



EHESP

MISP

Promotion : **2009/2010**

Date du Jury : **SEPTEMBRE 2010**

**Quel avenir, pour un service
d'hospitalisation à domicile (HAD)
spécialisé en gérontopsychiatrie dans
le cadre d'une prise en charge
ambulatoire des personnes âgées du
Béarn souffrant d'Alzheimer**

CATHERINE RAUTURIER

« Don Quichotte avait raison. Sa position est la seule défendable. Toute autorité imposée par la force est à combattre. »

Henri Laborit 1914/1995, Médecin chirurgien, neurobiologiste, eutonologue et philosophe.

Remerciements

A ma famille.

Pour l'aide qu'elle m'a apportée et pour la patience dont elle a fait preuve tout au long de cette pénible année. Être élève stagiaire à plus de 40 ans tout en étant fille, femme, maman et déjà médecin de santé publique ne va pas forcément de soi. Une immense reconnaissance à Jean-François, Romain, Maxence que j'aime. Merci, pour leur soutien sans faille à mes parents, que j'adore

A mes Amis et mes proches pour qui je n'ai pas pu être très disponible cette année. Merci pour votre patience et votre soutien

A Patrick Grand, mon maître de stage sans qui ce mémoire ne serait pas ce qu'il est. Pour sa très grande disponibilité, pour sa très grande gentillesse, et pour ses très grandes compétences. Une rencontre essentielle.

A Marie-Pierre Dufraisse, une femme et une misp hors norme aussi disponible que compétente qui a transformé mon lieu de stage obligatoire en un lieu attachant. Une formidable rencontre

A toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail merci pour la qualité de nos rencontres et entretiens ainsi que pour votre grande disponibilité.

A tous les élèves stagiaires misp de la promotion de 2009/ 2010, un « grand cru » du fait des circonstances si particulières liées d'une part à la gestion de la grippe AH1N1, et d'autre part à la mise en œuvre des agences régionales de santé. ARS qui impactent de plein fouet notre métier.

A François Petitjean, qui a eu la lourde tâche de nous encadrer tout au long de l'année.

A Chantal Gravelat et Anne Marie De Belleville mes référentes girondines.

A toi Mamie Gilberte qui a tout oublié !

Sommaire

Introduction.....	1
1 LA SITUATION DE DEPART	3
1.1 Le contexte	3
1.1.1 Présentation du dossier	5
1.1.2 Définitions	6
1.1.3 Le but recherché dans la gestion du dossier	6
1.2 La question de santé publique abordée à travers ce dossier	7
1.2.1 La prise en charge des patients de gérontopsychiatrie à Pau	7
1.2.2 Les textes législatifs.....	10
1.2.3 L'éclairage du plan national Alzheimer	11
1.2.4 Les plans régionaux et départementaux.....	12
2 METHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	15
2.1 Buts et objectifs stratégiques	15
2.2 Les modalités d'actions.....	15
2.2.1 La stratégie d'action retenue	16
2.2.2 Les personnes ressources.....	17
2.2.3 Le planning prévisionnel de travail	17
2.2.4 Pourquoi ces choix	17
3 LES ACTIONS MENEES	19
3.1 Rapport d'activités : les entretiens	19
3.2 Analyses	26
3.2.1 A partir des entretiens et rencontres, des échanges téléphoniques et des courriels.....	26
3.2.2 Analyse financière	28
3.2.3 Analyse juridique	30

3.3	Les résultats	30
3.3.1	Les propositions retenues	30
3.3.2	Discussion sur les résultats obtenus par rapport aux objectifs initiaux.	31
3.3.3	Les difficultés rencontrées	32
3.3.4	Alternatives possibles	32
4	LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS.....	35
4.1	Place du MISP dans la gestion du dossier.....	35
4.2	Auto évaluation.....	36
4.3	Recommandation pour les MISP.....	36
4.4	Intérêts trouvés à la gestion de ce dossier.....	37
	Conclusion	39
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	V

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
CH : Centre hospitalier
CHG : Centre hospitalier général
CHP : Centre hospitalier des Pyrénées (hôpital spécialisé en psychiatrie de Pau)
CLIC : Centres locaux d'information et de coordination
CME : Commission médicale d'établissement.
COMEX : Commission exécutive de l'agence régionale d'hospitalisation.
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM : Caisse régionale de l'assurance maladie
CROS : Commission régionale d'organisation des soins
DAF : Dotation annuelle de financement
DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DIM : Département d'informatique médical
DT : Direction Départementale (ex DDASS)
EHESP : Ecole des hautes études de santé publique
EHPAD : Etablissement hébergement pour personne âgée dépendante
EMOG : Equipe mobile à orientation gériatrique
EMOGP : Equipe mobile à orientation gérontopsychiatrique
ERSM : Echelon régionale du service médical
ETP : équivalent temps plein.
HAD : Hospitalisation à domicile
HPST : Hôpital patient santé territoire.
IASS : Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IDE : Infirmière diplômée d'état.
IP : Inspecteur principal
MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MIGAG : Mission d'intérêt générale et d'aide à la contractualisation.
MISP : Médecin inspecteur de santé publique
OQOS : Objectif quantitatif offre de soins
PAA : Personnes âgées de plus de 75 ans et souffrant de maladie D'Alzheimer ou de troubles apparentés

PEC : Prise en charge
PMT : Projet médical de territoire.
SAD : Service d'aide à domicile
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire.
SSIAD : Service soins infirmier à domicile
SSR : Soins de suite et de réadaptation.
T2A : Tarification à l'activité.
UCC : Unité cognitivo-comportementale
UPUG : Unité post urgence de gériatrie
VAD : Visite à domicile

Introduction

Les réflexions actuelles sur la modernisation du système de soins, mettent l'accent sur plusieurs enjeux majeurs, que sont une meilleure prise en compte du patient, le vieillissement de la population et une meilleure utilisation des ressources. Ces enjeux privilégient le suivi des patients, les réponses au besoin de proximité ainsi que les approches coordonnées entre professionnels de santé.

L'hospitalisation à domicile est l'un des acteurs c'est à dire l'une des modalités d'organisation des soins au cœur de ce triple défi notamment parce que l'HAD participe au recentrage du soin autour d'un axe « patient » et répond au besoin de coordination des professionnels autour de chaque parcours de santé.

Mode alternatif à l'hospitalisation, qu'elle tende à l'éviter ou à la raccourcir, l'HAD prend en charge dans sa globalité et de manière coordonnée le patient. C'est là sa vraie spécificité. Elle apporte à la fois des soins médicaux et paramédicaux mais aussi un suivi psychosocial grâce à un programme de soins personnalisés et actualisé chaque jour.

L'HAD occupe une place à part entière dans le système de prise en charge des patients, elle constitue une forme de réseau particulier. L'HAD est à l'interface entre l'hôpital et la ville, entre le sanitaire, le médico-social et le social. Ce décloisonnement qu'elle autorise, facilite et sécurise la prise en charge des patients et permet une plus grande flexibilité du système de santé.

Dans notre dossier il s'agit d'étudier les possibilités de mise en œuvre d'un service d'HAD gérontopsychiatrique. C'est-à-dire un service d'HAD spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

J'ai choisi de vous présenter ce dossier selon un plan chronologique. C'est-à-dire que, dans la mesure du possible, j'ai souhaité rendre compte de l'approche dans le temps de la prise en charge de ce dossier. Afin de retracer étapes par étapes le cheminement vers la conclusion. Après l'appropriation du dossier, nous présenterons le constat de l'existant, que nous enrichirons de recherche législative et bibliographique. Dans un deuxième temps nous décrirons la méthodologie de travail puis l'analyse du dossier pour finir par des propositions avant de conclure.

1 LA SITUATION DE DEPART

1.1 Le contexte

Dans le cadre de l'année de formation initiale des MISP à l'EHESP nous devons rédiger un mémoire professionnel de fin d'année. Ce mémoire s'inscrit parmi les principaux éléments de la formation avec les stages sur le terrain, les enseignements et les travaux support. Il a pour but de rendre compte des capacités du stagiaire à gérer concrètement un dossier.

Après avoir été contractuelle faisant fonction de MISP en DDASS de Gironde, début 2009 je me suis présentée au concours de MISP. Avec la mise en place des ARS et la disponibilité d'un poste en DDASS de Gironde j'ai estimé nécessaire et opportun de me présenter au concours. Dès septembre 2009 l'année de formation initiale à l'EHESP de Rennes a commencé. Quittant donc mes fonctions de contractuelle le 30 septembre 2009 je me suis retrouvée dans la position d'une élève stagiaire partageant son temps de formation en alternance un mois sur deux entre Rennes lieu des cours théorique et Pau lieux de stages pratique.

Le stage à PAU a débuté en novembre 2009 en pleine gestion de la grippe A H1N1. Avec le maître de stage nous avons établi un planning des différentes activités tenant dans le cadre de la formation en tenant compte de ma présence « alternative », de nos obligations professionnelles, de nos impératifs personnels ou familiaux. Nous avons rapidement constaté qu'il serait nécessaire d'anticiper une organisation précise si nous voulions mener à bien les activités souhaitées. Nous avons donc, dès ce premier mois, choisi les thèmes des différents travaux supports ainsi que le dossier du mémoire. A l'époque je devais donc prendre en charge le dossier de l'hélicoptère du service des urgences du CHR de Pau qui se trouvait alors dans une situation de cessation d'activité. Ce dossier a, par chance, trouvé en fin d'année un dénouement rapide et n'a de fait pas pu être l'objet du mémoire.

En février 2010 lors de ma présence en stage sur le terrain, j'ai accompagné le maître de stage à une réunion demandée par le directeur du CHP (Centre hospitalier des Pyrénées) qui est le centre spécialisé en psychiatrie de Pau. Mon formateur a été lui-même convié à cette réunion pour prendre la relève, de sa collègue MISP, alors en charge de la psychiatrie, mais qui partait la semaine suivante à la retraite.

En résumé il s'agissait d'étudier la possibilité de mettre en œuvre un service d'HAD gérontopsychiatrique déjà autorisé par la COMEX depuis juin 2007. C'est à partir de cette première réunion que nous avons envisagé ce dossier comme sujet possible de mémoire.

Nous avons organisé une rencontre avec les différents acteurs intervenants sur ce dossier (IASS, MISP, IP, chargée d'étude de la CRAM). Suite à cela, le maître de stage et moi-même, avons retenu ce dossier avec pour objectif d'étudier la possibilité ou non de mettre en œuvre un service d'HAD spécialisé en gérontopsychiatrie au sein du CHP, ou le cas échéant d'étudier et de proposer d'autres modalités de prise en charge ambulatoire des patients de gérontopsychiatrie, des personnes âgées souffrants de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée.

Remarque :

Tout au long du mémoire je ne parlerai qu'exclusivement de cette population cible : les personnes âgées de plus de 75 ans vivant dans le Béarn et souffrant de maladie d'Alzheimer ou de troubles démentiels apparentés, que je dénomme alternativement patients de gérontopsychiatrie, ou malades d'Alzheimer ou encore personnes âgées Alzheimerienne ou encore PAA (Personnes âgées Alzheimer)

Résumé de la réunion initiale.

Il s'agit d'une réunion à l'initiative du CHP de Pau qui cherche à lever les difficultés réglementaires et budgétaires pour la mise en place d'une structure d'HAD autorisée le 05/06/2007. Voici la liste des participants à la réunion qui a eu lieu mi février dans les locaux de la DDASS :

- Pour les représentants de la DDASS (actuelle délégation territoriale de l'ARS) : la MISP partant en retraite, son remplaçant sur ce dossier qui est aussi mon maître de stage, l'IASS du secteur, et moi-même.
- Pour la DRASS (Actuelle ARS) : l'IP en charge de la Psychiatrie,
- Pour la CRAM : une chargée d'études,
- Pour le CHP : le directeur de l'établissement, le psychiatre chef du service de gérontopsychiatrie, un psychiatre médecin DIM et la directrice des affaires financières.

Concernant l'HAD gérontopsychiatrique une autorisation par la COMEX (commission exécutive de l'agence régionale de l'Hospitalisation d'aquitaine) a été donnée le 5 juin 2007 et sera donc caduque le 5 juin 2010 si le projet n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution. Ceci explique les démarches du CHP. Les représentants du CHP rappellent que ce projet répond à un besoin absolument réel pour la population ciblée, ce que corroborent l'IP de la DRASS et la MISP. Le principal obstacle vient du mode de financement, en effet le directeur de l'ARH a, jusqu'ici, refusé de financer l'HAD sur l'enveloppe DAF (dotation annuelle de fonctionnement) qui est actuellement le mode de financement des hôpitaux psychiatriques alors que les nouveaux services d'HAD sont

eux financés en T2A (tarification à l'activité). Le fait que la structure porteuse de l'autorisation d'HAD ne fonctionne pas avec le même mode de financement que cette activité autorisée pose de réels problèmes d'adéquation entre autorisation et financement possible pour sa mise en œuvre. Après un long débat, le représentant des tutelles a proposé, en guise de conclusion, d'étudier en partenariat avec les différents intervenant d'autres pistes comme le financement d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie, le rapprochement avec les services de l'HAD généraliste du CHG de Pau, ou encore la réalisation d'une expertise du service de gérontopsychiatrie. IL s'agit d'une expertise financière réalisée grâce à une coupe transversale, dont la finalité est de recherche, les actes de gériatrie sanitaire relevant d'un financement à l'activité (T2A) qui sont concrètement effectués au sein de l'hôpital psychiatrique. Une fois mises en évidence, ces dépenses, actuellement assurées par le budget global du CHP, pourraient être financés par la T2A ce qui dégagerait des crédits en DAF pour le financement de l'HAD.

1.1.1 Présentation du dossier

Le CHP est un établissement spécialisé en santé mentale, il est situé à Pau à proximité du CHG. Il a une capacité de 372 lits et 254 places, il emploie environ 1200 personnes médicaux et non médicaux. (38)

Le CHP compte un service de gérontopsychiatrie de 46 lits d'hospitalisation complète repartit sur 3 Unités et assurant les soins de psychiatrie et de gériatrie et 10 places d'hospitalisation de jour. Il existe au sein du service une consultation mémoire (500 consultations par an) adossée à un atelier de dynamisation mémoire. Une fois par mois le service organise des rencontres avec les aidants familiaux des patients souffrant d'Alzheimer. En matière d'ambulatoire le service de gérontopsychiatrie possède une petite équipe de VAD (visite à domicile) se rendant à la demande dans les EHPAD du secteur avec qui elle a conventionné.

Le dossier de demande d'autorisation pour un service d'HAD gérontopsychiatrique a été déposé le 26 décembre 2006 il est passé en CROS (commission régionale d'organisation des soins) le 25 mai 2007 où après un vote à l'unanimité il a obtenu une autorisation signifiée par un arrêté du 05 juin 2007. Cette autorisation est assortie d'un délai de 3 ans sans commencement de mise en œuvre mais pouvant être prolongé à 4 ans en cas d'initiation des démarches.

La demande est de 10 places et concerne la prise en charges de patients de 70 ans et plus atteints de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. Le service d'HAD

travaillerait en articulation avec l'équipe de VAD. Le coût total estimé en 2006 était de 851 228 euros.

1.1.2 Définitions

LA GERONTOPSYCHIATRIE : La psychiatrie gériatrique, gériatopsychiatrie ou encore Psychiatrie du sujet âgé est une discipline émergente de la médecine moderne. Elle couvre un champ de connaissances devenues indispensables pour prévenir, reconnaître et traiter les troubles psycho-comportementaux des sujets âgés qui peuvent survenir dans des situations cliniques multiples et parfois complexes. (24)

L'HAD est un mode de prise en charge visant à favoriser le maintien à domicile et donc à restreindre le recours à l'hospitalisation complète. Elle participe ainsi à la régulation des soins et son développement est un facteur de désengorgement des urgences et des lits hospitaliers.

De manière plus générale, et comme évoqué en introduction, l'HAD respecte le choix et le souci de confort psychologique et physique du patient et le repositionne ainsi au cœur de la décision. Ce mode d'hospitalisation respecte les liens existant entre le malade et son médecin traitant.(2)

1.1.3 Le but recherché dans la gestion du dossier

Le but de l'étude de ce dossier est de faire des propositions concrètement réalisables devant satisfaire aux triples contraintes de la faisabilité en terme de finance, de disponibilité de compétences professionnelles et de la cohérence et pertinence dans l'offre de soins déjà existante sur cette thématique et sur le territoire. Grâce à la recherche de consensus entre les différents acteurs, nous espérons pouvoir dégager des orientations qui pourraient ensuite s'inscrire dans une perspective d'évolution de la prise en charge des personnes âgées souffrant d'Alzheimer, l'ambulatoire étant une des orientations phare des plans nationaux et de la loi HPST. (8,9,10)

1.2 La question de santé publique abordée à travers ce dossier

A travers l'étude des possibilités de mise en œuvre d'un service d'HAD spécialisé en gérontopsychiatrie, c'est toute la question de l'offre de soins ambulatoire pour les personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés qui est posée.

Les données épidémiologiques et démographiques font de la maladie d'Alzheimer une des pathologies aux premiers rangs des préoccupations de santé publique dans le monde. En 2004, on estime à 860.000 le nombre de personnes de 65 ans ou plus atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés en France et à 225.000 le nombre de nouveaux cas par an. La majorité de ces malades est âgée d'au moins 80 ans, la prévalence de la maladie augmentant avec l'âge (elle double tous les 4 ans, pour atteindre 25 % chez les 80 ans ou plus). Les perspectives d'évolution situent les malades Alzheimer âgés de 65 ans ou plus entre 1.150.000 et 1.400.000 en 2020, et entre 1.900.000 et 2.400.000 en 2040. L'augmentation de l'espérance de vie (3 mois par an) entraînera le doublement des personnes de 75 ans et plus en 2050 (5 millions à ce jour pour 10 millions en 2050)., avec 225000 nouveaux cas par an. C'est la 1ère cause de dépendance. (17, 29, 33,36)

Les spécificités de la maladie d'Alzheimer, outre les signes qui la caractérisent, sont liées à son caractère progressif, lent et insidieux dans l'installation de la maladie, dégénératif, évolutif et irréversible dans la dégradation des fonctions intellectuelles. A ce jour, dans l'attente de traitements préventifs et curatifs, les soins reposent très largement sur les modes de prise en charge de la dépendance physique, cognitive, psychologique et sociale des personnes qui en sont atteintes. Les accompagnants et les aidants naturels sont très impliqués dans l'accompagnement des malades dans les actes de la vie quotidienne.(26,29,33)

1.2.1 La prise en charge des patients de gérontopsychiatrie à Pau

Dans le département des Pyrénées-Atlantiques, l'Union Nationale des Associations d'ALZHEIMER (France ALZHEIMER) estime à 4939 le nombre de malades déclarés au titre de l'affection longue durée (ALD) ou sous traitement pour la maladie d'Alzheimer. (Enquête 2007-2008). On estime que ce chiffre doit être multiplié par 3 afin de pouvoir dénombrer le nombre total de personnes atteintes de cette maladie (en raison des personnes non diagnostiqués notamment). (33)

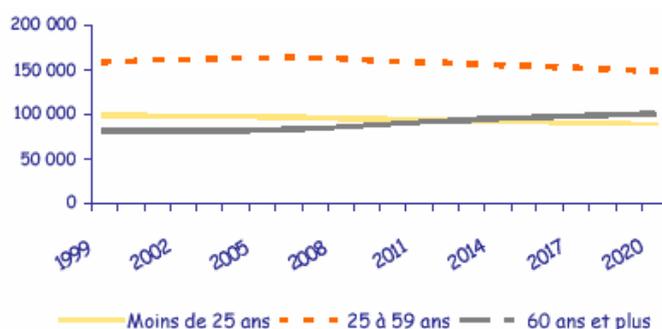
Une étude démographique diffusée par la Chambre de Commerce et d'Industrie Pau-Béarn, montre un vieillissement de la population sur ce territoire. Actuellement dans les Pyrénées Atlantiques le pourcentage de la population âgée de plus de 75 ans est de 10.41% ce taux est de 10.04% en Aquitaine et de, 8.28% en France.

Jusqu'en 2025 il y aura une augmentation de 1% / an de la population des 75 ans et plus avec corrélativement une augmentation de 1% de la dépendance.

L'augmentation du nombre des aidants principaux entre 2000 et 2040 sera de 10% alors que les personnes âgées dépendantes augmenteront dans le même temps de 53%, ce qui provoquera des situations de plus en plus tendues. La moyenne d'âge des aidants à ce jour se situe dans la tranche des 50-79 ans. Les documents d'où proviennent ces données ne précisent pas les critères retenus pour définir les aidants.

Un vieillissement de la population ayant évidemment pour effet d'accroître la proportion des 60 ans et plus. En 2013, comme le montre le tableau suivant, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus pourrait alors dépasser celui du nombre de jeunes de moins de 25 ans.(37)

PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES EN BEARN, PAR GROUPES D'AGE



Corrélées au fait que la maladie d'Alzheimer affecte environ 5% des plus de 65 ans et 20% des plus de 85 ans, ces données permettent d'apprécier les efforts qui devront être envisagés en matière de prise en charge sanitaire et médico-sociale locale des PAA.(37)

En complément de ces données une enquête réalisée en 2004 par le CHP grâce à l'envoi d'un questionnaire à : 63 EHPAD, 19 SAD, et 6 CLIC met en évidence :

- Le manque de temps de psychiatrie (médical et paramédical)
- Le manque de coordination de l'ensemble des acteurs (soignants, sociaux, et famille)
- Les difficultés de la gestion de la situation de crise
- Soit au total une PEC des Alzheimer très incomplète et insuffisante.

La plus value d'un service d'HAD ou d'autres modalités de PEC des PAA en mode ambulatoire tient au fait de faciliter l'accès à des traitements psychiatriques appropriés pour les personnes âgées qui en ont besoin. Cela favoriserait la mise en œuvre de traitements psychiatriques précoces. Avec un usage plus adéquat des ressources spécialisées en psychiatrie de la personne âgée, on devrait pouvoir répondre aux situations de crise dans les 24 à 48 h ce qui n'est pas le cas actuellement (ANNEXE V) Selon les psychiatres du CHP il est légitime de proposer en situation aiguë, à domicile ou en structure médico-sociale (EHPAD) un diagnostic psychiatrique et une aide à la décision. Cette intervention spécialisée à « domicile » permettrait de suggérer et/ou de prescrire un traitement adapté, d'apporter du soutien et d'orienter une proposition de résolution de crise. En effet il existe fréquemment chez les patients âgés un risque éminent de décompensation. Ce risque survient dans plus de 50% des cas pour des patients ayant des troubles du comportement et peut, soit être de type suicidaire, soit de passage à l'acte auto ou hétéro agressif .Qu'elles soient rattachées à des troubles mentaux d'origine organique ou à des troubles de l'humeur ou du comportement, les crises qui peuvent prendre une tournure particulièrement dramatique vont nécessiter un besoin d'intervention rapide. (ANNEXE V)

Le développement des PEC ambulatoires a dans ses objectifs d'éviter les hospitalisations complètes indues, pour des patients qui seraient gérables en ambulatoire avec un appui spécialisé. Cela limiterait les excès de recours aux urgences, et favoriserait l'organisation et la planification des hospitalisations qui de fait seraient en adéquation avec les besoins réels du patient .Autrement dit la PEC ambulatoire de certains patients serait plus adaptée aux besoins évitant tout déplacement superflu de patients de parents et de soignants.(14, 18, 20, 23)

Ce mode de PEC doit favoriser la coopération et la concertation entre les intervenants par une activité de conseils, par des propositions d'orientation thérapeutique, par des propositions de prise en charge spécifique mais communes du fait d'une polyvalence des besoins. Cela permettrait un renforcement des dispositifs existants en se mettant à la disposition des usagers, des familles, des médecins traitants, des travailleurs sociaux, c'est le renforcement et la simplification du réseau primaire (réseau informel existant autour du malade) (ANNEXE VIII)

1.2.2 Les textes législatifs

Le 31 décembre 1970, la loi Hospitalière donne à l'H.A.D. une existence légale en stipulant que « les services des Centres Hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ». A ce titre, l'HAD fait donc partie des structures sanitaires. Les décrets d'application n'ont jamais été publiés.

Aussi, en 1974, c'est une convention nationale, qui précise les conditions d'admission et le fonctionnement de l' H.A.D

Il faudra attendre 1986 pour qu'un ensemble de circulaires vienne étendre le champ de l'hospitalisation à domicile à l'ensemble des pathologies, jusqu'à la psychiatrie (évoquée dans le décret 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique qui précise à l'article 9 que « la prévention, le diagnostic et les soins sont assurés notamment à la résidence des patients ».

Une définition claire des missions de l'HAD apparaît dans le décret n° 92-1101 du 02 octobre 1992 stipule que « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. » (7,35)

La place importante confiée par les pouvoirs publics à ce mode de prise en charge est réaffirmée dans l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Celle-ci a marqué une évolution importante de l'HAD : elle supprime « le taux de change » qui limitait la création de places d'HAD obligatoirement corrélée à l'époque à la suppression de lits d'hospitalisation complète. Elle fait de l'HAD un volet obligatoire des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), obligeant ainsi les acteurs régionaux à une réflexion territoriale sur la place de l'HAD.

Une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du 04 février 2004, complète la précédente en abordant les modalités de prise en charge générale. L'HAD s'inscrit alors dans le cadre de la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de deuxième génération. Cette circulaire réaffirme le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD mais précise que les promoteurs de structure de ce type peuvent développer des activités spécialisées sur la base d'un cahier des

charges intégré à la circulaire. Le texte retient trois spécialisations d'HAD en ; Périnatalité, pédiatrie, et en psychiatrie. (3)

Le décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 (publié au JOFF le 8 mai 2005) Abroge en particulier l'ensemble des textes de 2004 concernant la spécialisation en psychiatrie de l'HAD (6)

Enfin la circulaire du 1er décembre 2006 vient rappeler le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations, le rôle des différents acteurs internes et externes et son positionnement au sein d'une offre de soins locale. A Partir du 1er janvier 2006 l'HAD sera exclusivement financée en T2A.(2)

Dans le cadre du réajustement lié à l'évolution du dossier je place ici un des textes de référence concernant les EMOGP. Il s'agit de la Circulaire DHOS/02 n° 2007 – 117 du 28 Mars 2007, relative à la filière gériatrique. Elle préconise dans tous ses référentiels qui concernent le court séjour, l'équipe mobile gériatrique, les unités de consultations et d'hospitalisations de Jour, les soins de suite, une articulation avec les structures psychiatriques pour traiter les troubles psychiatriques de la personne âgée, avec une équipe mobile sectorielle ou intersectorielle et des petites unités gérontopsychiatrique de court séjour. (4,5)

1.2.3 L'éclairage du plan national Alzheimer

Dans le Plan National Alzheimer 2008-2012, les recommandations formulées résultent d'un travail collectif qui a associé des professionnels des établissements et services pour personnes âgées, de la formation professionnelle, des représentants des institutions impliquées dans le secteur, des fédérations et des représentants des usagers. Le plan développe 10 mesures phares et se décline en 3 grands axes. Nous nous intéresserons en particulier à l'axe 1 : Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants dont le premier objectif est d'apporter un soutien accru aux aidants. L'objectif n°2 propose de renforcer la coordination entre tous les intervenants alors que le troisième objectif doit permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile.

L'objectif est de prévenir et/ou lutter contre l'aggravation des symptômes, des pertes cognitives, et des complications de situation. Pour cela il faut objectiver les évolutions et adapter la prise en charge et/ou mettre en œuvre de nouvelles réponses plus adaptées. Il faut accorder une place importante à la famille et aux aidants. (8)

Il est préconisé de favoriser l'inscription dans un réseau gérontologique local pour faciliter le partage d'information entre les partenaires autour de la personne malade, pour faire connaître les solutions alternatives et de répit, pour favoriser les liens ville-hôpital-établissement et/ou service mais aussi pour répondre aux situations difficiles, prévenir la maltraitance et l'épuisement des aidants. L'inscription dans un réseau permet de fixer des

objectifs partagés et des modalités concrètes de travail en commun (les filières gériatriques, les projets médicaux de territoire). Le but reste la mise en place d'un « guichet unique » sous forme de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA). (8,30)

1.2.4 Les plans régionaux et départementaux

Le schéma régional d'Organisation sanitaire 2006-2011 (SROS III d'Aquitaine)

Concernant la gériatrie, ont : « développé la prise en charge en réseau, la coordination des soins et la complémentarité des politiques, en améliorant de manière concrète l'articulation entre les établissements de santé, les EHPAD les intervenants à domicile dont les médecins traitants, la psychiatrie de liaison, les SSIAD et les CLICS ». (11)

Dans le volet psychiatrique et santé mentale du SROS 3 d'Aquitaine. Une partie concerne la prise en charge des personnes âgées et préconise des pistes de réalisation, à travers des unités mobiles de prise en charge gérontopsychiatrique, des unités d'hospitalisations temps plein gérontopsychiatrique, des Hôpitaux de Jour spécialisés en gérontopsychiatrie, le développement d'un partenariat en Consultation Mémoire. Ce document prévoit l'intervention de la psychiatrie dans les EHPAD qui doit se formaliser en lien avec les autres spécialités médicales. Le schéma propose de développer le lien avec les EHPAD, les réseaux gérontologiques au sein de chaque secteur et confirme la nécessité que les équipes de psychiatrie travaillent avec les centres hospitaliers généraux, et plus particulièrement avec les spécialités de gériatrie et de neurologie .Pour cela, il est recommandé la création d'un inter secteur de gérontopsychiatrie avec des moyens afférents nécessaires, humains et matériels. Les équipes de gérontopsychiatrie doivent de plus prendre en compte les aidants familiaux.(11)

Le projet médical de territoire (PMT) volet personnes âgées

Le PMT 2010 est en cours d'élaboration. Nous avons retenu les éléments du document de travail présenté en conférence sanitaire de territoire. Une nouvelle conférence se tiendra en septembre pour valider définitivement le PMT. L'essentiel des problèmes repérés par le PMT sont : des moyens en personnels insuffisants par rapport aux préconisations de la circulaire sur la filière gériatrique , des difficulté de positionnement d'une UCC sur le territoire , un manque de coordination et de communication entre les différents professionnels intervenant autour de la personne âgée, La nécessité de renforcer les interventions soignantes et médicales dans le domaine de la

gérontopsychiatrie permettant un renfort en intra-hospitalier, des interventions dans le secteur médico-social (EHPAD notamment) et des interventions à domicile. Il est noté dans le PMT qu'un projet, de prise en charge ambulatoire (en particulier au sein des EHPAD) est actuellement en cours de finalisation par l'équipe médicale du Centre Hospitalier des Pyrénées. (12 ,13)

Le projet d'établissement (PE) du CHP de Pau

Ce a été adopté à l'unanimité par le CA le 6 février 2006 il a reçu un avis favorable de la CME et du CTE. En ce qui concerne les objectifs spécifiques du CHP il est noté dans le PE au niveau du département de gérontopsychiatrie que : 10 places d'HAD sont à créer. Concrètement à la lecture attentive du PE on retrouve la nécessité de développer des structures alternatives à l'hospitalisation.

Ensuite concernant le département de gérontopsychiatrie on retrouve l'HAD avec toujours les 10 places à créer. Au niveau de la fiche projet, l'HAD est notée comme dispositif futur, devant prendre appui sur la création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie sur les dispositifs existants intra et extra hospitaliers. A terme cette structure aura vocation à s'articuler avec les autres structures de gériatries, les réseaux gérontologiques, les soins palliatifs, l'HAD somatique ainsi qu'avec le CHR en ce qui concerne les personnes âgées. Dans le CPOM en cours on retrouve dans les orientation stratégiques: l'intérêt de développer la place de l'établissement dans une dynamique de réseau, un chapitre concerne la mise en place d'un service HAD gérontopsychiatrique dont le plan de financement prévisionnel précise qu'il devra l'être en DAF. (12)

2 METHODOLOGIE DE TRAVAIL

2.1 Buts et objectifs stratégiques

Nous avons retenu comme objectif de répondre à la question de savoir ce qui, compte tenu de l'autorisation initialement accordée au CHP, répondrait au plus juste aux besoins réels et actuels de prise en charge en ambulatoire des patients de gérontopsychiatrie sur le secteur de PAU.

Le but est de trouver une solution acceptable par l'ensemble des acteurs concernés. Cette proposition de modalité de PEC doit aussi être financièrement viable et sa mise en œuvre doit répondre aux besoins identifiés sur le territoire en matière de prise en charge ambulatoire des patients âgés souffrant d'Alzheimer tout en s'articulant avec l'offre de soins déjà existante.

2.2 Les modalités d'actions

Juste après la première réunion de février 2010, le maître de stage et moi-même avons donc décidé de choisir ce dossier comme support pour le mémoire.

La semaine suivante j'ai rencontré la MISP qui m'a transmis, avant son départ à la retraite, l'ensemble du dossier de la psychiatrie du Béarn. La MISP m'a dit son ressenti sur l'urgence et la nécessité que représente pour elle l'aboutissement de ce dossier.

L'étape suivante fut celle du tri, parmi cette somme colossale de documents. J'ai ensuite classé l'ensemble afin de rendre le tout exploitable. Cette opération m'a permis de prendre connaissance de l'ensemble des documents dans le détail, en les surlignant, en prenant des notes et en faisant des résumés. Ce temps est indispensable pour s'approprier ce gros dossier. J'ai commencé la rédaction d'une liste des questions correspondant aux interrogations suscitées par cette première approche. J'ai noté mes impressions, les creux et les pleins afin d'orienter ma réflexion en essayant de rester la plus objective possible.

Dans un 2ème temps j'ai rencontré l'IASS en charge pour la DDASS 64 du secteur de la psychiatrie, il m'a donné son avis sur les orientations à donner à ce dossier en insistant sur les contraintes budgétaires déjà existantes ainsi que sur celles à venir.

Dans un 3ème temps j'ai exposé mon avancée sur ce dossier à mon maître de stage et nous avons convenu d'établir ensemble sur la base des données et des manques que nous avons, un listing des personnes clés à rencontrer et un calendrier prévisionnel.

2.2.1 La stratégie d'action retenue

Comme base de départ nous avons utilisé un schéma de notre cru permettant de façon simple de constater que notre dossier sur la PEC ambulatoire des PAA se situait aux confins de plusieurs spécialités et qu'une approche pluri et multi disciplinaire serait donc nécessaire.

Nous avons choisi de rencontrer les personnes en capacité d'apporter des réponses aux questions que nous nous sommes posées et pour lesquelles nous n'avions pas ou peu de réponses. Par exemple : Quels sont les souhaits et projets des différents acteurs, quel est l'avis de chaque acteur sur ce dossier, ses motivations, ses valeurs, et les enjeux sous tendu qu'il y a sur ce dossier. Quel est l'historique de la demande d'un service d'HAD spécialisé, quels sont les besoins du secteur, Qu'existe-t-il déjà en matière de prise en charges ambulatoire sur le territoire aussi bien dans le secteur psychiatrique, gériatrique, que medio social , Y a-t-il un réseau de soins et comment etc.

Pour cela nous avons choisi de faire des entretiens semi directif en binôme et sans enregistrement. Nous avons élaboré un guide d'entretien, par personne rencontrée mais avec une base thématique commune, où nous avons clairement défini les objectifs dans le but de revenir avec les informations recherchées. Nous avons prévu de modifier, si nécessaire, nos guides d'entretien au fil de nos avancées sur le dossier.

Parallèlement il nous a semblé incontournable de prendre connaissance des textes législatifs encadrant le dossier. De façon tout aussi indispensable le dossier nous apparait comme devant être analysé en se référant aux plans nationaux, régionaux et départementaux sur cette thématique

De plus l'approche financière de faisabilité même s'il elle ne parait pas relever directement de nos compétences est absolument indissociable du reste et fera l'objet d'une analyse succincte

2.2.2 Les personnes ressources

En dehors des personnes de l'institution déjà rencontrées sur place nous avons dans un premier temps choisi de prendre contact avec les promoteurs du projet initial, à savoir le psychiatre responsable du service de gérontopsychiatrie et le directeur du CHP.

Dans un deuxième temps nous nous sommes tournés vers le secteur gériatrique du CH de PAU où nous avons envisagé de rencontrer le gériatre chef de service et le médecin gériatre président actuel de la CME et ancien porteur de l'essentiel des projets de gériatrie émanant du CH de Pau

Suite à ces entretiens nous avons du élargir notre liste au médecin de la CPAM ayant réalisé la coupe transversale dans le service de gérontopsychiatrie.

Pour finir nous avons décidé de recueillir l'avis des tutelles pour cela j'ai rencontré le conseiller médical auprès du DGARS. (ANNEXE III)

2.2.3 Le planning prévisionnel de travail

La planification des tâches est une étape fondamentale, nous avons individualisé sept grandes étapes :

- 1 Appropriation du dossier
- 2 Elaboration du planning
- 3 Prise d'information recherche documentaire BDSP Medline, lecture des revues, des ouvrages, lecture d'articles en ligne, visite des sites internet.
- 4 Investigations / réajustement
- 5 Réflexion et analyse
- 6 Synthèse
- 7 Rédaction du mémoire

Ces étapes sont présentées en Annexe sous forme d'un tableau récapitulatif qui permet de visualiser la globalité des démarches sans toutefois faire ressortir les différentes temporalités. (ANNEXE II)

2.2.4 Pourquoi ces choix

Les modalités de prise en charge du dossier sont guidées en tout premier lieu par le bon sens. Il s'agit avant tout de comprendre le dossier, d'appréhender le contexte, de trouver les personnes ressources et d'organiser sa réflexion autour « d'outil » d'aide à la décision

Ensuite nous avons (le maître de stage et moi même) délimité les contours du dossier et fixé un champ restreint d'investigation afin de ne pas partir dans tous les sens. Cette planification des tâches est incontournable pour mener à terme un dossier aussi vaste et pour rendre dans les temps un travail abouti.

Nous avons retenu la technique des entretiens car cela permet de recueillir des informations sur un sujet que je connaissais peu. L'entretien laisse du champ aux acteurs pour donner leurs opinions en plus de répondre à nos interrogations. De Plus cela permet aussi d'analyser leurs pratiques, de connaître leurs points de vue, de situer leur système de valeur et les enjeux sous tendus. La réalisation d'entretiens aide à dresser un panel des différents points de vue sur le sujet abordé, c'est un appui pour avancer des hypothèses et retenir des options.

Les entretiens ont aussi le mérite de fournir beaucoup d'éléments de réflexion car c'est une technique très souple qui permet de s'adapter a son interlocuteur, qui permet de répondre aux objectifs que nous nous sommes fixés avant la rencontre, tout en laissant la possibilité à l'interviewé d'aborder des points non prévus. Ce qui est capital pour notre dossier car nous attendions beaucoup de ces rencontres programmées. Nous avons élaboré ensemble les grilles d'entretiens.(ANNEXE I)

Le choix de ne pas enregistrer l'entretien tient en premier lieu aux usages de nos interlocuteurs peu habitués, dans l'exercice de la médecine à être enregistré, et en 2ème lieu c'est un choix personnel qui m'éloigne de la technicité pour être plus proche des interviewés. L'absence de matériel me semble plus propice au développement de la confiance. Nous avons choisi de mener les entretiens en binôme avec une double prise de note j'ai tenu le rôle de l'interviewer devant mener l'entretien, poser les questions, reformuler etc.

3 LES ACTIONS MENEES

3.1 Rapport d'activités : les entretiens

Comptes rendus des différents entretiens

1- Rencontre du chef de service de gériopsychiatrie du CHP de Pau

Après avoir joint le secrétariat par téléphone nous avons très rapidement obtenu un rendez vous. Trois jours après nous avons été accueilli très cordialement dans son bureau situé au sein du service d'hospitalisation de gériopsychiatrie.

Concernant la demande et l'autorisation initiale pour dix lits d'HAD spécialisé en gériopsychiatrie, dès le début de l'entretien le psychiatre a exposé une nette évolution de la demande qui de service d'HAD spécialisée s'orienterait plutôt vers le renforcement d'une équipe de Visites à Domicile (VAD) déjà existantes dans son service.. Le secteur géographique ne concernerait plus seulement Pau et sa proche banlieue mais l'ensemble du territoire de recours de Pau. L'équipe de VAD n'intervient actuellement qu'en intra hospitalier et dans quelques EHPAD sur PAU ou de ses proches alentours L'équipe de VAD est composée de 6,5 ETP d'IDE le gériopsychiatrie assurant la coordination. Cette équipe est connue et reconnue des professionnels de la « filière gériatrique », des généralistes, des famille du CLIC , du CCAS, de la MDS, des EHPAD certains ayant même conventionnés avec le CHP pour bénéficier des interventions de cette équipe mobile.

L'idée serait donc en lieu et place de l'HAD de développer une EMOGP (équipe mobile à orientation gériopsychiatrique) évolutive pour les territoires du Béarn et de la soule (territoire de recours de PAU). Les Besoins en personnel seraient d'environ 20 ETP d'IDE et 3 à 4 ETP de médecins spécialistes en psychiatrie

Le Praticien explique que la demande d' HAD était à la base une idée de l'ancien directeur du CHP, idée reprise en 2006 par le directeur actuel afin de trouver une solution pour répondre aux besoins de prise en charge ambulatoire des PAA

Nous avons ensuite évoqué la possibilité de proposer une concertation avec l'ensemble des intervenants dans le champ de la prise en charge des PAA, soit sous forme de réseaux soit via la mise en place d'une maison pour l'Autonomie et l'Indépendance des malades d'Alzheimer (MAIA) (porté par le plan Alzheimer)(8)

La PEC de ces patients âgés reste multi disciplinaire et implique une quantité d'acteurs et d'institutions très hétéroclites et ayant chacun des spécificités. Il n'en demeure pas moins de réelles carences dans la PEC des malades et une absence de lisibilités, il est encore difficile de savoir qui fait quoi, comment, avec quels moyens et pour quels résultats ?

L'approche de la notion de « réseau » par le psychiatre de terrain est très intéressante mais très différente de la conception plus institutionnelle que nous avons des réseaux.
(ANNEXE IV)

Nous avons demandé au spécialiste de bien vouloir nous transmettre par écrit le nouveau projet avec les besoins nécessaires estimés pour faire fonctionner de manière idéale une EMOGP (équipe mobile à orientation gérontopsychiatrique) sur l'ensemble du territoire de recours de PAU. Un travail sur le PMT (projet médical de territoire) des personnes âgées est en cours sur le territoire de Pau, il faut envisager des coopérations interprofessionnelles, de la concertation afin de proposer des projets cohérents dans un souci d'efficacité. (13)

A la fin de l'entretien nous avons reçu des documents intéressants pour notre dossier : un des livres de notre interviewé, « le sujet âgé, ses proches et ses soignants » des photocopies d'articles et une invitation à la journée d'échange sur les HAD en psychiatrie. (18,19,20, 24, 25)

L'entretien, suivi de la visite complète du service de gérontopsychiatrie, a duré environ 1h30

2- Rencontre du Directeur du CHP de Pau

Comme pour le précédent entretien nous avons eu dans un délai très bref un rendez-vous, la rencontre a eu lieu au CHP de Pau dans la salle de réunion de l'administration. Nous avons été reçu très cordialement par le directeur accompagné de la directrice financière de l'établissement et du médecin DIM.

Après les présentations, le directeur rappelle l'historique de la demande initiale pour 10 lits d'HAD gérontopsychiatrique, qui à l'époque semblait être la meilleure réponse aux besoins. Le montant total de la demande était d'environ 800 000 euros. A l'époque les responsables à l'ARH en charge du dossier avaient indiqué que cette autorisation devait être financée en DAF (dotation annuelle de fonctionnement). Mais, en fait, le Directeur de l'ARH a refusé de prendre en charge en crédit DAF le financement de cette HAD.

A l'heure actuelle le directeur du CHP évoque l'idée d'abandonner cette autorisation d'HAD pour se réorienter vers un projet de financement d'une équipe mobile spécialisée en gérontopsychiatrie (EMOGP. Autrement dit le CHP serait d'accord pour l'officialisation de la caducité du projet initial d'HAD, à condition de porter à la place un projet d'EMOGP)

Le directeur souhaite mettre un terme à l'embolisation de ses lits par des hospitalisations forcées de patients envoyés par des EHPAD. Il estime que l'existence d'une équipe

mobile efficace serait à même d'éviter l'hospitalisation des patients vivant en EHPAD en les prenant en charge, sur place et en amont, ce qui éviterait la décompensation créée par l'hospitalisation de ces patients déjà très fragiles tout en apportant une aide et un soutien au personnel des EHPAD. (ANNEXE 5)

Le problème du financement reste entier, les équipes mobiles bénéficient d'un financement en DAF ou en MIGAG mais actuellement il n'existe pas de délégation de crédits spécifiques pour cela. Le directeur espère trouver des financements dans le cadre du prochain plan Alzheimer.

Afin de pallier au manque de crédit, l'idée actuelle du directeur de l'établissement est la mise en évidence de la part sanitaire prise en charge par le CHP (gériatre, actes sanitaires (ex : soins d'escarres). Pour cela une coupe transversale a été demandée. Elle a été réalisée par l'assurance maladie. Le montant de cette charge sanitaire serait alors converti en lits MCO et serait alors finançable en T2A, dégageant ainsi, des crédits DAF (qui supportent actuellement ce coût), pour financer une EMOGP. Dans le même esprit le directeur souhaite valoriser sa consultation mémoire (environ 500 consultations mémoires sont réalisées au CHP contre environ 650 au CHG) ces consultations sont, du côté MCO valorisées en T2A, mais pas du côté de la psychiatrie. (1)

Le directeur soutient le projet du psychiatre chef de service et souhaite que les tutelles proposent et soutiennent un projet de PEC (prise en charge) en ambulatoire des patients Alzheimer. Il envisage la mise en place d'une EMOGP, initialement modeste, destinée aux EHPAD du Béarn et qui pourrait s'étendre peu à peu à d'autres secteurs, pour aller ensuite jusqu' aux domiciles des patients. Les moyens estimés pour démarrer ce projet sont de : 150 000 euros pour 3ETP d' IDE à 200 000 euros pour 3ETP d' IDE et ½ ETP de psychiatre.

Nous avons posé la question de l'intégration de projet du CHP dans des projets plus globaux en articulation avec le CH de Pau, le secteur médicosocial, ou encore les praticiens libéraux. Le CHP dit avoir une réelle volonté d'intégrer une filière ou un réseau de soins gériatrique ou gérontopsychiatrique .Mais selon le directeur de l'hôpital psychiatrique, il semble que la volonté d'intégration ne soit pas réciproque. Le directeur nous explique qu'il existe des tensions interpersonnelles entre les gériatres du CH de Pau et les psychiatres du CHP de Pau

Nous avons évoqué l'intérêt d'un projet de MAIA : le CHP n'est pas impliqué dans ce type de projet mais souhaiterait l'être. Pour le CHP le « somatique » domine encore. Le directeur revient sur le rôle des tutelles et envisage une modification du SROS et des OQOS, ceci dans l'idée de pouvoir demander une autorisation de « médecine » ce qui nécessite préalablement que le SROS prévoit une implantation d'équipe mobile supplémentaire et un volume d'activité autorisé, pour avoir le droit de développer une

activité d'équipe mobile (l'EMOG est considérée comme une activité de médecine car elle est finançables en MIGAG).

Ainsi le directeur de l'établissement psychiatrique, dégagerait soit des financements en DAF soit il aurait la possibilité de solliciter un financement en MIGAC (s'il dégage une activité de médecine) le but étant de trouver des crédits pour mettre en place un moyen de prendre en charge en ambulatoire les PAA.

Pour conclure le directeur du CHP propose de développer le plus rapidement possible un service de télémédecine. La télémédecine ayant la possibilité à bas cout selon lui d'apporter des réponses rapides et sans se déplacer. L'essentiel étant coûte que coûte de proposer une alternative à l'Hospitalisation.

L'entretien a duré un peu moins d'une heure nous nous sommes engagés à lire, dès réception, le nouveau projet d'EMOGP.

Remarque

Deux jours après nous avons reçu un projet d'EMOGP proposé par le CHP. Ce projet est sérieux et très bien étoffé.

3- Rencontre avec le médecin gériatre Chef du pôle gérontologique du CH de Pau

Contrairement aux deux premiers rendez vous, il a été nécessaire d'insister un peu pour obtenir un rendez vous dans des délais compatibles avec mes impératifs. Finalement nous avons été cordialement reçus dans le bureau du médecin qui s'est montré particulièrement disponible.

L'entretien a débuté par les présentations succinctes des activités et des fonctions du praticien. Rapidement nous avons orienté la discussion vers les moyens ambulatoires développés par le service de gériatrie du CH de Pau. Actuellement la seule piste de développement de l'hôpital vers la ville est l'HAD généraliste. C'est la seule activité extra hospitalière. A côté de ce service, qui prend en charge des patients de gériatrie sans cependant avoir place dédiée, il existe une petite équipe mobile de gériatrie centrée sur l'activité intra hospitalière stricte.

Le gériatre nous décrit la prise en charge des patients âgés souffrant d'Alzheimer au CH , cela commence par la consultation mémoire (650 consultations /an pour le CH de Pau et 500 pour le CHP) Cette porte d'entrée débouche sur un bilan évaluatif avec des tests et des examens complémentaires (scanner par ex) pour le patient associé à une consultation pour l'aidant principal. Ensuite les dossiers sont traités par une équipe pluridisciplinaire (psychologue, gériatre, ide), afin de décider de la PEC du patient. Le CH propose alors dans les 15 jours suivants : soit un suivi en consultation tous les 6 mois,

soit une hospitalisation de jour, soit une stimulation mnésique. Un compte rendu est envoyé au médecin ayant initié la consultation mémoire. Il existe un réseau informel qui se réunit trois fois par an pour traiter les dossiers difficiles.

Le gériatre n'aborde pas l'articulation avec d'autres secteurs (psychiatrique, médicosocial). Il estime que les gériatres sont compétents dans la gestion et la PEC des patients Alzheimer. L'ensemble des gériatres reste disponible au téléphone pour les médecins, les patients et leur entourage.

Toujours à propos des activités ambulatoires de la psychiatrie, le gériatre pense que l'équipe de VAD de psychiatrie est utile et que son action dans les EHPAD est une plus value intéressante. Il existait auparavant un temps de psychiatre dédié au service de Gériatrie du CH mais cette activité, pourtant reconnue utile, n'existe plus depuis environ deux ans, l'explication avancée est le manque de disponibilité du psychiatre effectuant cette mission.

Le PMT en gériatrie prévoirait, selon le praticien interviewé, le développement d'un projet d'EMOG (Equipe Mobile à Orientation Gériatrique) qui aurait une mission extra hospitalière. Cette EMOG serait constituée d'un ETP de gériatre, d'un ETP d'IDE et serait destinée à agir au sein des EHPAD proches.

Le gériatre nous confirme qu'il n'existe pas actuellement de filière gériatrique formalisée pas plus que de réseau de gériatrie.

Nous avons posé la question de l'articulation avec le secteur psychiatrique, les deux secteurs ayant visiblement des projets assez similaires et ciblant des patients communs. Le gériatre précise que les psychiatres sont plutôt prévus pour prendre en charge les patients psychiatriques c'est-à-dire ceux souffrant de psychose ou de dépression mais pas forcément d'Alzheimer car les gériatres sont capables de les gérer.

J'ai insisté sur la frontière très ténue qu'il existe entre les deux spécialités (gériatrie et psychiatrie) pour le PEC des PAA. Le Médecin gériatre estime que seul la porte d'entrée les distingue c'est-à-dire que les PAA avec une prédominance de trouble du comportement sont le plus souvent orientés vers la psychiatrie. Mais globalement ce gériatre considère que les patients âgés déments sont des patients de gériatrie.

Le médecin dit être intéressé par l'idée d'un guichet unique pour les patients Alzheimer et parle d'un projet de MAIA porté l'an dernier par un autre gériatre, projet malheureusement refusé.

Pour finir dans le cadre du développement d'un réseau de gériatrie, le gériatre envisage des consultations avancées de gériatrie afin d'externaliser certaines des compétences de l'hôpital vers l'ambulatoire.

L'entretien a duré environ 45 minutes.

4- Rencontre d'un médecin gériatre président de la CME

C'est la MISP du secteur médicosocial à la DT 64 qui m'a suggéré cette rencontre. C'est d'ailleurs elle qui a fait les démarches pour obtenir un rendez vous.. Nous avons été reçu dans une magnifique salle du dernier étage de l'Hôpital d'où nous avons une vue imprenable sur l'ensemble de la chaîne des Pyrénées.

Après les présentations, le gériatre déclare d'emblée que : primo la psycho gériatrie ou la gérontopsychiatrie n'existe pas, secundo qu'il est le seul médecin hospitalier à avoir une activité ambulatoire concrète, c'est-à-dire qu'il travaille hors des murs de l'hôpital (en effet il est le seul dans le secteur de gériatrie à faire des consultations spécialisées en EHPAD et dans des postes de Consultations avancées) et tertio l'avenir de la gériatrie se trouve aux domiciles des patients.

Il affirme qu'en gériatrie il faut éviter l'hospitalisation, qu'il faut agir le plus possible en amont et travailler main dans la main avec le secteur médico-social. Il regrette que trop peu d'hospitaliers soient tournés vers l'extérieur. Du coup, pour lui, il n'existe pas réellement d'alternatives ambulatoires en dehors des quelques places d'HAD de l'hôpital (places très insuffisantes pour répondre aux besoins, selon lui, le service d'HAD ne fonctionne pas bien sur Pau)

Le Gériatre nous retrace l'existant en matière de PEC de Patients âgés Alzheimer et nous parle de l'UPUG (Unité post urgence de gériatrie). Il parle aussi d'une UCC (unité cognitivo-comportementale, service qui doit être adossé à un SSR) autorisée mais qui, faute de lieu et de consensus, n'est toujours pas mise en œuvre. Le spécialiste mentionne la consultation mémoire du l'hôpital et par ce biais aborde le problème de la « concurrence » avec le centre hospitalier psychiatrique des pyrénéens (CHP) .

Pour lui, il existe deux locomotives pour le développement en matière de PEC des PAA, le CH et le CHP. Il se demande si la coexistence de deux projets assez proches d'équipe mobile doit être discuté en amont et en interne, pour ne présenter qu'un projet global aux tutelles, ou si, à contrario, il fallait laisser les deux projets aller jusqu'au bout et voir ce qui en résulterait au final. (nous lui avons conseillé la première solution)

Anciennement porteur d'un projet de MAIA, refusé l'an dernier, ce praticien n'étant plus sur les mêmes fonctions, il n'est pas au courant de l'existence ou non d'un nouveau projet de ce type. Il reconnaît que l'idée du guichet unique est pertinente.

En conclusion pour le gériatre, le fruit ne semble pas encore mûr, et l'aide aux aidants n'est pas encore prête de voir le jour. En ce qui concerne le double projet « concurrent » d'équipe mobile l'un du CH et l'autre du CHP le président de la CME s'est engagé à mettre autour de la table les deux parties (pour l'heure antagoniste) au risque de réactiver

des tensions interpersonnelles connues, mais dont l'objectif est idéalement de trouver un consensus et d'harmoniser les demandes. Quoiqu'il en soit, pour ce médecin il faut en venir à la mobilité des hospitaliers vers l'ambulatoire sur cette thématique. L'avenir est à la mobilité. Et il est urgent de mettre en œuvre une réponse aux besoins croissants.

Remarque :

Le médecin s'est engagé, avant fin juin, de nous fournir des pistes de réflexions sur des projets globaux de coopération interprofessionnels afin de rationaliser les demandes dans le but de répondre aux mieux aux besoins tout en intégrant l'ensemble des contraintes. Il espère pouvoir réunir autour d'une table les deux porteurs de projets. Il nous promet de prendre lui même contact avec l'ensemble des intervenants.

L'entretien a duré plus d'une heure nous nous sommes engagé à rester en contact pour faire avancer ce dossier.

5 Rencontre avec la conseillère médicale du directeur de l'ARS

Ayant été contractuelle au sein de la DDASS de Gironde je connaissais déjà cette personne ce qui a facilité la prise de contact et l'obtention d'un rendez vous rapidement. La rencontre a eu lieu au siège de l'ARS à Bordeaux. Le but étant de connaître la position des tutelles sur le dossier. L'actuelle conseillère était auparavant chargée de l'offre de soins pour le secteur psychiatrique du département de Pyrénées atlantique et connaît particulièrement bien l'ensemble des intervenants sur ce dossier .En résumé la position des tutelles est qu'en aucun cas il ne sera étudié deux projets d'équipes mobile sur le même territoire et ciblant, qui plus est, les mêmes patients. Une concertation vers un projet unique est nécessaire. D'autre part la situation financière actuelle n'est pas en faveur de financement de nouveau projet, il faut imaginer trouver des solutions à budget constant. Cependant elle reconnaît l'urgence et l'intérêt de développer une PEC ambulatoire pour les PAA. Pour conclure elle propose de mettre en place un réseau de télémédecine. Si cette solution ne répond évidemment pas à tous les problèmes, ce pourrait être la première pierre d'un système de PEC ambulatoire. L'entretien en tête à tête a duré environ deux heures dont 45 minutes exclusivement dédiées au dossier Pyrénéen.

6- Rencontre, contact téléphonique et échange de mail avec le médecin de la CPAM ayant réalisé la coupe transversale

Lors de la première réunion il avait été retenu le principe de l'élaboration d'une coupe transversale par des experts de la CPAM afin de mettre en évidence la part de dépenses liées au sanitaire (acte finançable en T2A) des patients hospitalisés en gérontopsychiatrie. Après plusieurs relances et suite aux difficultés liées à son transfert

en ARS, rencontrées par le médecin ayant effectué cette commande, nous ne disposons pas, à l'heure actuelle, de l'ensemble des données. Cependant, selon le médecin, l'échantillon des données déjà traitées met en évidence une part non négligeable de dépenses liées exclusivement à des actes sanitaires, qui pourraient être extrapolé jusqu'à environ 5 lits de médecine pour l'ensemble du service de gérontopsychiatrie. L'examen de cette coupe (ANNEXE VI) met aussi en exergue la présence, en hospitalisation complète, de patients présents par faute d'autre alternative de PEC . Il est d'ailleurs écrit, pour certains patients, que la visite d'une équipe mobile dans leur EHPAD d'origine aurait pu éviter l'hospitalisation. Au total j'ai rencontré deux fois ce médecin et échangé une dizaine de mails avec elle.

3.2 Analyses

3.2.1 A partir des entretiens et rencontres, des échanges téléphoniques et des courriels.

La première chose à noter est l'adhésion de l'ensemble des intervenants à la thématique de notre projet de mémoire. Chacun ayant fait des efforts pour nous recevoir ou nous répondre dans des délais parfois très courts. Au sein de l'institution, comme au siège, le sujet a intéressé les personnes sollicitées, ce fut encore plus vrai pour les intervenants extérieurs des deux hôpitaux publics, qui non seulement se sentaient très concernés mais en plus ont fourni un travail de qualité et des réponses enrichissantes aux différentes questions que nous leur avons posées. Toutes les participations ont apporté un éclairage différent et souvent complémentaire à la gestion de notre dossier.

La seconde remarque concerne la compétence, sur cette thématique, de nos interlocuteurs. Certains travaillent depuis 20 ou 30 ans dans ce domaine, ils n'ont jamais cessé d'être des forces de proposition, ils ont publié de nombreux articles et ouvrages sur le sujet, leur approche très humaine des personnes âgées Alzheimer est particulièrement instructive et novatrice. Certains spécialistes ont su garder une vision globale du patient et de son entourage et sont du coup très engagé dans le soutien du développement de la PEC en ambulatoire des PAA tout en restant conscients des difficultés concrètes qui entourent les projets (difficultés d'ordre financière ou de lutte de pouvoir par exemple).

L'abandon du projet d'HAD, pour un projet d'équipe mobile, confirme, alors que dans la théorie les modalités de fonctionnement d'une HAD sont bien différentes de celles d'une équipe mobile, que le glissement d'un projet à l'autre est tout à fait cohérent. En effet il

s'agissait d'un service d'HAD spécialisé en psychiatrie, c'est à dire sans acte de soins physique, en cela une équipe mobile ayant les mêmes objectifs de maintien à domicile et de soins répond elle aussi aux besoins de PEC ambulatoire des PAA.

La mise en place d'une PEC ambulatoire permettra de réserver l'hospitalisation en psychiatrie pour les seuls patients qui en relèvent. C'est aussi dans ce but que la télémedecine, initialement non prévue dans la gestion de notre dossier, se révéla être une priorité. Nous sommes intéressés par la place que peut occuper cet apport technique dans la coordination et la qualité des soins c'est un outil incontournable pour l'avenir.

De plus il existe une vision assez hospitalo-centrée de la PEC des PAA, avec encore des difficultés à s'ouvrir vers l'extérieur. Le CH a bien conscience de l'existence des autres secteurs que ce soit celui de la psychiatrie, du médicosocial, du social, de l'ambulatoire et de la médecine de ville mais les articulations n'apparaissent pas aller d'elles-mêmes. D'ailleurs la seconde proposition d'un projet d'équipe mobile évoquée vient en contrepois du projet que le secteur psychiatrique avait déjà sommairement exposé dans le PMT de l'an dernier.

On note aussi à l'inverse, des ouvertures avec une vision moins sanitaire et moins hospitalo-centré qui permettent une approche plus globale de la problématique. Certains praticiens maitrisent les règles du jeu, connaissent les limites législatives et financières et leurs grandes expériences sur de nombreux projets et réalisation au sein de leurs établissements. Ces acteurs se placent comme des médiateurs possibles et c'est d'ailleurs sur cette base que nous espérons nous appuyer. Nous espérons que la volonté affichée de coordination ne sera pas qu'un vœu pieux.

D'autre part nous ne pouvons pas passer à côté de l'existence de tensions interpersonnelles et de luttes de pouvoir qui existent entre les psychiatres et les gériatres. Il me semble que la vision somatique de la PEC des PAA domine c'est peut être une des raisons pour laquelle le CHP n'arrive pas à être le porteur d'un projet sur la thématique des PAA. De plus il existe des distorsions fortes et anciennes entre les deux directeurs d'hôpitaux chacun se sentant légitime pour porter les projets de PEC pour les patients Alzheimer.

Le principe d'une médiation est un point concret positif sur la volonté de rechercher du consensus. Il reste à savoir si ce sera suffisant pour franchir les blocages interpersonnels.

3.2.2 Analyse financière

Même si l'aspect technique financier ne fait pas, en règle générale, partie du cœur du métier de MISp, il revêt sur ce dossier un aspect incontournable qui nous oblige à l'intégrer pleinement à notre réflexion. Initialement le CHP avait déposé son dossier de demande d'autorisation HAD dans le contexte d'un financement des structures HAD intégré aux enveloppes financières soit fléchées sur les activités MCO (médecine chirurgie obstétrique), soit fléchées sur l'enveloppe globale DAF (dotation annuelle de financement). La DAF est le mode de financement notamment les activités de psychiatrie. Toutefois, un élément réglementaire nouveau et quasi-concomitant de l'obtention de l'autorisation a posé un problème en ce qui concerne ces possibilités de financement. En effet la circulaire HAD, publiée au 1^{er} Décembre 2006, a défini des modalités de financement spécifiques, sous le mode d'une tarification à l'activité.

Ces 2 éléments financiers et opérationnels, ont interféré avec le projet, dans la mesure où, de par la nature de la procédure, il y a décalage temporel entre l'obtention de l'autorisation qui est basée sur un projet et la réalisation effective. Ce hiatus entre le temps administratif de délai de procédure et les avancées réglementaires a fragilisé la mise en œuvre du projet, dans la mesure où son financement allait s'appuyer sur l'utilisation d'une enveloppe (DAF) qui n'était plus configurée pour ce type de financement.

Ce changement de situation a induit une obligation pour l'HAD d'être tarifée à l'activité. Or, le système de tarifs ne permet pas de coder en mode de prise en charge principale (MPP) autre chose que la catégorie dite « autres traitements ». En mode de prise en charge associée (MPA), seule la catégorie prise en charge psychologique ou sociale pourrait être utilisée. Les autres éléments de codage (éducation du patient et/ou entourage, soins de nursing lourd) correspondent à des situations où il y a prise en charge de MCO de type hospitalière, ce qui, au vu de la coupe transversale effectuée par l'assurance maladie, ne correspondrait pas à une situation très fréquente. (21) Ce système de tarification placerait l'établissement en position de fragilité réglementaire et financière, car :

- D'une part la catégorie « autres traitements » concerne des traitements dits « exceptionnels et peu fréquents », serait ici, par la force des choses, un codage systématique, et exposerait l'établissement à un non paiement des séjours par l'assurance maladie en cas de contrôles T2A, pour codage illicite. (21)
- D'autre part, la rémunération correspondant à ce type de séjour ne serait pas de nature à permettre un équilibre budgétaire le calcul détaillé est en annexe (ANNEXE VII)

Au vue de l'évolution de la demande (passage de l'HAD vers une EMOGP) nous avons aussi étudié grâce au maitre de stage formé aux questions financière, les alternatives possibles comme : le financement d'une structure de prise en charge renforcée sous forme de visites à domicile, dans le cadre d'un financement DAF. Cette hypothèse soulève un premier problème : d'une part elle est conditionnée à des capacités de financement par l'ARS sur l'enveloppe DAF et donc à l'apparition de marges de manœuvres régionales, ce qui a fait défaut dans les années précédentes. En outre, sur cette enveloppe, il n'y a pas dans la circulaire tarifaire 2010 (1) de marges financières sur des mesures nouvelles qui soient fléchées sur la PEC des PAA par le secteur psychiatrique. A moyen terme, il n'y a pas non plus de fléchage spécifique de ce type dans le plan Alzheimer 2008/2012. Cette difficulté pourrait être contournée s'il était mis en évidence que l'établissement, dans son secteur gérontopsychiatrique, effectue des prises en charge relevant du sanitaire (MCO). Dans ce cas, le CHP pourrait faire valoir que, sur un nombre de lits donnés, il peut bénéficier d'une tarification à l'activité T2A MCO, (qui serait la reconnaissance de son activité somatique, non rémunérée actuellement), ce qui, à enveloppe DAF constante, permettrait d'apporter des financements pour une équipe de visite à domicile.

Cette hypothèse, outre qu'elle nécessite une autorisation en tant qu'établissement exerçant une activité MCO, exige que l'établissement prouve qu'il exerce bien une activité « qualifiable en médecine » et ce en proportion non négligeable. C'est cette logique qui a initié la demande aux services de l'assurance maladie pour effectuer une coupe transversale de l'activité des services de gérontopsychiatrie. (ANNEXE VI)

Les premiers éléments de résultat de cette coupe effectuée sur 38 patients occupant des lits de gérontopsychiatrie indiquent que 3 patients auraient pu être hospitalisés en MCO, les autres hospitalisations qui auraient pu bénéficier d'une alternative étant des prises en charge en EHPAD ou en visites à domicile. Sur cette base, il apparait difficile d'envisager une autorisation de médecine (qui nécessiterait une modification du SROS 3 puis le dépôt d'un dossier d'autorisation) et qui ne porterait, en extrapolant selon les dires du médecin ayant effectué la coupe, que sur 5 lits de médecine. D'autre part, même si les 5 lits étaient reconnus et faisaient l'objet d'une tarification à l'activité, cela ne permettrait malheureusement pas de financer la mise en place d'une EMOGP. Par contre ce serait un point de départ de reconnaissance de la part de sanitaire prise en charge par le CHP et cela le légitimerait peut être comme promoteur d'un projet d'EMOGP.

Pour terminer sur l'aspect financier, la nouvelle orientation vers une demande d'équipe mobile relève d'un type de financement particulier et n'est accordé qu'au titre de financement MIGAC (mission intérêt général d'aide à la contractualisation), et donc aux structures ayant une autorisation de médecine : ceci présuppose que, comme dans le cas

précédent, une autorisation de médecine soit octroyée. Cet obstacle pourrait être contourné en envisageant une collaboration avec le CH de Pau, qui lui bénéficierait d'un financement pérenne pour une EMOG. C'est sur cette bases de réflexion que nous avons envisagé et suggéré que les 2 établissements déposent conjointement un dossier de demande d'équipe mobile somatique et psychiatrique. (ANNEXE X)

3.2.3 Analyse juridique

En ce qui concerne l'autorisation d'HAD force est de constater que les textes législatifs pris en compte lors de l'évaluation de la demande initiale d'autorisation ne correspondaient pas au texte alors en vigueur. En effet si la circulaire de 2004 contenait plusieurs paragraphe dédiés aux HAD spécialisées (trois spécialisations étaient alors possible : la pédiatrie la périnatalité et la psychiatrie), la circulaire suivante, en vigueur lors de l'étude du dossier en 2007, préconise l'abandon des spécialisations en matière d'HAD. Elle ne développe que l'HAD généraliste et polyvalente. D'ailleurs, la circulaire de 2006 abroge celle de 2004, ce qui concrètement se traduit par une absence de ligne de financement dans les décrets des modalités de financements de l'HAD.

L'arrivée à terme de l'autorisation « litigieuse » est une bonne chose et simplifie d'autant la décision. La caducité de cette autorisation étant de plus accepté par le promoteur (le centre hospitalier des Pyrénées) il ne reste plus qu'à l'officialiser . Nous avons proposé au directeur de la DT 64 un courrier officialisant la caducité de la demande d'HAD gérontopsychiatrique (2,3,4,5,6)

3.3 Les résultats

3.3.1 Les propositions retenues

Au terme actuel de l'étude de ce dossier j'ai retenu la grande compétence doublée d'une grande expérience professionnelle des différents intervenants que nous avons sollicité pour ce travail.

Je retiendrais quatre axes principaux

1- La validation par l'ensemble des acteurs concernés (tutelle et promoteurs) de la caducité de l'autorisation de création d'un service d'HAD spécialisé en gérontopsychiatrie.

2- La persistance des besoins réels de mise en place de structures ambulatoires pour la PEC des PAA du Béarn.

3- Un début de réponse pourrait être la mise en place d'une équipe mobile « mixte » c'est à dire d'une EMOG associée à une EMOGP. Cette solution a l'avantage de répondre aux besoins, d'être cohérente avec les équipements déjà existants sur cette thématique et le fait d'être « porté » par le CH résoudrait les problème de financement. De plus dans une perspective d'évolution vers un guichet unique, ou vers une organisation en réseau, une équipe mobile de ce type trouverait sa place. Cette solution a été exposée aux acteurs concernés et semble recevoir un accueil favorable tant au niveau administratif que médical.

Concrètement le directeur de la DT 64 a, sur notre proposition, adressé un courrier conjoint aux deux directeurs du CH de Pau et du CHP de Pau (en annexe) où il leur est demandé de se concerter sur un projet unique mais mixte c'est a dire avec la double casquette gériatrique et psychiatrique d'équipe mobile. (ANNEXE X)

4- Le dernier axe est celui du développement de la télémédecine. Si initialement nous n'avons pas accordé suffisamment d'importance à ce type de structure, cette nouvelle possibilité technologique attire toute notre attention. Sans être la panacée, la télémédecine pourrait dans l'immédiat répondre à certains besoins. Ce service peut s'installer sans délais et pour un financement « modeste » ce qui, dans la conjoncture actuelle, est plutôt une bonne chose. Nous avons fortement encouragé le CHP à développer cette possibilité tout en poursuivant ses projets d'EMOGP. (17,22, 40)

3.3.2 Discussion sur les résultats obtenus par rapport aux objectifs initiaux.

Les résultats obtenus sont une première marche vers la réalisation des objectifs. La gestion du dossier nous a entraîné vers des pistes auxquelles nous n'avions initialement pas pensé. Cependant la recherche de consensus s'est révélée être un procédé payant puisqu' in fine nous avons atteint nos objectifs. En effet les objectifs initiaux étaient de faire des propositions concrètement réalisables devant satisfaire aux contraintes, des besoins, à l'offre de soins existante et à venir, et aux limites budgétaires. L'ensemble des propositions retenues répond bien à cela. Malgré tout je ne perds pas de vue qu'il ne s'agit que d'ébauche de proposition. Même si concrètement les deux directeurs d'établissements ont reçu un courrier officiel des tutelles, les incitant à élaborer un projet commun pour la PEC ambulatoire des PAA du Béarn, rien n'est gagné. Nous connaissons de nombreux obstacles possibles à la réalisation d'un tel projet, dont le principal, me semble être l'existence de tensions historiques entre le secteur gériatrique et le secteur psychiatrique, tous deux légitimes pour la PEC des PAA .

D'autre part, si je suis optimiste sur la faisabilité de la mise en place d'un service de télémédecine au sein du CHP en direction des EHPAD du Béarn, là encore il ne s'agit que de projet et la concrétisation, même si elle peut être rapide, n'est pas encore là.

3.3.3 Les difficultés rencontrées

Ce qui m'a semblé le plus difficile est la gestion du temps. En effet comme je l'ai dit précédemment le fait de n'être que ponctuellement et rarement sur place n'a pas rendu les choses très simples. Heureusement la thématique du dossier a fédéré les personnes que j'avais besoin de rencontrer il faut bien reconnaître que chacun m'a beaucoup aidé à faire avancer ce dossier. La deuxième difficulté que j'ai pu repérer est celle de la méconnaissance du Béarn, en effet c'est un handicap de ne pas connaître le maillage territorial, l'offre de soins sur cette thématique etc. même si j'ai passé beaucoup de temps à comprendre l'organisation de la prise en charge des personnes âgées Alzheimer sur ce territoire il persiste des lacunes qui auraient pu fluidifier la gestion du dossier.

Il a été très difficile de faire comprendre à des promoteurs sérieux et très impliqués que les modalités de financement de leur projet ne sont pas compatibles avec les modalités de financement de leur établissement. C'est encore plus difficile à faire accepter que l'absence de financement.

La réorientation du dossier, qui d'une demande d'hospitalisation à domicile est devenu au fil du temps un projet mixte équipes mobiles m'a obligé à élargir le champ initial que je m'étais fixé. Ce réajustement m'a obligé à faire des retours en arrière avec de nouvelles interrogations au fur et à mesure de l'évolution de la demande du CHP.

Pour finir, la mise en place des ARS avec la réorganisation des secteurs a été un facteur limitant, il y a eu beaucoup de changements de responsables et j'ai dû, à plusieurs reprises, rencontrer la personne initialement concernée par la thématique puis son remplaçant.

3.3.4 Alternatives possibles

Toute gestion de dossiers entraîne des choix et donc forcément des alternatives possibles.

Tout d'abord nous aurions pu coûte que coûte mettre en œuvre l'autorisation délivrée par les tutelles pour dix lits de l'hospitalisation à domicile spécialisé en gérontopsychiatrie.

Nous aurions pu faire le tour des différentes structures d'HAD psychiatrique déjà existantes en France, voir leur mode de financement et essayer de faire une transposition pour le Béarn.(27)

Nous aurions aussi pu, sans rechercher le consensus avec les différents acteurs, proposer une alternative à l'hospitalisation pour la prise en charge des PAA. C'est-à-dire par exemple que nous aurions pu choisir de mettre en place un service de télémédecine, soit au CH de Pau soit au CHP avec un appel à projets et des charges.(28,30)

Nous aurions aussi pu partir des demandes du terrain et du secteur médico-social c'est-à-dire des patients, ou encore des EHPAD pour mettre en place un service plus en charge ambulatoire.(16,30)

Nous aurions aussi pu partir du plan national Alzheimer et lancer un appel d'offres pour la création d'une MAIA.(8)

4 LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

4.1 Place du MISP dans la gestion du dossier

La plus value d'être médecin spécialisé en santé publique vient de cette double casquette. Les études médicales et pour certains dont je fais partie l'exercice de la médecine libérale, apporte une connaissance concrète du terrain, des patients, de leurs maladies, de leurs souffrances et de leur fin de vie. C'est le vécu de la profession qui donne du sens et qui nous implique dans la gestion des dossiers. En effet il ne s'agit pas de traiter de simples dossiers, derrière il y a des problématiques concrètes que nous connaissons pour les avoir déjà vécues soit à l'hôpital lors de nos études soit sur le terrain lors de l'exercice du métier et cette plus value est inestimable. C'est parce que nous avons cette expérience professionnelle qu'aujourd'hui nous sommes engagés dans la santé publique. Nous ne gérons pas seulement des dossiers nous œuvrons pour nos concitoyens dans le but d'optimiser en fonction des possibles de l'offre de soins et dans un but d'amélioration de la santé publique. L'association d'un ensemble de connaissances allant des données épidémiologiques, du rôle de l'état, des financements aux obligations légales, etc, enrichissent notre formation et nous permet de n'être ni utopistes ni coupés de la faisabilité dans les réponses que nous proposons.(15)

En ce qui concerne la PEC très sensible à l'heure actuelle des malades d'Alzheimer (réel problème de santé publique au vu des chiffres alarmants du nombre de PAA et par ses lacunes et retard de ce dossier), elle doit évoluer et répondre aux attentes et besoins des soignants, des malades et de leurs aidants.

Comme médecin de santé publique nous agissons en tant qu'aide à la prise de décision éclairée. J'en profite pour une suggestion, nul ne devrait s'occuper de la santé d'autrui sans avoir eu auparavant un contact, autre qu'à travers la littérature ou l'expérience personnelle, avec, la maladie, la souffrance et la mort. Un stage d'au moins 6 mois dans un service hospitalier ou avec un généraliste devrait être envisagé dans le but d'humaniser les décisions. Afin que chacun sache en connaissance de cause les conséquences directes et indirectes de décisions administratives prises loin du terrain.

4.2 Auto évaluation

L'indice de réussite sur la gestion à court terme est satisfaisant ; en effet, nous avons pu faire évoluer le point de vue de nos interlocuteurs et d'une situation de conflit figée nous sommes repassés dans une nouvelle dynamique de travail avec des perspectives de collaboration interprofessionnelle et ce malgré les points de fixation interpersonnel forts. Même si objectivement toutes les difficultés ne sont pas levées il faut reconnaître que la possibilité de faire se rencontrer des personnels en concurrence sur une même thématique est un point positif. La transformation de la demande vers quelque chose de plus réaliste, la recherche du consensus a évolué et maintenant, il est question d'un rapprochement des deux directeurs d'Hôpitaux (CH de Pau et CHP) dans le but de faire une demande commune d'équipe mobile destinée à la prise en charge des PAA du Béarn.

L'évaluation à long terme ne pourra se faire qu'ultérieurement ; nous l'espérons positive, parce qu'en l'état actuel de nos connaissances sur les possibilités de prise en charge de ces patients et des manques évident d'alternative à l'Hospitalisation, l'existence d'une EMOGP est un premier pas vers le développement de l'offre de soins Ambulatoire. L'ambulatoire étant un réel besoin pour les patients leur famille les hospitaliers et les tutelles. L'existence concrète d'une EMOGP serait un bon début.

4.3 Recommandation pour les MISP

S'investir sur les dossiers fondamentaux, être force de proposition, savoir valoriser nos compétences, savoir demander de l'aide, connaître ses limites et rechercher des appuis. Développer l'art de la recherche du consensus et savoir se contenter de peu. Ne pas perdre de vue que selon Confucius : « l'homme qui déplace une montagne commence par déplacer les petites pierres ». Non seulement nous devons garder cela à l'esprit et savoir que le simple fait de mettre sous la lumière des dossiers, permettra peut être d'orienter les futures décisions, voire de faire émerger des priorités de santé qui auraient pu rester dans l'ombre ou se noyer dans le flot des dossiers qui passent.

4.4 Intérêts trouvés à la gestion de ce dossier

A partir d'un dossier qui devait consister à rechercher des possibilités pour mettre en œuvre un petit service de 10 lits d'HAD spécialisé en gérontopsychiatrie, nous nous sommes rapidement trouvés confrontés à un problème beaucoup plus vaste. C'est au final un véritable dossier d'actualité aux confins de plusieurs modalités de prise en charge, de plusieurs types de financements, de coopérations interprofessionnelles, d'articulation des divers champs de la santé allant de l'offre de soins au médico-social en passant par la médecine libérale. C'est toute une évolution de la PEC des patients qui est approchée. Comment proposer une prise en charge complète globale pour les personnes âgées Alzheimer et leur entourage en intégrant les contraintes de l'existant, les difficultés financières du Pays et la réponse aux besoins de soins et de prise en charge tout en faisant progresser la recherche.

Ce dossier m'a permis de mesurer toute la difficulté de prendre des décisions, de trouver les meilleures solutions qui selon l'angle d'où l'on aborde le sujet ne seront pas toujours les bonnes. C'est la recherche du consensus, qui n'est pas sans rappeler l'évaluation de la balance bénéfice /risques faite par le médecin en consultation, ici transposée à la population avec une dimension épidémiologique, qui selon moi présente le plus d'intérêt dans la gestion de ce type de dossier. C'est entendre chacun, progresser vers de nouvelles perspectives de prise en charge pour PAA du Béarn. C'est envisager l'évolution des métiers de la santé en développant des coopérations entre professionnels afin que les passerelles bénéficient à la prise en charge des patients.(16)

Conclusion

D'un dossier apparemment anodin, nous sommes arrivés sur des enjeux de santé publique très importants puisqu'il s'agit de la prise en charge de manière ambulatoire des patients âgés souffrants de maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. (26)

Dans son discours lors de la journée nationale des MISP, Jean-Marie Bertrand, le secrétaire général des ministères sociaux, a souligné la place importante que devrait prendre le secteur ambulatoire dans l'offre de soins, ainsi que la place de la coopération interprofessionnelle. La gestion de notre dossier, correspond bien aux préoccupations du moment et les solutions proposées sont conformes à l'évolution des politiques de santé publique actuelles. Cependant il ne faut pas perdre de vue, que derrière les politiques de santé, il y a des patients en souffrance, que dans le cas de la maladie d'Alzheimer il faudrait éviter que les aidants soient les deuxièmes victimes de ce fléau. (8,18, 26)

Il faut humaniser les prises en charge de ces patients et être plus réactif aux avancées scientifiques sur cette thématique. Nous devons élargir notre champ de vision, prendre exemple sur les départements, les régions en avance sur cette thématique (Gérontopole de Toulouse). Il aurait été aussi intéressant d'élargir nos connaissances en regardant en Europe et dans le monde les modalités de prise en charge ambulatoire pour ces patients. D'autre part, comme le souligne très largement le plan Alzheimer (8), la recherche fondamentale doit rester un axe fort, elle n'apparaît malheureusement pas dans notre dossier.

Quoi qu'il en soit, ce travail montre concrètement la prise de conscience, de l'ensemble des acteurs de santé, pour l'intérêt de faire évoluer l'offre de soins vers des alternatives à l'hospitalisation.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

1-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Circulaire n° DGOS/R1/DSS/2010/177 du 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé.

2-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DHOS/03/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

3-MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire n°DHOS/O/2004/44 du 4 février relative à l'hospitalisation à domicile.(non paru au JO).

4-MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Circulaire n°DHOS/o3/DGAS/2c/2007/365 du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (non paru au JO).

5-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile. JO du 25 mars 2007.

6-PREMIER MINISTRE. Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles.

7-MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

Les plans et schémas

8-REPUBLIQUE FRANCAISE : *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008/2012*

9-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORT, *Plan Psychiatrie et santé mentale 2005/2008*

10-MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE : *Plan solidarité grand âge 2006*

11-Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2006 - 2011

12-CONSEIL GENERAL DES PYRENEES ATLANTIQUES : schéma départemental en faveur des personnes âgées des Pyrénées Atlantique 2006/2011

13-PMT des Pyrénées Atlantique, volet personnes Agées, 2010, « *documents de travail* »

Ouvrages, revues et brochures

14-AGUESSE (C.), VASSEUR (E.), 2008, *Le gérontopsychologue et ses patients*, Collection Professionnels en Gérontologie. p 175

15-BRECHAT P.H., SALINES E., SEGOUIN C./ ED 2006, *Médecin de santé publique*, ENSP, 460 pages

16-COLLECTIFS D'AUTEUR, 2010, *évolution des métier de la santé, la coopération entre professionnels* , revue ADSP, la documentation française, n°70 , pages 13 à 65

17-DRASS Ile de France, brochure 2009 : outil proposé par les membres du comité régional Alzheimer d'Ile de France, *Améliorer la qualité des soins et l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie D'Alzheimer ou de maladies apparentées, recommandation pour les professionnels et les accompagnants.*

18-GUILLAUMOT P., Ed 2004, *Le sujet Agé ses proches et ses soignants.* , Eres, Relations, 245 pages

19-GUILLAUMOT P., décembre 2008, *les politiques publiques face à la maladie d'Alzheimer*, Revue ADSP n°65, Page 29

20-GUILLAUMOT P.,PUYOULET F. 2008, *la maladie d'Alzheimer*, revue ADSP n°65 la documentation française, page 28 à 48

21-MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS : *guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile. (PMSI)*

22-OLLIVIER R., LE JONCOUR-BELLANGER,GAUTIER, BUET, 1993, *Les alternatives a l'hospitalisation - défi pour l'hôpital*, La revue hospitalière de France, vol 6 pages 579 à 589

23-PELLERIN J., 2007, *Comment s'organisent les soins en gérontopsychiatrie*, Revue la gérontologie pratique n°191 pages 8 et 9

Articles

24-GUILLAUMOT P., FATSEAS B., 2009, *Aider les familles ayant un parent atteint de maladie démentielle, approche gérontopsychiatrique dans le réseau*, page 1 à 8, article envoyé par mail par l'auteur

25-GUILLAUMOT P., MIRLAND D. 2006, *Approche contextuelle et recherche de résilience en présence d'un parent Alzheimer*, page 1à19, article envoyer par mail par l'auteur.

26-HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Recommandations*,

Rapports et études

27-CHALEIX M., VALDELIÉVRE H., juillet 2009, *Etudes et résultats, Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : N°697

Mémoires

28-GILLET-PERCOT S., 2009, *Accompagner la singularité des personnes âgées désorientées et leur famille en créant un pôle dédié sur un territoire*. Mémoire EHESP-CAFDES - Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale. E.H.E.S.P. Rennes

29-CAMPEON A., LE BIHAN B., 2009, *La prise en charge de la maladie d'Alzheimer : enjeux et spécificités*, Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP). E.H.E.S.P. Rennes.

30-DEFEBVRE-MARGUERITE M., 2009, *La mise en place de l'expérimentation MAIA en région Nord-Pas de Calais : Comment organiser la coordination et la prise en charge des patients Alzheimer à domicile?* Mémoire de Module Interprofessionnel (MIP), E.H.E.S.P. Rennes.

31-ROUTELOUS C., LECORPS S., 2008, *L'exemple d'un réseau gérontologique : fonctionnement et positionnement stratégique sur le territoire. Vers un "guichet unique"»,* Mémoire EHESP de Module Interprofessionnel (MIP), Rennes

Sites internet

32-www.cm2r.enamax.net

33-www.francealzheimer.org

34-www.has-sant.fr

35-www.legifrance.gouv.fr

36-www.ors-idf.org

37-www.pau.cci.fr

38-www.parhtage.sante.fr

39-www.sante-sport.gouv.fr

40-www.telésante@sante-aquitaine.org

Liste des annexes

ANNEXE I : Grilles d'entretien

ANNEXE II : Planning

ANNEXE III : Liste et fonctions des personnes ayant participées a l'élaboration du travail

ANNEXE IV : Réseau fonctionnel de la PEC gérontopsychiatrie dans le Béarn

ANNEXE V : Listing des impossibilités d'hospitalisation par manque de place dans le service de gérontopsychiatrie au CHP de Pau

ANNEXE VI : Tableau récapitulatif de la coupe transversale effectuer en avril 2010 dans le service de gérontopsychiatrie du CHP de Pau

ANNEXE VII : Calcul prévisionnel des recettes annuelles attendues en cas de tarification d'un service HAD gérontopsychiatrie

ANNEXE VIII : Extrait d'un article écrit par le gérontopsychiatre dans la revue ADSP : schéma des réseaux informels qu'il existe autour d'une PAA

ANNEXE IX : Extrait du schéma gérontologique des Pyrénées atlantiques

ANNEXE X : Courrier adresse par le directeur de la DT 64 aux directeurs du CH de Pau et du CHP de Pau .

ANNEXE I : GRILLES D'ENTRETIEN

Grille d'entretien chef du pole gériatrique du CHR de Pau

- 1- Pouvez vous vous présentez et présentez vos fonctions
- 2- Pouvez-vous nous décrire l'offre de soins que propose le CHR en matière de prise en charge des patients âgés souffrant de maladie d'Alzheimer.
- 3- Pouvez vous succinctement nous décrire le personnel dédié à cette activité
- 4- Quel sont vos modalités d'action en matière d'alternatives a l'Hospitalisation.
- 5- Avez-vous des activités de soins ambulatoires si oui avec quel personnel et sous quelle forme.
- 6- Décrivez nous votre travail en réseau s'il existe.
- 7- Ou en est le développement de la filière gériatrique
- 8- Peut-on dire que votre spécialités de gériatre englobe des savoir faire de psychiatrie ?
- 9- Avez-vous identifié de besoins de collaboration avec les psychiatres, quelles est selon vous la place de la psychiatrie dans la PEC ambulatoire des patients âgés souffrant d'Alzheimer.
- 10- Existe –t-il des projets globaux (dans le PMT par exemple) pour répondre aux besoins de prise en charge des patients Alzheimeriens. (guichet unique, coopération interprofessionnel, articulation sanitaire, médicosocial) recherche, évaluation etc.
- 11- Comment voyez vous de manière optimale et sans envisager les blocages l'organisation des modalités de PEC des patients de gérontopsychiatrie dans le futur pour une meilleurs efficience. (Gérontopôle comme à Toulouse, guichet unique,)

Grille d'entretien du Directeur du CHP de Pau

- 1- Pouvez-vous nous retracer l'historique de la demande d'Autorisation pour un service d'HAD spécialisé
- 2- Quelle est la place de ce projet dans le projet d'établissement
- 3- Quels sont vos motivations pour replacer ce dossier dans vos projets, autrement dis après avoir passé deux ans sans mise en route pourquoi revenir sur cette autorisation
- 4- Ou en est votre réflexion actuelle sur l'opportunité d'un service d'HAD porté par le CHP
- 5- Avez-vous envisagé d'autre possibilité pour répondre aux besoins que vous avez identifiés en matière de PEC ambulatoire gérontopsychiatrique.
- 6- Comment envisagez-vous l'articulation avec les autres structures et établissement impliqué sur la même thématique (filiale gériatrique du CHR, EHPAD, réseaux etc)
- 7- Avez-vous des projets répondants au critère du plan Alzheimer type MAIA
- 8- Qu'envisager vous comme modalités de financement, connaissant la dichotomie qui existe entre le financement en DAF et la tarification à l'activité des prestations ambulatoires.
- 9- Avez-vous identifié des points de blocages
- 10- Qu'attendez-vous des tutelles.

Grille d'entretien chef du pole gériatrique du CHR de Pau

- 12- Pouvez vous vous présentez et présentez vos fonctions

- 13- Pouvez-vous nous décrire l'offre de soins que propose le CHR en matière de prise en charge des patients âgés souffrant de maladie d'Alzheimer.
- 14- Pouvez vous succinctement nous décrire le personnel dédié à cette activité
- 15- Quel sont vos modalités d'action en matière d'alternatives à l'Hospitalisation.
- 16- Avez-vous des activités de soins ambulatoires si oui avec quel personnel et sous quelle forme.
- 17- Décrivez nous votre travail en réseau s'il existe.
- 18- Ou en est le développement de la filière gériatrique
- 19- Peut-on dire que votre spécialités de gériatre englobe des savoir faire de psychiatrie ?
- 20- Avez-vous identifié de besoins de collaboration avec les psychiatres, quelle est selon vous la place de la psychiatrie dans la PEC ambulatoire des patients âgés souffrant d'Alzheimer.
- 21- Existe –t-il des projets globaux (dans le PMT par exemple) pour répondre aux besoins de prise en charge des patients Alzheimeriens. (guichet unique, coopération interprofessionnel, articulation sanitaire, médicosocial) recherche, évaluation etc.
- 22- Comment voyer vous de manière optimale et sans envisager les blocages l'organisation des modalités de PEC des patients de gérontopsychiatrie dans le futur pour une meilleurs efficience. (Gérontopôle comme à Toulouse, guichet unique,)

Grille d'entretien du gériatre président de la CME .
--

- 1- Pouvez vous vous présentez et présentez vos fonctions
- 2- Pouvez-vous nous décrire l'offre de soins que propose le CH de Pau en matière de prise en charge des patients âgés souffrants de maladie d'Alzheimer
- 3- Avez-vous des activités de soins ambulatoires, si oui avec quel personnel et sous quelle forme.
- 4- Décrivez-nous votre travail en réseau s'il existe.
- 5- Où en est le développement de la filière gériatrique
- 6- Peut-on dire que votre spécialités de gériatre englobe des savoir faire de psychiatrie ?
- 7- Avez-vous identifié de besoins de collaboration avec les psychiatres, quelle est selon vous la place de la psychiatrie dans la PEC ambulatoire des patients âgés souffrant d'Alzheimer. Avez-vous l'intention de travailler en collaboration avec le CHP .
- 8- Existe –t-il des projets globaux dans le PMT par exemple) pour répondre aux besoins de prise en charge des patients Alzheimer. (guichet unique, coopération interprofessionnel, articulation sanitaire, médicosocial) recherche, évaluation
- 9- Comment voyer-vous, de manière optimale et sans envisager les blocages, l'organisation des modalités de PEC des patients de gérontopsychiatrie dans le futur et pour une meilleurs efficience. (Gérontopôle comme à Toulouse, guichet unique,)

ANNEXE II : PLANNING

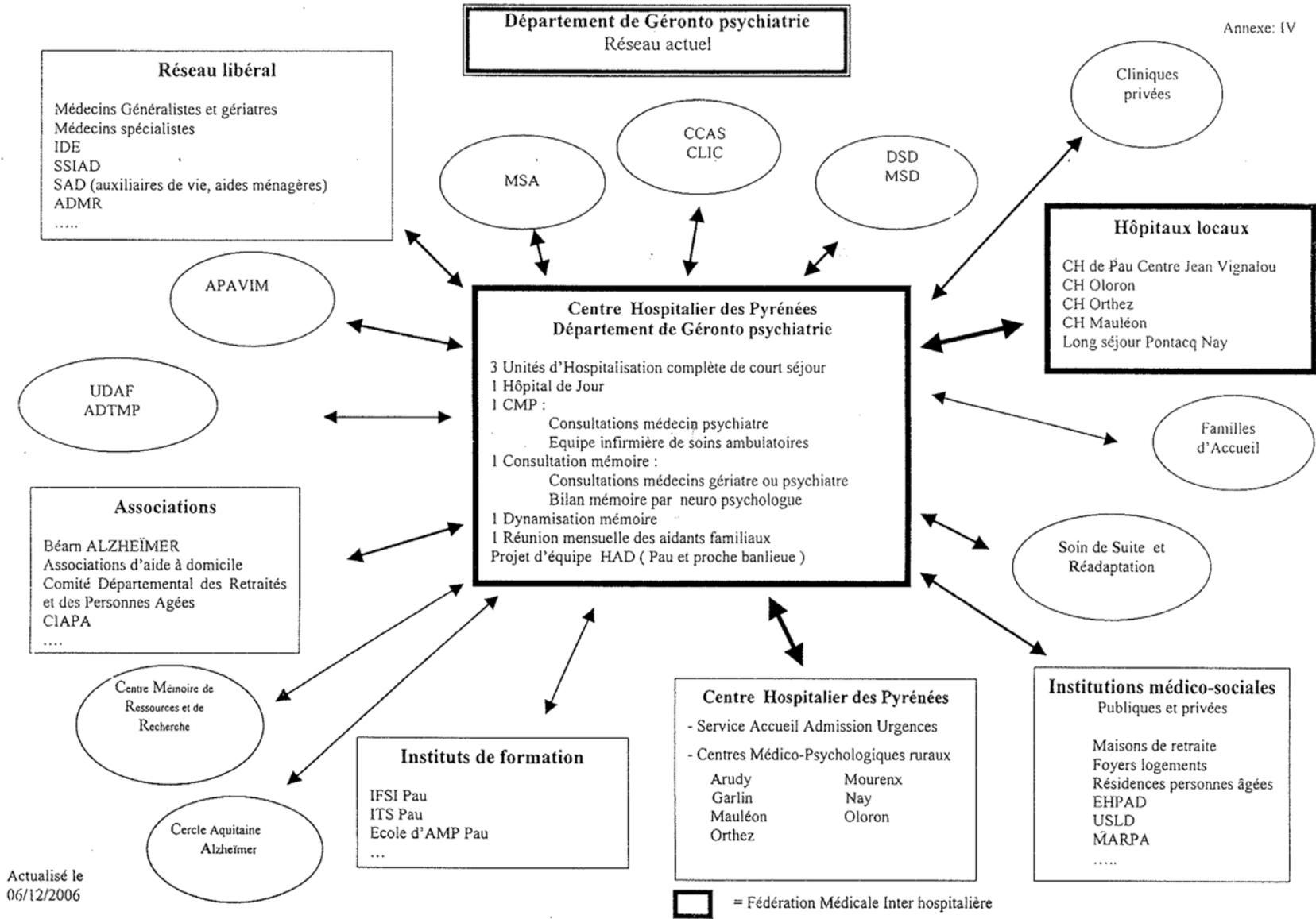
Etapes	Compétences à mobiliser	Dates
Appropriation du sujet	Ranger le dossier Faire le tri de l'essentiel Etablir un planning Prévoir les rencontres	Première phase mai 2010
Recherche documentaire Etudes réglementaires	Lecture appropriation analyse des Circulaires, textes de lois plans Alzheimer, plan santé mentale, schéma gérontologique des Pyrénées atlantique, PMT, SROS Commencer la bibliographie.	Tout au long de la gestion du dossier
Faire le point sur la demande	Rencontre avec les promoteurs Grilles d'entretien	Début juin
Etudes des besoins	Gérontopsy sur le territoire Lecture et étude de document Recherche et exploitation des données (article, Internet etc)	Début juin
Bilan de l'offre en gérontologie + offre en psy Territoire Béarn et Soule	Rencontre des gérontopsychiatrie du CHP et des gériatres du CHG de Pau Elaboration des grilles d'entretien	Mi juin
Bilan intermédiaire	MISP IASS IP de la DT 64	21 juin 2010
Réajustement	MISP, IP, IASS partage et échanges d'information	Tout au long du travail
Etudes financières	MISP spécialisé, comptable CHP, Tutelles	Tout au long de la gestion du dossier
Réflexion, analyse synthèse et Rédaction		Tout au long de la gestion du dossier
Finalisation	Savoir accéder à la plateforme REAL pour l'envoi du document final	12 juillet 2010

**ANNEXE III : LISTE ET FONCTIONS DES PERSONNES AYANT PARTICIPEES A
L'ELABORATION DU TRAVAIL**

Rencontre	Mode de contact	Fonction des intervenants
Le 29 Avril 2010	Entretien sur au CHP	Gérontopsychiatre chef de service du pole de gérontopsychiatrie du CHP Porteur de projet.
Le 7 juin 2010 matin	Entretien au CHP	Directeur du CHP, porteur de projets
Le 7 juin 2010 après midi	Entretien au CH de Pau	Gériatre du CH chef de service au CH de Pau.
Le 9 juin 2010	Entretien AU CH de Pau	Gériatre président CME a
Après 1 ^{er} réunion Lors des réajustements Sur les orientations retenues	En DT 64	IASS en charge du secteur psychiatrique (changement lors des ARS)
Après 1 ^{er} réunion Lors des réajustements Sur les orientations retenues	En DT 64	IP responsable de l'offre de soins
Lors du choix du dossier février 2010 Lors de son arrivée pour l'informer du travail en cours Avril 2010 Lors de la proposition de courrier conjoint. Fin juin 2010	En DT 64	Directrice de la DDASS puis Directeur de la DT 64
Rencontre quasi - quotidienne	En DT 64	MISP en charge du secteur médico-social.
12 mai 2010 17 juin 2010	Au siège des ARS	Ex Médecin de la ERSM , médecin ARS
17 juin 2010	Au siège de l'ARS	Conseillé médical du directeur de l'ARS anciennement en ARH

		chargé de la psychiatrie
Quotidiennement	En DT 64	Maître de stage.

**ANNEXE IV : RESEAU FONCTIONNEL DE LA PEC GERONTOPSYCHIATRIQUE
DANS LE BEARN**



ANNEXE V : LISTING DES IMPOSSIBILITES D'HOSPITALISATION PAR MANQUE DE PLACE DANS LE SERVICE DE GERONTOPSYCHIATRIE AU CHP DE PAU

<p><u>DEMANDES D'HOSPITALISATIONS REFUSEES PAR MANQUE DE PLACES</u></p> <p><u>EN GERONTOPSYCHIATRIE</u></p>

Comme tous services, les médecins assurent une astreinte téléphonique chaque jour de 8h30 à 18h30, à tour de rôle et nous avons noté à titre indicatif le nombre de demandes refusées ou différées en Avril et Mai 2010. Nous pensons que la présence de l'équipe mobile devrait permettre de réguler beaucoup mieux ces différents problèmes et surtout d'éviter un certain nombre d'hospitalisations. Nous évaluons cela à 50% concernant les troubles psychocomportementaux des démences, ce qui redonnerait une fluidité et une capacité meilleure à nos lits d'hospitalisations intersectorielles d'une part et permettrait également de renforcer les actions de partenariat de réseau avec les Ehpad afin de permettre une sortie plus rapide des patients en attente d'institutionnalisation, ce qui représente un blocage des lits avec augmentation de la DMS mais aussi un coût incontestable.

Evidemment un tel tableau ne montre pas assez ce que représente à la fois l'inquiétude de ceux qui appellent et qui sont en difficultés à domicile avec l'impression qu'ils gèrent un risque qui les dépasse. De même le sentiment péjoratif que nous ressentons de devoir en permanence refuser d'aider ces partenaires du réseau au risque à terme de nous disqualifier. Partenaires vis à vis desquels nous devons être fiables, pour qu'ils nous fassent confiance et nous sollicitent plus tôt dans la trajectoire de soins de leur patient.

Pour comprendre les tableaux :

Oliviers, Montbrétias, Tournesols sont les noms des Unités d'hospitalisation à temps plein en Gérontopsychiatrie.

Equipe mobile, fait référence à l'équipe de VAD d'infirmières de soins Gérontopsychiatriques à domicile (qui ne concerne que Pau et alentours)

Date mois d'avril 2010	NOM	Provenance de l'appel	Motif de l'appel	Alternative proposée	Résultat
1	Mme D...	Marroniers	Hébergée pour risque suicidaire	La garder jusqu'à demain	Hospitalisée dans le service le 2
1	Mr L....	SAAU	Trouble comportement sur DTA	Le garder jusqu'à demain	Hospitalisé dans le service le 2
1	Mme T.....	SAAU	Risque suicidaire	La garder jusqu'à demain	Hospitalisée dans le service le 2
1	Mme B.....	Coulomme Sauveterre	Cris la nuit DTA	Rivotril et réévaluer	Hospitalisée dans le service le 9

2	Mr A....	Urgences CH Oloron	Dépression agitée calmé	Faire bilan gériatrique à Orthez	Transféré d'Orthez le 17
8	Mme I.....	Domicile	Dépressive à protéger (battue)	Attente de place	Place refusée par la suite
8	Mr I....	Domicile	Agressif à bilanter (DFT?)	Attente de place	Place refusée par la suite
9	Mr X	SAAU	anxiété	Le garder jusqu'à demain	Transfert cardio sur avis du gériatre
27	Mme L....	EHPAD Aramits	Anxiété sur démence	Proposition thérapeutique	Amélioration permettant gestion sur place
27	Mr V.....	EHPAD	Délire	Attente de l'HTP	Rappel le 05 Mai – Mr est mieux donc demande annulée

4	Mme P.....	St Joseph Salies		Attente HTP	Toujours en attente
4	Mme G.....	Urgences CH Oloron	TS méoc	Aller au SAU	Oliviers le 5/5
5	Mme S....	Urgences CHFM	Tremblements dépressive vue en neuro	Psychiatrie de liaison	Entrée refusée par le mari, puis SAAU, puis Oliviers le 11/5
5	Mme D.....	Dr Leborgne à domicile	MA avec troubles comportement	Passage de l'équipe mobile	En cours d'évaluation
6	Mme G.....	Médecin ttt avait appelé l'équipe mobile	Anxiété non supportée par l'époux	En attente	Oliviers mardi 11
10	Mr C.....	EHPAD Lorca	MA avec hostilité	En attente	Montbrétias le 12
10	Mr C.....	EHPAD Sauveterre vers SAAU	Dépression et délire	En attente	Montbrétias le 14
11	Mr O.....	SAAU	Troubles anxieux avec akatisie	Vu par le gériatre au SAU en attendant place	Transféré à Beau Site
11	Mme B....	Mdecin ttt à domicile Nay	Insomnies	Aménager le traitement et rappeler si besoin	UPUG le 12 (CHFM)
11	Mme B.....	Médecin ttt à domicile Morlaas	Anxiété avec somatisation	2 nd aménagement de traitement et voir	SAAU le 12, puis Vignalou car pas de place en Gérontopsy
12	Mme A.....	Urgences CH Oloron	Violences familiales sur MA (sorti la	Loxapac proposé + lettre faxée	Prise en charge gériatrie Oloron

			veille)		
14	Mme L.....	4ième appel de l'EHPAD Aramits	Délire, agressivité	Aménagements thérapeutiques, puis attente de place	Montbrétias le 18 mai
14	Mme R.....	VAD	État régressif; se met nue et se roule par terre	Attente de place	Montbrétias le 18 mai
14	Mme M.....	EHPAD Anglais	Phase maniaque avec insomnies depuis 15 j	Aménager le traitement et attente place Suivi équipe mobile	Rappel le 17, puis le 19 situation intenable. Envoi aux urgences
14	Mme M.....	Médecin ttt	Refus alimentaire et violences envers aidants	Attente place	Toujours en attente
14	Mme P..... Carmen	EHPAD Jeanne d'Albret	Phase maniaque sur DMP sans traitement thymorégulateur	Aménagement de traitement refusé par le MT. Va l'envoyer dit-il.	Non hospitalisée au CHP puis entrée le 27/05
17	Mme I.....	Médecin ttt domicile	Conflit conjugal avec violences physiques. Refus d'hospit en avril	Attente place et s'assurer avec la fille de la demande (HDT?)	Rappel le 19 car situation intenable
18	Mr L.....	SAAU	Dément déambulant de Lorca agressif. Venu le 14 d'hôtélia, sorti hier du SAU et revenu	Attente place	Rappel le 19 Directeur Hôtélia car épouse dit que retour envisagé par SAAU. Pas possible dit-il Tournesols le 20/05
19	Mr E.....	SAAU	Trble cognitif persécuté + diabète et vasculaire	Attente place. Au SAU Évaluation gériatre	Montbrétias le 21/05
19	Mme M.....	foyer des Anglais	Inversion nyctémérale ingérable sur place	Prise en charge à Vignalou proposée en attendant?	Arrivée au SAU le soir
19	Mr G.....	Equipe mobile Gériatopsychiatrique à domicile	Syndrome confusionnel sur maladie Alzheimer	Aménager PEC pharmaco (MT pas OK) et non pharmaco en attendant hospitalisation	Suivi équipe mobile en attente d'HTP

20	Mme M.....	Psy de liaison CHFM en neuro (bilan neuropathie)	menace suicidaire	J'informe le confrère sur l'insatisfaction permanente de Mme M et j'informe VAD	Suivi équipe mobile, en attente de consultation car psychiatre en congès
20	Mr R.....	Dr Pruvost coordo Antoine de Bourbon alerte VAD	MA avec amaigrissement majeur et épuisement réagissant mal aux stimulations	Aménager PEC pharmaco (message laissé au MT. N'a pas rappelé)	Suivi équipe mobile en attente
21	Mr C.....	Domicile	Troubles anxieux sévères	Hospitalisation Acacias + traitement + VAD	Attente de consultation et hospitalisation
25	Mme C.....	EHPAD Garlin	Délire sur MA	Adaptation traitement en attendant hospitalisation	En attente
25	Mr G.....	Suivi par équipe mobile	Veut enjamber le balcon épouse ne peut le tenir	SAAU Urgence	En attente d'admission
26	Mme P.....	EHPAD Jeanne d'albret Orthez	Bipolaire avec délire de persécution / voisine	Aménager traitement encore en attendant hosp	Entrée le 27/05
26	Mme A.....	EHPAD Napoli	Trouble comportement à évaluer en hospit	Liste d'attente. Equipe mobile avait proposé neuro	En attente avec suivi équipe mobile
27	Mr L.....	Welcome	Troubles orientation => gestion des mictions	Orientation vers la gériatrie	
27	Mme M.....	CHOrthez Gériatrie	Chutes à répétition déambulation nocturne	En attente	En attente
28	Mr M....D....	CHFM	Confusion sur pneumopathie	Attente.	Rappel le 31 En attente
28	Mr A..	CH Mauléon	Désorientation => mictions au sol	Orientation gériatrique	
31	Mr M.....Aimé	Médecin ttt	Dément trop sédaté	Demande d'HTP Adaptation pharmaco	Suivi équipe mobile
31	Mr E.....	Médecin ttt rudy	DTA agressif + Troubles du sommeil	Adaptation non pharma	Suivi équipe mobile proposé. En attente
31	Mr	Suivi CMP Mauléon.	Somatisation et	Adaptation	En attente

		Domicile	agressif	pharmaco	
--	--	----------	----------	----------	--

VAD : infirmière de l'équipe mobile.

MT = Médecin traitant

SAAU = service des urgences du Centre Hospitalier des Pyrénées.

**ANNEXE VI : TABLEAU RECAPITULATIF DE LA COUPE TRANSVERSALE
EFFECTUEE EN AVRIL 2010 DANS LE SERVICE DE GERONTOPSYCHIATRIE DU
CHP DE PAU**

	N°	sexe	age	mode d'hospitalisation	provenance	motif hosp	sortie	suivi post sortie	aurait pu bénéficier d'une alternative à l'HC psy	commentaires éventuels
Les monbretias	1	H	72	HDT	transfert CS MCO	angoisse délirantes et violences à domicile	domicile	CMP	non	
	2	F	81	HL	domicile	idées délirantes et TS médicamenteuse				
	3	F	74	HL	domicile	bouffées délirantes dépression	domicile	CMP	non	
	4	H	62	HL	domicile	troubles du comportement avec épuisement du conjoint	domicile et accueil de jour		non	
	5	F	75	NR	NR	agitation maniaque	NR	NR	non	
	6	H	72	HDT	EHPAD	agressivité envers le personnel	pas de possibilité de sortie, gardé en psy		non	
	7	F	69	HDT	transfert CS MCO ou urgences	agitation avec alcoolisation	NR	NR	non	
	8	F	70	HL	EHPAD	agressivité	EHPAD	CMP	non	soutien en EHPAD par VAD
	9	H	78	HL	transfert CS MCO ou urgences	syndrome confusionnel	transfert CS MCO		oui	hospitalisation en CS MCO
	10	F	65	HL	transfert CS MCO ou urgences	désorientation avec troubles cognitifs	EHPAD	CMP		
	11	H	84	HL		hallucinations, déambulation nocturne, agressivité	domicile	CMP	non	avec préparation au retour
	12	F	85	HDT	domicile	syndrome de Diogène	domicile	CMP	non	avec VAD
	13	F	81	HL	domicile	refus de soins			non	pb du retour avec fille psy
	14	H	87	HDT	domicile	sd de Diogène refus de soins agressivité	domicile	CMP	non	avec préparation au retour
	15	F	85	HDT	domicile	sd de Diogène refus de soins	domicile	CMP	non	avec préparation au retour
	16	F	63	HDT	transfert CS MCO ou urgences	délire, compulsions alimentaires	domicile	CMP	non	avec préparation au retour
	17	F	91	HL	EHPAD	état confusionnel, agitation et troubles du comportement	EHPAD		non	
Les Oliviers	18	F	72	HL	EHPAD	décompensation hypomaniaque 3ème crise déjà suivie	EHPAD	CMP	oui	intervention du médecin psy dans l'EHPAD aurait pu être utile, décompensation avec signes avan-coureurs et équilibration TTT

19	H	90	HL	transfert CS MCO ou urgences	errance refus de soins, syndrome de Diogène	domicile	CMP	non	
20	H	87	HL	EHPAD	agressivité et refus de soins	EHPAD	CMP	non	conflit avec l'ehpad, retour dans structure différente nécessité d'une coupure
21	F	78	HL	transfert CS MCO ou urgences	Intox médicamenteuse volontaire	NR		non	en cours d'hospitalisation, devenir non précisé
22	H	77	HL	transfert LS	Opposition aux soins et cris démence vasculaire epilepsie	EHPAD	CMP	oui	vivait à domicile dans cond précaires.épouse aidante hospitalisée, chute; confusion, démence diagnostiquée, retour prévu du couple en ehpad avec visite de la VAD.
23	F	87	HL	EHPAD	Dépression, troubles de la personnalité, diagnostic en cours	EHPAD	CMP	oui	Gros travail de retour adns l'EHPAD qui n'est pas dans le secteur de la VAD.
24	H	72	HL	SSR	Dépression avec édambulation, prostration et risque suicidaire	EHPAD	CMP	non	préparation au retour en EHPAS avec la famille, nécessité de l'H compte tenu du risque suicidaire
25	F	84	HL	EHPAD	Cris+++++/épuisement du personnel, anxiété majeure	EHPAD	CMP	oui	aurait pu bénéficier d'une intervention d'uneéquipe spcialisée en EHPAD, ex type = améliorée apr la prise en charge relationnelle de son anxiété. Par contre, son EHPAD est hors secteur du CMP.
26	F	74	HL	Foyer logement	Psychose délirante + Dépression aggravation et rupture du lien social	EHPAD	CMP	non	retour en foyer logement pas ppossible, en attente d'une place en EHPAD
27	F	75	HL	domicile	Décompensation hypomaniaque d'une PMD bipolaire connue	domicile	CMP	non	pas d'alternance à l'HC compte tenu de l'isolement familial qui

									n'aurait pas soutenu l'intervention de l'EMOG	
28	H	71	HL	SSR	Agitation importante et troubles du sommeil ou démente ou bipolarité?	NR		non	ne relevait pas d'une possible intervention d'une équipe spécialisée, nécessité d'une H en psy	
29	H	59	HL	domicile	Violence familiale chez un dépressif	NR	CMP	non	urgence psychiatrique, suivi nécessaire en psy, transat envisagé sur secteur CHS	
30	F	85		transfert CS MCO	Syndrome Diogène, angoisses et troubles de la personnalité	domicile	psychiatrie libérale	oui	aurait pu bénéficier d'une alternative si travail en collaboration avec les travailleurs sociaux tentative de retour à domicile mais pb du suivi psy: pas d'intervenants sur le secteur	
31	F	84	HL	EHPAD	opposition aux soins et désir de mort dépression sévère et troubles de la personnalité	EHPAD	CMP	non	pas d'alternative à l'H compte tenu de la nécessité d'adaptation du TTT psy, pas gérable en EHPAD.	
Les Tournesols	32	F	79	HL	SSR	refus TTT et alimentation tb humeur et dépression + tb personnalité cognitive fronto-temporales	EHPAD	CMP	non	pas de possibilité d'intervention sur site (à domicile) compte tenu du déni des tbs
	33	H	81	HDT	transfert LS	Délire et violence chez un dément hospitalisé en long séjour	a déterminer (EHPAD ou domicile)		oui	est rentré pour délire violent chez un dément connu et qui a présenté des signes avant-coureurs retour à voir selon état
	34	F	75	HL	EHPAD	opposition sévère aux soins et à l'alimentation chez une démente psychotique ancienne?	EHPAD	CMP	oui	pb essentiellement de refus alimentaire et de dénutrition aurait pu aller en gériatrie
	35	F	76	HDT	domicile	bouffées délirantes sur état psychotique démente sous-jacente	domicile	CMP	non	pas d'alternative compte tenu de l'urgence démente frontotemporale et exogénose retour à domicile en H

										de Jour
36	F	87	HL	transfert CS MCO	dépression sévère avec geste suicidaire ais pb somatique imprtant (syndrome cave suoérieur) et IC (Stent) dénutrition et déshydratation	EHPAD	MT	oui		en fait aurait relevé d'une H en médecine, le séjour en psy était pour préparer le retour à l'EHPAD (aurait pu être un accompagnem ent sur site)
37	F	79	HDT	domicile	Bouffées délirantes sur psychose ancienne	a déterminer (EHPAD ou domicile)	CMP	non		pas d'alternative compte tenu de l'urgence a fait pyelonéphrite en + retour à domicile envisagé mais pb de la compliance
38	H	76	HL	domicile	décompensation psychotique avec rupture du TTT					

ANNEXE VII : Calcul prévisionnel des recettes annuelles attendues en cas de tarification d'un service HAD gérontopsychiatrique :

Ce calcul se base sur un codage systématique de type N° 8 « autres traitements » en prise en charge principale , (MPP) et N° 25 en prise en charge associée (MPA).

Il suppose une DMS de 15 jours, et un niveau de charge en soins chiffré par un indice de Karnovsky de 40% (patient handicapé qui nécessite une aide et des soins particuliers).

Dans la logique des modes de calcul des tarifs HAD,

Ceci donne les coefficients multiplicateurs suivants :

MPP 25 : 1,0558

MPA 08 : 1,7686

Karnovsky 40% : 1,85

Ceci classe la prise en charge patient dans le groupe homogène de prise en charge (GHPC) avec le coefficient multiplicateur suivant :

$$1,0558 \times 1,7686 \times 1,85 = \mathbf{3,4544826}$$

A ce stade, il faut prendre en compte la durée de séjour, car on applique un coefficient de pondération variable en fonction de la période du séjour :

Pour un séjour moyen de 15 jours :

-du 1° au 4° jour : coefficient de pondération de 1

-du 5° au 9° jour : coefficient de pondération de 0,7613

-du 10° au 15° jour : coefficient de pondération de 0,6765

Ces coefficients doivent être multipliés au coefficient du GHC, ce qui donne l'indice de pondération totale (IPT) :

- du 1° au 4° jour : indice de pondération totale de $3,4544826 \times 1 = 3,4544826$
- du 5° au 9° jour : indice de pondération totale de $3,4544826 \times 0,7613 = 2,62989$
- du 10° au 15° jour : indice de pondération totale de $3,4544826 \times 0,6765 = 2,33695$

Ces données sont discrétisées pour obtenir des groupes tarifaires :

- du 1° au 4° jour : Groupe tarifaire 15 de coeff 3,47
- du 5° au 9° jour : Groupe tarifaire 11 de coeff 2,67
- du 10° au 15° jour : Groupe tarifaire 9 de coeff 2,27

La grille tarifaire 2010 accorde une valorisation de :

277 € la journée pour le groupe tarifaire 15

213 € la journée pour le groupe tarifaire 11

181 € la journée pour le groupe tarifaire 9

Valorisation de 10 lits occupés à 80% :

Pour une DMS de 15 jours :

Nombre de jours au tarif 15 : $4/15 \times 365 \times 10 \times 80\% = 776$ journées

Nombre de jours au tarif 11 : $5/15 \times 365 \times 10 \times 80\% = 976$ journées

Nombre de jours au tarif 9 : $6/15 \times 365 \times 10 \times 80\% = 1168$ journées

RECETTES PREVISIONNELLES ANNUELLES:

-Au tarif 15 : $776 \times 277 = 214952$ €

-Au tarif 11 : $976 \times 213 = 207888$ €

-Au tarif 9 : $1168 \times 181 = 211408$ €

TOTAL : 214952 € + 207888 € + 211408 € = 634248 € en recette annuelle prévisionnelle

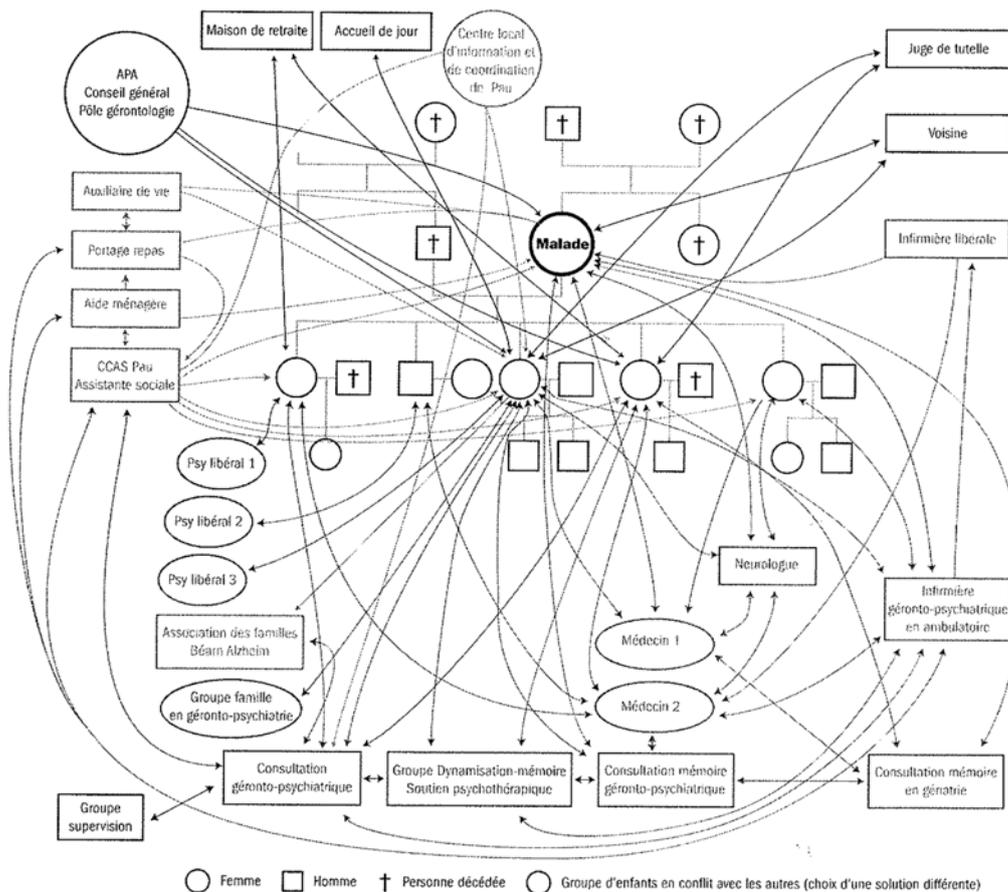
ANNEXE VIII : EXTRAIT D'UN ARTICLE ECRIT PAR LE GERONTOPSYHIATRE DANS LA REVUE ADSP. SCHEMA DES RESEAUX INFORMELS QU'IL EXISTE AUTOUR D'UNE PAA.

équipe et avec le psychiatre référent. Il faut conserver une capacité à se distancier des situations qui touchent y compris émotionnellement au long cours avec la mort toujours entière. Cette approche bifocale, institue une garantie indispensable pour garder à ce travail son aspect qualitatif et de recherche permanente. La responsabilité de cette fonction infirmière devrait être reconnue.

Nous pensons aussi que le fait d'associer au travail de l'infirmier, un travailleur social du réseau, tous deux exerçant en binôme, constitue une aide essentielle pour le médecin généraliste afin qu'il puisse améliorer ses interventions dans ce champ si difficile. Comme les consultations mémoire ont eu un effet structurant sur l'organisation et la recherche des diagnostics de plus en plus précoces,

la création des « MAIAS » devrait permettre ce recours à l'intervenant référent médico-social d'une part et à ces équipes de seconde ligne, dites « gestionnaires des cas complexes », où la psychiatrie nous paraît avoir toute sa place, du fait de leur formation et de leur compétence dans l'approche de qualité psychothérapique. Les infirmières « géronto-psychiatrique » des services psychiatriques ont une

formation de base en psychiatrie, une sensibilisation à l'approche familiale systémique, des formations spécifiques sur les personnes âgées, des approches sur les pratiques de soins et de communication avec les patients déments, (validation, stratégie de diversion, relation d'aide, rebouclage sensoriel) et une approche en thérapie brève centrée sur les compétences.



ANNEXE IX : EXTRAIT DU SCHEMA GERONTOLOGIQUE DES PYRENEES ATLANTIQUES

Elaboré par le Département en concertation avec l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs de l'action gérontologique, le schéma départemental des Pyrénées-Atlantiques en faveur des personnes âgées est fondé sur la volonté d'adopter une vision globale de la prise en charge de la personne âgée en s'adressant à l'ensemble des personnes de 60 ans et plus, avec une attention particulière pour la population de 75 ans et plus, et à l'ensemble des dispositifs offerts aux personnes âgées. Trois thèmes ont été ainsi principalement abordés : le domicile, les institutions (accueillants familiaux et établissements d'hébergement) et les coopérations (coordination d'interventions).

Dans la continuité des orientations politiques prises par l'Assemblée départementale lors de la Session du 17 octobre 2003, l'objectif du schéma est double :

- Il s'agit en premier lieu de **structurer la politique départementale globale en direction des personnes âgées pour les cinq ans à venir**. En effet, le schéma doit définir des orientations et proposer des actions pour les mettre en œuvre dans les domaines de la prise en charge à domicile, de la prise en charge en institutions et des coopérations. A cet effet, le schéma doit déterminer une programmation et des modes de suivi de la mise en œuvre de ces actions.

- Il s'agit en second lieu d'élaborer un **outil de référence et de planification pour l'ensemble des intervenants dans l'action en faveur des personnes âgées**. Le Conseil général, par le biais du schéma, organise et coordonne l'intervention des divers acteurs sanitaires et sociaux autour de la personne âgée, pour une prise en charge globale. L'association de nombreux partenaires à l'élaboration du schéma conduit à **un schéma partagé par l'ensemble des acteurs intervenant autour de la personne âgée ainsi que par la population âgée elle-même** (usagers et seniors).

La finalité pratique du schéma est d'apporter une réponse **la plus efficace et la plus globale possible aux besoins de la population de 60 ans ou plus du département**, tout en respectant la liberté de choix de ces personnes, par le biais : d'**une analyse de l'offre** (*les prestations disponibles*), **de la demande** (*les interventions sollicitées par la population*) **et des besoins** (*qui relèvent du champ des prestations souhaitables*) **en termes d'aide à domicile, d'accueil familial, d'accueil en établissement et de coordination des interventions dans le département des Pyrénées-Atlantiques**.

**ANNEXE X : COURRIER ADRESSE PAR LE DIRECTEUR DE LA DT 64 AUX
DIRECTEURS DU CH DE PAU ET DU CHP DE PAU.**



Pau, le 18/06/2010

— DELEGATION TERRITORIALE DEPARTEMENTALE
DES PYRENEES-ATLANTIQUES

— Pôle : Pole médical de Santé Publique

— Affaire suivi par : Dr Patrick GRAND
— Courriel : patrick.grand@ars.sante.fr
— Téléphone : 05 59 14 51 51
— Télécopie : 05 59 14 51 11

M le Directeur du Centre
Hospitalier des Pyrénées
29, Avenue du Général Leclerc
64039 Pau Cedex

M. le Directeur
Centre Hospitalier
Bd Hauterive – BP 1156
64011 PAU Cedex

Objet : Prise en charge ambulatoire et institutionnelle des problèmes gériatriques

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre du projet médical de territoire concernant le groupe « personnes âgées » et des documents projets qui ont été fournis par le Dr GUILLAUMOT, il apparait que le CHP pourrait être susceptible de proposer une prise en charge ambulatoire des personnes âgées en souffrance psychique, notamment en ce qui concerne les pathologies démentielles, sous une forme qui pourrait s'apparenter à celle d'une équipe mobile.

Par ailleurs, dans le cadre de l'examen des projets médicaux dans le champ MCO susceptibles de faire l'objet d'un financement par l'enveloppe MIGAC, dont les crédits alloués à la région Aquitaine sont précisés par la circulaire du 31 Mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé, il a été évoqué par le Centre Hospitalier de Pau la possibilité de demander une extension du champ d'intervention de leur équipe mobile dans le but d'étendre leur activité pour développer des prises en charge extramuros, que ce soit au sein des établissements médicosociaux, ou pour d'éventuelles interventions à domicile, ces interventions étant susceptibles d'être développées dans un périmètre correspondant à Pau et ses environs.

Dés lors, il y aurait 2 projets d'équipe mobile gériatrique susceptibles d'être déposés.

Or, compte tenu des contraintes financières, et compte tenu que ces 2 projets concerneraient pour partie des populations similaires, la multiplication des dossiers ne parait pas souhaitable.

Il serait judicieux, dans ce cadre, qu'une réflexion puisse être menée afin de déterminer les complémentarités qui pourraient amener à constituer une équipe unique à compétence pluridisciplinaire (Gériatrie + Gérontopsychiatrie), notamment pour les compétences médicales et paramédicales.



Tout courrier doit être adressé à : Monsieur le Directeur
ARS - Délégation Territoriale Départementale des Pyrénées-Atlantiques
Cité Administrative – Boulevard TOURASSE BP 1604
64016 - PAU Cedex - Mèl : ars-dt64-delegation@ars.sante.fr
www.ars.aquitaine.sante.fr

Dans ce contexte, je vous invite à sensibiliser vos équipes sur l'intérêt qu'il y aurait à se rapprocher, afin d'approfondir la réflexion sur les possibilités d'élaboration d'un projet unique intégrant la participation des 2 équipes, dans une approche qui permettrait de bien situer les champs d'intervention respectifs, surtout dans le domaine des interventions, psychogériatriques d'une part et gérontopsychiatriques d'autre part.

Comptant sur votre implication, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de mes sentiments distingués.

Le Directeur

Tout courrier doit être adressé à : Monsieur le Directeur
ARS - Délégation Territoriale Départementale des Pyrénées-Atlantiques
Cité Administrative – Boulevard TOURASSE BP 1604
64016 - PAU Cedex - Tél : ars-dt64-delegation@ars.sante.fr
www.ars.aquitaine.sante.fr