées aux problèmes de santé dont la survenue est brutale et inquiétante. Privilégier le recours au médecin de traitant proche de son domicile	SAMU - SOS Médecin - Pompiers sur appel	

JONNE - JEZEQUEL

Catherine

Décembre 2012

**Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-
sociaux**

Promotion 2011 2012

**La promotion d'un recours facilité des personnes âgées aux dispositifs
géronologiques du territoire de santé n°2 en région Bretagne : le rôle
d'impulsion du Centre hospitalier de Cornouaille.**

Résumé :

La démarche de promotion à un recours facilité des personnes âgées aux dispositifs gérontologiques sur le territoire de santé n° 2 de la région bretonne passe par différentes étapes.

En effet, le territoire de santé n°2 doit faire face à des difficultés et à des particularités démographiques et épidémiologiques propres. Il est donc intéressant de rechercher si l'offre existante à destination des personnes âgées du territoire, développée à la faveur des politiques publiques successives, est globalement satisfaisante en terme quantitatif, que ce soit en matière d'offre libérale, sanitaire, sociale ou médico-sociale.

Mais si la cartographie de l'offre à destination des personnes âgées du territoire de santé est globalement satisfaisante, une étude plus fine démontre cependant des améliorations à apporter afin d'adapter quantitativement et qualitativement l'offre de soins aux besoins des bassins de vie et à l'évolution des pathologies et des problématiques du grand âge.

L'établissement de référence que constitue le CHIC sur le territoire, doit assurer aux personnes âgées, avec l'ensemble de ses partenaires, un accès à une offre adaptée et impulser une réelle coordination entre l'ensemble des acteurs. Les entretiens menés avec différents professionnels de la filière gériatrique du CHIC ou avec des partenaires des dispositifs gérontologiques démontrent les difficultés à se coordonner et à promouvoir un accès gradué et adapté aux dispositifs existants, tant au sein de la filière gériatrique qu'entre les différents maillons de l'offre gérontologique de territoire.

Des avancées importantes ont été impulsées par le directeur en charge de la filière gériatrique du CHIC dans la promotion d'une réelle coordination via l'Union hospitalière de Cornouaille. Cependant, il reste à conforter et à compléter tant la filière gériatrique que la coordination sur le territoire de santé à travers des actions déjà impulsées mais également par des projets à mener et des préconisations issues des entretiens avec les professionnels. Cependant l'ensemble de cet élan, impulsé par le CHIC ne peut se mener seul et mérite d'être porté par l'ensemble de ses partenaires.

Mots clés :

Personnes âgées – dépendance – parcours de soins – établissement de référence – territoire de santé - coordination – filières gériatriques – dispositifs gérontologiques – culture gériatrique -

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