

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public**

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**DE LA CREATION D'UNE FILIERE
GERIATRIQUE A L'ELABORATION
D'UN PROJET GERONTOLOGIQUE GLOBAL**

*Pour une cohérence du parcours de santé
et de prise en charge des personnes âgées*

Exemple au Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil sur Mer

Clarisse REYDANT COUPEY

Remerciements

Je remercie tout d'abord Monsieur Claude Duvivier, directeur du centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil sur mer, pour son aide à la définition de ce sujet de mémoire, et tout au long de la rédaction, mais aussi pour la confiance qu'il m'a accordée pendant mon stage. Je remercie également toute l'équipe de direction.

Ma reconnaissance va aussi aux professionnels, médecins, soignants et administratifs, du CHAM et plus particulièrement tous ceux qui ont accepté de me consacrer du temps pour des entretiens et des échanges particulièrement riches et spontanés.

Merci à Guy, Philippe, Pierre et Sylvie pour leur accompagnement et leurs conseils attentifs, avisés et chaleureux. Une pensée enfin pour Juliette, Marie-Alaïs, Mattéo, et Yannick pour leur soutien et leur patience.

Sommaire

Introduction	1
1 Présentation de l'existant.....	5
1.1 Le Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil	5
1.1.1 Historique et présentation générale	5
1.1.2 Les éléments pré existants à la filière gériatrique	5
1.2 Le dossier de filière gériatrique de 2004.....	7
1.2.1 Le vieillissement de la population	7
1.2.2 Les motifs propres au CHAM justifiant la création d'une filière gériatrique.....	8
1.2.3 Le contenu détaillé du projet	10
1.3 Les projets du secteur sanitaire et social.....	17
1.3.1 L'humanisation du long séjour	17
1.3.2 La création d'unités de vie Alzheimer	17
2 Analyse de la pertinence et de la cohérence de l'offre de filière gériatrique	19
2.1 Les nouveaux besoins de la population, les nouvelles pathologies	19
2.1.1 Les résultats de la coupe PATHOS de 2006	19
2.1.2 Les personnes handicapées vieillissantes.....	20
2.2 Les évolutions réglementaires, intervenues depuis 2004, qui influencent le projet initial.....	21
2.2.1 Les conséquences de la réforme des unités de soins de longue durée	21
2.2.2 Le Plan « Solidarité Grand Age »	21
2.2.3 Les récentes implications du rapport « Un programme pour la gériatrie » et de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique	22
2.2.4 La tarification à l'activité et la représentation financière du patient âgé.....	25
2.3 Les difficultés actuelles ressenties par les professionnels du CHAM en matière de gériatrie et leurs attentes face au projet	25
2.3.1 Méthodologie des entretiens	25
2.3.2 Une analyse convergente des difficultés liées à la prise en charge des personnes âgées et du bien fondé de la filière gériatrique.....	26
2.3.3 Des difficultés, énoncées lors des entretiens, auxquelles les nouvelles modalités de mise en œuvre devraient apporter des réponses	27

2.3.4	Les difficultés auxquels le projet de semble pas répondre et les freins à sa réalisation	29
3	Des propositions d'amélioration, qui visent à garantir la réussite de la mise en oeuvre de cette filière gériatrique et à impulser une réelle politique gérontologique	35
3.1	Améliorer l'offre de la filière.....	35
3.1.1	En renforçant le volet psychiatrique du projet.....	35
3.1.2	En identifiant des lits de soins palliatifs à chaque étape de la filière.....	36
3.1.3	En soutenant le projet d'augmentation des lits de soins de suite et réadaptation gériatrique, ou en élargissant la filière aux autres SSR du territoire de santé	37
3.1.4	En menant un travail spécifique aux urgences sur la personne âgée.....	37
3.1.5	En favorisant le déploiement des moyens technologiques	39
3.2	Favoriser la mise en oeuvre de la filière et multiplier ses chances de réussite.....	41
3.2.1	En assurant une montée en charge progressive mais assez rapide de l'ensemble du dispositif.....	41
3.2.2	En s'attachant à communiquer efficacement sur ce projet	42
3.2.3	En portant une attention particulière aux moyens humains	45
3.2.4	En favorisant le travail de mise en lien des multiples acteurs et d'atténuation des résistances au changement	47
3.2.5	En renforçant le volet évaluation.....	47
3.3	Développer la culture et de la politique gérontologique du CHAM.	48
3.3.1	En renforçant progressivement les missions de l'équipe mobile de gériatrie	49
3.3.2	En intégrant davantage les EHPAD du CHAM à la filière gériatrique	50
3.3.3	En étoffant le projet de pôle gériatrique.....	53
3.3.4	En élargissant la filière dans une approche globale de territoire.....	54
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR (grille)	autonomie gérontologique groupe iso ressources
ADMR	aide à domicile en milieu rural
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
CCAS	centre communal d'action sociale
CHAM	centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil sur Mer
CHAMAD	CHAM accompagnement douleur (équipe mobile de soins palliative du CHAM)
CHU	centre hospitalier universitaire
CLIC	centre local d'information et de coordination
CME	commission médicale d'établissement
CNEH	centre national d'expertise hospitalière
CPOM	contrat pluriannuel d'objectif et de moyens
CROS	commission régionale d'organisation sanitaire
CROSMS	commission régionale d'organisation sanitaire et sociale
CSG	court séjour gériatrique
DESS	directeur d'établissement sanitaire et social
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIM	département d'information médicale
DMP	dossier médical personnel
DMS	durée moyenne de séjour
DRASS	direction régionale de l'action sanitaire et sociale
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG	équipe mobile de gériatrie
EPP	évaluation des pratiques professionnelles
ETP	équivalent temps plein
HAD	hospitalisation à domicile
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques
MIGAC	mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MNASM	mission nationale d'appui en santé mentale
NTIC	nouvelles technologies de l'information et de la communication
SATU	service d'accueil et de traitement des urgences
SAU	service d'accueil des urgences
SSIAD	service de soins infirmiers à domicile
SSR	soins de suite et de réadaptation
UHTCD	unité d'hospitalisation de très courte durée
USLD	unité de soins de longue durée

Introduction

Le contexte sociodémographique actuel, marqué par l'augmentation de l'espérance de vie, la hausse des polyopathologies, celle du nombre de personnes dépendantes, constitue un important vecteur de changement pour tous les établissements de santé et médico-sociaux. Il faut ajouter à ces éléments la coexistence de multiples dispositifs, d'autant moins lisibles aux yeux des familles et des personnes âgées qu'ils évoluent fréquemment et s'empilent au fur et à mesure des modifications législatives.

Le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil sur mer (800 lits) est un hôpital de proximité. C'est un établissement de référence, reconnu en matière de prise en charge des personnes âgées sur son territoire de santé (la partie sud-ouest du secteur sanitaire « littoral » de la Région Nord Pas de Calais). En effet, il dispose de 6 lits de court séjour gériatrique identifiés, d'un service de soins de suite et de réadaptation de 2 unités de soins de longue durée et de 3 maisons de retraite.

Le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil sur mer (CHAM) possède par ailleurs un service d'accueil des urgences, un service de psychiatrie, des spécialités (cardiologie, pneumologie, ..), une unité mobile de soins palliatifs et un service d'hospitalisation à domicile. Tous ces services concourent déjà à une offre de soins et de prise en charge diversifiée de la personne âgée.

Le projet médical du CHAM, rédigé en 2004, a pris la mesure du phénomène de vieillissement de la population. Comme partout en France, un tiers des hospitalisations et deux tiers des hospitalisations en urgence concernent des personnes âgées, et l'hôpital doit s'adapter à leurs besoins. Le CHAM a donc orienté ses projets vers l'amélioration des conditions d'accueil des personnes de plus de 75 ans. Son projet médical prévoit la mise en œuvre d'une filière gériatrique.

Durant mon stage de professionnalisation le chef d'établissement m'a proposé d'analyser le projet institutionnel de création de cette filière gériatrique, au regard des besoins actuels, de le revisiter à l'approche de sa réalisation, et si besoin de proposer des améliorations.

Ce mémoire entre donc dans le cadre d'une mission confiée par l'établissement. Il permettra l'analyse d'un projet conceptuel de prise en charge sanitaire des personnes âgées, préalablement à sa concrétisation. Il propose un regard professionnel spécifique (celui de directeur d'établissement sanitaire et social) et un accompagnement de l'établissement de santé dans l'évolution d'une filière gériatrique. L'objectif, en

l'occurrence, est de réunir tous les éléments nécessaires à la réussite d'un projet pertinent mais déjà ancien.

L'étude préalable du projet et les premiers entretiens exploratoires menés avec les futurs acteurs de cette filière gériatrique m'ont confortée dans le bien fondé de ce futur dispositif, et m'ont surtout incitée à orienter mon questionnement vers les conditions de son succès.

Par ailleurs, la sortie récente du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 et la publication en mars dernier d'une nouvelle circulaire sur les filières gériatriques renforcent l'intérêt de ce travail d'analyse.

Les hypothèses de travail s'articulent autour de deux grands axes : la pertinence de l'offre et sa cohérence. Il s'agit de voir si l'offre dessinée il y a 4 ans est toujours pertinente puisque la population a encore vieilli et que les enquêtes épidémiologiques internes révèlent déjà de nouveaux besoins. La cohérence peut aussi être interrogée. Trois raisons m'ont incitée à l'analyser : l'absence de dynamique interne de l'ensemble des acteurs de court séjour, l'absence apparente de lien formalisé entre le projet gériatrique (du secteur sanitaire) et le projet gérontologique (du secteur hébergement), et son corollaire, la mise à l'écart des acteurs du secteur hébergement, qui ont pourtant une expertise et un regard à partager.

Ainsi, sur la base du projet initial, la méthodologie générale adoptée a été la suivante : connaissance de l'existant, étude de pertinence au regard des besoins actualisés et des nouvelles exigences réglementaires, recueil du point de vue des acteurs, puis analyse de la pertinence et de la cohérence au regard de ces dernières données, et enfin élaboration de propositions.

Dès à présent, il convient de préciser que j'ai fait le choix de circonscrire le champ de la présente analyse à la seule filière interne, même si une filière gériatrique ne peut faire abstraction d'un appui sur de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation, et doit, à terme, servir de levier à la coordination de l'ensemble des services à destination des personnes âgées. En effet, le nombre important des acteurs internes de cette filière et leur perception du projet apportait à mon sens suffisamment de matière à réflexion. Toutefois, cet aspect fera l'objet en dernière partie d'un chapitre alimenté par la nouvelle réglementation et la littérature consacrée aux filières gériatriques.

Une définition de certains termes à ce stade me paraît importante. Ainsi nous éclairerons la notion de filière gériatrique et les différences entre la gériatrie et la gérontologie.

Le mot « filière », au sens figuratif, désigne une succession d'états à traverser, de degrés à franchir, de formalités à accomplir avant de parvenir à un résultat. La filière hospitalière

de soins gériatriques associe en série une ou plusieurs structures : les urgences gériatriques, la médecine gériatrique, la chirurgie gériatrique, le secteur de soins de suite et de réadaptation, les soins de longue durée, l'hôpital de jour, les consultations gérontologiques, l'unité mobile de gériatrie, l'hospitalisation à domicile. Je propose en annexe I une synthèse des explications données par Corpus de Gériatrie de janvier 2000 sur chacun des éléments de la filière.

Pour finir, et afin d'apporter un éclairage sur le titre de ce mémoire, précisons ici la nuance entre la notion de gériatrie et celle de gérontologie : la gériatrie est une spécialité médicale qui traite des maladies des sujets âgés, alors que la gérontologie est une approche du vieillissement qui embrasse quatre aspects en interaction constante : physique, psychologique, comportemental, et social.

C'est le fil conducteur de ce mémoire, qui me permettra de démontrer que l'établissement et l'ensemble de ses acteurs doivent saisir l'opportunité de la création de cette filière gériatrique pour impulser une réelle politique gérontologique.

Pour cela, nous présenterons dans une première partie l'établissement, tel qu'il est aujourd'hui et plus particulièrement les services pré existants à la filière gériatrique, puis nous ferons une présentation aussi synthétique que possible du projet de filière hospitalière écrit en 2004, mais aussi de l'avenir du secteur hébergement.

Dans la deuxième partie nous exposerons tout d'abord les récents résultats d'études de pathologies et un nouveau projet médico-social. Nous verrons dans un second chapitre quelles évolutions règlementaires intervenues depuis 2004 ont eu un impact et peuvent à nouveau faire évoluer ce projet. A la lumière de ces nouvelles informations nous pourrons alors mener l'analyse des entretiens menés avec les acteurs de cette filière.

Nous envisagerons dans la troisième et dernière partie comment améliorer l'offre de la filière, puis les moyens de favoriser sa mise en oeuvre et de multiplier ses chances de réussite, pour enfin nous attacher aux axes d'amélioration de la culture et de la politique gérontologique du CHAM.

1 Présentation de l'existant

1.1 Le Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil

1.1.1 Historique et présentation générale

Historiquement, le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil (CHAM) est issu d'une double fusion, la première regroupant en 1980 les 3 hôpitaux de Campagne les Hesdin, Neuville sous Montreuil et Montreuil sur Mer, la seconde en 1992 incluant les hôpitaux de Berck sur Mer. Cette fusion-restructuration permet la construction d'un nouveau site à Rang du Fliers regroupant l'ensemble des services de médecine, chirurgie et obstétrique, un service d'urgences et plus récemment la psychiatrie. Les capacités autorisées et installées de l'établissement sont détaillées en annexe II.

Le plateau technique de l'établissement comporte notamment l'imagerie médicale, le scanner, les explorations par doppler, et l'ensemble des explorations fonctionnelles.

Par ailleurs, l'hôpital a établi des conventions de partenariat dans de multiples domaines avec les établissements du secteur. On peut citer dans ces coopérations inter hospitalières : la prise en charge des maladies cardiovasculaires, la réhabilitation respiratoire, la périnatalité, le réseau d'Oncologie du Littoral, la Fédération de Néonatalogie avec le centre hospitalier de Calais,...

Le CHAM possède un important secteur d'hébergement constitué de 516 lits sur un total de 800 :

- 140 lits de soins de longue durée répartis sur 2 sites
- 275 lits de maison de retraite ou établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) répartis sur 3 communes différentes
- et 101 lits médico-sociaux avec un foyer de vie et un foyer pour adultes handicapés.

Cette spécificité jouera un rôle important dans le projet de filière gériatrique, car ces structures, en interne, d'apporter des réponses en lits d'aval.

1.1.2 Les éléments pré existants à la filière gériatrique

A) Le service de médecine polyvalente

Le département de médecine se divise en 2 services (médecine I et médecine II), répartis sur deux ailes. L'ensemble comporte 78 lits installés. Le service de Médecine I comporte

36 lits répartis en trois unités fonctionnelles : la gastro-entérologie, la pneumologie et la médecine polyvalente.

Cette unité de médecine polyvalente est sous la responsabilité d'un gériatre, qui est présent à hauteur de 0,25 équivalent temps plein (ETP). Il s'agit d'une petite unité de 6 lits qui enregistre moins de 300 entrées annuelles et a réalisé 2347 journées en 2002. Cette unité a une orientation gériatrique marquée. En 2002, le recrutement s'est fait à 80% à partir des urgences. La saturation actuelle de l'unité ne permet pas de programmer les entrées directes des patients.

Le profil des patients de l'unité est déterminé par deux critères : la polyvalence des pathologies et un âge supérieur à 75 ans. La prise en charge sociale est mise en œuvre dès l'admission.

B) L'équipe mobile de soins palliatif « CHAMAD »

Depuis septembre 2002, une équipe mobile de soins palliatifs, aussi appelée CHAMAD (*CHAM Accompagnement Douleur*), est en place. Elle se compose d'un médecin, d'une infirmière et d'une aide soignante diplômés en soins palliatifs et prise en charge de la douleur.

Cette équipe mobile se déplace dans les services à la demande des praticiens et dans les annexes de l'hôpital. Des demandes de formation aux soins palliatifs émanant du personnel hospitalier parviennent au CHAMAD.

C) La kinésithérapie

Le CHAM dispose d'un effectif actuel de 3 équivalent temps plein (ETP) de kinésithérapeutes pour 800 lits de court, moyen et long séjour. Contrairement à un centre de rééducation fonctionnelle, les besoins de kinésithérapie en hôpital répondent à des situations aiguës. Les kinésithérapeutes interviennent fréquemment dans les situations d'urgence respiratoire en pneumologie, en soins intensifs et en pédiatrie. Les kinésithérapeutes réalisent également les bilans d'autonomie des personnes âgées.

Sur les sites annexes (long séjour, et SSR) une kinésithérapeute à mi-temps intervient. Une petite salle de rééducation a été aménagée qui permet aussi la prise en charge collective.

D) Les soins de suite et de réadaptation

Les 40 lits de soins de suite du CHAM se situent à Campagne les Hesdin, soit à environ 25 km du site principal regroupant la médecine, la chirurgie, et l'obstétrique.

En 2002, le mode d'entrée se fait surtout par mutation interne du CHAM (67%) en vue de répondre aux besoins de convalescence des patients hospitalisés. Il est à noter des entrées directes par le service des urgences, environ 20%. Le service répond aussi aux

demandes de transfert des autres établissements du secteur (5% des patients environ). Les entrées directes en provenance du domicile sont peu fréquentes.

Le mode de sortie consiste essentiellement en retours à domicile (50%). Les mutations vers le CHAM concernent soit un transfert en long séjour, soit un transfert vers le court séjour de médecine ou de chirurgie (environ 25%). Les pathologies prises en charge sont variées et correspondent à la polyvalence du service.

E) Les services de long séjour

Dans les deux unités de soins de longue durée, les locaux comportent des chambres à 1, 2 ou 3 lits.

Le profil des résidents accueillis montre qu'une majorité d'entre eux sont désorientés ou déments, confinés au lit ou au fauteuil, ou nécessitant une aide au repas. L'âge moyen des résidents est de 81 ans et le GIR moyen pondéré (qui représente pour un établissement la charge moyenne en dépendance) est de 886,33 pour l'une des unités et de 805 pour l'autre, ce qui confirme une charge déjà importante.

Il existe au sein de l'établissement la possibilité de consultations psychiatriques ou psychologiques mais elles sont plutôt rares compte tenu du manque de spécialistes.

1.2 Le dossier de filière gériatrique de 2004

Le projet de filière gériatrique et son argumentaire se retrouvent dans plusieurs documents : le projet médical réalisé en 2004 et les trois dossiers de demande d'autorisation présentés aux autorités de tutelle :

- la demande de création d'une unité de 20 lits de médecine gériatrique aiguë,
- la demande de transfert du service de soins de suite polyvalents et gériatriques sur le site de Rang du Fliers,
- la demande d'extension de 20 lits de soins de suites gériatriques.

L'ensemble des argumentaires s'appuie sur le constat du vieillissement de la population, que nous aborderons dans un premier temps, pour exposer ensuite chaque élément du projet avec les motifs qui lui sont propres.

1.2.1 Le vieillissement de la population

Le phénomène de vieillissement de la population dans la région Nord Pas de Calais existe comme partout en France, mais est particulièrement marqué sur le littoral, et est appelé à s'amplifier dans les prochaines années. Les migrations vers le littoral et l'exode rural aggravent encore une situation déjà préoccupante. Les données sur lesquelles sont basées la plupart des observations sur la population sont celles du dernier recensement de 1999.

A) Une population dont l'espérance de vie s'allonge

Les trois derniers recensements INSEE de 1982, 1990 et 1999 montrent tout d'abord une évolution à la hausse de la population totale de l'arrondissement de Montreuil, qui passe de 95 741 en 1982 à 99 249 en 1999. De plus la répartition par tranches d'âge de la population de cet arrondissement met en évidence un vieillissement de celle-ci depuis 1982 avec une hausse de la tranche des « 75 ans et plus ». Les personnes âgées de « 60 ans et plus » y représentent 23% de la population alors que la moyenne départementale est de 19,9% et la moyenne régionale de 18,8%. Par ailleurs, en 1999, la tranche d'âge des « 75 ans et plus » augmente de 27% par rapport au recensement de 1982. Enfin, on constate que la population du secteur de Montreuil a le pourcentage le plus élevé de personnes de « 75 ans et plus » par rapport aux autres secteurs.

Bien évidemment, ce phénomène de vieillissement de la population a des répercussions sur l'hôpital.

B) Des patients de plus en plus âgés hospitalisés au CHAM

La courbe des moyennes d'âge des patients hospitalisés dans le département de médecine depuis l'année 2000 montre, d'une part, que la moyenne des patients a plus de 67 ans, et d'autre part, une augmentation constante de cet âge moyen qui atteint quasiment 68 ans en 2003.

La même année, dans le service de soins de suite, l'âge moyen était de 78,21 ans. Là aussi il s'élève progressivement depuis plusieurs années.

1.2.2 Les motifs propres au CHAM justifiant la création d'une filière gériatrique

Outre le constat du vieillissement de la population du territoire et donc de celle accueillie au CHAM, d'autres raisons propres à cet établissement motivent le projet : des taux d'occupation élevés, et la nécessité de dynamiser les filières d'aval.

A) Des taux d'occupation élevés dans tous les services

Le CHAM affiche depuis plusieurs années un taux d'occupation élevé de ses unités de soins.

Le recours de la population au service des urgences est en hausse constante. Il enregistre un nombre de passage en augmentation régulière depuis 1996, qui approchait un total de 19 000 en 2002. Par ailleurs, le taux d'occupation de ses 6 lits d'unité d'hospitalisation de très courte durée, positionnés aux urgences, dépasse 116%.

Les lits du département de médecine sont occupés à plus de 90% depuis 1999 avec une durée moyenne de séjour inférieure à 7 jours. En 2003, ce département a atteint un taux d'occupation de 103%.

Les lits de moyen séjour de l'établissement connaissent eux aussi depuis plusieurs années un taux d'occupation élevé qui se maintient entre 93% et 100% depuis 1999. Ce

taux élevé doit tenir compte de la configuration du service comportant des chambres à 3 lits ce qui ne facilite pas une occupation totale.

B) Le besoin de dynamiser les filières d'aval

La filière en aval du service de court séjour présente des difficultés de fonctionnement. Concernant les patients âgés pour lesquels le retour à domicile serait possible, le délai d'attente pour l'obtention du passage du service infirmier de soins à domicile s'élève à 3 semaines en moyenne. En attendant, l'orientation se fait finalement vers le SSR de l'établissement. En cas de convalescence, les possibilités du secteur sont assez restreintes. En conséquence, les patients restent plus longtemps dans l'unité de court séjour en attente d'une place ce qui entraîne des répercussions à la hausse sur la durée moyenne de séjour du service.

Ces difficultés de transfert ont un retentissement sur l'organisation des soins.

C) La corrélation du projet avec la circulaire du 18 mars 2002

La circulaire du 18 mars 2002 relative à la filière de soins gériatrique décrit les différentes voies d'amélioration au regard de l'augmentation de la population âgée et l'inadaptation du dispositif de soins à ces dernières.

Elle préconise le choix de filières courtes hospitalières et l'amélioration des réponses d'aval de l'hospitalisation de courte durée. Pour ce faire, l'accent est mis sur le développement de services de court séjour gériatriques dans lesquels il convient de favoriser les admissions directes, sans passage préalable par les urgences, en offrant une réponse en permanence aux médecins du secteur géographique desservi, y compris ceux des EHPAD.

La circulaire précise le rôle des équipes mobiles de gériatrie et ses missions et souligne l'importance d'une prise en compte de la dimension psychiatrique. L'amélioration des réponses en aval de l'hospitalisation de courte durée est par ailleurs préconisée selon deux axes :

- le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) qui, lorsque l'environnement le permet, est une modalité de soins pertinente vis à vis de personnes âgées fragiles,
- et l'adaptation du dispositif de soins de suite et de réadaptation aux besoins des patients gériatriques,

Ces deux axes améliorent ainsi les réponses en aval de l'hospitalisation gériatrique de courte durée.

C'est donc sur la base des besoins identifiés et au regard de cette circulaire que le CHAM a écrit en 2004 son projet de filière gériatrique.

1.2.3 Le contenu détaillé du projet

La mise en œuvre d'une filière gériatrique est un axe fort du projet d'établissement 2004. Aujourd'hui, en 2007, certaines des améliorations prévues ont déjà été mises en place comme le service d'hospitalisation à domicile (HAD). D'autres sont en bonne voie de réalisation, comme la création des 20 lits de court séjour gériatrique, le rapprochement du service de soins de suite et de réadaptation gériatrique qui comporte une unité accueillant les patients les plus lourds (poly-pathologiques, déments).

Nous présenterons ici une synthèse du contenu de chacun des projets et ferons à chaque fois le point exact de leur avancement à ce jour.

A) La mise en place du service d'hospitalisation à domicile est effective

Les alternatives à l'hospitalisation étaient insuffisantes sur le secteur sanitaire de Montreuil. Le CHAM a donc développé cette solution alternative à l'hospitalisation dans le cadre d'une structure d'hospitalisation à domicile, en partenariat avec le centre hospitalier de Boulogne sur Mer et une clinique privée. Soixante places ont été accordées par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Néanmoins, aujourd'hui, la direction de l'établissement constate que la coordination entre l'équipe de l'HAD et les équipes hospitalières n'est pas parfaite et que le dispositif a quelques difficultés à remplir pleinement sa mission en aval de l'hospitalisation.

B) La création de 20 lits de court séjour gériatrique : une ouverture prévue en 2008

Une extension de 20 lits de médecine a été envisagée par l'établissement. Ces 20 lits, positionnés sur le site principal du centre hospitalier auront une orientation de médecine gériatrique. Ce service dispensera des soins de courte durée à des malades âgés, polypathologiques ou très âgés à hauts risques de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas d'un service spécialisé d'organes.

Cette nouvelle unité, exposée dans le projet médical comme le pilier de la filière gériatrique, est décrite dans le dossier de demande d'extension de lits présenté en CROS (commission régionale d'organisation sanitaire) en 2004 et accepté par les tutelles.

a) *Les motivations*

Outre celles énoncées plus haut, certaines d'entre elles sont propres au court séjour gériatrique :

➤ **Les références à la carte sanitaire et au SROSS**

Un déficit de 62 places et lits de soins de médecine dans le bassin de vie du littoral a été mis en évidence en 2004 par l'ARH. Par ailleurs, le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) 1999-2004 préconise « l'existence d'au moins un service intitulé médecine gériatrique dans chaque établissement doté d'un SAU »

➤ **L'absence d'offre spécifique de soins gériatriques aigus sur le secteur sanitaire**

L'offre de soins du secteur sanitaire comporte des établissements publics, privés et participant au service public hospitalier (PSPH). Ils offrent essentiellement des lits de chirurgie et de soins de suite. Les lits de médecine sont répartis dans trois établissements : un établissement PSPH, le Centre Hospitalier de l'arrondissement de Montreuil et un hôpital local.

➤ **Des besoins confirmés par une coupe transversale dans l'établissement**

Une enquête, réalisée en mai 2004 dans l'ensemble des unités de soins de l'établissement et au SATU, a recensé les personnes âgées de plus de 75 ans hospitalisées ou accueillies au service des urgences, présentant des pathologies ne relevant pas d'une spécialité médicale et pouvant donc justifier une hospitalisation en court séjour gériatrique. Cette coupe transversale a identifié 11 personnes répondant cette définition.

b) Les modalités d'organisation prévues dans le projet

➤ **L'admission**

L'admission du patient pourra se faire sur simple appel du médecin traitant ou par le service des urgences. L'admission non organisée doit tendre à être minoritaire. Une permanence téléphonique sera mise en place de 8 h à 18 h pour les médecins de ville. Les procédures d'admission doivent prévoir une organisation fluide avec le service des urgences. Une fiche d'admission standardisée doit être élaborée et diffusée.

➤ **Un objectif de réinsertion envisagé dès l'entrée**

L'objectif de préparation de la sortie du patient étant essentiel, l'assistante sociale lors d'une l'évaluation réalisée à l'entrée, devra envisager les modalités possibles du retour à domicile ou le transfert vers une structure de convalescence dans les meilleurs délais.

➤ **Une forte articulation avec les établissements d'aval**

Lors de l'hospitalisation, le recours notamment à la consultation mémoire, à la chirurgie réparatrice des ulcères, du pied diabétique, à la consultation de neurologie donnera lieu à une convention avec le groupe HOPALE (établissement PSPH) situé à Berck.

En aval de l'hospitalisation le centre hospitalier dispose d'une filière complète de moyen et long séjours pouvant répondre aux besoins du service de gériatrie mais qui sera fluidifiée grâce à des procédures de transfert.

Par ailleurs, des conventions sont prévues : avec les structures adéquates, afin d'organiser le retour et le maintien à domicile (ADMR, SSIAD,..) des patients, et avec les établissements de proximité susceptibles d'accueillir les personnes âgées.

➤ **Evaluation globale dès l'entrée**

Les missions du service de gériatrie sont notamment de procéder à une évaluation globale dès l'entrée du patient. Il s'agit d'une évaluation médicale, psychologique et

sociale. Cette évaluation pourra se faire au besoin en complémentarité avec la consultation mémoire du secteur.

➤ **Une prise en charge multidisciplinaire**

L'équipe multidisciplinaire est un point fort de la prise en charge gériatrique. Les effectifs prévus pour cette unité de 20 lits de court séjour gériatrique sont décrits dans le tableau ci-dessous :

Catégories d'emploi	Effectifs pour 20 lits, en ETP
Médecins	0,75 ETP + 1 assistant
Secrétaire médicale	1
Cadre de santé	1
IDE	10
Aides soignantes	12,5
ASH	4
Kinésithérapeute	1
Assistante sociale	0,25
Psychomotricien	0,25

Des avis spécialisés pourront être rendus par les praticiens spécialistes du court séjour : cardiologue, gastroentérologue, chirurgien. La proximité du plateau technique permettra la réalisation des examens complémentaires nécessaires au bilan.

La kinésithérapie assurera la remise en condition physique le plus rapidement possible. Des prises en charge en orthophonie et en psychomotricité pourront faire l'objet de prescriptions spécifiques notamment pour des patients souffrant d'un accident vasculaire cérébral. La diététicienne de l'établissement réalisera l'enquête alimentaire et adaptera les repas en fonction des régimes. Concernant certains symptômes, le psychologue ou le psychiatre de l'établissement seront consultés afin d'accompagner le patient dépressif ou porteur d'une pathologie psychiatrique.

➤ **Un personnel spécifiquement formé et une prise en charge globale renforcée au niveau de la prévention**

Le personnel soignant devra être formé à la prise en charge des personnes âgées. Le plan de formation de l'établissement prendra en compte cet aspect.

➤ **Le projet de service**

Des projets gériatriques seront élaborés, définissant précisément les objectifs et modalités de prise en charge des personnes âgées, en réponse aux nouveaux besoins de santé publique édictés par les textes réglementaires.

c) *Les conditions techniques du projet*

➤ **Les locaux**

Le projet 2004 prévoit la construction d'une extension au bâtiment central de l'hôpital. L'unité gériatrique aiguë sera située au niveau II et sera reliée par une courte galerie au bâtiment actuel. Elle sera contiguë au département de médecine. Cette localisation lui permettra ainsi de faire partie intégrante du court séjour et de bénéficier facilement des

avis médicaux spécialisés grâce à cette proximité. Cette unité comportera 12 chambres à un lit et 4 chambres à 2 lits.

➤ **L'équipement**

Le service sera équipé avec les aménagements pour adultes handicapés. Le matériel sera adapté aux besoins des patients âgés : lits médicalisés réglables en hauteur et dotés de protection contre les chutes, fauteuil de repos, matelas anti-escarres, barres d'appui dans les sanitaires.

d) *L'évaluation*

L'évaluation sera basée sur les données du PMSI et les données administratives d'activité.

Elle sera menée annuellement dans le cadre du bilan d'activité de l'unité et portera sur des indicateurs listés très précisément dans le projet. Par ailleurs, une enquête de satisfaction du patient sera élaborée spécifiquement pour l'unité.

e) *Les financements*

Le financement de l'opération de construction, commun au court séjour et au SSR sera réalisé par recours à l'emprunt.

Le financement du fonctionnement du court séjour gériatrique, prenant en compte le renforcement de personnel et les surcoûts induits par la construction, est élaboré en prenant en compte la réforme de la tarification, et donc à partir d'une simulation de l'activité future de l'unité de médecine gériatrique. Pour cela les pathologies rencontrées sur 2003 dans l'ensemble des services de médecine chez les personnes âgées de 70 ans et plus, qui seraient de nature à être dirigées vers cette unité, ont été ciblées.

f) *Les délais de réalisation*

L'autorisation a été obtenue en 2004. L'établissement a lancé une consultation et sélectionné un cabinet d'architecte pour la conception le suivi des travaux de construction de l'extension. Le calendrier des travaux prévoit une ouverture au deuxième semestre 2008.

C) Le rapprochement des soins de suite et de réadaptation

En 2004 les projets du CHAM pour ce service se déclinaient en deux parties : rapprocher le service de SSR du service de médecine gériatrique, et augmenter sa capacité, laquelle passerait de 40 à 60 lits. Chaque aspect de ce projet a fait l'objet d'un dossier distinct de demande d'autorisation en comité régional d'organisation sanitaire (CROS). Nous prendrons le soin de dissocier les motivations qui portent chacun des projets. Les modalités liées à l'organisation et aux conditions techniques seront traitées de la même façon pour un projet à 40 ou à 60 lits, puisqu'elles sont identiques.

a) *Les motivations du rapprochement*

Outre les motivations communes à tous les aspects du projet de filière gériatrique, certaines d'entre elles sont propres au rapprochement du SSR :

➤ **L'inadaptation et la vétusté des locaux actuels**

La plupart des chambres comportant 2 voire 3 lits posent le problème de la gestion des entrées. La nécessité d'organiser des chambres avec des patients de même sexe interdit l'acceptation de certaines demandes. En outre, les personnes agitées ou délirantes nécessitent l'organisation de chambres homogènes ce qui entraîne des changements de chambre et alourdit la charge de travail. Enfin, la confidentialité n'y est pas respectée.

➤ **La localisation des lits de SSR**

La localisation des lits de convalescence, à 25 km de Berck sur mer et d'Étaples, pose de réelles difficultés d'accessibilité et d'acceptation notamment par la population de ces villes du littoral. La desserte par autobus ou train est quasi inexistante. Il est donc indispensable de disposer d'un véhicule pour s'y rendre. D'où un isolement des personnes âgées. Par ailleurs l'éloignement du site de Rang du Fliers impose de nombreux transports pour les patients nécessitant des examens complémentaires sur le plateau technique du CHAM. Un peu plus de 200 consultations externes par an sont réalisées qui requièrent le transport par ambulance de patients souvent âgés. Outre le coût pour l'établissement que représentent ces navettes en ambulance, elles sont source d'inconfort pour les patients âgés, et affectent la qualité des soins.

b) *Les raisons qui ont motivé la demande d'extension de la capacité du service de soins de suite et de réadaptation*

Le centre hospitalier a aussi envisagé de créer 20 lits de soins de suite et réadaptation supplémentaires. Ce projet est inscrit au projet médical 2004 et a fait l'objet d'un dépôt de dossier au CROSS. Le projet a été présenté sous forme d'une unité spécifique de soins de suite et de réadaptation gériatrique. La capacité totale du service de SSR gériatrique serait portée à 60 lits dont 20 lits dédiés aux soins très lourds. Il répond spécifiquement aux besoins suivants :

➤ **Apporter une réponse aux besoins actuels de soins de suite et réadaptation**

Le bilan des capacités installées réalisé par l'ARH, selon la statistique annuelle des établissements (SAE) 2003, montre que l'offre de soins de suite et de réadaptation présente un déficit de plus de 400 places et lits de SSR dans la région¹.

➤ **Répondre au besoin de rationaliser le dispositif SSR du CHAM**

En effet, les besoins non satisfaits de SSR des patients hospitalisés en court séjour créent un embouteillage qui a un retentissement néfaste sur l'organisation des soins.

¹ Arrêté du 6 avril 2004 du directeur de l'ARH de la région Nord Pas de Calais

L'orientation vers les structures de soins externes au CHAM est souvent difficile à mettre en œuvre, les patients lourds n'étant pas souvent souhaités par ces établissements.

c) *Les raisons du refus d'extension de la capacité du service de soins de suite et de réadaptation et les perspectives envisagées*

Le dossier de demande d'extension de la capacité du service de SSR a été refusé par les tutelles, au motif que les besoins en nombre de lits étaient satisfaits. Néanmoins les locaux sont déjà prévus dans la future extension pour accueillir éventuellement dans l'avenir des lits supplémentaires.

d) *Les modalités d'organisation prévues dans le projet SSR*

Les étapes de la prise en charge du patients sont organisées comme suit :

➤ **L'admission**

Si le service accueille essentiellement des patients qui ont été hospitalisés dans le service de court séjour, une admission directe peut être envisagée pour les personnes âgées.

➤ **Une évaluation médico-psycho-sociale dès l'entrée**

Cette évaluation est identique à celle décrite dans le projet de court séjour gériatrique.

➤ **Des soins continus appliqués à des pathologies polyvalentes, par une équipe pluridisciplinaire**

La polyvalence des pathologies accueillies dans le service de soins de suite répond à une prise en charge pluridisciplinaire du patient. Les besoins en personnel sont réévalués pour être en conformité avec la circulaire du 18 mars 2002 et tenir compte de la nouvelle configuration des locaux : la suppression des chambres à 3 lits augmente le nombre des chambres individuelles et l'unité sera répartie sur 2 niveaux (contre 1 seul aujourd'hui).

➤ **La préparation de la sortie, coopérations et partenariats**

Les modalités de préparation de la sortie, de coopération et de partenariats en aval et en amont de la structure sont identiques à celles envisagées pour le court séjour.

➤ **Le projet de service**

Des projets gériatriques seront élaborés dans le cadre de la nouvelle unité.

e) *Les conditions techniques du projet*

➤ **Les locaux**

Les lits de SSR seront situés dans l'extension de l'hôpital à Rang du Fliers, à proximité des lits de médecine. Le projet prévoit deux niveaux comportant 16 chambres à 1 lit et 12 chambres à 2 lits, et devra pouvoir accueillir les 20 lits supplémentaires sollicités par ailleurs.

➤ **L'équipement**

L'équipement du nouveau service de SSR est identique à celui prévu pour la médecine. Sont envisagés de surcroît un local de kinésithérapie et un local d'ergothérapie.

f) L'évaluation

Les critères et les modalités d'évaluations sont similaires à ceux du court séjour gériatrique.

g) Les financements

Le financement de l'opération de construction, commun au court séjour et au SSR est prévu par recours à l'emprunt.

Le financement du fonctionnement du SSR, prend en compte le renforcement de personnel et les surcoûts induits par la construction. Contrairement au financement de l'unité de médecine gériatrique il a été prévu, en 2004, par dotation globale.

h) Les délais de réalisation

Le dossier de demande d'extension mentionne une réalisation dans la continuité des travaux pour l'extension du service de médecine gériatrique : 2 ans + 1 an. Le calendrier des travaux prévoyant une ouverture au deuxième semestre 2008 on peut raisonnablement estimer le transfert des lits de SSR pour 2009.

D) L'équipe mobile de gériatrie adossée au service de court séjour gériatrique

Le projet médical écrit en 2004 et la demande d'autorisation de création de 20 lits de court séjour, mentionnent la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie (EMG).

Sa mission est de dispenser, à la demande des services d'urgences et hospitaliers, un avis gériatrique afin d'améliorer la prise en charge de la personne âgée dans les autres unités de soins de l'établissement. Elle contribuera à la bonne prise en charge des personnes fragiles dans ces services. Une infirmière se rendra sur demande dans les unités de court séjour et dans le service des urgences pour évaluer, conseiller, orienter, contribuer à l'organisation des soins des personnes âgées. Son action sera complétée par l'assistante sociale et par le kinésithérapeute. Un avis médical sera rendu par le gériatre chaque fois qu'il sera sollicité par ses confrères.

L'équipe mobile de gériatrie (EMG) sera composée de 0,25 ETP de praticien Hospitalier (soit 1 ETP praticien hospitalier pour l'ensemble du court séjour), 1 IDE, 0,5 psychologue, 0,25 assistante sociale

Le financement de cette équipe devra être assuré de façon séparée et ne pas peser sur les coûts de l'unité d'hospitalisation. A ce jour aucun financement spécifique, permettant la réalisation de ce projet, n'a été obtenu.

E) Les consultations gériatriques et l'hôpital de jour

Le contenu de ce projet et les moyens nécessaires à sa réalisation sont uniquement mentionnés dans le projet médical 2004.

F) Les consultations gériatriques

Il s'agit de consultations gériatriques où seront effectués des bilans de la personne âgée. Ces consultations pourront avoir lieu à proximité du service de gériatrie ou sur le plateau de consultations externes. Il est prévu un accès à l'hôpital de jour depuis ces consultations gériatriques. L'équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire, formée à la gériatrie, n'est pas quantifiée. Le projet envisage éventuellement de créer des consultations gériatriques avancées, notamment en milieu rural. Une complémentarité avec la consultation mémoire située à Berck sur mer a été prévue.

G) L'hôpital de jour

Le CHAM envisage d'identifier des places d'hôpital de jour, notamment pour les personnes âgées provenant du SSR et des USLD de l'établissement quand elles nécessitent un bilan réalisé sur une seule journée sur le plateau technique.

Les places d'hôpital de jour ne seront pas à créer puisqu'elles font partie du pool de places autorisées et restant à installer (2 à 4 places).

1.3 Les projets du secteur sanitaire et social

Les projets du secteur médico-social sont présentés dans le projet médical 2004, mais ne sont pas intégrés dans la filière gériatrique, essentiellement hospitalière. Il est utile pourtant d'en présenter l'essentiel car ils vont participer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées au sein du CHAM.

1.3.1 L'humanisation du long séjour

Le programme d'humanisation des unités de soins de longue durée prévoit la suppression des chambres à 3 lits pour les transformer en chambres à 2 lits et l'aménagement de chambres individuelles supplémentaires. Deux phases de travaux seront nécessaires :

- La première débutera en septembre 2007 pour le premier site. Elle imposera une réduction de la capacité de 6 lits.
- La deuxième phase concernera la seconde unité, dans un avenir indéterminé. Elle bénéficiera de la place laissée vacante par le transfert du SSR vers le site de Rang du Fliers : un étage complet. Il était prévu initialement d'y déplacer les 6 lits perdus à Montreuil sur mer. Nous verrons que l'avenir de ces 6 lits risque d'être différent.

1.3.2 La création d'unités de vie Alzheimer

La création de deux unités de vie pour les malades atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées est envisagée dès 2004 par le projet médical. Ces unités seront annexées à des maisons de retraite existantes sur deux sites (l'un côtier, l'autre rural). Le projet présenté en 2004 a évolué. Aujourd'hui il se présente ainsi :

Il est prévu de construire d'ici à fin 2008, uniquement par transformation de lits, l'unité de

vie pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à Berck sur mer. Elle aura une capacité de 10 lits et 4 places d'accueil temporaire. Deux raisons ont conduit l'établissement à transformer le projet d'une augmentation capacitaire en projet de transformation de lits :

- Le CHAM s'est vu confier en 2007 par les autorités de tarification la gestion d'un centre d'accueil de jour de 15 places pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer de Berck sur mer, créé par une association de bénévoles. Les places d'accueil de jour initialement prévues ne seront donc plus nécessaires.
- L'EHPAD profitera de cette opération pour transformer 14 de ses lits en places « Alzheimer » et utilisera l'espace ainsi laissé vacant pour réorganiser et améliorer sa prestation d'hébergement dans les locaux actuels.

En outre, un deuxième projet d'unité Alzheimer à Campagne les Hesdin a été déposé en comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) en 2007. Il propose la création de 10 lits, plus un hébergement temporaire de 4 places et un accueil de jour de 4 places, dans une extension de la structure EHPAD existante. Ce projet sera réalisé en partie par reconversion de 4 lits d'EHPAD et de 6 lits d'USLD. En effet, le CHAM a souhaité anticiper la réforme des USLD, en proposant pour cette opération la transformation de 6 lits de long séjour. La description et les conséquences de cette réforme seront détaillées dans le chapitre 2.2.

-oOo-

C'est sur la base de cet existant du projet de filière gériatrique et des divers projets à destination de la personne âgée qui viennent d'être décrits, que je suis allée recueillir le point de vue des professionnels. Mon objectif a été de récupérer, en complément des éléments bibliographiques et réglementaires, matière concrète pour analyser ce projet, trois ans après son écriture et à quelques mois de ses premières mises en œuvres majeures.

2 Analyse de la pertinence et de la cohérence de l'offre de filière gériatrique

L'intérêt de cette approche du projet de filière gériatrique du CHAM par la pertinence et la cohérence, permet de l'analyser selon deux axes complémentaires :

- L'analyse du bien fondé de cette nouvelle offre s'attache plutôt aux aspects structurels et quantitatifs du projet, au regard des évolutions réglementaires et des nouveaux besoins mis à jour.
- Les aspects fonctionnels et organisationnels sont analysés à la lumière des entretiens menés auprès de professionnels, et nous verrons ici combien ce n'est pas tant la cohérence du projet en lui même qui est revisitée que celle de sa mise en œuvre.

Dans ce chapitre nous exposerons tout d'abord les récents résultats d'études de pathologies et un nouveau projet médico-social, qui permettront d'expliquer les modifications structurelles que le CHAM entend déjà apporter à son projet. Nous verrons dans un second temps quelles évolutions réglementaires intervenues depuis 2004 peuvent à nouveau faire évoluer ce projet. Enfin, à la lumière de ces nouvelles informations nous pourrions mener l'analyse des entretiens réalisés avec les acteurs de cette filière.

2.1 Les nouveaux besoins de la population, les nouvelles pathologies

Notons au préalable que les données relatives au vieillissement de la population, qui ont servi de base à l'analyse des besoins lors de la rédaction du projet de filière, n'ont pas pu être réactualisées pour ce mémoire. En effet, depuis le dernier recensement de 1999, il n'existe pas de nouvelles données chiffrées officielles exploitables sur la population de l'arrondissement de Montreuil. Elles ne le seront qu'en 2008.

Néanmoins en 2004, une étude récente de la population hébergée dans les USLD du CHAM, fait apparaître de nouveaux besoins. Par ailleurs un tout récent projet dans le domaine médico-social confirme l'émergence d'une nouvelle population susceptible d'avoir recours à la filière gériatrique : les personnes handicapées vieillissantes.

2.1.1 Les résultats de la coupe PATHOS de 2006

La réforme relative au devenir des USLD² doit mener à une répartition des capacités actuelles entre les secteurs sanitaire et médico-social. Aux termes de ces dispositions, les

² Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée. Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée

préfets et les directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), doivent arrêter conjointement, après avis des conseils d'administration des établissements concernés, la répartition des capacités d'accueil, sur la base d'un référentiel national, avec le support du logiciel PATHOS. Ce référentiel permet de mesurer de manière fine la charge en soins techniques et médicaux requise par les personnes âgées.

Une coupe a donc été réalisée dans les deux USLD du CHAM en juin 2006. Elle a dégagé les orientations suivantes pour les résidents présents : 10 résidents relevaient plutôt du SSR, 32 d'USLD, 20 de géro-psycho-geriatrie et 72 d'EHPAD. Ces résultats appellent deux remarques :

Tout d'abord, que la demande du CHAM d'augmenter son nombre de lits de SSR gériatrique est bien justifiée. La présence en soins de longue durée de patients gériatriques relevant plus spécifiquement d'un service de rééducation fonctionnelle confirme le besoin.

L'enquête souligne également le nombre important de résidents qui relèvent plutôt d'un service de géro-psycho-geriatrie : 20. Ce chiffre peut sans doute être facilement majoré en interne par les besoins repérés dans les EHPAD par le médecin coordonnateur et ses confrères. A cet égard, au cours des entretiens ils ont souhaité pratiquer prochainement une coupe PATHOS dans les EHPAD, persuadés qu'un certain nombre de résidents, hormis ceux en fin de vie, relèvent plutôt d'une USLD mais surtout d'un service de géro-psycho-geriatrie.

2.1.2 Les personnes handicapées vieillissantes

Les personnes handicapées, comme l'ensemble de la population, bénéficient des progrès de la médecine et vivent plus longtemps. Ce faisant elles posent des questions spécifiques d'accueil et d'hébergement. Afin de ne pas bloquer les places en foyers, où les listes d'attentes sont déjà longues, et d'offrir une prestation en adéquation avec cette population, le CHAM a décidé de créer un service de 30 lits pour personnes handicapées vieillissantes, proposant un accompagnement adapté aux types de handicap et des soins gériatriques répondant aux pathologies du vieillissement. Le dossier a été déposé en CROSMS en avril 2007.

Au même titre que les EHPAD, cette nouvelle unité gagnerait à intégrer la filière en termes de coopération. Les résidents handicapés pourront ainsi accéder aux services gériatriques, que ce soit les consultations, l'hôpital de jour ou le court séjour gériatrique. Car ces personnes âgées là, fragilisées par leur handicap, réclament un suivi médical renforcé.

2.2 Les évolutions réglementaires, intervenues depuis 2004, qui influencent le projet initial

Depuis la rédaction du projet, de nouveaux textes réglementaires majeurs sont intervenus dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. Nous verrons que tous obligent à des évolutions, que la direction du CHAM a commencé à prendre en compte.

2.2.1 Les conséquences de la réforme des unités de soins de longue durée

Comme nous l'avons évoqué plus haut, les lits des USLD doivent prochainement être répartis entre le secteur sanitaire et celui du médico-social. Les deux services de soins de longue durée du CHAM sont concernés. Acteurs importants de la future filière gériatrique, leur destinée ne peut qu'influencer le projet actuel.

La direction du CHAM, soutenue par ses instances consultatives et délibérantes, s'oppose à la proposition de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de transformer (conformément à l'esprit de la réforme) la moitié de ses lits d'USLD en EHPAD.

L'argumentaire, présenté en septembre 2006, trouve son ancrage principal dans le projet de filière gériatrique et propose notamment, au regard des résultats de la coupe PATHOS, la transformation de 20 lits d'USLD en lits de géronto-psychiatrie. Pour isoler ces 20 lits de géronto-psychiatrie, le CHAM entend récupérer une partie de l'étage que laissera vacant le service SSR. La présence des équipes de psychiatrie sur le canton devrait garantir un fonctionnement correct.

A ce jour, les négociations n'ont toujours pas abouti et le nouveau calendrier présenté par la circulaire de mai 2007 laisse aux ARH jusqu'au 30 juin 2009 pour arrêter les partitions et transformations. Nous exposerons en troisième partie les atouts et les arguments que le CHAM pourrait faire valoir pour infléchir cette décision.

2.2.2 Le Plan « Solidarité Grand Age »

Le Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté le 27 juin 2006 par le Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille est destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique, dans le respect du libre choix des personnes, et en assurant une continuité de prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé.

Sa mesure phare : « *l'adaptation de l'hôpital aux personnes âgées* » redonne un second souffle aux filières gériatriques déjà décrites dans la circulaire du 18 mars 2002. L'Assurance Maladie a prévu de consacrer 80 millions d'euros chaque année, à partir de 2007, pour le développement des filières gériatriques, à raison d'une par territoire de

santé. Cette volonté politique conforte le CHAM dans son projet pour lequel il a reçu le soutien du nouveau directeur de l'ARH du Nord-Pas de Calais. En effet, celui-ci, lors de sa visite en novembre 2006 a souligné que l'avenir du CHAM était de devenir un pôle de référence gériatrique.

2.2.3 Les récentes implications du rapport « Un programme pour la gériatrie » et de la circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière gériatrique

Le rapport "Un programme pour la gériatrie" dont le but est *"d'atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir"* a été remis en avril 2006 à Xavier Bertrand et à Philippe Bas par le professeur Claude Jeandel (CHU de Montpellier), le professeur Pierre Pfitzenmeyer (CHU de Dijon) et Philippe Vigouroux (directeur du CHU de Limoges).

Ce programme, articulé autour de cinq objectifs liés à la problématique de la prise en charge spécifique des personnes âgées, formule une vingtaine de propositions pour une mise en place effective des filières gériatriques.

Selon les auteurs de ce rapport *« la filière ne peut être résumée à la seule juxtaposition des éléments qui la composent. Elle revêt une dimension fonctionnelle majeure qui consiste en une amélioration effective de la prise en charge des personnes et une plus grande fluidité de leur parcours au sein des différentes unités de soins »*. A l'issue des entretiens avec les professionnels du CHAM, présentés au prochain chapitre, cette dimension ne semble pas perçue par tous avec la même acuité. Pourtant, elle est reprise dans son intégralité dans la circulaire du 28 mars 2007 inspirée du rapport.

La circulaire du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatrique, est dans la continuité du Plan Solidarité Grand Age. Elle a pour objectif de généraliser et de renforcer les dispositions de la circulaire du 18 mars 2002, instituant les filières de soins gériatriques en priorité gouvernementale. Les différents éléments, les moyens associés, et les critères d'évaluation y sont décrits. Centrée sur l'hôpital, la circulaire n'en oublie pas pour autant la place primordiale environnante des établissements médico-sociaux, SSIAD, CLIC, la médecine de ville.... Elle reprend, comme dans le rapport « Un programme pour la gériatrie », les trois grandes catégories de besoins que la filière gériatrique doit prendre en charge et les outils qui y répondent :

- Les hospitalisations non programmables, dans les services d'urgences, avec les équipes mobiles de gériatrie et le service de court séjour gériatrique,
- Les hospitalisations programmables, assurées par le court séjour gériatrique, le service d'hospitalisation à domicile, le SSR et les USLD,
- et enfin les bilans à froid réalisés soit à l'hôpital de jour soit en consultation gériatrique, ou en court séjour éventuellement.

La filière doit désormais atteindre un triple objectif : l'amélioration effective de la prise en charge du malade âgé, une plus grande fluidité de son parcours, et une réduction des ré hospitalisations. Enfin, cette nouvelle réglementation propose des référentiels d'organisation des soins de la filière et de chacun de ses composants (court séjour, EMG, SSR gériatrique). Ces référentiels donnent une définition détaillée du dispositif, de ses missions, de sa place dans la filière, son implantation, ses moyens et les indicateurs de suivi. Ils mentionnent également des cibles à atteindre progressivement concernant les locaux, les équipements et les personnels.

Le projet du CHAM répond toujours à la définition de la filière faite par cette circulaire : *« une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique, noyau dur de la filière, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les SSR gériatriques, les soins de longue durée »*. Toutefois les nouveautés propres à ce nouveau cadre normatif de référence, seront désormais à prendre en compte, qu'il s'agisse d'aspects à renforcer ou de nouvelles modalités :

- La nouvelle circulaire accorde un rôle bien plus important aux équipes mobiles de gériatrie, dans les structures d'urgences, où il est recommandé qu'elles interviennent dès l'entrée d'un patient à risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation prolongée. Leurs missions restent inchangées mais il est désormais souhaité qu'elles assurent des consultations avancées dans les hôpitaux locaux et qu'elles interviennent à titre expérimental au sein des EHPAD. Elles deviennent le maillon essentiel à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques dans l'établissement, et à l'extérieur.
- L'accent est mis aussi sur la formation des professionnels de la filière aux techniques d'évaluation gériatrique et notamment sur celle des agents de l'équipe mobile de gériatrie.
- Autre nouveauté de la circulaire : il est désormais nécessaire d'identifier des lits de soins palliatifs en court séjour gériatrique, en SSR et en USLD.
- La « collaboration » entre la psychiatrie et la gériatrie déjà mentionnée en 2002, doit désormais évoluer vers une réelle « articulation » entre la filière et les structures psychiatriques afin de proposer un dispositif gradué reposant sur les équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles, dispositif auquel seront associées de petites unités de gérontopsychiatrie au sein des établissements psychiatriques.
- Les modalités des partenariats et de l'articulation avec les réseaux de santé « personnes âgées » sont beaucoup plus précises. On notera l'organisation une fois par an d'une réunion d'échange entre le médecin gériatre organisateur de la filière et les médecins traitants du territoire, l'élargissement des conventions

prévues dans le cadre des plans bleus avec les EHPAD à la filière de soins gériatrique, et des partenariats avec les structures médico-sociales pour personnes handicapées vieillissantes.

- Conformément à la tendance actuelle, l'évaluation de la filière gériatrique et de ses composants est très renforcée. Ainsi on peut désormais trouver des indicateurs de suivi dans chaque référentiel d'organisation des soins et l'inscription des modalités d'évaluation de la filière dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Dernière modalité nouvelle : La mise en œuvre d'une filière gériatrique est plus encadrée et plus contraignante. Pour impulser un engagement fort des hôpitaux, et dans un souci de résultats concrets et lisibles pour les usagers, la dernière circulaire impose à chaque établissement une inscription au CPOM de ses missions au sein de la filière de soins gériatriques, des actions programmées, du calendrier de mise en œuvre et des modalités d'évaluations.

Après cette comparaison qualitative il convient de réaliser aussi une confrontation quantitative. Le Plan Solidarité Grand Age et la circulaire de mars 2007 fixent des objectifs quantifiés en nombre de lits par habitants de plus de 75 ans. Les modalités du projet du CHAM semblent respecter ces objectifs, à quelques ajustements près. Rappelons pour éclairer cette analyse qu'au recensement de 1999 il y avait déjà plus de 8000 habitants de « 75 ans et plus » sur le territoire du CHAM, avec un taux de progression d'environ 25 % tous les 10 ans.

- Le projet respecte les prévisions d'un lit de court séjour gériatrique pour 1000 habitants de plus de 75 ans, et d'un dimensionnement du service de court séjour gériatrique d'au minimum de 20 lits.
- Pour l'unité de consultation et d'hospitalisation de jour les pouvoirs publics visent une place pour 2000 habitants de plus de « 75 ans et plus » et 120 journées d'hospitalisation de jour pour 1000 habitants de 75 ans et plus. Le projet n'est aujourd'hui pas suffisamment détaillé pour être confronté à ces données.
- En soins de suite et de réadaptation gériatrique, les pouvoirs publics envisagent d'atteindre trois lits pour 1000 habitants de plus de 75 ans et de 1000 à 2600 journées d'hospitalisation. Si le dimensionnement du dispositif en nombre de lits (sans l'extension) peut paraître suffisant, les critères en journées d'hospitalisation semblent plaider en faveur d'une augmentation : En effet, avec 14329 journées d'hospitalisations en 2002, le service de SSR présentait déjà une activité nettement supérieure aux minima.

-oOo-

Ces nouvelles données épidémiologiques et réglementaires étant posées et confrontées aux ambitions futures du CHAM, il convient à ce stade de les compléter par une analyse interne plus fine, par un travail « de terrain » composé essentiellement d'entretiens avec les professionnels de l'établissement.

2.2.4 La tarification à l'activité et la représentation financière du patient âgé

Le volet tarification de la nouvelle gouvernance instaure depuis 2005 la tarification à l'activité (T2A) qui repose sur le principe selon lequel chaque type de séjour correspond à un tarif spécifique. Or l'hospitalisation des malades âgés soulève plusieurs difficultés : Tout d'abord, les durées moyennes de séjour sont plus longues, et engendrent un coût du séjour plus élevé. En outre, la consommation de médicaments onéreux va croissante, à cause notamment de ceux prescrits pour une maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, de nombreux professionnels s'interrogent sur la pérennité du financement des EMG par les MIGAC. De plus, les SSR, jusqu'ici exclus de la T2A, après une période de mise en œuvre expérimentale mi 2007 devraient y être soumis entre 2008 et 2010, ce qui suscite des inquiétudes. Enfin, ce système de financement ne prend pas en compte la pluridisciplinarité de la prise en charge du patient âgé (médicale mais aussi de la dépendance et du travail social), et ne dit pas tout du coût qu'il représente réellement.

La T2A tire ses informations de la base de données du programme médicalisé du système d'information (PMSI). Aujourd'hui, au CHAM, les données gériatriques sont difficilement visibles dans le programme médicalisé du système d'information (PMSI). Ainsi, de nombreux groupes homogènes de malades (GHM) n'ont aucun critère d'âge et il n'est pas possible par exemple de sortir du PMSI l'information « en attente de placement », enfin tous les praticiens ne savent pas que depuis 2007 la démence est reconnue comme co-morbidité associée et que le séjour est ainsi mieux rémunéré. Selon le médecin responsable du DIM, la masse critique du CHAM rend difficile un renseignement exhaustif de l'activité au delà du diagnostic principal et des diagnostics associés. Pour lui et pour un certain nombre d'auteurs, le PMSI est avant tout un outil économique, même s'il a tout pour faire de l'épidémiologie.

La mise en place d'une filière gériatrique posera donc aussi à l'établissement la question de sa rentabilité donc du renseignement et de la cotation du PMSI.

2.3 Les difficultés actuelles ressenties par les professionnels du CHAM en matière de gériatrie et leurs attentes face au projet

2.3.1 Méthodologie des entretiens

L'enquête interne m'a amenée auprès des médecins, des cadres et des assistants sociaux des urgences, du service de court séjour, du service de soins de suite et de

réadaptation, et des unités de soins de longue durée. J'ai aussi pu échanger avec le directeur, la directrice des soins et le médecin responsable du département d'information médicale (DIM). Je n'ai malheureusement pas pu rencontrer le président de la commission médicale d'établissement (CME) ni la représentante des usagers, comme je l'aurais souhaité. Pour accompagner ces entretiens semi dirigés un guide structuré en deux parties a été réalisé (Cf. annexe III). La première partie avait pour objectif d'interroger les acteurs de la filière gériatrique sur leur vécu et leur ressenti actuel quant à la prise en charge des personnes âgées, tant à l'hôpital que dans les structures sanitaires et sociales. La seconde partie de l'entretien avait trait au projet de filière gériatrique du CHAM, afin de percevoir s'il répondait à leurs attentes. Chaque entretien a été enregistré avec l'accord de mon interlocuteur, puis retranscrit. Enfin, l'ensemble des entretiens a été regroupé dans une grille d'analyse thématique jointe en annexe IV pour permettre une lecture transversale.

Un constat préalable doit d'ores et déjà être fait. Tous mes interlocuteurs ou presque connaissent les grandes lignes du projet de court séjour gériatrie et du projet de transfert des soins de suite et de réadaptation, avec plus ou moins de détails, selon qu'ils ont été associés ou non à la récente phase de réflexion sur les plans, les moyens humains et l'équipement. En revanche le reste du projet de la filière est quasiment méconnu de la plupart du personnel : tant les détails de l'organisation de ces deux unités (admission, sorties et transferts, évaluation gériatrique, formation des agents,...) que le projet de consultations-hospitalisation de jour, et celui de l'équipe mobile de gériatrie (concept au demeurant peu maîtrisé). J'ai donc pris le temps lors de chacun des entretiens de présenter le projet, de l'expliquer et de préciser en quoi consistent ces deux derniers dispositifs, avant de solliciter l'opinion de mes interlocuteurs.

Si l'accueil du projet est plutôt favorable, ses limites en sont toutefois soulignées et des craintes exprimées. Il conviendra d'en tenir compte au mieux si l'on veut assurer le succès de la réalisation.

2.3.2 Une analyse convergente des difficultés liées à la prise en charge des personnes âgées et du bien fondé de la filière gériatrique

Globalement, on retrouve bien dans les propos des professionnels les constats énoncés dans le projet du CHAM.

Le manque de fluidité du parcours hospitalier de la personne âgée et l'encombrement des lits d'aval sont largement partagés par tous les acteurs interrogés. Ils s'accordent tous pour reconnaître le grand nombre de personnes âgées dans les services et notamment en médecine. Le nombre de lit de court séjour leur paraît insuffisant. Ils pointent l'allongement des durées moyennes de séjour (DMS) et le manque de lits d'aval en SSR.

Selon eux, la filière gériatrique devrait assurer une prise en charge plus adaptée à la personne âgée en court séjour, et la stabilisation serait mieux faite dans un court séjour gériatrique que dans un court séjour traditionnel.

Le rapprochement du SSR est envisagé très favorablement. Les professionnels rencontrés perçoivent bien qu'il permet un rapprochement du plateau technique, limite des transports en ambulance coûteux, évite l'éloignement pour les familles et atténue dans des locaux neufs l'image de mourir.

Pour ces professionnels, l'hospitalisation de jour devrait réduire l'aggravation de la dépendance et assurer un retour à domicile plus rapide. Les consultations gériatriques présentent un intérêt essentiellement pour les médecins de ville, mais aussi pour réaliser des pré admissions et une évaluation globale. Elles permettent un gain de temps.

Comme dans l'argumentaire du projet, les médecins et les cadres sont conscients que la « perte de chance » à l'hôpital est réelle pour la personne âgée. Ils pensent que le choix d'une filière courte et le renforcement du professionnalisme autour de la personne âgée en limite les effets négatifs.

Enfin ils soulignent la systématisation des demandes d'admission en SSR par les proches. Cette hospitalisation, gratuite, soulage les familles. Ce constat vient aussi à l'appui de la demande d'augmentation du nombre de lits de SSR faite par le CHAM.

2.3.3 Des difficultés, énoncées lors des entretiens, auxquelles les nouvelles modalités de mise en œuvre devraient apporter des réponses

Certains problèmes évoqués par les professionnels avec lesquels je me suis entretenue, n'apparaissent pas clairement dans les dossiers présentés par le CHAM. Parce qu'ils n'y ont pas leur place, ou sont sujet de désaccord, ou encore concernent un service en particulier. Néanmoins, les modalités du projet de filière y apportent aussi une réponse.

La problématique du passage des personnes âgées aux urgences

Alors que le projet de filière gériatrique du CHAM s'appuie uniquement sur des constats de difficultés aux urgences telles qu'un taux d'occupation élevé et un problème de lits d'aval, les professionnels quant à eux notent plutôt des dysfonctionnements lors du passage de la personne âgée dans ce service.

Ainsi, ils déplorent que les motifs d'admission indiqués par les médecins de ville soient peu explicites et relèvent plus souvent d'une difficulté de maintien à domicile qu'un problème médical.

Il est souvent noté par ailleurs qu'un certain nombre de passages par les urgences pourraient être évités et révèlent d'autres dysfonctionnements du système hospitalier.

Ils insistent pour la plupart sur l'inadaptation des urgences à accueillir la personne âgée. C'est un service où, par principe, « tout va vite », alors que la prise en charge gériatologique réclame du temps, à la fois pour le diagnostic (médical, psychologique et social), et pour la prise en charge de la dépendance. L'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), qui fait partie du service des urgences, est fréquemment transformée en lieu d'hospitalisation conventionnelle, non adaptée à la personne âgée.

A l'ensemble de ces difficultés, le projet devrait apporter certaines améliorations, en facilitant un accès direct au service de court séjour gériatrique, à l'hôpital de jour et aux consultations gériatriques, et en prévoyant l'intervention aux urgences de l'équipe mobile de gériatrie.

Les difficultés liées à la prise en charge d'un patient âgé

La perception négative de la personne âgée par les agents du court séjour est récurrente dans le discours des professionnels rencontrés.

Le temps passé auprès d'une personne âgée est plus long (temps de « nursing », aide à l'alimentation) et la charge de travail plus importante. La fragilité et la dépendance posent des difficultés supplémentaires aux équipes (fugues, escarres, chutes, dénutrition). L'augmentation du nombre des malades âgés déments est plus particulièrement soulignée, ainsi que la difficulté à les prendre en charge.

Les cadres regrettent par ailleurs que les polyopathologies ne soient pas toujours perçues par les agents. Ils sont particulièrement conscients que les risques de maltraitance sont plus importants avec des patients âgés, surtout lorsque les équipes ne perçoivent pas que l'on ne s'occupe pas d'un malade âgé comme d'un adulte.

Ils témoignent que le patient vieillissant hospitalisé désapprend à marcher et régresse vite, et regrettent le trop peu de temps de kinésithérapie dans l'ensemble des services. Ils soulignent aussi qu'un nombre important de patients arrive en soins de suite et réadaptation ou reviennent en long séjour avec des escarres, suite de leur hospitalisation.

A cela, le projet de filière gériatrique devrait apporter un début de réponse, en prévoyant des équipes pluridisciplinaires composées de personnel spécifiquement formé à la prise en charge globale du malade âgé, et en renforçant le temps de kinésithérapie. Le projet médical et le projet infirmier de chaque unité devraient encourager le recentrage des soins et la prise en charge autour des pathologies et des difficultés inhérentes à la gériatrie.

Les difficultés liées au transfert d'un patient âgé

Les professionnels expliquent qu'aujourd'hui il n'existe pas de protocoles d'admission et de sortie en court séjour gériatrique et en SSR (alors qu'ils existent en USLD et en EHPAD) et que cela est source de multiples difficultés. Ainsi, les 6 lits actuels de gériatrie

sont souvent décrits comme un service « fourre tout » qui reçoit les patients dont on ne veut pas ailleurs. D'où la crainte qu'il en soit de même pour les 20 lits de court séjour gériatrique. Les spécialistes viendraient « *faire leur marché* » aux urgences. Ils éviteraient de prendre dans leurs services des personnes plus de 75 ans qui risquent d'être hospitalisés longtemps, et le service gériatrique se trouverait en situation de hiérarchie par rapport aux autres.

Par ailleurs, lors d'un transfert, la transmission des informations est jugée difficile (le dossier patient ne passe pas du service de court séjour au SSR et les courriers médicaux parviennent très en retard). La sortie du court séjour gériatrique n'est quasiment jamais anticipée, et les professionnels estiment que les assistants sociaux sont en nombre insuffisant pour apporter une amélioration. Les dossiers sociaux d'ailleurs sont de plus en plus difficiles à constituer, et les difficultés sociales sont croissantes (conjoint âgé, familles épuisées, retour à domicile compliqué). Actuellement ce sont les soignants qui s'occupent des transferts, souvent dans l'urgence. Aussi les informations sur la personne âgée ou sa famille sont peu ou pas renseignées.

Enfin, les professionnels regrettent de ne pas travailler mieux avec les services extérieurs, comme les CCAS, les services à domicile, ...

Sans le pointer formellement, le projet de filière gériatrique prend en compte l'ensemble de ces difficultés. Il prévoit notamment l'élaboration de critères et de procédures d'admission à chaque étape, le renforcement du nombre d'assistants sociaux et une évaluation globale du patient dès l'entrée afin d'anticiper la sortie. Le renforcement des coopérations et partenariats devrait dissiper en partie les dernières inquiétudes. Néanmoins, nous intégrerons la prise en compte de ses difficultés dans les propositions d'amélioration qui seront formulées en dernière partie.

2.3.4 Les difficultés auxquels le projet de semble pas répondre et les freins à sa réalisation

Lors du travail de synthèse et de confrontation des diverses observations collectées lors de ces entretiens, sont apparues des difficultés auxquelles le projet ne répond pas, ou qu'il ne résout que partiellement. Par ailleurs, les réponses concernant les freins à la réussite de cette filière, méritent d'être étudiées.

La prise en charge de la démence

Même si le nouveau dispositif prévoit des consultations en psychiatrie, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, l'augmentation des cas de démence et les difficultés qu'elle engendre dans la prise en charge est très largement soulignée par les acteurs rencontrés.

Selon eux et selon les professionnels de psychiatrie, les patients âgés atteints d'une pathologie psychiatrique (autre qu'Alzheimer ou apparentée) sont de plus en plus nombreux. Ils n'ont leur place ni en psychiatrie, ni en gériatrie. La difficulté vient de leur

cohabitation problématique avec les autres malades ou résidents et, dans les EHPAD, du peu de personnel pour les prendre en charge de façon satisfaisante et sécurisée. Par certains d'entre eux sont abandonnés de la part de leur famille.

Enfin, les professionnels de psychiatrie regrettent que les personnes âgées démentes admises exceptionnellement dans leur service soient marquées du sceau de la psychiatrie et trouvent difficilement ensuite une place en EHPAD.

Si le dispositif prévu en 2004 ne semblait pas apporter de réponse satisfaisante à cette problématique, l'ambition du CHAM de proposer à la population un service de gérontopsychiatrie pourrait y parvenir. Cette éventualité a suscité beaucoup d'intérêt de la part de la majorité de mes interlocuteurs, en particulier par rapport à la nécessité d'une prise en charge spécifique pour les personnes âgées « suicidantes ».

La crainte que soient adressés dans ce service les patients dont on ne veut pas ailleurs, et le risque d'un trop grand cloisonnement qui ferait perdre à la médecine gériatrique sa polyvalence, ont toutefois nuancé ces propos.

Les freins liés à l'image du travail en gériatrie

Selon les professionnels interrogés, l'affectation dans les services de SSR et de long séjour aurait parfois été imposée aux agents qui doivent faire leur preuve ou à ceux qui ont pu être en difficulté dans les services de court séjour. Ces services seraient sous équipés par rapport aux services hospitaliers. C'est un thème récurrent dans la littérature professionnelle, et pas uniquement propre au CHAM. Cela révèle notamment que le travail en gériatrie est déconsidéré par les autres professionnels car moins technique, moins rapide. Ces entretiens ont surtout révélé une certaine méconnaissance du travail en SSR, en long séjour et en EHPAD par les professionnels du court séjour. Cependant un grand nombre de groupes de travail ont été mobilisés ces dernières années sur des projets et des améliorations concernant la prise en charge. Cela a été le cas lors de la signature des conventions tripartites ou pour la certification (travail sur plusieurs évaluations des pratiques professionnelles (EPP) telles que la prévention des escarres, la contention, la nutrition, ...). Aujourd'hui, les résultats de la visite de certification, transmis oralement par les experts, sont plutôt plus positifs pour les USLD que pour certains services de court séjour !

De surcroît, les équipes de court séjour (non gériatriques) ne semblent pas percevoir à sa juste mesure le phénomène de vieillissement que l'établissement est en train d'anticiper, et manifestent peu d'intérêt pour la gériatrie en général. Or, à part la pédiatrie et la gynécologie, tous sont ou seront concernés. Ce frein psychologique et culturel doit être levé progressivement pour assurer la réussite du projet.

Enfin, la plupart des acteurs du projet de filière gériatrique n'ont pas été associés à la rédaction du projet en 2004 et le regrettent. Notons que la plupart d'entre eux n'étaient pas présents. Le constat encourageant est que tous semblent très motivés pour participer

à sa mise en œuvre. Les équipes du secteur d'hébergement (USLD et EHPAD) disent ne pas avoir été impliquées non plus dans la conception de ce projet sanitaire. Or, ils estiment, pour la plupart d'entre eux, avoir un rôle à jouer en fin de trajectoire, et posséder une expérience à mettre au service de ce projet.

Ces constats mettent en évidence un paradoxe : hormis les cadres ou les médecins, les agents du court séjour qui devront travailler directement au sein de la filière semblent peu s'y intéresser, alors que les équipes qui interviendront en fin de trajectoire paraissent très motivées.

La crainte que les moyens humains ne soient pas à la hauteur des besoins

Les professionnels interrogés ont souvent émis une forte inquiétude quant aux moyens humains qui seront affectés pour faire fonctionner ces nouveaux services. Ils considèrent important notamment que des gériatres, des kinésithérapeutes, des assistants sociaux, et des ergothérapeutes soient recrutés. Par ignorance des détails du projet, il a été évoqué la crainte d'un fonctionnement à moyens constants, ce qui n'est pas le cas. L'inquiétude affichée de la difficulté à recruter certaines catégories de professionnels tels que les gériatres ou les kinésithérapeutes semble plus réaliste.

La dotation en moyens humains de l'unité mobile de gériatrie a fait aussi l'objet d'une inquiétude. Pour eux, elle ne sera efficace que si l'on peut avoir l'avis d'un gériatre en permanence et pas uniquement aux heures ouvrables. Or, effectivement, le projet ne prévoit pas la présence d'un gériatre même le week-end. Toutefois il n'est pas certain que cela soit réellement nécessaire, notamment parce que l'évaluation gériatrique est rarement une urgence et que l'intervention a lieu après la prise en charge des urgentistes.

Les freins liés à la capacité des professionnels à travailler autrement : la résistance au changement

Un frein majeur, évoqué notamment par les cadres de santé, serait l'incapacité des professionnels à remettre à plat le fonctionnement actuel des services de gériatrie, et la difficulté à suivre les nouvelles organisations. C'est un frein qu'ils considèrent lié aux individus et non aux structures, à la capacité à se remettre en question, à créer quelque chose de nouveau, à aller de l'avant. Ils soulignent à cette occasion que la coopération pourrait être difficile entre les médecins. En effet, comme le constate François-Xavier SCHWEYER dans un article paru dans Sciences Humaines, *« dans cette nouvelle configuration d'action qui requiert un travail d'articulation de tous les instants pour éviter les risques et permettre de maîtriser les trajectoires des patients, beaucoup de médecins ont du mal à se situer. Le sentiment d'indépendance auquel ils sont attachés serait en péril, l'imposition de normes multiples porterait atteinte à leur liberté et au capital de confiance sur lequel repose leur profession. Les sociologues ont montré que la coopération nécessaire pour améliorer la qualité des soins est inconfortable pour les*

professionnels, obligés à travailler autrement, de façon moins segmentée et parfois moins valorisante pour leur spécialité »³.

Dans le même ordre d'idée, la capacité des équipes à travailler ensemble a été évoquée lors des entretiens. Les cadres ont bien compris que, réunis sur le même site, il leur faudrait travailler en complémentarité inter-services. Mais certains s'interrogent sur la volonté des équipes du court séjour à accepter le service de SSR dont nous avons déjà rapporté l'image dévalorisée. Ils ont tous pris la mesure du rôle clef qu'ils auront à jouer dans la conduite de ce changement, en tenant compte des phénomènes (normaux) de résistance.

Les hésitations des patients eux-mêmes

Il a été abordé lors de ces entretiens le frein à la fréquentation du court séjour gériatrique de la part des patients eux-mêmes, qui pourraient considérer qu'ils ne sont pas suffisamment âgés pour aller dans un service de gériatrie. Mais si l'hospitalisation dans un service de gériatrie peut avoir une connotation négative voire dévalorisante pour la personne, je doute que la certitude d'y trouver une prise en charge de qualité ne soit pas plus forte en définitive.

Cette observation me fait d'autant plus regretter de n'avoir pu rencontrer, comme je l'avais envisagé, les représentants des usagers avec lesquels j'aurais pu ainsi évoquer ce problème.

-oOo-

³ SCHWEYER François-Xavier – « L'hôpital sous tension » - Sciences Humaines – Hors série n° 48 – mars-avril-mai 2005, pp 60 à 63

En conclusion de ces deux premières parties, nous pouvons dès maintenant mieux évaluer la pertinence et la cohérence de la future filière gériatrique du CHAM.

Nous avons pu constater que le projet initial répondait aux besoins des personnes âgées. Toutefois l'ampleur des changements prévus est en deçà des mesures préconisées par les nouvelles réformes réglementaires. Il reste quelques aspects de son dimensionnement qui appellent des ajustements, et notamment, la faiblesse du volet psychiatrique, celle de l'offre de soins de suite et de réadaptation gériatrique, et un dispositif en soins palliatif.

Par ailleurs, si l'étude de la cohérence permet de constater une certaine homogénéité du dispositif, elle met aussi en lumière :

- Le risque de juxtaposition des éléments qui composent la filière, en raison du sous dimensionnement des mécanismes liaison et de travail en commun, et en raison des freins dus aux acteurs eux même.
- La méconnaissance de la genèse du projet et de son élaboration par l'équipe de direction et les médecins et surtout des modalités de fonctionnement.
- Les faiblesses du projet quant à sa mission de développement de la culture gérontologique, face aux représentations négatives de la personne âgée.
- Un hospitalo-centrisme qui pose rapidement les limites en amont et en aval de cette mise en cohérence du parcours de la personne âgée.

Ainsi c'est à la lumière de cette grille d'analyse, et avec l'enrichissement de diverses études récentes, que sera décliné dans le prochain chapitre l'ensemble des propositions d'amélioration qu'il me semble aujourd'hui nécessaire d'apporter à ce projet.

3 Des propositions d'amélioration, qui visent à garantir la réussite de la mise en oeuvre de cette filière gériatrique et à impulser une réelle politique gérontologique

La formulation de propositions d'amélioration, est désormais possible. En effet, l'analyse comparative du projet écrit en 2004 avec l'évolution des besoins, la nouvelle réglementation et ce qui ressort des entretiens avec les acteurs concernés, permettent de présenter quelques pistes, dont certaines ont déjà été envisagées par l'établissement.

Pour cela, je me propose de suivre le fil conducteur choisi pour ce mémoire, c'est à dire de faire des propositions qui progressivement donneront à ce projet de dimension gériatrique et hospitalière, une ampleur gérontologique globale. C'est la valeur ajoutée que peut apporter un élève directeur d'établissement sanitaire et social qui offre un regard plus global.

Ce dernier chapitre n'a nullement l'intention d'asséner des solutions miracles ou des recettes magiques. Il vise plutôt reprendre un certain nombre de pistes, à relayer des expériences, à soumettre des idées. L'objectif étant que l'équipe de direction de l'établissement, les professionnels du corps médical et soignant s'intéressent et s'approprient celles qui leur paraîtront pertinentes, les adaptent aux pratiques et aux contraintes du CHAM, pour mieux les porter jusqu'à leur réalisation.

Nous envisagerons tout d'abord comment améliorer l'offre de la filière, puis les moyens de favoriser sa mise en oeuvre et de multiplier ses chances de réussite, pour enfin nous attacher aux axes d'amélioration de la culture et de la politique gérontologique du CHAM.

3.1 Améliorer l'offre de la filière

3.1.1 En renforçant le volet psychiatrique du projet

Au regard des recommandations de la nouvelle réglementation, des difficultés récurrentes rencontrées par les équipes, et au vu de l'augmentation de la population âgée atteinte de démence, le projet de filière gériatrique gagnerait à renforcer son volet psychiatrique. Deux axes sont proposés ici :

Le CHAM a la chance de posséder en son sein un service de psychiatrie et le projet prévoit effectivement de faire profiter les patients âgés de la filière de l'expertise des médecins psychiatres et des infirmiers, comme cela se fait déjà. Mais une formalisation structurée de cette collaboration et l'association étroite et le plus tôt possible des représentants de l'équipe de psychiatrie à la réalisation du volet psychogériatrique des

projets médicaux et soignants des services de la filière, garantirait un meilleur respect des préconisations réglementaires.

Déjà recommandée par la circulaire du 18 mars 2002, l'articulation de la filière avec les structures psychiatriques devient, avec la circulaire de 2007, une quasi obligation. La mention qui y est faite d'une association de la filière avec de petites unités de géronto-psychiatrie conforte le récent projet du CHAM de créer un service de 20 lits de géronto-psychiatrie. Cette unité serait donc située à Campagne les Hesdin, dans l'étage laissé vacant par le SSR, pour y isoler 20 lits de géronto-psychiatrie, et la présence des équipes de psychiatrie sur le canton devrait garantir un fonctionnement acceptable. Néanmoins, il paraît nécessaire de prévoir à moyen terme un taux d'encadrement approprié, au regard de ceux pratiqués en psychiatrie. A l'appui de ce projet, citons la lettre « Pluriels » de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) qui consacre son 66ème numéro à la prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé et du rôle de la psychiatrie⁴ : Selon ce document, 85% des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées présente une affection neuropsychiatrique, et la géronto-psychiatrie devrait s'inscrire dans le territoire et dans la politique sanitaire des départements et des régions. Les auteurs préconisent ainsi l'organisation de l'accès à une hospitalisation temporaire en géronto-psychiatrie. Ces unités, au nombre limité de lits, doivent être un lieu de diagnostic et de bilans, de mise en place de soins et d'aides appropriés et enfin un lieu d'orientation. Elles ont vocation à être installées sur les sites gériatriques ou à proximité. Enfin, cette activité doit être affichée comme une priorité de l'établissement d'implantation.

3.1.2 En identifiant des lits de soins palliatifs à chaque étape de la filière

Le projet du CHAM, fort de la présence et de l'efficacité de son équipe mobile de soins palliatifs, attestée par l'ensemble des services, y compris ceux de long séjour, était dans ce domaine correctement dimensionné.

Mais la circulaire du 17 mars 2007 a renforcé encore les préconisations en matière de soins palliatifs en précisant qu'il est désormais nécessaire que les éléments de la filière comportant de l'hospitalisation complète disposent de lits identifiés de soins palliatifs. Par ailleurs, d'un strict point de vue financier, avec la tarification à l'activité, soulignons que des lits de soins palliatifs rapportent plus que des lits de court séjour en général.

Toutefois, je dois ici relayer l'opinion de l'équipe de direction du CHAM, qui estime que l'identification de lits de soins palliatifs est par trop stigmatisante. Elle ne tient pas compte de la psychologie des patients et l'approche d'une population qui répugne à se déplacer,

⁴ MASSE Gérard, VEBER Anne, « Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé, quel rôle pour la psychiatrie ? ». Pluriels, La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale – n° 66 – mai 2007

comme visiteur ou comme patient, dans des établissements tels que les sanatoriums, centres anti-cancéreux et autres unités de soins palliatifs, où des pathologies trop ciblées mettent en évidence la souffrance et la mort. Les dirigeants du CHAM préfèrent plutôt, de façon transversale, renforcer l'équipe mobile et ses missions.

3.1.3 En soutenant le projet d'augmentation des lits de soins de suite et réadaptation gériatrique, ou en élargissant la filière aux autres SSR du territoire de santé

Nous avons décrit plus haut le projet d'augmentation des lits de soins de suite de réadaptation gériatrique, et ses motivations. Nous avons aussi noté que les récentes études de pathologies des patients hébergés dans les USLD semblaient justifier cette demande. De surcroît, les professionnels rencontrés ont tous confirmé que le manque de fluidité de la trajectoire actuelle de la personne âgée s'expliquait en partie par le manque de lits d'aval. Le refus d'augmentation du nombre de lits de soins de suite gériatrique empêche de résoudre ces difficultés. Le CHAM ne pourrait-il donc pas envisager de présenter à nouveau cette demande ?

Une autre perspective peut aussi être envisagée : fort de sa filière complète en interne, et de son projet d'extension du SSR, l'établissement n'avait pas vraiment prévu la formalisation de conventions avec les autres sites proposant des soins de suite et de la rééducation fonctionnelle. Aujourd'hui, les données sont différentes puisque le projet d'extension est en suspend et que les besoins en lits d'aval sont toujours aussi prégnants. La filière gériatrique gagnerait donc à intégrer les maillons supplémentaires que sont les services de SSR des autres cliniques, établissements PSPH et hôpitaux locaux, en formalisant par le biais de conventions une pratique de réseau déjà existante.

3.1.4 En menant un travail spécifique aux urgences sur la personne âgée

La mission d'information sur la prise en charge des urgences⁵ formule pour les services d'accueil des urgences cinquante propositions, parmi lesquelles l'objectif de mieux prendre en charge certains publics particulièrement fragiles (enfants, urgences psychiatriques et personnes âgées) a retenu notre attention. Selon ce rapport, l'hôpital doit se pencher sérieusement sur l'organisation des urgences non seulement sociales et médico-judiciaires mais aussi et surtout touchant aux personnes les plus fragiles. Les patients gériatriques, par exemple, sont surreprésentés aux urgences et ont besoin de lits de médecine polyvalente, là où l'offre se spécialise.

⁵ Rapport de la mission d'information sur la prise en charge des urgences, mise en place en juin 2006 par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, Présenté le 07.02.07

Certaines de ces propositions seront mises en application quand la filière gériatrique du CHAM sera opérationnelle. Ainsi, la création de lits de médecine polyvalente ou de gériatrie, et l'admission directe des patients dans les services d'hospitalisation, sans passage aux urgences. D'autres propositions méritent qu'on y attache une attention particulière :

- « *Former les personnels des urgences à la prise en charge des détreesses sociales et renforcer la présence des assistantes sociales aux urgences* ». Cette proposition a aussi été formulée par les professionnels du CHAM, même si déjà un praticien hospitalier titulaire d'un DU de gériatrie favorise un regard différent et une prise en charge plus adaptée, et que la présence physique de l'assistante sociale du court séjour dans le service des urgences y est positive. Reste toutefois que cet agent doit souvent répondre en priorité aux demandes urgentes des services.
- « *Favoriser l'implication des spécialistes de services d'hospitalisation dans l'accueil des urgences* ». Les spécialistes du CHAM interviennent déjà aux urgences sur appel. Une réflexion sur le renforcement de cette possibilité pourrait être menée.
- « *Etudier l'opportunité de faire figurer dans l'agrément pour HAD ou pour des réseaux de maintien à domicile, ainsi que dans l'agrément d'intervention en EHPAD, un engagement d'organiser la continuité des soins, afin de réduire le nombre de transferts de personnes âgées aux urgences consécutifs à une simple rupture de leur suivi médical* ».
- « *Développer les équipes gériatriques mobiles servant à l'extérieur de l'hôpital, notamment en direction des EHPAD* ».
- « *Préparer la transition entre l'hôpital et le domicile en approfondissant les coopérations entre l'hôpital et les autres intervenants médicaux sociaux et sanitaires* ».

Ces trois derniers points feront l'objet d'un développement plus approfondi dans les pages qui suivent. Mais notons que la reprise ici des recommandations de la circulaire de 2007 sur les filières gériatriques en souligne à nouveau toute l'importance et le signe d'une volonté forte des pouvoirs publics de développer et d'améliorer l'efficacité des filières gériatriques.

Enfin, au cours des entretiens avec les professionnels du CHAM, a été soulignée la nécessité d'une évaluation globale de la personne âgée dès les urgences. Cette proposition a déjà été réfléchie et a fait l'objet d'un mémoire sur le concept de fragilité par un cadre de santé du CHAM. Sa proposition était de faire une évaluation de la personne âgée dès les urgences avec des questions bien ciblées pour faciliter le diagnostic et l'orientation. Elle s'est inspirée de différents travaux dont ceux des canadiens. Proposée à

l'équipe des urgences, la grille d'évaluation produite à l'issue de ce mémoire a été abandonnée par « manque de temps ». Le cadre considère pourtant qu'avec cet outil on ne perd pas de temps, mais on en gagne pour le malade âgé. Le service des urgences pourrait à nouveau s'impliquer, lors de la création de la filière gériatrique et de la création d'une équipe mobile de gériatrie, dans la mise en place d'un outil d'évaluation commun de ce type.

En conclusion, il est indéniable que le rôle des urgences dans la trajectoire de la personne âgée fragile est très important. Il importe donc d'impliquer les acteurs de ces services aux différents travaux de mise en cohérence de la filière gériatrique.

3.1.5 En favorisant le déploiement des moyens technologiques

Les équipements listés pour le futur court séjour gériatrique et le nouveau SSR, confirment que certains moyens techniques (lits à hauteur variable, aide au levage et à la déambulation, matériel de kinésithérapie et d'ergothérapie, ...) ont été envisagés. Ils peuvent néanmoins être complétés en divers domaines tels que celui des nouvelles technologies, et notamment les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), afin d'améliorer la prise en charge, de faciliter la transmission des informations et le travail des soignants.

La gérontechnologie

Un nouveau champ de savoir est né à la fin des années 1980 intitulé « gérontechnologie ». Il a pour vocation de mettre les ressources de la création technologique au service de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées fragiles ou en situation de handicap. Le champ des gérontechnologies inclut la prévention des affections liées à l'âge (aides à la nutrition), l'aide aux aidants (famille, soignants, médecins, travailleurs sociaux) et la lutte contre les effets du vieillissement (organes artificiels, aide à la déambulation). Ce champ prend en compte les outils de télémédecine (téléalarmes à domicile, téléconsultation, ...), les techniques de quantification des symptômes, l'informatique comme moyen d'améliorer les pratiques (dossier médical partagé, gestion des plannings, ...), la formation des personnes âgées elles mêmes mais aussi celle des aidants.

La gérontechnologie, est un domaine dont un hôpital tel que le CHAM, possédant une filière gériatrique complète et souhaitant devenir à terme un pôle de référence en matière de prise en charge des personnes âgées, ne peut rester à l'écart. Quelques exemples d'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont proposés ci-dessous :

L'informatisation du dossier médical

Le CHAM est parvenu à mettre en place le dossier unique, ce qui augure bien d'une prochaine informatisation des données médicales. La loi du 13 août 2004⁶ préconise une amélioration de la coordination et de la continuité des soins. Le dossier médical personnel (DMP) constitue une des mesures phares du texte (articles L. 161-36-1 et suivants). Afin d'améliorer la coordination et la continuité des soins et d'éviter les actes redondants, la loi précise que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie doit disposer d'un dossier médical personnel et qu'à l'occasion d'un séjour en établissement de santé, les praticiens devront reporter sur ce dossier informatisé les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour. D'où la nécessité pour les hôpitaux d'adapter leurs outils informatiques et de télécommunication. Certes il existe des freins à l'utilisation de l'informatique mais ils peuvent être surmontés. Les professionnels de santé travaillent dans un même but : apporter aux patients les soins et l'accompagnement adaptés à leurs besoins. Il s'agit donc de savoir et de vouloir collaborer, au travers de l'outil informatique qui fiabilise les recueils, centralise et facilite l'accès aux données, et les sécurise. Par ailleurs, pour dépasser les résistances, la mise en place doit impliquer les professionnels concernés et être conçue pour mettre en évidence un bénéfice en termes d'allègement ou de facilitation de tâche.

Le développement de la télévigilance

La présence croissante dans les services de patients âgés déambulants peut justifier la pose dans les services concernés de système anti-fugue. Cela permettrait notamment de pouvoir laisser ces patients errer sans risque de fugue, au grand soulagement des équipes qui, comme il me l'a été dit lors des entretiens, en viennent bien trop souvent à pratiquer la contention au fauteuil.

Par ailleurs, la télésurveillance au service du patient à domicile est en plein essor. C'est un axe de recherche à forte croissance et un marché appelé à se développer. Or il exigera un partenariat étroit avec les équipes médicales. Le service d'urgences et les professionnels de la filière gériatrique du CHAM pourraient rapidement jouer un rôle prépondérant de surveillance, de conseil, d'accompagnement et d'intervention au domicile des patients équipés de téléalarmes.

Les NTIC à disposition des malades âgés hospitalisés

Les personnes âgées seront de plus en plus des utilisateurs habituels de l'outil informatique. Un projet d'équipement dans les services hospitaliers de gériatrie, notamment ceux dans lesquels les séjours peuvent se prolonger (SSR, long séjour), mais aussi dans les maisons de retraite, avec des postes adaptés connectés au réseau

⁶ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie

Internet, pourrait permettre l'accès à cet outil, facilitant et maintenant la socialisation et surtout le rapprochement avec l'entourage parfois trop éloigné géographiquement.

Télé expertise et téléconsultation

La télé expertise et la téléconsultation sont en voie de développement dans de nombreuses disciplines médicales. Elles peuvent aussi s'appliquer à la gériatrie. Ainsi, le pôle gériatrique du centre hospitalier universitaire de Poitiers a pour projet de créer, avec la mise en place de son équipe mobile de gériatrie qui interviendrait dans les EHPAD, un réseau de consultations par visioconférence avec ceux-ci pour éviter les déplacements des malades et des médecins.

Ces quelques exemples ne sont pas exhaustifs et la gérontechnologie n'est plus l'apanage de quelques sociétés savantes ou des grands centres hospitaliers universitaires (CHU). On peut trouver de nombreux exemples d'applications auprès de la société française de technologie pour l'autonomie et de gérontechnologie (SFTAG) dans la revue scientifique internationale (Gerontechnologie). Enfin, le site internet www.ageisonline.com est un portail sur les aides technologiques dédiées aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il propose trois moteurs de recherche, un forum de discussion, des actualités d'innovation et plusieurs centaines de fiches-produits (matériels, références).

Le service informatique du CHAM possède les compétences pour lancer les études préalables et suivre la mise en œuvre de tels projets, qu'il conviendrait alors de programmer dans le prochain plan pluriannuel d'investissement.

Au total, on voit combien les projets de service, projets médicaux et projet d'établissement seront les porteurs privilégiés de ces diverses propositions d'ajustement de l'offre de la filière gériatrique.

3.2 Favoriser la mise en oeuvre de la filière et multiplier ses chances de réussite

3.2.1 En assurant une montée en charge progressive mais assez rapide de l'ensemble du dispositif

Le projet que nous avons décrit dans son intégralité doit être envisagé ici dans sa dimension temporelle :

- Sont obtenus d'ores et déjà auprès des tutelles les éléments suivants : l'augmentation de 20 lits de court séjour gériatrique et la création des consultations et de l'hôpital de jour gériatrique, le transfert des 40 lits de SSR et le projet Alzheimer de Berck sur mer.

- Sont encore soit à l'état de projet, soit non autorisés ou non financés : l'équipe mobile de gériatrie, le service de géronto-psychiatrie, l'unité Alzheimer de Campagne les Hesdin.

Ce décalage dans le temps des différents éléments a l'avantage de permettre aux nouveaux services de s'installer et de prendre leurs repères. Pour illustrer ce propos, je cite ici le gériatre qui prendra la responsabilité des 20 lits de court séjour, qui préfère que l'attention et le renforcement se fassent d'abord sur les lits de court séjour gériatrique avant d'aller porter des avis à l'extérieur : « *soyons fort en interne avant de nous éparpiller à l'extérieur* » dit-il.

Cependant, une planification formelle et précise de cette montée en charge doit intervenir dans des délais raisonnables. Car une filière gériatrique n'est réellement efficace que lorsqu'elle est complète. Le rôle de cohésion et de régulation de la trajectoire du malade âgé que doit jouer l'équipe mobile de gériatrie, mais aussi de diffusion des bonnes pratiques gériatriques, depuis les urgences jusqu'aux EHPAD, ne peut être longtemps différé.

3.2.2 En s'attachant à communiquer efficacement sur ce projet

Les modalités de communication développées ci-dessous doivent faire l'objet d'une planification très réfléchie et sur plusieurs mois, avant même la création et le transfert des services et bien au delà de leur ouverture. Si elle reste pilotée par la direction et la cellule communication, cette stratégie peut aussi être construite en partenariat avec les médecins et les cadres impliqués dans la filière. Ce plan de communication peut se décliner en communication interne et communication externe.

A) Une communication en interne selon deux volets

Communiquer sur la filière et ses différents éléments

Le principe de la filière gériatrique étant d'assurer une meilleure trajectoire de la personne âgée, elle implique la quasi totalité des acteurs médicaux et soignants puisque le malade âgé est présent dans presque tous les services. La création de cette filière gériatrique est le projet phare du CHAM pour les prochaines années. Il ne peut pas rester confidentiel. Il doit être bien connu de tous pour être efficace. Mais il gagnerait surtout à être rapidement porté à la connaissance des futurs acteurs directs de ce projet, dans ses moindres détails, afin de leur donner le temps de se l'approprier. Car il ne suffit pas de diffuser de l'information, il faut aussi et surtout permettre l'expression en retour des acteurs, et, mieux, les consulter en amont et les impliquer dans la mise en œuvre. Sinon, l'information risque de provoquer des effets contraires à ce qu'elle vise et susciter des réactions de rejet lorsque les professionnels ont l'impression que les choses leur sont imposées brutalement.

Les outils de communication habituels (point d'étape aux instances, affichage, journal interne, information détaillée en réunions de cadre, plaquettes d'information, notes de service, ...) seront utilement exploités afin de diffuser une information globale puis de plus en plus détaillée.

Consciente de l'enjeu de ce projet et convaincue du rôle majeur de la communication, je me suis déjà impliquée dans cette action de communication :

Tout d'abord j'ai proposé, dès décembre 2006, de rédiger un premier article sur le projet de filière gériatrique du CHAM dans les pages de son journal interne « CHAM Diffusion ». J'ai été soutenue par l'équipe de direction et aidées par les médecins : le président de la CME, le médecin coordonnateur des USLD et des EHPAD, et le praticien hospitalier de médecine I. L'article est paru dans l'édition de janvier (cf. annexe V). Toutefois, au cours des entretiens menés pour ce mémoire, 3 mois plus tard, j'ai pu constater l'impact plutôt réduit de cet article. Le journal interne du CHAM n'est donc pas un outil suffisant, et il conviendra d'élargir et de cibler d'autres modes de sensibilisation.

De plus, j'ai sollicité l'autorisation du directeur de l'établissement pour effectuer une présentation du présent mémoire et de ses conclusions à l'équipe de direction, aux médecins et aux cadres, à l'automne 2007. Cela sera un moyen de les remercier de leur implication dans ce travail et de l'aide qu'ils m'ont apportée et de leur présenter le fruit de cette collaboration. Ce moment sera ainsi l'occasion de reparler de cette filière et d'exposer le contenu de la nouvelle réglementation. J'attends par ailleurs de cette rencontre des retours, notamment sur les propositions, qui alimenteront encore la réflexion.

Finalement, j'ai pu constater que les entretiens avaient éveillé un vif intérêt et révélé le souhait marqué de s'investir dans cette nouvelle aventure.

Communiquer différemment sur la personne âgée et les métiers de la gériatrie

Nous avons vu tout au long de ce travail que la représentation négative du vieillissement est encore trop répandue et que l'image du travail en gériatrie en souffre. Si la création d'une filière gériatrique marque un changement significatif de la prise en compte de la dimension sanitaire dans la politique du vieillissement, le changement sociétal est encore en cours quant à la reconnaissance et au respect de la personne âgée. Il doit être accompagné par une politique de communication active et valorisante. Cette communication positive peut passer par trois axes principaux :

- Tout d'abord, la communication institutionnelle peut s'attacher, par la production régulière d'articles d'affiches, de conférences, à changer la représentation du malade âgé.
- Par ailleurs, la formation de l'ensemble des agents, et pas uniquement ceux travaillant en gériatrie, gagnerait à être renforcée sur les différents aspects de la prise en charge médicale, psychologique et sociale du patient vieillissant. Même si je mesure que

chaque spécialité a aussi dans son domaine des besoins de formations spécifiques, dans un contexte de renforcement national de la lutte contre la maltraitance, une action de sensibilisation massive des personnels ne peut être que positive.

- Le dernier axe, enfin, vise à assurer la reconnaissance et la revalorisation des acteurs de la gérontologie dans tout l'établissement. J'ai pu constater, lors de mon stage et lors des entretiens, combien l'implication des agents du SSR, des USLD et des EHPAD était forte. De plus, un nombre croissant de personnel soignant (infirmiers, aides-soignants) a une réelle volonté d'aller travailler auprès des personnes âgées, comme un service de soins technique. Le renforcement des formations ces dernières années pour les agents des structures d'hébergement a augmenté leur professionnalisme et leur prise en charge soignante. Enfin, grâce aux actions menées à la suite de la signature des conventions tripartites et de la certification, un important travail a été effectué dans les USLD et en SSR, notamment sur l'accueil, le respect de la personne âgée, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, l'animation, la prévention des escarres, la nutrition, la kinésithérapie et la contention. Informer et partager les résultats de ce travail pourrait mettre en valeur les agents et les métiers de la gériatrie.

Cette politique de communication interne participera à réaliser un véritable changement de culture. Ainsi, Jacques Soubeyrand, chef du service de médecine interne et gériatrie de l'hôpital Sainte Marguerite de Marseille, a déclaré lors des rencontres parlementaires sur le grand âge, tenues à Paris le 24 janvier 2007 que " *pour accueillir la personne âgée à l'hôpital, il faut [...] que la culture gériatrique s'étende à toutes les disciplines de l'hôpital* " ⁷.

B) Une communication en externe en amont et en aval de la filière hospitalière

Une information pertinente et rassurante auprès des médecins libéraux

Le médecin libéral est le premier interlocuteur de la personne âgée malade. Sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours en fait un partenaire privilégié de la filière hospitalière. Bien entendu, le projet du CHAM prévoit une information des médecins généralistes. Nous apporterons ici quelques pistes supplémentaires pour garantir la réussite de cette action de communication. Il importe que celle-ci soit déclinée en tenant compte de leur manque de disponibilité ; Il conviendrait alors de multiplier les temps, les lieux et les sources d'information. Sur le fond, l'accent pourrait être mis utilement sur les nouvelles modalités d'hospitalisation en direct, sur l'accès téléphonique au service de court séjour, sur les prestations que peuvent rendre

⁷ Hospimédia – 05/02/07

les consultations gériatriques et les consultations mémoire, sur le rôle de l'hôpital de jour, sur la filière Alzheimer. C'est l'aide et le soutien dont ils pourront bénéficier qui doivent être mis en avant. Il s'agit aussi de les rassurer sur le rôle complémentaire que jouera cette filière gériatrique qui n'a aucune vocation à se substituer à la médecine de ville. En effet, lors des entretiens il m'a souvent été rapporté l'échec du démarrage du nouveau service d'hospitalisation à domicile qui n'a pas su communiquer suffisamment dans ce sens auprès des professionnels libéraux.

Une information des services et établissements d'aval

Les services et établissements d'aval de la filière gériatrique jouent un rôle majeur dans le dispositif, puisqu'ils peuvent avoir recours à la filière lorsqu'ils hospitalisent leurs résidents, ou lorsqu'ils proposent des places d'hébergement ou un accompagnement du retour à domicile. Si les structures du CHAM peuvent bénéficier des actions de communication internes, les acteurs externes doivent aussi faire l'objet d'une information précise et détaillée, et notamment les médecins coordonnateurs des EHPAD. Cette communication devra nécessairement déboucher, comme nous le verrons par la suite, sur un travail approfondi de coordination avec ces services et établissements.

3.2.3 En portant une attention particulière aux moyens humains

La plupart de mes interlocuteurs ont insisté sur la nécessité de mettre les moyens humains suffisants (médecin gériatre, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale, diététiciens) pour assurer la réussite de cette filière. Le projet prévoit effectivement un renforcement des effectifs, tant en court séjour qu'en soins de suite, qui, à l'instar d'autres plans de recrutement, sera tributaire des problèmes de démographie médicale et para-médicale. Un travail de mise en valeur du nouveau dispositif, et une politique de recrutement à l'échelle européenne (et notamment vers les kinésithérapeutes belges), qui se pratique déjà au CHAM, devrait pouvoir en atténuer les effets et rendre ces postes attractifs.

Comme le prévoit le projet, c'est un personnel qualifié et formé à la prise en charge du patient âgé qui doit être recruté. Ce nouveau défi peut aussi être proposé aux agents des équipes actuelles de gériatrie (SSR et USLD) qui bénéficient d'un savoir faire reconnu. Ce besoin de personnel qualifié en gériatrie fait dire à Philippe Vigouroux⁸, directeur général du CHU de Limoges, qu'il faudrait peut-être « *inventer l'équivalent des puéricultrices, des infirmières spécialistes pour les patients de gériatrie* ».

⁸ Dossier « filières gériatriques » - technologie et santé – CNEH – n°61, avril 2007

Si le volet formation permanente est ébauché dans le projet du CHAM pour les agents recrutés au sein de cette filière, la plupart des professionnels avec lesquels je me suis entretenue s'accordent à penser que la filière elle-même doit être le garant de la diffusion de la culture gériatrique et du niveau de formation de l'ensemble des personnels hospitaliers et des acteurs externes à l'hôpital intervenant auprès des personnes âgées. Ils rejoignent ainsi le point de vue des spécialistes nationaux, comme le Professeur Jeandel, co-auteur du « Programme pour la gériatrie », et Pascal Couturier, médecin dans le département de médecine gériatrique et communautaire du CHU de Grenoble. Cette dimension a d'ailleurs été reprise dans la circulaire de mars 2007. La mise en œuvre d'une telle mission peut revêtir plusieurs formes telles que l'implication des gériatres et des infirmiers spécialisés en gériatrie dans des actions de formation, des conférences, ou des articles spécialisés. Cette mission revient essentiellement à l'équipe mobile de gériatrie, et devra bien évidemment faire l'objet d'une évaluation périodique.

Le projet prévoit l'évaluation médicale, psychologie et sociale des personnes âgées qui entreront dans la nouvelle filière. Or il existe de multiples outils d'évaluation gériatrique standardisés disponibles : Citons de façon non exhaustive les grilles AGGIR (dépendance), Socios (contexte social), MMSE (mini mental status examination) pour les fonctions cognitives, MNA (mini nutritional assessment) pour les risques de malnutrition ou de dénutrition. Il importe, selon les experts de la prise en charge au sein d'une filière gériatrique, que l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique s'accordent rapidement à choisir parmi ces outils ceux qui semblent le plus adaptés à chaque domaine à évaluer⁹. La formation à l'utilisation et à l'interprétation de ces outils d'évaluation est primordiale. Elle doit être rapidement inscrite au plan de formation, et intégrer un suivi et un soutien à la mise en œuvre, pour que l'utilisation de ces outils soit efficace et permette une réelle évaluation de la charge en dépendance, en soins et en besoins sociaux.

Une meilleure cotation du programme médicalisé du système d'information (PMSI) passera elle aussi par une nouvelle formation et un accompagnement des médecins, afin d'obtenir une rigueur dans la collecte d'informations notamment en SSR. Les objectifs étant que les choix entre pathologie principale et pathologie associée permettent une meilleure rentabilité, que soient pris en compte les aspects de dépendance et de travail social dans la CIM 10 et que le PMSI devienne un outil de repérage des points de blocage et des variables d'ajustement de la filière.

⁹ Ibid, page 45

3.2.4 En favorisant le travail de mise en lien des multiples acteurs et d'atténuation des résistances au changement

L'incertitude sur la volonté des professionnels à remettre à plat leurs fonctionnements actuels et leur aptitude à travailler ensemble, est le premier point de blocage évoqué. En effet, si l'on perçoit déjà une volonté de chaque service, notamment le court séjour et le SSR, à s'investir chacun dans leur future organisation, et notamment dans le travail sur les plans de l'extension, rien ne laisse encore percevoir un réel travail de coordination entre ces services eux mêmes, et entre ces services et les autres unités d'hospitalisation, notamment les urgences, la psychiatrie ou les USLD. Les pistes de réflexion proposées ici visent à lever autant que possible les résistances au changement en associant au plus tôt l'ensemble des acteurs à l'élaboration d'un projet commun.

Nous avons déjà souligné l'importance d'une communication détaillée et l'intérêt d'associer au plus tôt l'ensemble des acteurs à l'élaboration des modalités communes à toute la filière (outils d'évaluation gériatrique, protocoles et critères d'admission et de sortie, ...) et au plan de communication.

Il serait utile par ailleurs que les principaux acteurs (médecins, cadres, assistants sociaux et kinésithérapeutes) puissent se rendre dans d'autres hôpitaux où fonctionnent des filières gériatriques (CHU de Poitiers, CHU de Grenoble, ...), et puissent avoir accès aux sources bibliographiques de plus en plus nombreuses sur le sujet. En effet, la méconnaissance par certains d'entre eux des modalités de fonctionnement de l'équipe mobile de gériatrie, est assez surprenante.

Enfin, la réalisation d'un projet médical de la filière gériatrique elle-même, avec des actions programmées, un calendrier de mise en œuvre et des modalités d'évaluation pourrait aussi assurer une meilleure mise en lien des différents acteurs. D'ailleurs la circulaire du 18 mars 2002 préconise la création d'une « sous-commission personnes âgées » chargée de l'élaboration et du suivi du projet gériatrique intégré au projet d'établissement. Cette commission, qui peut associer les représentants des usagers, et présente annuellement un rapport devant la commission médicale d'établissement pour rendre compte du degré et des modalités de mise en œuvre du projet gériatrique. Elle peut l'assortir de recommandations pour améliorer sa réalisation.

3.2.5 En renforçant le volet évaluation

C'est un volet très important dans la nouvelle réglementation et il conviendra sans doute de le renforcer par rapport au projet initial.

En effet, si la circulaire de mars 2007 n'a pas retenu le projet de labellisation du rapport Jeandel, elle inscrit désormais clairement la filière dans la démarche de contractualisation avec l'ARH, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Les

objectifs fixés doivent désormais se référer aux référentiels d'organisation des soins des différentes structures de la filière, annexés à cette circulaire.

Ainsi, le référentiel de 2007 propose un nouvel indicateur de suivi de l'activité des services de la filière : *le pourcentage de ré hospitalisations non programmées, survenant dans les 60 jours suivant la sortie*. Cette information, que j'ai cherchée à obtenir auprès du département d'information médicale, n'était pas disponible spontanément. C'est maintenant une modalité d'évaluation importante, notamment en terme de coûts évités, et que le CHAM pourra désormais ajouter à sa liste d'indicateurs à collecter.

Des travaux d'évaluation supplémentaires seront donc nécessaires, en termes de santé mais également en termes de satisfaction des patients et des professionnels. Si une enquête de satisfaction des patients existe, le projet pourrait envisager aussi une enquête de satisfaction des médecins de ville, dont nous avons souligné l'importance dans ce dispositif.

De surcroît, l'évaluation présente un réel intérêt pour l'implication des professionnels, en atteste l'engouement et le fort investissement des agents lors de la dernière certification. Mais pour cela, ils doivent pouvoir s'approprier et choisir les critères d'évaluations, à l'occasion notamment de l'écriture du projet de service ou du projet médical et soignant de la filière. L'organisation d'une nouvelle session de formation à la démarche projet, déjà proposée à plusieurs cadres du CHAM ces dernières années, permettrait d'accompagner ce processus.

Enfin, et plus largement sur la démarche qualité, si seuls les éléments composant la filière sont aujourd'hui concernés par la certification, on peut penser qu'à terme la filière pourra l'être aussi. En effet, le manuel d'accréditation des établissements de santé, publié en février 1999 prévoit ceci : « *la procédure d'accréditation [...] concernera ultérieurement les différents modes de prise en charge sanitaire en amont et en aval, c'est à dire les réseaux de soins* ». Et du réseau à la filière, il n'y a pas loin.

3.3 Développer la culture et de la politique gériatrique du CHAM.

La création d'une filière gériatrique hospitalière peut aussi être mise à profit, par un établissement comme le CHAM disposant d'un secteur d'hébergement important, pour impulser et étendre la culture gériatrique en interne, en mettant en œuvre une réelle politique gériatrique.

Quatre pistes de travail sont ici proposées. Elles seront d'autant plus faciles à mettre en œuvre qu'une grande partie d'entre elles ont déjà été conceptualisées dans le projet écrit en 2004.

3.3.1 En renforçant progressivement les missions de l'équipe mobile de gériatrie

Si la filière gériatrique du CHAM comporte une équipe mobile de gériatrie, il ressort de l'analyse du projet, confronté aux attentes des professionnels et aux évolutions réglementaires que ce dispositif paraît sous dimensionné, tant dans ses missions que dans les moyens qui lui sont alloués.

Les équipes mobiles de gériatrie ont été définies dans un premier temps par une circulaire de mars 2002, que le projet initial respecte. Mais la volonté politique actuelle est d'accélérer leur déploiement et de renforcer leurs missions. Ainsi, selon la circulaire de 2007 :

- L'EMG doit notamment identifier les patients âgés fragiles, proposer un plan de soins anticipé et orienter le patient dans la filière hospitalière, faciliter l'entrée directe dans le court séjour gériatrique, éviter la ré hospitalisation précoce et l'admission aux urgences, préparer la sortie en agissant en soutien des services.
- Constituée de personnes ressources, l'EMG a aussi une mission essentielle de formation des équipes et d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle participe à l'enseignement gérontologique des équipes de court séjour, apportant en cela une réponse alternative à un plan de formation limité par les moyens.
- L'EMG participe à la conceptualisation et à la rédaction du projet médical de la filière, réel document de mise en cohérence de prise en charge gériatrique.
- Certaines expériences mettent en évidence un rôle d'interface ville-hôpital (CHU de Limoges). Si l'EMG n'a pas vocation dans un premier temps à sortir de l'hôpital, une partie de son activité concerne toutefois la régulation, l'articulation des soins avec la ville. Dans ce domaine, les équipes mobiles ont certainement une mission intéressante à jouer. Mais la question des moyens reste cependant posée puisque cette " mission externalisée " n'existe pas officiellement. Le second aspect de cette interface est la possibilité, offerte par la nouvelle réglementation, d'intervenir dans un cadre expérimental au sein des EHPAD.

L'équipe mobile de gériatrie joue donc un rôle pivot au sein de la filière dont elle facilite la cohésion et le fonctionnement et elle est décrite, par les différents experts, comme l'élément clef, l'élément moteur de la politique gérontologique de l'établissement.

Pour lui permettre de remplir l'ensemble de ces missions, la circulaire de mars 2007 chiffre dans son référentiel des moyens de fonctionnement. Si ces cibles quantifiées ne sont pas opposables, il est clairement indiqué qu'elles doivent être atteintes progressivement. Leurs moyens à minima en personnel médical et soignant sont très clairement définis en équivalents temps plein : pour le gériatre (1 ETP), l'infirmier (1 ETP), et l'assistante sociale (1 ETP). Le projet du CHAM a bien perçu le rôle fondamental de l'IDE dans cette équipe, et envisage un temps de psychologue très raisonnable (0,5 ETP).

Néanmoins il conviendra sans doute de renforcer, autant que faire se peut, et au regard des problèmes de démographie médicale, le temps de Praticien Hospitalier (aujourd'hui à 1 ETP seulement pour le court séjour et l'EMG) et celui de l'assistante sociale. En effet, avec une augmentation totale du temps d'assistant des services sociaux de 0,50 ETP (0,25 pour le court séjour et 0,25 pour l'EMG), le projet semble avoir sous évalué les besoins en matière d'accompagnement social. Pourtant, il ressort des entretiens que l'une des difficultés majeures des services est bien l'augmentation des problèmes sociaux et le manque de personnel qualifié dans ce domaine. Toutefois, le projet d'équipe mobile de gériatrie du CHAM n'est pas encore totalement dessiné et n'a pas encore fait l'objet d'une demande de financement qui repose sur les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dont la liste est fixée par décret¹⁰. Ce financement étant sollicité chaque année lors de la négociation budgétaire, on peut imaginer présenter un projet plus ambitieux dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses de 2008, tendant à respecter les préconisations de la nouvelle réglementation en termes de moyens humains.

En conclusion, l'équipe mobile de gériatrie est un moyen pertinent de dispenser un soin gériatrique de meilleure qualité dans l'ensemble des services de spécialité médico-chirurgicale au sein de l'hôpital et de renforcer la culture gérontologique des équipes de soins. Mais sa réussite repose aussi sur la disponibilité de ses membres, la souplesse de son fonctionnement et son adaptabilité permanente aux contraintes imposées par l'établissement et les personnels. Pour illustrer ce besoin d'ajustement, citons l'expérience de l'EMG du Groupe Hospitalier Broca – La Rochefoucault – La Collégiale, qui a mesuré la satisfaction du SAU dans lequel elle intervient en distribuant des questionnaires aux personnels médicaux et paramédicaux¹¹.

3.3.2 En intégrant davantage les EHPAD du CHAM à la filière gériatrique

La formalisation des procédures de transfert entre les unités d'hospitalisation gériatriques et les EHPAD du CHAM a été envisagée dans le futur dispositif. Toutefois, les récents projets de l'établissement et les nouvelles possibilités apportées par la réglementation d'intervention de l'HAD et de l'EMG dans les maisons de retraites, même médicalisées ouvrent de nouvelles perspectives.

¹⁰ Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale

¹¹ Dossier « Les équipes mobiles de gériatrie, un plus dans la prise en charge des patients âgés » - Soins gérontologie, n°64 – mars/avril 2007 – p. 64

Expérimenter l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie dans les maisons de retraite

La circulaire de mars 2007 donne donc aujourd'hui la possibilité aux équipes mobiles de gériatrie d'intervenir dans les EHPAD, dans un cadre expérimental. Même si les maisons de retraite du CHAM sont aujourd'hui médicalisées et disposent pour la plupart d'une couverture médicale par un médecin gériatre ou par des médecins titulaires d'un diplôme universitaire de gériatrie, cette éventualité pourrait être envisagée, selon des modalités négociées entre les acteurs médicaux et soignants. Les intérêts sont multiples : comme avec CHAMAD, les professionnels de l'EHPAD pourraient bénéficier d'un avis gériatrique très spécialisé, et l'équipe mobile de gériatrie mieux connaître les besoins des EHPAD et y remplir sa mission d'information et de formation. Le risque dans le cas contraire serait d'isoler plus encore des structures qui ont, depuis les fusions, quelques difficultés à fonctionner au sein de l'établissement hospitalier.

Renforcer les actions du service d'hospitalisation à domicile vers les personnes âgées et notamment en EHPAD

Les services d'hospitalisation à domicile (HAD), par leur savoir faire d'organisation du retour à domicile, de coordination du suivi et par la connaissance des structures d'aval sont particulièrement adaptés à la prise en charge des patients âgés. Le développement de l'HAD comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle doit contribuer à améliorer la filière de soins gériatrique. Ainsi, la direction du CHAM souhaite renforcer la mise à disposition du service existant auprès des personnes âgées du territoire desservi.

Par ailleurs, depuis l'arrêté du 16 mars 2007¹², l'intervention d'un service d'HAD en EHPAD est possible, pour certaines prises en charges telles que les soins palliatifs, les chimiothérapies anti-cancéreuses, les pansements complexes et soins spécifiques. Ce nouveau dispositif pourrait être appliqué dans un premier temps aux EHPAD du CHAM. Il amène toutefois quelques observations. Voyons tout d'abord les atouts : L'HAD en EHPAD réduit la durée d'hospitalisation des résidents, permet un retour en établissement avec moins de problèmes d'escarres ou de désorientation, offre un soutien aux équipes de l'EHPAD, et instaure une permanence téléphonique d'IDE la nuit (aujourd'hui il n'y a pas d'infirmière la nuit dans les EHPAD). Enfin, je pense que plus il y a d'intervenants externes dans nos structures, moins on s'expose aux critiques relatives à la maltraitance. Il convient toutefois d'être prudent. En effet, l'HAD impose ses horaires et sa prise en charge a souvent été jugée moins humaine, plus brutale, ce qui a amené certains établissements dans lesquels une HAD intervenait à continuer d'assurer les soins de

¹² Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge de l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées, en vertu de l'article R. 6121 du code de la santé publique.

« nursing » pour le confort et le maintien des repères du résident. Enfin, ne risque t'on pas de limiter la possibilité d'augmentation des postes d'IDE à l'avenir dans l'EHPAD où interviendrait régulièrement une HAD.

En conclusion, l'intervention de l'HAD dans nos structures est plutôt conseillée, mais doit impérativement être préparée avec l'ensemble des équipes, faire l'objet d'une réflexion approfondie et d'une convention très précise, laquelle sera évaluée régulièrement sur des critères définis en commun.

Dans un second temps, si l'expérience est probante, il serait possible d'envisager, selon les mêmes modalités, son élargissement aux autres maisons de retraites du territoire qui le souhaitent.

Intégrer la future unité de vie pour adultes handicapés vieillissants

Cette structure, lorsqu'elle sera construite, doit aussi pouvoir trouver sa place dans la filière gérontologique au même titre que les EHPAD, afin que les résidents en situation de handicap puissent bénéficier, au même titre que les autres, des expertises médicales et des facilités d'accès aux services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge du malade âgé (court séjour, consultations, hospitalisation de jour, ...). Le CHAM pourrait ainsi suivre la recommandation n°16 du « *Programme pour la gériatrie*¹³ » d'adapter l'ensemble des dispositifs de la filière aux problèmes spécifiques des handicapés vieillissants. Cela passe par plusieurs axes comme : l'adaptation des modalités d'évaluation gérontologique aux besoins de ce type de patients, offrir aux personnes handicapées de « 60 ans et plus » l'ensemble des prestations dévolues aux patients gériatriques, étendre l'intervention de l'EMG aux établissements pour handicapés vieillissants et associer les professionnels du handicap aux formations en gériatrie et gérontologie.

Identifier clairement la filière Alzheimer au sein de la filière gériatrique

Pour avoir été associée à l'élaboration des dossiers de création d'unité Alzheimer durant mon stage de professionnalisation, il me semble que ce nouveau dispositif, dont la réalisation devrait être concomitante avec la mise en œuvre de la filière gériatrique, y a toute sa place. Désormais, la future sous filière Alzheimer complète (consultation mémoire, accueil de jour, hébergement temporaire, unité de vie, unité de soins de longue

¹³ JEANDEL Claude, PFITZENMEYER Pierre, VIGOUROUX Philippe ; Rapport au Ministère de la santé et des solidarités; Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille - Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir – avril 2006 – p. 23

durée) ne peut plus être dissociée de la filière gériatrique. Elle doit en être l'un des éléments majeurs, connue de tous, et ses acteurs principaux associés au pôle gérontologique.

D'ailleurs, le neurologue de l'établissement PSPH qui coopère depuis juin 2007 au fonctionnement de l'accueil de jour Alzheimer est aussi l'un des acteurs majeurs du projet de consultation mémoire, mentionné dans la filière gériatrique du CHAM.

Ainsi la filière gagnerait à s'enrichir en associant tous les acteurs de la gérontologie du CHAM, et en s'assurant ainsi d'un meilleur ancrage dans ses structures d'aval.

3.3.3 En étoffant le projet de pôle gériatrique

« La séparation du sanitaire et du médico-social est délétère. Cette dichotomie aboutit souvent à une absence de communication et à un déficit de coordination des actions sur le terrain avec, en corollaire, une perte d'efficacité. Cette situation est parfois source de tensions alors que les décideurs et les acteurs oeuvrent, quelle que soit leur appartenance, dans le même but : améliorer la reconnaissance sociale et l'offre sanitaire et médico-sociale destinée aux personnes âgées les plus vulnérables »¹⁴

Lors de la récente constitution des pôles au sein du CHAM, conformément à l'ordonnance du 2 mai 2005¹⁵, il n'a pas été fait le choix par le conseil exécutif d'un seul et même pôle pour toute la gériatrie, du court séjour au long séjour. Pourtant, certaines expériences réussies ont permis un regroupement de moyens, en gériatres, en personnels, en assistantes sociales, et ce malgré l'éclatement géographique des structures. C'est le cas au CHU de Nantes, depuis 1998. " *Véritable filière de soins interne*, a expliqué Vincent Aould-Aoudia, gériatre au CHU de Nantes, lors du colloque du CNEH¹⁶, *le pôle comprend une équipe mobile adossée à du court séjour, du soin de suite et du soin de longue durée (un hôpital de jour est en construction) »*. Ce pôle gériatrique dispose d'un projet médical, écrit en collaboration avec les acteurs de terrain, et au bout de 8 ans de fonctionnement, le vécu des soignants est très positif.

Une telle organisation au CHAM permettrait de regrouper, autour d'un projet commun, les moyens de 200 lits à visée commune, sans que puisse être soulevé le problème de la masse critique.

¹⁴ Ibid

¹⁵ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

¹⁶ Dossier « filières gériatriques » - technologie et santé – CNEH – n°61, avril 2007

3.3.4 En élargissant la filière dans une approche globale de territoire

En aval, avec les médecins de ville

Il importe donc de ne pas rater, avec la mise en place de cette nouvelle filière gériatrique, la mise en lien nécessaire avec la médecine de ville, en allant peut-être au delà d'une simple action de communication.

Ainsi le pôle gériatrique du CHU de Poitiers travaille en coordination avec les médecins généralistes et les spécialistes de ville. Selon Danielle METAIS, coordinatrice du réseau gérontologie ville-hôpital de Poitiers, avec lequel collabore la filière du CHU, « *le travail de coordination réalisé à Poitiers est exemplaire, c'est une bulle d'oxygène pour les médecins libéraux qui sont en première ligne pour répondre à des situations souvent complexes. La structuration de la filière gériatrique leur apporte des solutions nouvelles et leur permet de ne plus être seuls* ». Elle ajoute par ailleurs : « *Une filière sans réseau est incomplète* ».

Quoi qu'il en soit, à minima, la circulaire de mars 2007 recommande d'organiser chaque année une réunion d'échanges entre le médecin gériatre organisateur de la filière et les médecins traitants du territoire.

En renforçant le maillage avec le secteur social et médico-social

Au delà des conventions prévues avec les structures qui organisent le retour et le maintien à domicile des patients (ADMR, SSIAD,..), et avec les établissements de proximité hébergeant des personnes âgées, la filière gériatrique du CHAM ressentira sans doute rapidement la nécessité de développer une réelle coordination. Il s'agit de développer une stratégie du « gagnant-gagnant », ou « donnant-donnant » : En effet, l'EHPAD n'est plus le seul demandeur d'un accès facilité aux lits spécialisés, d'un recours aux bilans périodiques en hôpital de jour et de protocoles de retour : l'hôpital lui, a besoin de places d'aval.

D'ailleurs, la circulaire de mars 2007 préconise concrètement l'élargissement des conventions prévues dans le cadre des plans bleus avec les EHPAD à la filière de soins gériatrique. L'objectif de cette convention est d'optimiser la prise en charge gériatrique des patients et de garantir la continuité des soins, grâce à la collaboration entre l'hôpital et les établissements d'hébergement. Mais elle vise également à la mise en place de bonnes pratiques pour prévenir les hospitalisations et l'accompagnement des patients lors des transferts entre les EHPAD et le centre hospitalier. Une série d'indicateurs pourraient être définie, pour pouvoir évaluer la convention et la mise en pratique des objectifs qu'elle fixe. De surcroît, on pourrait imaginer que ces partenaires privilégiés, au même titre que les médecins de ville, soient rencontrés régulièrement par le coordonnateur du nouveau dispositif hospitalier.

Enfin, la filière gérontologique du CHAM doit pouvoir rapidement s'appuyer sur un centre local d'information et de coordination (CLIC). Malheureusement, celui du territoire de santé du CHAM peine à se constituer. Alors que les textes officiels multiplient les injonctions à développer la coordination des intervenants, des établissements et des services, autour de la personne âgée sur un territoire, la décentralisation est venue interférer le développement des CLIC. Ainsi sur l'arrondissement de Montreuil, les difficultés de mise en œuvre ou de fonctionnement sont liées à des situations de concurrence. Concurrence politique, concurrence de services. « *Il y a* », note Alain Colvez aux 6^{ème} assises des établissements et services pour personnes âgées de Nîmes, en décembre 2006, « *trop de candidats pour être chef de la coordination [...], tout cela doit être mis sur la table et discuté* ». Le CHAM devient progressivement un acteur incontournable de la coordination gérontologique du territoire. Il peut mettre toutes ses compétences et son poids au service de la création du CLIC, dont l'absence serait un frein gênant.

Pour finir, si la coordination médicale interne doit être confiée au médecin responsable de la filière, la mise en lien et l'ouverture qui viennent d'être présentées peuvent être articulées aussi avec un directeur, formé et responsable de la filière et des réseaux.

Dans les prochaines années, et fort d'un projet complet, qui fera de lui l'hôpital de référence en matière de gérontologie, le CHAM pourrait devenir le moteur et le pivot central d'un projet de réseau gérontologique, avec l'ensemble des partenaires du territoire. Annie Podeur, directrice de la DHOS, s'exprimant lors des rencontres parlementaires sur le grand âge le 24 janvier dernier considère qu'il est nécessaire d'inscrire les filières dans une dynamique territoriale et qu'elle se définit comme un " *pôle de ressources* " s'appuyant sur un travail en réseau.

Conclusion

De nombreux projets hospitaliers de filière gériatrique ont été mis en œuvre, notamment depuis 2002. On en recense aujourd'hui plus de 200. Chacun a du évoluer et s'adapter progressivement aux nouvelles données réglementaires, à celles des territoires et de l'établissement lui même. Le directeur du CHAM a, quant à lui, saisi l'opportunité de ma présence pour que soit réalisé un travail préalable d'analyse du projet écrit il y a déjà trois ans, afin d'en garantir la pertinence de ce projet au regard des évolutions récentes du contexte ainsi qu'aux perspectives.

Cette étude a été riche d'enseignement à plusieurs titres : elle m'a tout d'abord offert la possibilité d'appréhender la partie hospitalière de la prise en charge des personnes âgées, et ses enjeux. Par ailleurs, j'ai pu mesurer tout l'intérêt des entretiens avec les professionnels dans une démarche de conduite de projet : outre le recueil des attentes il permet, en filigrane, de percevoir les logiques d'acteurs. Enfin, revisiter ce projet de filière gériatrique avec le regard et la logique gériatrique du DESS, présente aussi l'intérêt de faire valoir et de mettre en valeur un métier et des savoir-faire spécifiques.

Consciente que le ressenti et les attentes des usagers eux-mêmes pourront encore enrichir cette réflexion, j'envisage, lors de mon retour sur le terrain de stage en septembre, d'aller à la rencontre de la représentante des usagers, comme prévu initialement.

Le bilan final de cette analyse et des pistes proposées montre que l'on peut organiser la trajectoire des patients gériatriques dans une vision décloisonnée d'une filière sanitaire et médico-sociale. Mais les filières, comme les réseaux, ne se décrètent pas, c'est un travail long et patient de mise en lien des professionnels qui ont des logiques différentes ; d'où l'intérêt d'impliquer au plus tôt les différents acteurs internes et externes, et de se mettre à l'écoute des malades eux-mêmes et de leur famille, selon l'esprit des lois du 2 janvier et du 4 mars 2002.

Dans une telle dynamique les patients âgés du secteur du CHAM pourront bénéficier, lors de la survenue d'un problème aigu dans un contexte de polypathologie remettant en cause l'indépendance et la qualité de vie, d'une prise en charge au bon moment, au bon endroit, dans la bonne durée.

Bibliographie

Réglementation

- *Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*
- *Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*
- *Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques*
- *Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/DGAS/SD2C/DSS/1A n°2002/222 relative à la mise en œuvre du programme d'actions pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées*
- *Circulaire DHOS/O1/2003/n°2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences*
- *Loi n°2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie*
- *Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale*
- *Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé*
- *Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée*
- *Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille*
- *Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge de l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées, en vertu de l'article R. 6121 du code de la santé publique.*
- *Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques*
- *Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée*

Ouvrages

- *BLANCHET A., GOTMAN A., L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Paris : Nathan Université (collection 128), 1992*
- *DERENNE Odile, PONCHON François, L'utilisateur et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre : Editions ENSP, 2005*
- *CONSTANS Thierry, EMERIAU Jean-Paul, FRANCO Alain, JEANDEL Claude, KUNTZMANN Francis, MOULIAS Robert, Corpus de Gériatrie – Janvier 2000, Editions 2m2*
- *ENNUYER Bernard, Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social : Dunod, collection « Action Sociale », 2002, 336 pages.*

Mémoires ENSP sur les filières gériatriques

- *DELMAS (Frédéric), Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au Centre Hospitalier de Rodez et mise en perspective avec un réseau gérontologique dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées au sein de l'hôpital -2003-*
- *FOURNEL-MIZZI (Violaine), Réorganisation de la filière gérontologique au centre hospitalier universitaire de Poitiers : Enjeux et perspectives -1996-*
- *ALFANDARI (Patrick), L'hospitalisation en urgence des personnes âgées : analyse et propositions stratégiques de régulation pour le projet médical du Centre hospitalier de Vienne -1995-*
- *BRIEC (Nathalie) La mise en place d'une filière gérontologique au Centre Hospitalier de Tréguier -1994-*
- *NEMITZ (Bergamote), La filière gériatrique : une réponse au défi que pose à l'hôpital le vieillissement de la population – 2006-*

Articles

- *Débat. LORSON Patrice – VINCENT Gérard « Hôpitaux de proximité, quel avenir ? » - La Gazette Santé-Social, N°17, mars 2006*
- *Interview de David CAUSSE, délégué général adjoint de la FHF et Responsable du pôle Organisation Sanitaire et Médico-sociale, « Pour un véritable re-engineering du suivi des personnes âgées ». Géroscopie Magazine, N°13 – Avril-mai 2006 – pp.32-34*
- *Dossier « l'accueil des personnes très âgées : le nouveau visage de l'hôpital » - Géroscopie Magazine, N°1 – Avril-mai 2004 – pp. 14 à 20*
- *Dossier « filières gériatriques » - technologie et santé – CNEH – n°61, avril 2007*
- *Dossier « Les équipes mobiles de gériatrie, un plus dans la prise en charge des patients âgés » - Soins gérontologie, n°64 – mars/avril 2007 – pp. 17 à 41*

- SCHWEYER François-Xavier – « L'hôpital sous tension » - Sciences Humaines – Hors série n°48 – mars-avril-mai 2005, pp. 60 à 63
- MOSSE P. et PARADEISE C., « restructurations à l'hôpital ; recompositions des hôpitaux. Réflexions sur un programme », dossier « Recomposer l'offre hospitalière », *Revue Française des affaires sociales*, n°3, juillet-septembre 2003.
- GAUVIN (J.B.), SKOWRONSKI (V.), BLANC (P.), FLEURY (M.), DUPRIEZ (F.), BALLOUCHE (N.), MARCELLIN (E.), BOSIO (N.), DOBIGNY (N.), LEMONNIER (J.Y.) ; *Court séjour gériatrique : force et fragilité au sein de la filière. REVUE DE GERIATRIE (LA) – 2004. pp. 93-702*
- ASH n°2484 du 15 décembre - P. 30
- CORNET G., FRANCO A., RIALLE V., RUMEAU P. ; *Les gérontechnologies. Au cœur de l'innovation hospitalière et médico-sociale. Techniques hospitalières – n° 703 - mai-juin 2007, pp. 53 à 58*
- JEANDEL Claude, PFITZENMEYER Pierre, VIGOUROUX Philippe – « Rôle et missions des filières gériatriques ». *Revue hospitalière de France – n°514 – Janvier-Février 2007, pp. 59 à 61*
- BOUDY Jérôme – « Recherche et développement. Technologies de l'information, handicap et gérontologie. Expériences pilotes en France et dans le monde ». *Revue hospitalière de France – n°515 – Mars-Avril 2007, p p. 56 à 59*
- MASSE Gérard, VEBER Anne, « Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé, quel rôle pour la psychiatrie ? ». *Pluriels, La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale – n°66 – mai 2007*
- NICOLAS L., FRANCO A., BIOTEAU C., COUTURIER P., DEBRAY M., MOINE S., RYS L., TRANCHANT L. ; « La filière gériatrique de l'hospitalisation à domicile (HAD). *L'Année gérontologique – 2004, vol. 18. n°1, pp. 302-312*
- *Union Sociale – Mensuel de l'UNIOPS, numéro spécial relatif aux 6^{ème} assises des structures personnes âgées. N°206 – Avril 2007*
- ARVIEU Jean-Jacques, « le vieillissement est l'indicateur d'une société en bonne santé ». *Décideurs en gérontologie – n°85 – mai 2007, pp. 6 et 7*
- PARNAUDEAU Maud ; « A Poitiers, une prise en charge globale ». *La gazette santé-social – n°29 – Avril 2007, pp. 32 et 33.*

Rapports

- JEANDEL Claude, PFITZENMEYER Pierre, VIGOUROUX Philippe ; *Rapport au Ministère de la santé et des solidarités; Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille - Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du*

choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir – avril 2006 – 54 pages

- *Rapport de la mission d'information sur la prise en charge des urgences, mise en place en juin 2006 par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, présenté le 07.02.07*
- *ROUSSEAU-GIRAL AC, BASTIANELLI JP ; Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins. Inspection générale des affaires sociales (Igas) ; rapport n°2005-053 (<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000454/000.pdr>)*

Colloques

- *Colloque CNEH – Filières et réseaux gérontologiques – Janvier 2007*

Sites internet

- www.ageisonline.com
- www.hospimedia.fr
- www.insee.fr
- www.sfgg.fr

Liste des annexes

- ANNEXE I Synthèse du corpus de Gériatrie 2000 sur les éléments constitutifs de la filière gériatrique
- ANNEXE II Capacité de l'établissement
- ANNEXE III Guide d'entretien « Acteurs des services de soins »
- ANNEXE IV Grilles d'analyse des entretiens (2 grilles)
- ANNEXE V Article paru dans « CHAM diffusion » en janvier 2007

ANNEXE I Synthèse extraite du corpus de Gériatrie 2000 sur les éléments constitutifs de la filière gériatrique

- **Les urgences gériatriques**, sont assurées en général par les services d'urgences adultes, et peuvent bénéficier de personnels formés à la gériatrie établis sur site ou accessibles à la demande.
- **Les services de médecine interne à orientation gériatrique** accueillent les malades âgés. Ils sont particulièrement orientés vers la prise en charge globale des malades âgés polypathologiques. La polypathologie est la norme de la population âgée, les études épidémiologiques nationales indiquant que les plus de 65 ans souffrent en moyenne de presque 7 affections.
- **La chirurgie gériatrique** (identifiée dans de rares hôpitaux) est pratiquée dans tous les services de chirurgie adulte.
- **Le secteur de soins de suite et de réadaptation**. Autrefois appelé « moyen séjour », il a pour mission d'assurer des soins orientés vers le retour à domicile. Les moyens multidisciplinaires en soins médicaux, infirmiers et de rééducation convergent vers la réduction de la dépendance et la reconstruction des liens sanitaires et sociaux.
- **Les unités de soins de longue durée** sont des structures mixtes, sanitaires et sociales. Les malades qui y sont hébergés sont caractérisés par une polypathologie importante, une très grande dépendance physique et psychique et un taux de mortalité important.
- **L'hôpital de jour** est une structure d'accueil à la journée qui permet d'assurer un diagnostic, des soins médicaux, ou un suivi psychologique.
- **La consultation gérontologique** offre au malade âgé un diagnostic de médecine spécialisée orientée en gériatrie, un avis ou une expertise médicale et sociale, d'évaluation gérontologique.
- **L'unité ou équipe mobile de gériatrie** assiste les différents services ou structures de soins non gériatriques pour la prise en charge et l'orientation des malades âgés. Elle contribue à l'établissement du projet gérontologique du malade, à réduire les erreurs de filière et la durée globale d'hospitalisation.
- **L'hospitalisation à domicile** est une interface qui permet de construire un retour à domicile et d'organiser les relais entre les soins hospitaliers et la prise en charge par le médecin traitant et les soins à domicile.

ANNEXE II Capacité de l'établissement

Disciplines	Capacités autorisées lits/places	Capacité installée lits/places
Médecine	80	72
Médecine gériatrique	20	6
Chirurgie	60	62
Gynéco-obstétrique	25	25
Pédiatrie	18	18
Soins de suite	40	40
Hôpital de jour	18	16
- Médecine	8	7
- Chirurgie	8	7
- Pédiatrie	2	2
Hôpital de nuit	1	1
Psychiatrie :		
Hospitalisation complète	45	45
Hôpital de jour	45	45
CMP	1	1
CATTP	1	1
Urgences	6	6
Réanimation	8	8
Maisons de retraite	275	275
Foyer de vie pour adultes handicapés	65	65
Foyer d'accueil médicalisé	36	36
Soins de longue durée,	140	140
H.A.D	60	-
Accueil de jour Alzheimer		15

ANNEXE III Guide d'entretien « Acteurs des services de soins »

NOM FONCTION Date de l'entretien

QUESTIONS RELATIVES A L'EXISTANT

1. Quelles sont aujourd'hui les **modalités d'admission** dans votre service. Y a-t-il un protocole écrit. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
2. Quelles sont aujourd'hui les **modalités de sortie** de votre service. Y a-t-il un protocole écrit. Quelles sont les difficultés rencontrées ?
3. Comment se passe la **trajectoire de la personne âgée** au CHAM, comment cela se passe-t-il aux diverses articulations, au moment des transferts ?
4. Quelle **perception les agents** du CHAM ont de l'augmentation du nombre des personnes âgées dans les services de court séjour ? Comment les agents vivent-ils cela (conditions de travail, motivation, savoir faire) ?

QUESTIONS RELATIVES AU PROJET DE FILIERE GERIATRIQUE DU CHAM

1. Que **connaissez-vous** de ce projet ? Quelles en sont les grandes lignes ?
2. Quelle a été votre **participation** à l'élaboration de ce projet (vous ou votre prédécesseur) ?
3. Quels sont les points sur lesquels nous devons être particulièrement vigilant sur le montage de ce projet, en termes de cohérence et de pertinence. (lorsque le projet sera opérationnel)
4. Quelles sont vos **attentes** par rapport aux 4 points clef de ce projet
 - Augmentation du nombre de lits de court séjour gériatrique
 - Rapprochement du SSR
 - Création d'une unité mobile de gériatrie
 - Création d'une consultation gériatrique
5. Quelles sont vos **réserves** par rapport à ce projet ?
6. Que pensez-vous de :
 - La création d'un service de géronto-psychiatrie
 - De l'intervention du service d'hospitalisation à domicile en maison de retraite
 - De la création d'un pôle gériatrique

ANNEXE IV Grilles d'analyse des entretiens (2 grilles)

Grille d'analyse de la première partie de l'entretien

	Modalités d'admission	Modalités de sortie	Trajectoire des PA	Perception agents
PH urgences	Les raisons pour lesquelles certaines PA passent pas les urgences ne sont pas des urgences au sens propre du terme : plutôt des urgences sociales (maintien à domicile difficile), pour faciliter l'accès au plateau technique ou l'accès au SSR, malgré les consignes données en ce sens.	Travailler dès le départ l'avenir de la personne âgée. Anticiper la sortie dès le 2ème jour dans le service. De trop nombreuses personnes attendent leurs examens dans les services. « on ne m'a rien fait pendant deux jours ». Ainsi on perd du temps, donc des lits et probablement de l'argent.	Blocage dans le court séjour pour admissions en direct par manque de praticiens qui ne peuvent faire les admissions dans les temps. L'embolisation des lits d'hospitalisation de très courte durée (c'est moins de 24h00) pendant près de 48h00 est symptomatique d'un manque de lits d'aval en court séjour, car le court séjour lui-même a des problèmes d'aval avec le moyen séjour ou le retour à domicile.	La PA c'est du travail supplémentaire aux urgences, il faut lui faire sa toilette, lui donner à manger. une personne âgée est souvent poly pathologique, lorsqu'une des pathologies s'aggrave, les autres s'enchaînent ; c'est comme les dominos, tout va décompenser. les spécialistes se renvoient la personnes dont tous les organes sont en difficulté.
Cadre médecine	Pas de protocole d'admission. Arrivent trop souvent dans le service de médecine polyvalente des patients refusés dans les autres services où pour lesquels l'orientation est difficile à déterminer, et sur le seul critère de l'âge. A l'admission un certain nombre d'informations ont mal été renseignées. Ainsi il est arrivé qu'un patient âgé (et désorienté) soit reconduit à sa demande à domicile alors qu'il est résident d'un EHPAD ou d'une USLD. Le recueil de données est important pour toutes les entrées.	Il n'existe pas de protocole écrit de sortie dans le service de médecine polyvalente. Quand le médecin décide de la sortie, la famille ou la structure sont prévenus et le transport programmé. Parfois les familles ne souhaitent pas toujours reprendre la personne âgée et certaines ne répondent pas au téléphone. Le faible nombre d'assistantes sociales ne permet pas de préparer la sortie correctement et rapidement. Le problème de l'orientation après la sortie doit être envisagé avec la famille dès l'admission. De nombreuses familles refusent de reprendre la personne lorsqu'elle ne marche plus. Or il suffit d'un ou deux jours d'hospitalisation sans bouger pour qu'une personne âgée désapprenne à marcher, elle régresse très vite et c'est long à rattraper. Lors de la sortie nous avons souvent un problème de	La personne âgée attend souvent beaucoup trop longtemps aux urgences où elle est moins une priorité. Elle attend trop longtemps sur les brancards et s'y dégrade. La prescription des bilans ne peut être faite que par les médecins et le renforcement de la sécurité sanitaire et de la traçabilité ne permet plus aux infirmiers d'en réaliser certains par anticipation.	Les professionnels du court séjour ont tendance à considérer celui des USLD et du SSR comme du personnel moins qualifié, ce qui est faux. Le ressenti des agents par rapport aux personnes âgées c'est la charge de travail supplémentaire qu'elle représente. Il faut les faire manger, gérer leurs troubles du comportement, leurs déambulations, les fugues et le risque de chute. Il est très fréquent que le patient âgé soit attaché au fauteuil même si ce n'est pas bon parce qu'il perd de l'autonomie. C'est surtout un problème de méconnaissance de la personne âgée et de ses spécificités. Quand les agents sont allés en formation sur la personne âgée, elles réagissent autrement.

		transmission d'information : pour aller en moyen séjour, le dossier médical ne suit pas le patient. Il reste en médecine polyvalente et c'est une lettre qui arrive à Campagne, souvent après le patient.		
Cadre médecine	Il n'existe pas de procédure d'admission spécifique, mais les malades âgés rentrent par les urgences. Ils viennent soit des structures annexes au CHAM (maison de retraite ou soins de suite), du domicile ou des structures privées aux alentours. Le bilan est réalisé aux urgences.	Il n'existe pas de protocole pour la sortie de la personne âgée et explique que ce serait difficile à faire puisque c'est vraiment du cas par cas (état de la personne, éloignement par rapport à sa famille). De plus, beaucoup de choses évoluent pendant le séjour. Par contre, ce qui est demandé c'est que les devenirs soient pris en compte tôt dans le séjour, pour qu'il y ait possibilité d'en parler avec la famille, avec l'assistante sociale.	Le délai d'attente aux urgences, n'est vraiment pas adapté pour une personne âgée. Elle peut quelque fois attendre jusqu'à quatre heures avant d'être prise en charge. Cela pose vraiment des problèmes, parce que l'on ne s'occupe pas de la personne âgée pendant ce temps, sur un point de vue physique mais aussi psychologique. L'admission directe dans le service de cardiologie est difficile parce qu'il faut poser un diagnostic. La perte d'autonomie est systématique pour une personne âgée après un passage à l'hôpital. Il y a très peu de temps de kinésithérapie. Ces personnes deviennent dépendantes, parce que lors de leur séjour, ils ont été alités les premiers jours (pour que lors d'une pathologie cardiaque, le bilan se stabilise). Elles sont souvent gardées plusieurs jours au lit, parce que le matériel n'est pas disponible, ou parce que les résultats sont attendus. Et en quelques jours, il y a une perte d'autonomie énorme et même si les agents essayent de les stimuler cela ne suffit pas, il faudrait une remise à la marche systématique, avec un kinésithérapeute. Mais cela ne se fait pas, sauf si c'est prescrit, au cas par cas. Les médecins laissent ça en général aux soins de suite de rééducation et pendant leur hospitalisation ils perdent un temps précieux et les personnes s'enfoncent considérablement. Les services de long séjour ou des maisons de retraite reprochent	Les agents et les médecins ne sont pas sensibilisés aux spécificités de la personne âgée. L'aspect psychologie n'est pas pris en compte, mais aussi l'aspect familial, parce que ces personnes ont énormément besoin de leur famille et de leurs proches. Il n'y a donc pas de prise en charge globale de la personne âgée, ce qui entraîne une certaine négligence. Il faut sans cesse sensibiliser les agents, sinon cela ne fonctionne pas. Pour certains agents, la personne âgée n'a pas les mêmes droits qu'une personne de 30 ou 40 ans, pas les mêmes exigences. Les agents pensent qu'il est normal que la personne âgée ait ces pathologies, alors qu'il y aurait plein d'autres choses à mettre en place. Les médecins du service ne s'en rendent pas compte. Il n'y a pas la culture de la personne âgée. Il y a eu un problème d'évolution, il y a de plus en plus de personnes âgées dans le service et personne n'y est préparé. Certaines aides-soignantes sont pourtant partie en formation concernant la problématique des personnes âgées, mais à leur retour elles ont considéré que c'était plus adapté aux agents des maisons de retraite et pas pour elles. Ce n'est pas valorisant de travailler en gériatrie. Cela vient peut-être de la formation à l'école. C'est le rôle du cadre de sensibiliser l'équipe, mais cela prend beaucoup

			<p>aux services de courts séjours de renvoyer des résidents avec des esquarres.</p> <p>La sortie est un vrai problème dans ce service, car il manque de structure d'aval. L'hospitalisation va créer des nouveaux problèmes, les malades âgés perdent de l'autonomie, et ont du mal à repartir directement à leur domicile. Il manque des structures intermédiaires de soins de suite et de rééducation. De ce fait certains retours à domicile « contraints » pour des raisons de DMS, et malgré l'aide des services de soins à domicile et de l'HAD ne sont pas satisfaisants.</p> <p>le service ne réalise pas d'admissions de court séjour en long séjour directement, sans passer par les SSR. Mais les familles sont immédiatement prévenues qu'il va falloir trouver une structure intermédiaire, parce que les délais d'admission sont beaucoup trop longs.</p> <p>Le nombre d'assistantes sociales est trop réduit (une seule assistante sociale pour tout le bâtiment qui gère les problèmes aux urgences, en maternité). D'année en année, le besoin en assistante sociale dans les services de médecin s'agrandit, en raison des personnes âgées qui ont des difficultés sociales importantes. Les cadres ne peuvent pas trop prendre le relais, car ils n'ont pas les connaissances requises.</p> <p>Les personnes agitées et démentes représentent un souci dans les services de court séjour. C'est assez méconnu au niveau de la prise en charge dans les équipes, alors que ce sont des personnes encore plus à risques de négligence, voire de maltraitance. Des comportements soignants provoquent même parfois des états d'agitation (à cause des barrières, personnes</p>	<p>de temps. Le cadre a un très grand rôle administratif et a peu de temps pour jouer son rôle de garant de la qualité des soins. Mais les agents se focalisent sur le problème cardiaque par exemple, et le reste c'est du secondaire, et ce n'est pas le manque de personnel et de manque de temps. Le médecin reste un modèle, s'ils n'attachent pas d'importance à la spécificité du patient âgé, les agents vont les imiter.</p>
--	--	--	--	---

			attachées). Le malade qui est hospitalisé doit se plier aux soins à l'organisation du service. Sinon (parce qu'il ne veut pas ou ne peut pas), les agents le forcent et c'est comme cela que la personne se retrouve attachée et ça crée d'autres problèmes. Si les agents étaient tout simplement plus attentionnés et laissaient les patients déambuler dans les couloirs tout en les surveillant, il n'y aura pas ce genre de problème. C'est surtout un problème de formation, mais que dans les services de spécialités il y a d'autres besoins en formation liés aux pathologies prises en charge.	
PH médecine polyvalente	Les personnes âgées passent par les urgences, pratiquement systématiquement. Le PH est seul et n'a pas la possibilité de faire les admissions. L'avantage de les faire passer par les urgences c'est que ça permet de faire quelques bilans, plus rapidement.	L'une des difficultés de la sortie du service de médecine polyvalente c'est que de plus en plus de personnes âgées ou de familles demandent du moyen séjour.	Les personnes âgées sont la population la plus importante à l'Hôpital, (sauf pédiatrie et maternité). En chirurgie elle y est néanmoins moins nombreuse. Sur le CHAM aujourd'hui il n'y a pas de prise en charge spécifique pour les personnes âgées. Le manque de place de soins et suite se cumule à une trop grande demande. C'est un peu trop systématique aussi aujourd'hui de vouloir aller en long séjour, ça soulage un peu.	La malade âgé est plus lourd pour les aides soignantes notamment au niveau de la toilette, de l'alimentation. Ça demande un savoir faire particulier, une attention plus particulière car on ne perçoit pas toujours la plainte des personnes âgées, leur douleur. Faire les soins demande une attention particulière car c'est douloureux dès qu'on les manipule. Il faut être attentif à la déshydratation, à leur alimentation.
Cadre SSR	L'admission dans le service de SSR n'est pas protocolée. Elle fait à partir des trois volets utilisés au niveau national (données administratives, médicales et para-médicales). C'est un document national qui est utilisé pour toutes les admissions en SSR. C'est l'assistante sociale qui remplit le premier volet, le médecin s'occupe du second volet et le reste c'est le personnel soignant.	Le protocole de sortie est en projet. Car la sortie est très souvent source de difficultés par manque de places. Néanmoins, les transferts en long séjour et en maison de retraite du CHAM se passent mieux, depuis qu'il y a la visite de pré-admission et depuis que la famille rencontre les équipes du long séjour.	Beaucoup de patients arrivent dans le service avec des esquarres. L'éloignement du SSR du plateau technique fait hésiter certains médecins à prescrire certains examens.	Les agents du SSR sont habitués à soigner des personnes âgées mais ils sont conscients de l'image dévalorisée qu'ils ont au même titre que ceux des services d'hébergement. Pourtant la prise en charge des personnes âgées est meilleure dans ce service, notamment pour la lutte contre les esquarres et l'attention portée à la nutrition. A l'hôpital la mort est vécue comme un

	Les malades viennent généralement du CHAM (du court séjour, ou des urgences) parfois des autres hôpitaux et plus rarement du domicile (lorsque le maintien à domicile est difficile, en attente de placement). Le service décharge au maximum le CHAM. Le circuit des lettres de sortie ou des dossiers n'est pas fluide.			échec, pourtant il est normal qu'elle soit plus fréquente en SSR qu'ailleurs.
Cadre USLD	Il existe un protocole d'admission réalisé à la suite de la signature des conventions tripartites. Il a aidé l'équipe à mieux gérer les admissions. Il reste néanmoins quelques difficultés liées au délai de constitution des dossiers (payant ou aide sociale), qu'un peu de temps d'assistante sociale pourrait réduire en aidant les familles à la constitution du dossier). La majorité des demandes d'admission viennent du service de moyen séjour du CHAM, mais aussi des soins de suite et rééducation publics ou privés externes (ex. : le groupe Hopale, SSR de Lens, de Béthune...). Les admissions directes suite à une hospitalisation sont rares (délais)	Les modalités de sortie de l'USLD. pour la majorité des résidents, c'est la fin de vie. Il y en a aussi, mais en faible quantité des retours à domicile ou en famille d'accueil quand l'état de dépendance s'est amélioré. Dans ce cas ce sont les familles qui organisent la sortie, parfois aidé par le service par sa connaissance des structures et services extérieurs.	Les transferts de l'USLD vers le CHAM, pour une hospitalisation sont accompagnés de fiches de liaison contenant le plus de renseignements possibles. Malheureusement le retour pose plus de difficulté : Parfois, les personnes reviennent sans que la famille ou l'USLD ait été informée, de plus, leur état physique s'est souvent dégradé avec apparition fréquentes d'escarres.	La perception de la personne âgée par les agents peut varier selon son degré de démence et la façon dont elle est entourée ou non par sa famille. On note une nette amélioration de cette perception ces dernières années de la part des cadres. Le renforcement des formations ces dernières années pour les agents des structures d'hébergement ont renforcé leur professionnalisme et leur prise en charge soignante et amélioré la perception qu'on des autres agents du CHAM du métier exercé par leur collègues des USLD et des EHPAD.
Cadre EHPAD	Protocoles d'entrée réalisés dans le cadre de la convention tripartite, en cours de réécriture	Sortie non protocolée.		Tant que la gériatrie n'a pas été un axe prioritaire du CHAM on a eu tendance à y mettre les agents en difficulté ailleurs. Aujourd'hui ce sont pourtant des équipes en capacité à se mobiliser sur les nouveaux projets.
PH USLD - PH EHPAD – Médecin coordonnateur	Il existe un protocole d'admission qui a bien aidé les équipes et les médecins. Il doit encore s'améliorer car entre la visite de préadmission et l'admission elle-même il peut y avoir un délai long (attente de place) pendant lequel la santé et l'état de dépendance ou de	Les modalités de sortie de l'USLD et de l'EHPAD pour un retour à domicile ou en famille d'accueil quand l'état de dépendance s'est amélioré. Ce sont les familles qui organisent la sortie, parfois aidé par le service par sa connaissance des structures et services extérieurs.	les lits portes aux urgences permettent lorsqu'il n'y a pas assez de place dans les services, de garder le patient aux urgences et de l'orienter vers les services correspondants. Ils jouent un peu le rôle d'une hospitalisation de jour et permettent la réalisation de	Grâce à la certification, un important travail a été effectué dans les USLD et en SSR sur la prévention des escarres, la nutrition, et la contention. Ce travail pourra s'étendre à tous les services. Il permet la mise en place de protocoles et avec le temps un

	démence de la personne âgée est devenu incompatible avec l'hébergement en EHPAD. Une réévaluation 48H avant l'entrée est prévue. Augmentation du nombre de patients suicidants		bilans. Aux urgences, la présence d'un praticien qui a la capacité de gériatrie est un point positif. Beaucoup de patients sont en fin de vie en EHPAD et c'est vraiment lourd et cela prend beaucoup de temps aux aides-soignants ou aux infirmières.	changement des mentalités. Ne connaît pas la perception qu'ont les agents des services de court séjour des personnes âgées. Elle est certainement différente de celle des agents des services d'hébergement qui les prennent en charge sur le long terme.
Agent des services sociaux	Les médecins de ville adressent de plus en plus souvent les personnes âgées à l'hôpital quand le maintien à domicile est difficile. La répartition des personnes âgées arrivées aux urgences dans les services est difficile en raison de leurs polyopathologies. Augmentation du nombre de patients suicidants.	Les demandes de transferts. ne sont pas faites assez tôt. Les patients sont souvent présent depuis plusieurs jours dans les services avant que l'on s'interroge sur un lieu de transfert.	L'augmentation du nombre de patients âgés au CHAM entraîne une augmentation du nombre de demande de transferts en SSR. Or il manque de place en SSR car c'est devenu aussi un sas d'attente de places en EHPAD. De surcroît les EHPAD sont de plus en plus exigeants et les dossiers plus difficiles et plus longs à monter. Les problèmes sociaux sont plus nombreux avec l'arrivée à l'hôpital d'un plus grand nombre de personnes âgées, que ce soit pour des raisons médicales ou de maintien difficile à domicile. Or le temps de travailleur social est limité au CHAM : 2,5 ETP Les patients âgés qui sont allés en psychiatrie ont du mal à trouver une place en EHPAD par la suite. Les réhospitalisations sont fréquentes et certains personnes reviennent régulièrement pour que la famille puisse avoir un peu de répis.	Le patient âgé n'est pas le public préféré des agents qui ont plus de plaisir à soigner un public jeune. Sa prise en charge est plus lourde et plus délicate, notamment sur les aspects psychologiques. Néanmoins il n'y a pas de différence de traitement.
Cadre en psychiatrie			Les patients âgés atteints de pathologie psychiatrique (autre qu'Alzheimer ou apparenté) sont de plus en plus nombreux. Ils n'ont ni leur place en psychiatrie, ni en gériatrie. La difficulté venant de leur cohabitation problématique avec les autres malades ou résidents, et dans les EHPAD du peu de personnel pour les prendre en charge de façon satisfaisante et sécurisée.	Le patient âgé atteint d'une pathologie psychiatrique est encore moins bien accepté que les autres. Il fait peur.

			Par ailleurs, beaucoup d'entre eux sont victimes d'abandon de la part de leur famille.	
Directeur des soins	<p>Les motifs d'hospitalisation, ne sont pas toujours clairement explicites par les Médecins traitants. Quelquefois, sous le motif d'hospitalisation pour un problème de santé donné, il y a plutôt un problème de maintien à domicile.</p> <p>Le service des urgences n'est pas une porte d'entrée privilégiée pour les personnes âgées, parce qu'il y a un temps d'attente important et parce qu'elles sont au milieu d'autres prises en charge. Par ailleurs, le personnel des urgences n'est pas formé spécifiquement la prise en charge gériatrique.</p>	R	Note l'allongement des durées de séjour en médecine par manque de places en SSR	<p>La personne âgée demande plus de temps que les autres patients (soins d'hygiène, de nursing, prise de repas). Plus que sa polyopathie, c'est la fragilité du patient âgé qui pose problème aux équipes (chute, escarres, démence)</p> <p>La prise en charge sociale demande plus de temps aux cadres et aux infirmières.</p> <p>Note l'image un peu dévalorisante pour les agents qui travaillent auprès des personnes âgées. Ces agents n'ont pas toujours fait le choix d'y travailler, que c'est une affectation qui leur a été imposée. Pourtant, dans le nouveau personnel soignant (infirmiers, aides-soignants), a une réelle volonté d'aller travailler chez les personnes âgées, comme un service de soins technique.</p>
DIM			<p>Il n'est pas possible aujourd'hui de sortir du PMSI l'information « en attente de placement ». La masse critique du CHAM ne lui donne pas les moyens en personnels suffisants pour que l'activité soit renseignée au delà du diagnostic principal et des diagnostics associés, soit de l'information sur l'activité brute pour avoir du cash flow financier. Le PMSI est un outil économique, même s'il a tout pour faire de l'épidémiologie.</p> <p>L'assistante sociale du court séjour est seule et doit prioriser son intervention sur les sorties les plus urgentes et les services les plus demandés, les plus en crise.</p>	

- Grille d'analyse de la deuxième partie de l'entretien

	Connaissance	Participation	Attentes	Réserves / projet	Freins à lever et propositions	Dernière question
PH urgences	Sais que du personnel spécialisé en gériatrie viendrait apporter son aide au service des urgences au besoin. Je suis informé de l'augmentation du nombre de lits de court séjour gériatrique, du rapprochement du SSR (a participé à la rédaction de l'article dans CHAM diffusion)	Je n'ai pas participé à l'élaboration de ce projet. J'aurai aimé pouvoir donner mon avis.	Le rapprochement du SSR c'est bien car les gens trouvent cela loin surtout quand il n'ont pas de voiture. La création d'une UMG est un projet positif. Cette UMG doit être efficace, c'est à dire permettre l'avis d'un gériatre, en permanence (24H/24,7j/7). et environ dans l'heure qui suit. L'assistante sociale de l'UMG répondra à notre attente de préparer la sortie dès le départ. Elle verra la famille à l'arrivée. Car souvent celle-ci après avoir déposé son parent s'éclipse et n'est plus joignable. Les consultations gériatriques n'ont pas d'intérêt pour les urgences, plus pour les médecins de villes et pour faire des pré-admission pour avoir l'avis d'un spécialiste,	La création de 20 lits de gériatrie active me paraît beaucoup de trop. On va vite se rendre compte que ces 20 lits vont être vite remplis, mais cela risque de faire diminuer les taux d'occupation des autres lits. On risque de tout mettre en gériatrie, les avis de spécialistes ne venant pas plus vite. La solution passerait par une réduction de la moitié de ce nombre de lits et une meilleure organisation. le rapprochement des lits de campagne n'est pas accompagné d'une augmentation du nombre de lits. Les consultations gériatriques, je ne suis pas sûr que les médecins de ville y auront recours : c'est comme la psychiatrie, il y a une grande réticence à aller chez le gériatre.	Il sera important de communiquer avec les autres spécialistes, avec les médecins de ville pour expliquer à quoi sert ce nouveau dispositif. il faut habituer les esprits. A l'intérieur du CHAM aussi il faut beaucoup communiquer à ce sujet. Freins à ce projet peut-être par rapport aux patients eux-mêmes, considérant qu'ils ne sont pas si vieux que cela pour aller dans un service de gériatrie : le fait d'aller dans un service de gériatrie c'est connotant pour la personne. Pour une personne il y a toujours plus vieux que soit. Le personnel, il importe qu'il soit choisis en fonction de ses compétences en gériatrie et notamment en psychologie	HAD en maison de retraite c'est très bien. Elle a tout son rôle pour aider à la médicalisation des MDR qui ne le sont pas et même celles qui le sont. La création d'un service de gérontopsychiatrie est toujours difficile, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne relèvent pas de la psychiatrie. Une personne âgée n'a rien à faire en psychiatrie, on y mettra les gens qu'on ne veut pas. Ca risque d'être le fourre tout. Tous les « emmerdeurs » vont partir en géronto-psychiatrie les déambulants, les agressifs qu' « on ne peut plus conserver » ailleurs. Le pôle gériatrique comprenant toute la gériatrie du MCO au long séjour permettrait un regroupement de moyens, en gériatres, en personnels, en assistantes sociales. La difficulté serait que ce n'est pas le même payeur. Cela ferait un contre poids aux autres pôles.
Cadre médecine	Connaît bien le projet	Participe à sa réalisation (travaille sur les plans ...)	Une évaluation plus rapide et plus complète de la PA aux urgences, évitera une aggravation de l'état du patient agé et des	Crainte de la dérive vers des hospitalisations non indispensables du fait d'un nombre confortable de	Il serait utile de mettre d'avantage en valeur combien les équipes des USLD et du SSR sont actives sur certains	service de gérontopsychiatrie serait très utile notamment parcequ'il arrive beaucoup de suicides de

			<p>orientations inappropriées.</p> <p>Ces lits de court séjour gériatrique permettront une prise en charge plus spécialisée, plus complète. Il manque des lits de médecine polyvalente, mais pas à orientation gériatrique. Les lits actuels de médecine polyvalente devraient être maintenus dans cette optique.</p> <p>Espoir que ce projet permettra de renforcer la kinésithérapie de remise à la marche.</p> <p>Permettra d'avoir du temps de gériatre bien dédié notamment pour faire les bilans.</p> <p>Limiter la perte de chance et la dégradation lors de l'hospitalisation.</p> <p>Si le séjour en médecine gériatrique est plus efficace, cela réduira les besoins d'hospitalisation en SSR, devenue aujourd'hui quasi systématique.</p> <p>Le rapprochement des SSR</p> <p>Est très positif parce que le service sera plus moderne. Les problèmes d'organisation dus à l'éloignement se résoudront plus facilement.</p> <p>Les échanges d'expérience seront profitables.</p> <p>Le service de consultations gériatrique de d'hospitalisation de jour évitera des hospitalisations abusives, et permettra un suivi spécialisé de la personne âgée.</p>	<p>lits.</p> <p>Certaines expériences d'EMG ont révélé une difficulté à se rendre aux urgences.</p> <p>Le démarrage des consultations gériatriques sera sans doute délicat, car c'est un nouveau service, une nouvelle culture.</p>	<p>aspects de la prise en charge, notamment les travaux de kinésithérapie, autour de la nutrition, des escarres, de la contention.</p> <p>Mme WITZAC, cadre de santé en médecine polyvalente a fait son mémoire de l'école de cadre sur le concept de fragilité. Sa proposition était de faire une évaluation de PA dès les urgences avec des questions bien ciblées pour faciliter le diagnostic et l'orientation. Elle s'est inspirée de différents travaux dont des travaux canadiens. Proposé à l'équipe des urgences lorsqu'elle y travaillait encore, il a été abandonné par « manque de temps ». Elle considère pourtant qu'avec cet outil on ne perd pas de temps, on en gagne pour le malade âgé.</p> <p>Il est important que tout le personnel soit formé à la prise en charge de la personne âgée, quel que soit le service et notamment aux urgences.</p> <p>EMG : il sera indispensable de bien travailler sur les attentes des différents services par rapport à cette équipe.</p> <p>Orchestrer une bonne communication sur tout le dispositif car c'est un véritable changement de culture qu'il faut réussir.</p>	<p>personnes âgées aux urgences.</p> <p>L'HAD en maison de retraite ne peut être qu'un plus notamment parce qu'elles manquent de personnel.</p> <p>La création d'un pôle gériatrique risque de stigmatiser les personnes âgées alors qu'il y en a dans tous les services. J'imagine plutôt un pôle médecine avec le SSR peut-être et la transversalité avec les équipes de spécialités, qui donnent leurs avis, qui conseillent. (Cf Muriel Jamot)</p>
--	--	--	--	---	--	--

					Pointe la nécessité de travailler avant avec tous les acteurs sur les protocoles d'admission, les profils et évaluation de départ.	
Cadre médecine	A appris certaines choses au travers de certaines réunions (avec le Directeur, réunion de cadres). Elle a donc quelques informations venant de lui du cadre qui a participé au projet et a eu connaissance également par certaines documentations. Elle est donc au courant de la création d'un service de court séjour gériatrique et le déménagement du moyen séjour de Campagne qui vient sur le CHAM. Elle connaît un peu le concept de la création de l'unité mobile de gériatrie. Mais pas celui de consultations gériatriques et d'hôpital de jour.	N'a pas participé au projet, mais le cadre qui était là avant y a participé.	Une prise en charge plus adaptée de la personne âgée. La création de l'unité de gériatrie, répond à un réel besoin dans le secteur. Permettra, à partir du moment où la personne âgée est adressée par un médecin, qui a déjà posé un diagnostic à un service, ne pas la faire passer par les urgences.	Le problème viendrait peut être de la coopération entre médecins et médecins référents dans les services. Il faut qu'ils acceptent de passer le relais, donc accepter qu'il y ait des problèmes à prendre en charge qui ne soit pas du ressort de l'infirmière ou du médecin du service, il faut donc avoir une perception globale de la personne âgée. Craint que tous les patients qui sont difficiles à prendre en charge (patients trop agités) dans les services de court séjour, se retrouvent dans le service de court séjour gériatrique.	Il conviendra de faire attention au recrutement et informer les agents sur quelles populations ils vont prendre en charge, pour que les objectifs soient clairs. Il faut qu'un médecin chef de service mette au clair tout le processus. Pour que la coopération ne se passe pas bien entre les différents services, il faut que chacun connaisse bien les missions des uns et des autres. Pour éviter que le court séjour soit un service fourre-tout, il faut bien définir quelle population sera prise en charge et en informer toutes les personnes concernées. Que ce projet soit aussi l'occasion de mener une réflexion et de former les agents à la fin de vie et aux problématiques de l'acharnement thérapeutique. Exemplarité des médecins : importance de leur sensibilisation pour qu'ils diffusent auprès des agents la culture gériatrique.	La création d'un service de géronto-psychiatrie est vraiment important, parce que les personnes âgées, très âgées, n'ont pas leur place dans un service de psychiatrie. Ce sont des pathologies spécifiques, avec des patients spécifiques, cela n'amène pas la même prise en charge que chez l'adulte ou le jeune. L'intervention de l'HAD en EHPAD ne peut être qu'un complément utile, parce que il y a de plus en plus de gens âgés dépendants, et que dans les maisons de retraite, il n'est pas possible de faire face à tous les problèmes. L'HAD est une bonne chose et que tant qu'il est possible de maintenir les gens dans leur milieu de vie, de les soigner à leur domicile, c'est mieux que de les faire venir en hôpital. Le pôle gériatrique, c'est une bonne chose. cela permettra une meilleure prise en charge de la personne âgée, qui est un patient très spécifique. Le conseil et les acteurs du pôle vont parler le même langage, ce sera donc

						plus facile pour créer un projet, ce sera plus dynamique. C'est logique de créer un pôle gériatrique, avec le long séjour. Les problèmes où sont présentes des personnes âgées se retrouvent dans tous ces services.
PH médecine polyvalente	La création du projet vient du fait que la médecine I (pneumo, gastro, méd polyvalente) est débordée. Parfois la médecine polyvalente accueille 10 patients pour les 6 lits autorisés. La demande d'augmentation de lits faite par le directeur a suivi la mode : à cette époque là c'était orienté sur la gériatrie.	N'a pas été associé à l'élaboration de ce projet et le regrette. Mais travaille à sa réalisation (plan,)	Ce projet doit être accompagné de l'affectation de personnel médical et paramédical adapté, c'est à dire des gériatres, des IDE et des AS formées à la gériatrie et volontaire aussi. C'est la base de la réussite de ce projet. Ce service aigu doit pouvoir accueillir tout le monde. Il n'est pas question de faire des choix. Il est évident qu'on ne va pas tourner tous seuls mais en collaboration avec les autres spécialistes. Ce n'est pas une unité qui va se refermer complètement sur elle-même et qui va s'isoler du reste de l'hôpital. Le passage par les urgences ne doit pas être la seule trajectoire d'admission, il est envisagé l'admission directe depuis le domicile ou la structure d'hébergement. Le rapprochement SSR est très important parce que la population vient en grande partie de Berck et d'Etapes.	Dubitatif, pour la création d'une UMG car c'est un projet qui demande du personnel et l'on a déjà du mal à recruter des gériatres. Il préfère que l'attention et le renforcement se fasse d'abord sur les lits de court séjour gériatrique avant d'aller porter des avis à l'extérieur. « Soyons fort en interne avant de nous éparpiller à l'extérieur ». Pour les consultations gériatriques c'est aussi une question de moyens. C'est souhaitable, mais pas sans moyens on ne peut pas faire plus qu'on ne peut sinon on fait les choses à moitié. Je crains l'effet d'annonce.	Les deux services (court séjour gériatrique et SSR) ne travaillent pas actuellement à l'organisation de ce rapprochement. C'est un problème de temps. Il sera important de bien communiquer avec les médecins traitants, de les informer, c'est plus important même que de le faire au niveau de la presse.	L'HAD est adaptée à des cas lourds, des pathologies lourdes. Je ne suis pas sûr que ce soit bien adapté à la personne âgée. Un service de gérontopsychiatrie : risque de cloisonner encore un peu. On classe trop les gens. Il vaut mieux rester polyvalent, en s'entourant de gens tels que les psychiatres, psychologues et autres. HAD en EHPAD : Dubitatif. Nos structures sont déjà médicalisées. Actuellement la fin de vie ne pose pas trop de problèmes. Lorsque ça devient vraiment trop lourd, on hospitalise. Mais si l'HAD doit venir en EHPAD il faut que ce soit ponctuel et que le rôle de chacun soit bien précisé. Un pôle gériatrique s'avère nécessaire dans la mesure où il y a un service de court séjour gériatrique, des soins de suite, du moyen séjour du long séjour, des EHPAD, des

						structures d'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et que c'est la partie la plus importante de l'hôpital, là où il y a le plus grand nombre de patients, de résidents.
Cadre SSR	Informée de la création du service de cours séjour gériatrique et du transfert du SSR mais pas de l'unité mobile de gériatrie et de la création d'une consultation de gériatrie,	Participé à certains travaux pour le rapprochement du SSR notamment	Attente d'une prise en charge plus adaptée de la personne âgée. Réduire les ré-hospitalisations. L'occasion peut-être de travailler plus avec les services extérieurs. Meilleure accessibilité du plateau technique pour les patients du SSR. Le projet de consultations gériatriques aiderait beaucoup en terme de diagnostic, notamment sur certaines pathologies très spécifiques.	Les médecins qui vont devoir travailler ensemble réussiront ils à le faire dans un esprit de coordination et de coopération ? Pour les équipes du SSR, le transfert de leur service crée des inquiétudes : changement de lieu, taille des locaux, changement de médecins, peur du regard des équipes du court séjour, désorganisation. Peur que les patients soient plus lourds, qu'il y ait plus de fin de vie dans le nouveau SSR.	Propose une réflexion sur l'hospitalisation de nuit pour certains malades âgés dont la prise en charge à domicile la nuit est problématique. Les cadres vont jouer un rôle important pour motiver les équipes lors du transfert, lever les freins psychologiques et revaloriser les agents.	
PH SSR	Je ne suis pas parvenue à m'entretenir avec lui					
Cadre USLD	Connaît le projet de création d'un court séjour gériatrique avec des admissions directes, avec les médecins extérieurs libéraux, pour aider les urgences et avoir un accueil de qualité pour les	A participé à quelques réunions de travail.	Pertinence de l'augmentation des lits de court séjour gériatrique. Une meilleure prise en charge de la personne âgée. Une consultation gériatrique et un hôpital de jour permettront d'y faire les bilans psychologiques, psychiatrique et médical avant l'entrée en USLD.	L'Equipe mobile de gériatrie est recue avec plus de réserve car elle demande de la part de ses acteurs une réelle capacité de communication et d'adaptation aux différents besoins des services qui la solliciteront, qui n'est pas à la portée de tout les professionnels.	Outre un besoin réel en assistantes sociales, il conviendrait aussi autour du dispositif mis en place pour les personnes âgées de dédier du temps de psychologue pour gérer la souffrance des patients et de leur famille. En profiter pour valoriser les structures d'aval	Les retours à domicile avec prise en charge de l'HAD rencontrent un problème de délais de prise en charge (jusqu'à plusieurs mois). L'HAD en maison de retraite, c'est compréhensible (elle ne se justifie pas en USLD). L'EHPAD est certainement médicalisée mais jusqu'à un certain

	<p>personnes âgées.</p> <p>Elle est informé du souhait du CHAM de professionnaliser la prise en charge en gériatrie.</p> <p>Elle a entendu parlé de la créations de consultations gériatriques</p> <p>Du rapprochement du SSR</p> <p>De la création d'une structure Alzheimer</p> <p>Elle n'est pas informée de la création d'une unité mobile de gériatrie.</p>		<p>Les futurs acteurs hospitaliers de la filière seront plus sensibilisés par les personnes âgées et la prise en charge sera très certainement améliorée. Ils auront, avec les agents de l'USLD la même spécialité, donc une plus grande facilité à communiquer.</p> <p>Le rapprochement du SSR est justifié, pour une meilleure proximité du court séjour et éviter les déplacements longs et fatigants pour faire des examens complémentaires.</p>			<p>point, et l'infirmière n'est ni assez formée ni assez présente pour assurer certaines prises en charge.</p> <p>L'HAD permettrait donc quand un état s'aggrave, ou quand c'est trop lourd de ne pas déplacer la personne âgée dans un milieu qu'elle ne connaît pas.</p> <p>Il sera toutefois important de bien connaître l'aide qui sera apportée.</p> <p>Le pôle gériatrique doit être composé que des services hospitaliers de la filière gériatrique jusqu'au SSR.</p>
Cadre EHPAD	Rencontres informelles lors du stage.				Le CHAM gagnerait à ce que les futures Les IDE qui travailleront en gériatrie soient titulaires d'un DU de gériatrie.	
PH USLD - PH EHPAD – Médecin coordonnateur	<p>L'augmentation de la capacité d'accueil du service gériatrie.</p> <p>La création des deux unités d'Alzheimer.</p> <p>Ne connaît pas le projet d'unité mobile de gériatrie, ni le principe.</p> <p>N'était pas informée non plus de la création d'une consultation gériatrique et</p>	Pas associée à la rédaction du projet.	<p>Ce projet répond au besoin de plus en plus important de lits de gériatrie.</p> <p>Que ce projet soit l'occasion de mettre en place une évaluation gérontologique standardisée où le geste permet de faire un bilan global du patient, d'évaluer sa mémoire, sa nutrition, son équilibre, la douleur.... Avec cela on ne devrait plus découvrir une maladie Alzheimer à l'arrivée en maison de retraite.</p> <p>La stabilisation du patient avant son entrée en structure d'hébergement sera mieux faite dans un court séjour gériatrique.</p>	<p>Souhaite que la création des UMG et des consultations soient décalées dans le temps, parce que personne ne travaille dessus.</p> <p>L'urgence c'est l'unité de gériatrie pour pouvoir faire des entrées directes en court séjour.</p>	<p>Il est essentiel que ce projet soit bien travaillé en amont et sur l'intégralité de ces modalités.</p> <p>IL faut donner les moyens humains aux services gériatriques hospitaliers du CHAM (kiné, ergo, assistante sociale, diététiciens) pour pouvoir préparer le patient et son dossier avant d'entrer en institution.</p> <p>Il est important que le patient âgé soit pris en charge dans sa globalité (ses yeux, sa dentition, l'équilibre).</p>	<p>Elle rappelle qu'elle avait donné l'idée de créer une structure d'Alzheimer court séjour à Montreuil, mais que cela n'avait pas été retenu</p> <p>La prise en charge des personnes en psycho-gériatrie et une bonne idée.</p> <p>L'accueil d'une personne âgée en psychiatrie est spécial, ce n'est pas du tout la même que pour un sujet jeune. Il y a quand même un gros service de psychiatrie au CHAM et il serait possible de construire une aile</p>

	des lits d'hospitalisation de jour.		<p>Le rapprochement du SSR est perçu de façon très positive.</p> <p>La consultation gériatrique, est bien accueillie, surtout si elle se fait en partenariat avec les neurologues. Il serait également intéressant de voir dans d'autres structures comment cela a été mis en place, le nombre d'intervenants, les moyens qu'ils ont et à partir de là créer un programme. Mais là, la consultation va être créée du jour au lendemain.</p>		<p>Il serait utile d'aller voir comment fonctionnent les EMG et les consultations gériatriques dans d'autres hôpitaux. Dès le début, il faut poser les limites et les missions.</p> <p>Renforcer pour les médecins et les soignants les formations sur la maladie d'Alzheimer.</p> <p>Il faudra tenir compte du fait que les consultations gériatriques sont des consultations longues, qui ne pourront pas avoir beaucoup de patients (minimum ¾ d'heure).</p>	<p>pour les personnes, mais en structure d'accueil long séjour.</p> <p>l'HAD en EHPAD devra prendre en charge un patient c'est de A à Z, quelque soit l'heure ou le jour.</p> <p>L'infirmière de l'EHPAD ne devra pas être dérangée, ce sera à celle de l'HAD de se déplacer. Il serait judicieux que Monsieur CRUELLE (le médecin responsable de l'HAD) puisse intervenir auprès des confrères des EHPAD pour expliquer quelles pathologies seront prises en charge, et le nombre de patients qu'ils peuvent prendre.</p> <p>La création d'un pôle gériatrique avec des structures non situées sur Rang du Fliers paraît compliqué.</p>
Cadre services sociaux	<p>Connaît le projet d'extension de l'hôpital avec un nouveau service de court séjour gériatrique et le transfert du moyen séjour.</p> <p>Les autres points du dispositif lui sont inconnus.</p>		<p>Projet positif permettant un gain de temps.</p> <p>Les personnes âgées bénéficieront d'une prise en charge spécialisée.</p> <p>L'EMG doit jouer un rôle majeur dans les choix d'orientations des personnes âgées. On attend d'elle un soutien des équipes et un suivi des patients, et un facilitateur des coopérations entre services.</p>		<p>L'information au sujet de l'ouverture de l'HAD et de l'accueil de jour Alzheimer n'est pas parvenue correctement jusqu'aux services. Il conviendrait de renforcer l'information en interne lors de l'ouverture des différents services de la filière gériatrique.</p> <p>L'information des médecins de ville est une des clefs de la réussite de ce projet. Il doivent cesser d'adresser aux urgences les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible.</p>	<p>Un service de géronto-psychiatrie permettrait de répondre à l'augmentation du nombre de personnes âgées ayant fait une tentative de suicide qui vivent de plus en plus mal leur vieillesse (dépression...). Les personnes âgées n'ont pas leur place en psychiatrie.</p> <p>L'HAD ne serait peut-être pas nécessaire si le nombre d'agents dans les EHPAD était suffisant.</p>

					Le développement des hébergements temporaires permettrait d'apporter le répit nécessaire aux familles sans pour autant amobiliser les lits de l'hôpital.	
Cadre de psychiatrie			L'augmentation du nombre de lit de SSR pourrait permettre qu'il y ait moins de freins à prendre les patients de psychiatrie qui le nécessite. Formule l'espoir que les critères d'admission seront élargis. Pour cela il faut aussi une évolution des mentalités et une meilleure connaissance des patients venant de la psychiatrie.		Souhaite être associé aux préparatifs à l'ouverture.	Le projet d'un service de géro-psi-chiatrie n'est pas à l'ordre du jour pour les tutelles qui prévoient plutôt de financer une équipe mobile de géro-psi-chiatrie qui interviendrait dans les services de gériatrie. Pourtant ce n'est pas suffisant. La géro-psi-chiatrie demande une prise en charge 24H sur 24 et non pas une visite ponctuelle, même 1h00 par jour.
Directeur des soins	Elle savait que les soins de suite venaient sur le site, qu'une étendue en capacité de lits était prévue en court et moyen séjour. Pas été clairement prévenue de la création d'une unité mobile de gériatrie, et pas du tout de la création d'un service de consultations.	a pris connaissance des plans des nouveaux bâtiments lors de la venue des architectes, sur les effectifs et sur les équipements, avec deux cadres de Médecine, celles du SSR et d'une USLD et la kinésithérapeute.	C'est vraiment définir le circuit d'une personne âgée qui arrive au CHAM et organiser ce circuit pour limiter les attentes, le temps d'hospitalisation, et pour faciliter le retour à domicile ou en structure d'hébergement. Eviterait aux personnes âgées de devoir passer au service des urgences Le temps de prise en charge social, est vraiment quelque chose de majeur.	Redoute l'incapacité de mettre à plat l'organisation et à la suivre. Il va falloir veiller au recrutement de personnel motivé, qui a vraiment envie de s'investir pour la personne âgée et prêt à quitter leur certitude pour quelque chose de nouveau. Freins liés aux individus et non aux structures, sur la capacité à se remettre en question, à créer quelque chose de nouveau, à aller de l'avant. Interroge la capacité des équipes à travailler ensemble, parce que tout le monde sera sur le même site et il faudra qu'il y ait une complémentarité inter services.	Préparer le nouvel isolement de l'USLD de Campagne (continuité des soins aujourd'hui assurée par le SSR)	géro-psi-chiatrie : Madame DEHAINE a peur que ces malades soient encore plus isolés, de les stigmatiser, tout en sachant que c'est difficile à vivre au quotidien dans un service de personnes déjà dépendantes l'intervention de l'HAD en EHPAD : d'accord sur ce principe et n'y voit pas d'inconvénient, même s'il faudra définir des modalités le projet de pôle gériatrique : l'ensemble de la filière gériatrique, l'ensemble des hébergements, pour

						qu'il y ait une continuité de prise en charge, pour qu'il y ait au cœur du pôle des personnes au courant des projets, une cohérence autour de la personne soignée et pas autour de la durée du séjour, avec des projets bien adaptés
DIM		Pas associé à la constructin du projet, mais disponible pour le modéliser comme pour la réanimation.			Il faudra savoir qui l'on veut mettre dans ce service, faire un cahier des charges dès le départ au risque que les spécialistes viennent « faire leur marché aux urgences » : Si le seul critère est l'âge, dès que la personne aura plus de 75 ans et qu'elle risque de rester un peu plus longtemps, il ne la prendra pas. Le service de gériatrie ne doit pas être en situation de hiérarchie par rapport aux autres spécialités.	

DOSSIER



DE LA FILIERE GERIATRIQUE A LA FILIERE GERONTOLOGIQUE

*Le C.H.A.M. : établissement de référence sur l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer
pour la prise en charge des personnes âgées*

VIELLISSEMENT DE LA POPULATION ET VAGUE GÉRIATRIQUE DANS LES HÔPITAUX

Préoccupation nationale de santé publique, le vieillissement général de la population française impacte déjà le fonctionnement hospitalier par un recours accru de la population âgée aux offres de soins. Actuellement 1/3



des séjours hospitaliers concernent des personnes âgées de plus de 65 ans.

De surcroît, au dernier recensement de l'INSEE, les habitants de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer sont les plus âgés du

Pas-de-Calais. Ceux âgés de 60 ans et plus représentent 23% de la population (contre 19,9% dans le département et 18,8% dans la région).

Ainsi au C.H.A.M., entre 2000 et 2003 la moyenne d'âge en médecine est passée de 66 à 67 ans et en moyen séjour de 77 à 78 ans. Il importe donc qu'un établissement tel que le C.H.A.M. anticipe dans sa future organisation l'arrivée, dans les 20 prochaines années, des personnes nées durant le baby-boom, dans les âges requérant un recours plus fréquent aux hospitalisations.

C'est ce qu'il a déjà acté dans son projet médical 2004, et ce qu'il souhaite renforcer, avec le soutien des tutelles et notamment de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.), comme a pu le dire M. Dominique DEROUBAIX, directeur de l'A.R.H., lors de sa visite dans nos locaux en novembre 2006.

Fort de la compétence de ses agents et de l'existence de services et de structures déjà spécialisés dans cette prise en charge spécifique, l'avenir du C.H.A.M. passe donc par un renforcement de son dispositif sanitaire et social en direction des personnes âgées.

AUJOURD'HUI, L'EXISTANT

Le C.H.A.M. aujourd'hui propose déjà un grand nombre de lits destinés principalement aux personnes âgées et peut se féliciter d'une expertise reconnue de ses professionnels :

Court séjour gériatrique à Rang-du-Fliers : 6 lits. Devant l'afflux de résidents âgés, polyopathologiques, les services de médecine du C.H.A.M. ont choisi de spécialiser 6 de leurs lits autour de la médecine gériatrique. Mais ces lits sont notablement insuffisants.

« Soins de suite et de réadaptation » à Campagne-les-Hesdin : 40 lits. Appelé autrefois "moyen séjour", ce service a pour mission d'assurer des soins orientés vers le retour à domicile. Les soins médicaux, infirmiers et de rééducation convergent vers la réduction mesurable de la dépendance des malades âgés et la reconstruction de liens sanitaires, familiaux et sociaux.

Unités de soins de longue durée : 60 lits à Montreuil (Les Opalines) et 80 lits à Campagne les Hesdin (Les Myosotis). Structures mixtes sanitaires et sociales, elles représentent le plus haut degré d'implication sanitaire dans une structure d'hébergement. Actuellement les malades hébergés en service de soins de longue durée sont caractérisés par une polyopathie importante, une très grande dépendance physique et psychique et un taux de mortalité important.

Maisons de retraite médicalisées : 75 lits à Campagne les Hesdin (Les Pléiades), 120 lits à Montreuil (St Walloy), 80 lits à Berck sur mer (Les Oyats). Ce sont des établissements d'hébergement social, dotés de services collectifs, où les résidents paient un tarif hébergement, au sens hôtelier du terme, où les frais liés à la dépendance sont financés en partie par l'APA², et les frais liés aux soins sont couverts par l'assurance maladie.

Depuis sa création, le CHAMAD (C.H.A.M. Accompagnement Douleur) intervient à la demande des équipes dans l'ensemble de ces structures, pour que la lutte contre la douleur soit aussi accessible aux personnes âgées accueillies dans nos murs.

Pour ses maisons de retraite et ses U.S.L.D., le C.H.A.M. a signé début 2006 avec le Conseil Général et l'A.R.H. une convention dite « tripartite » pour 5 ans. C'est un peu le contrat d'objectifs et de moyens du secteur d'hébergement. Les grandes lignes de ce contrat dessinent une volonté d'améliorer la prise en charge médicale, soignante et hôtelière des résidents.

Mais le C.H.A.M. a aussi voulu mettre l'accent, dans son projet médical (qui concerne principale-



ment le court séjour), sur le développement d'une filière de soins gériatrique, comme le préconise la circulaire du 4 mars 2002 pour les établissements de santé disposant d'une structure d'urgence et associant en série plusieurs structures hospitalières à orientation gériatrique. La filière prévue au projet médical repose sur un court séjour

gériatrique et la nécessité d'améliorer les réponses en aval, vers le service de moyen séjour et l'hospitalisation à domicile.

De ces deux axes de progression (convention tripartite et projet médical), un certain nombre de projets sont déjà en bonne voie.

EN COURS :

Les principaux projets issus des accords de la convention tripartite et leur calendrier

Humanisation des U.S.L.D. Certains locaux, architecturalement inadaptés aux pathologies et aux spécificités du vieillissement, ainsi qu'aux normes de confort sont en cours d'humanisation avec pour objectif de proposer des chambres individuelles supplémentaires et de transformer les chambres à 3 lits en chambres à 2 lits. Les travaux devraient débuter en avril 2007 aux Opalines. Quant au service des Myosotis il devrait profiter du transfert du moyen séjour vers Rang-du-Fliers pour investir une partie de l'espace laissé vacant et supprimer ses dernières chambres à 3 lits.

Recrutement d'un médecin coordonnateur. Depuis mars 2006, Madame le Dr HABI a accepté, à hauteur de 5 demi-journées, de remplir cette mission pour les maisons de retraite et les U.S.L.D. (Cf. encadré sur les missions du médecin coordonnateur).

Un travail de formalisation des éléments constitutifs d'un accueil de qualité du résident a déjà été mené (procédure d'accueil, livret d'accueil). Il se poursuivra en 2007 par la mise en circulation du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, et la création du dossier gérontologique individuel comprenant l'histoire de vie, les habitudes et les goûts, le projet de vie individuel.

Le projet de création d'unités Alzheimer à Berck-sur-Mer (14 lits) et Campagne-les-Hesdin (14 lits et 7 places d'accueil de jour) devrait dans les prochaines années réorganiser et adapter l'offre d'hébergement en fonction des pathologies. Les dossiers de demande d'autorisation sont déposés, nous attendons l'accord des tutelles.

L'animation est aussi l'un des projets majeurs de ces conventions. Avec la création de postes d'animateur, ce projet a pour objectifs d'organiser les différentes animations, de maintenir les liens sociaux, d'entretenir les capacités intellectuelles, dans une réelle dynamique de projet, en intégration avec l'organisation du travail.

Enfin, les autres projets visent essentiellement à retravailler l'organisation et la définition des postes, mais surtout, à améliorer la prise en charge de la dépendance, dans des structures où ce sont les soins et l'hygiène qui ont été privilégiés.

Les projets contenus dans le projet médical et en voie de réalisation

Création d'une unité gériatrique aiguë. Ce service, de 20 lits supplémentaires, dont l'autorisation de création a été donnée par les tutelles s'installera à Rang-du-Fliers, dans de nouveaux locaux prévus dans l'extension. Il dispensera des soins de courte durée à des malades âgés, polyopathologiques ou très âgés à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relèvent pas



Projet d'extension de l'hôpital qui accueillera les lits de gériatrie aiguë et de soins de suite

d'un service spécialisé d'organe. M. le Dr MICHAULT a accepté de prendre la responsabilité de ce service (Cf encadré).

Le rapprochement du service de moyen séjour de Campagne-les-Hesdin vers Rang du Fliers s'articule avec le premier projet. Il facilitera le regroupement des compétences et la coordination des transferts. Ces deux opérations devraient voir le jour au cours du deuxième semestre 2009.

Le service d'hospitalisation à domicile, auquel participe le C.H.A.M., en fonctionnement depuis juillet 2006, prévoit de renforcer sa prise en charge vers les personnes âgées, complétant ainsi utilement le dispositif de filière gériatrique. L'intérêt est de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus. Pour la personne âgée, qui préfère être soignée chez elle, la limitation de la rupture avec son environnement est un facteur de qualité des soins.

Les projets satellites, qui viennent renforcer l'offre du C.H.A.M. pour les personnes âgées :

Le projet d'un foyer de 30 lits pour adultes handicapés vieillissants a pour objectif d'offrir une prise en charge spécifique aux personnes handicapées de plus de 60 ans, que les maisons de retraite ne sont pas en mesure de leur apporter.

Le CLIC de l'arrondissement de Montreuil est en cours de constitution. Le C.H.A.M., en tant que structure hospitalière référente et acteur majeur de la prise en charge sanitaire et sociale, suit attentivement son développement.



PERSPECTIVES ET ENJEUX À PLUS LONG TERME

Néanmoins, si le bilan à court terme est plus que positif, pour mieux couvrir encore l'ensemble des besoins et anticiper ceux du futur, ne conviendrait-il pas de faire en sorte que cette *filère gériatrique* soit réellement complète et qu'elle s'étoffe dans ses aspects sociaux et devienne une réelle *filère gériatologique*.

Quelle nuance entre les deux ? D'un simple point de vue épistémologique, la **gériatrie** (gériatologie clinique) est une spécialité médicale qui traite des maladies des sujets âgés, alors que la **gériatologie** embrasse quatre aspects en interaction constante : le vieillissement physique, le vieillissement psychologique, le vieillissement comportemental, le contexte social du vieillissement.

C'est en ce sens que, fort de l'ensemble du dispositif sanitaire qu'il est en train de construire, et du dispositif social et médico-social qu'il s'attache à améliorer, le C.H.A.M. pourra prétendre proposer à terme une réelle filière gériatologique. Pour cela quelques pistes de réflexion sont encore en cours d'approfondissement :

- **La création d'une consultation gériatrique** ou pôle d'évaluation gériatrique où sera effectué un bilan de la personne âgée, y compris neurologique.
- **Un renforcement des formations** sur les pathologies des personnes âgées, à destination de l'ensemble des personnels du C.H.A.M., et non plus aux seuls agents des structures d'hébergement, avec pour objectif la réduction des risques de hiatrogénie, de maltraitance, ... et l'amélioration du professionnalisme autour de cette prise en charge spécifique.

¹ INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

² APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie, financées par le Conseil Général

³ CLIC : Un Centre Local d'Information et de Coordination est un guichet d'accueil, d'information et de coordination, structure de proximité, pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage, pour les professionnels de la gériatologie et du maintien à domicile.

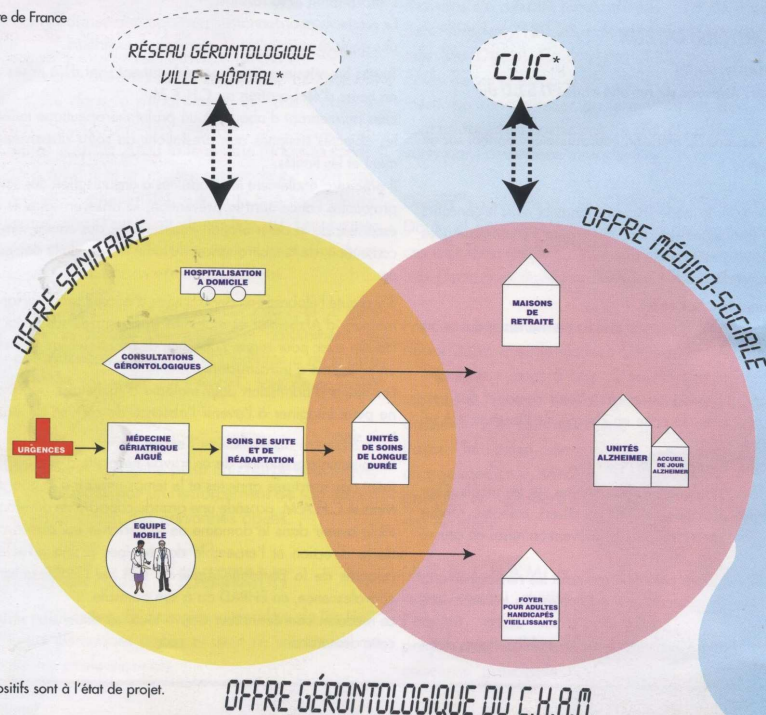
⁴ Fédération Hospitalière de France

- **Le projet de créer une équipe mobile de gériatrie**, dont la mission est de donner un avis gériatrique pour améliorer la prise en charge de la personne âgée dans les unités de soins de l'établissement. Adossée au service de gériatrie aiguë, elle interviendrait à la demande des services d'urgence et hospitaliers.
- **La création d'un service de géro-psycho-geriatrie** destiné à recevoir les résidents âgés dont les pathologies mentales s'aggravent et nécessitent une prise en charge psychiatrique adaptée, s'appuyant en cela sur la double expérience du C.H.A.M. en matière de gériatrie et de psychiatrie.

Mais l'important dans tout ce dispositif, n'est-il pas que s'opère une réelle coordination entre l'ensemble des acteurs (court, moyen, long séjour, hébergement et services satellites), préfiguration d'un **pôle gériatologique**, lui-même apte à s'intégrer, voire servir d'appui à un réseau gériatologique externe avec la médecine de ville ? Ce sont là sans doute les grands enjeux des prochaines années.

En guise de conclusion, je notais dernièrement dans une revue professionnelle l'intuition futuriste de Muriel JAMOT, Directrice d'établissement sanitaire et social et adjointe au Délégué FHF⁴ responsable du pôle « Organisation Sanitaire et Médico-sociale » : « *Aujourd'hui, on a des équipes mobiles de gériatrie qui circulent à l'hôpital d'un service d'organe à l'autre. En réalité et demain, ce sont des équipes mobiles de spécialistes d'organe qui vont être appelés dans des services de médecine gériatrique* ». Je me rends bien compte combien cette opinion peut bousculer, mais sans aller jusque-là, je suis persuadée que la stratégie du C.H.A.M. visant à anticiper l'arrivée, en grand nombre, dans ses services de nos aînés, est tout à fait pertinente et mérite d'être soutenue et renforcée.

Clarisse REYDANT-COUCPEY
Elève directeur d'établissement sanitaire et social
Stagiaire au C.H.A.M.



DE LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE À LA FILIÈRE GÉRONTOLOGIQUE : LE POINT DE VUE DES MÉDECINS

OUVERTURE DES 20 LITS DE GÉRIATRIE AIGUË, LES GRANDES LIGNES DU PROJET

Par le Docteur MICHAULT, praticien hospitalier en Médecine 1

Cette ouverture a pour objectif de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, parce qu'il existe un vieillissement de la population et d'assurer une prise en charge globale de la personne âgée : médicale et sociale :

La prise en charge médicale s'articule autour de trois aspects :

Les problèmes médicaux purs posés par la polyopathie de la personne âgée.

La prévention des risques de dépendance et de grabatisation générés à la fois par la maladie et l'hospitalisation, avec des équipes d'aides-soignants formés, et une kinésithérapie active.

La prévention des risques de trouble du comportement générés par l'isolement et l'hospitalisation, et avec autant que possible l'ouverture du service aux familles et la possibilité pour celles-ci d'accompagner la fin de vie.

La prise en charge sociale comporte essentiellement un diagnostic de l'environnement et des besoins de la personne âgée dès son entrée. Elle s'attache à rechercher un lieu adapté à la sortie en privilégiant chaque fois que possible le domicile et tout ceci en rapport avec les réseaux de soins et d'aide aux anciens existant localement.

LES MISSIONS DU MEDECIN COORDONNATEUR

Par le Docteur Séverine HABI-PAQUET

Médecin coordonnateur des Maisons de retraite et des U.S.L.D du C.H.A.M.

De manière générale, les missions du médecin coordonnateur portent sur un grand nombre de domaines :

Le projet de soins :

Il est élaboré et mis en œuvre par le médecin coordonnateur avec le concours des médecins des EHPAD (Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes), des équipes soignantes et le directeur. Ce projet fait partie du projet de vie de l'institution.

L'organisation de la permanence des soins :

Il participe avec ses collègues à l'organisation de la permanence des soins en liaison avec le directeur.

Les admissions

Il donne un avis permettant une adéquation entre l'état de santé des personnes à accueillir et les capacités de prise en charge de l'institution à un moment donné.

L'évaluation des soins avec :

Le dossier médical : il contient un minimum de données sur les motifs d'entrées/sorties, les pathologies, la dépendance, les divers comptes rendus d'hospitalisation et éventuellement les mesures de prévention mises en œuvre et leur évaluation.

Le dossier de soins infirmiers élaboré par l'équipe inclut les renseignements administratifs, les antécédents, les prescriptions médicales, les transmissions ciblées, les surveillances.

Une liste type de médicaments pour l'institution pour les établissements dotés d'une pharmacie à usage intérieur.

Lors du dernier Conseil d'Administration, le Docteur Christian CAILLIER, Président de la CME, a fait part à l'ensemble des administrateurs de sa vive satisfaction de voir aboutir enfin le projet de filière gériatrique. Cette intervention faisait suite à la présentation par Monsieur le Directeur du projet architectural d'extension de l'hôpital dans sa phase d'avant-projet sommaire (photo). Ce projet que le Docteur CAILLIER défend depuis 2003, représente pour lui l'aboutissement de nombreux mois de concertation et de travail avec l'élaboration du projet médical d'établissement. Il est convaincu que nos aînés méritent, au même titre que les autres patients, une prise en charge de qualité. Auparavant, à travers les hôpitaux de BERCK et du Centre Hospitalier du Pays de Montreuil (C.H.P.M.), le secteur sanitaire disposait de 142 lits de médecine (52 lits - Dr BREUZARD à BERCK, et à CAMPAGNE-LES-HESDIN, Dr LEJOSNE et Dr CAILLIER, 45 lits chacun). Lors de la fusion-restructuration décidée en 1992 et réalisée en 1995, le nombre de lits a été fortement réduit puisqu'il ne comporte actuellement que 36 lits dans le département de médecine 1 (gastro-entérologie - pneumologie - gériatrie) et 42 lits dans le département 2 (cardiologie). Le développement de cette filière gériatrique à travers le projet d'extension en cours permettra d'accueillir 20 patients en gériatrie active, ce qui permettra une nette augmentation de la capacité totale d'accueil. Le Dr CAILLIER tient à remercier particulièrement Monsieur Claude DUVMIER, Directeur du C.H.A.M. pour tout ce travail déjà réalisé, et espère, grâce à l'aide de l'A.R.H., que le projet pourra aboutir dans les délais.

Aux urgences, le Docteur Philippe PARMENTIER et son équipe accueillent de nombreuses personnes âgées pour des pathologies variables selon les saisons. Souvent hospitalisées à la suite de leur passage aux urgences (près de 45% d'entre elles le sont), elles requièrent une attention spécifique. Le projet de filière gériatrique est attendu ici avec impatience car il permettra aux urgentistes, situés à l'entrée de la filière, de faire appel aux spécialistes en gérontologie pour avis. Le Dr Philippe PARMENTIER reconnaît volontiers que les urgentistes ne sont pas tous formés aux spécificités de la personne âgée dont les symptômes reflètent souvent une pathologie différente de ce qu'elle est en réalité. L'exemple le plus flagrant est celui des troubles du comportement qui, comme chez l'enfant, ne sont pas toujours le signe d'une perturbation mentale mais d'un problème somatique. Il émet le souhait de pouvoir participer aux travaux de réflexion qui précéderont la mise en œuvre finale de ce beau projet pour nos aînés.

L'information et la formation :

Le médecin coordonnateur participe à la sensibilisation de la gérontologie des équipes soignantes et intervenants extérieurs.

Toutes les missions citées précédemment sont déjà mises en application ou en cours d'élaboration au C.H.A.M.

Elles permettront d'aboutir à un projet thérapeutique individualisé précisant les objectifs assignés aux prestations de soins dispensées dans l'établissement et les limites.

Il précisera également les modalités d'organisation des soins et les différents protocoles concernant la prévention, la prise en soins et l'évaluation : des escarres, de la détérioration intellectuelle, des chutes, de la nutrition, de la contention, de la maltraitance, de la fin de vie, de la douleur, de l'incontinence.

S'y ajoute l'élaboration de structures d'accueil pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sur Berck et Campagne les Hesdin avec pour regret l'absence de Montreuil sur Mer dans le projet pour un problème d'infrastructure.

Les motifs d'admission pour maladie d'Alzheimer ne faisant que croître, je ne peux imaginer à l'avenir l'absence de ce type de structure sur l'un des trois sites.

La mise en application de ce travail nécessitera du temps face à l'éloignement des structures annexes et le temps imparti à la coordination.

Mais le C.H.A.M. possède une grande capacité de développement et un véritable avenir dans le domaine de la gériatrie qui aboutiront avec le soutien de la direction et l'ensemble des équipes à une prise en charge rapide, adaptée de la personne âgée au sein de l'établissement, en H.A.D., en convalescence, en EHPAD ou à son domicile.

Le médecin coordonnateur trouve toute sa dimension et sa motivation dans cette démarche.