

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N°21

T H E S E

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Marina DANGEARD-VIEL

née le 11 juillet 1971 à Saint Cloud (92)

Présentée et soutenue publiquement le 8 juin 2004

**CREATION D'UN PÔLE GERONTOLOGIQUE
ENTRE TROIS HÔPITAUX LOCAUX DU NORD-
SARTHE, PIVOT D'UNE FILIERE GERIATRIQUE
COHERENTE**

Président :

Monsieur le Professeur Olivier RODAT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Gérard DEBOFFLE

Par délibération du conseil en date du 7 mars 1962, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Monsieur le Professeur RODAT,
Vous nous faites le grand honneur de présider notre jury.

Monsieur le Professeur BERU,
Nous sommes honorés que vous acceptiez de juger notre travail,
Recevez l'expression de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur LOMBRAIL,
Nous sommes honorés de soumettre notre travail à votre jugement,
Veuillez accepter le témoignage de notre profond respect

Monsieur le Professeur POTEL,
Vous nous honorez en acceptant de juger notre travail,
Recevez l'expression de notre sincère considération.

Monsieur le Docteur DEBOFFLE,
Qui avez accepté de diriger cette thèse,
Nous sommes heureux de la soumettre à votre jugement,
Soyez remercié de votre investissement personnel.

A Catherine, pour m'avoir proposé le sujet.

A Martine pour sa relecture précieuse,
nos années de compagnonnage à la faculté,
son amitié indéfectible,
sa grande tolérance.

A Magalie et Edith, pour leurs conseils judicieux et leur participation.

A Messieurs Lévy et Charrié, qui m'ont assisté sur le plan informatique.

Aux médecins des cabinets de Ballon et Sillé,
pour leur soutien égal.

A Fabien pour son amitié et son aide technique.

A Annie, secrétaire, sollicitée souvent et toujours serviable.

Je remercie sincèrement Madame Méaupe Inspectrice Principale de l'ARH en Sarthe, Madame Leroi médecin conseil de la CPAM, Monsieur Bey Directeur au Centre Hospitalier de Niort, qui m'ont ouvert leur porte, consacré de leur temps et donné des documents.

Je remercie vivement Monsieur Douzon, Mademoiselle Maunier, Monsieur Anjard, Monsieur Rossard, Monsieur Deboffe, Monsieur Charrié, qui m'ont reçue à plusieurs reprises, ont consacré temps et patience à mon égard, ont répondu à toutes mes demandes, mes sollicitations téléphoniques et ont fourni de nombreux documents.

Je remercie enfin Madame Julien, Madame Guittet, Madame Guérin, Madame Coutable, Madame Lefort, Madame Durfort, Madame Hubert, Mademoiselle Lecuyer, Mademoiselle Maillet, Madame Guillot, qui, toutes m'ont reçue et répondu ouvertement.

Je remercie aussi le responsable des CLIC en Sarthe, les services de la DRASS des Pays-de-la-Loire, de la DDASS de la Sarthe, du Conseil Général de la Sarthe, Monsieur Clément à l'ENSP, les secrétaires sollicitées et tous ceux qui de près ou de loin, parfois à leur insu ont participé à la réalisation de ce travail.

A Boris, mon mari,
Qui a supporté toutes ces années d'études à mes cotés
Pour ta présence et ta compréhension,
Pour tous les efforts fournis,
Soit assuré de ma sincère reconnaissance,
et de plus encore.

A Elie, Rachel, Martin nos enfants
qui n'ont pas choisi que leur maman fasse des études de médecine,
pour avoir été compréhensifs et sages si souvent.
Je suis heureuse que vous soyez là,
et vous offre mon amour sans limite.

A mes parents,
Qui m'ont toujours soutenue,
m'ont fait confiance,
ont apporté leur aide chaque fois qu'ils le pouvaient,
Je les remercie du fond du cœur.

A mes sœurs Emmanuelle,
Joëlle, Edith, pour notre complicité si forte.

A mes grands-mères toujours fières de leur petite-fille.

A mes parrain et marraine toujours enthousiastes.

A Magalie, Nénuphar, Concepcion, Véronique,
Amies fidèles du lycée.

A Pascale,
Qui m'a hébergée pendant six mois lorsque je travaillais aux urgences à Nantes.
Merci de ton écoute, de ton amitié permanente depuis le PCEM 1.

A Elisabeth Chaillou, merci du travail accompli.

A Béatrice, Elise et Rody, Jean-luc et Annette, Franz et Marie-Claire, Annie et Guy, Lucie,
Yannick, François Renaud, Véronique Roger, Isabeau et Franck, Katia et Philippe, Serge et
Malory, Victorine, Edith et Bertrand, Christelle, Elisabeth, Sonia et Damien, Gwénaëlle et
Philippe, amis anciens et nouveaux, quel plaisir de partager votre amitié !

A Sarah, Estelle, Ulrika, Djaffar, Karima, Stéphanie, pour nous être entraides pendant nos
années de faculté.

Au Docteur Stievenard qui m'a donné le goût de la médecine générale.

Au Brésil qui m'a donné le courage d'entreprendre ces études.

PLAN

METHODOLOGIE

INTRODUCTION

HISTORIQUE

1. Historique rapide de chaque hôpital

- 1.1. L'hôpital de Beaumont-sur-Sarthe
- 1.2. L'hôpital de Bonnétable
- 1.3. L'hôpital de Sillé-le-Guillaume

2. Activités antérieures

- 2.1. Capacité d'accueil
- 2.2. Fonctionnement médical
- 2.3. Ressources humaines
 - 2.3.1. Caractéristiques générales
 - 2.3.2. Personnel administratif et technique
 - 2.3.3. Personnel soignant
 - 2.3.4. Activités d'animation

3. Recherche de coopération

- 3.1. Changements administratifs
- 3.2. Expérience du syndicat inter hospitalier Evron/Sillé-le-Guillaume
- 3.3. Etude SANESCO
- 3.4. Naissance du Pôle Gériatrique
- 3.5. Statut juridique choisi par le Pôle Gériatrique

UN POLE GERONTOLOGIQUE AU SEIN D'UNE FILIERE

1. Inscrit parfaitement dans le SROS 2

- 1.1. Les grands principes du SROS 2 déclinés par les trois hôpitaux locaux
 - 1.1.1. La qualité
 - 1.1.2. L'accessibilité

- 1.1.3. La subsidiarité
- 1.1.4. La complémentarité

1.2. Les Objectifs de SROS mis en œuvre au sein du Pôle Gériatrique

- 1.2.1. Articuler hôpital/médecine de ville
- 1.2.2. Améliorer la prise en charge des patients
- 1.2.3. Améliorer la prise en charge des personnes âgées
- 1.2.4. Développer la mission de prévention des établissements de santé

2. Inscrit dans un bassin de population

2.1. Situation géographique

- 2.1.1. Localisation des Hôpitaux Locaux en France
- 2.1.2. Les Hôpitaux Locaux des Pays-de-la-Loire
- 2.1.3. Localisation des trois Hôpitaux Locaux du Pôle en Sarthe

2.2. Données démographiques

- 2.2.1. Population des trois CLIC - Le bassin de santé du Pôle Gériatrique
- 2.2.2. Population des dix cantons concernés par le Pôle Gériatrique
- 2.2.3. Vieillesse de la population
- 2.2.4. Proportion de la population souffrant de démence et projection sur les années futures

2.3. Offre de soins

- 2.3.1. L'offre médico-sociale
- 2.3.2. L'offre libérale

3. Inscrit dans un réseau médico-social

3.1. Les textes relatifs aux missions des hôpitaux locaux

3.2. Tourné vers la société

- 3.2.1. Lien avec les patients et les familles
- 3.2.2. Liens avec les associations
- 3.2.3. Lien avec les communes

3.3. Tourné vers le réseau médico-social

- 3.3.1. Le club des 5+
- 3.3.2. Lien avec les CLIC
- 3.3.3. Lien avec les associations et services auprès de la personne âgée

3.4. Tourné vers la médecine de ville

3.5. Tourné vers la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe

3.3.1. Lien avec Le Centre Hospitalier du Mans (CHM)

3.3.2. Lien avec le Centre de l'Arche

AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES : PRIORITE DU PÔLE

1. Directement auprès de la personne âgée hospitalisée

- 1.1. Travail d'écriture et de transparence
- 1.2. Renforcement des équipes au lit du patient
- 1.3. Achat de matériel adapté
- 1.4. Suivi nutritionnel
- 1.5. Travail sur la prise en charge de la douleur
- 1.6. Travail sur la prise en charge des soins palliatifs
- 1.7. L'animation

2. Par le rehaussement du niveau de compétence tant au niveau humain que structurel

- 2.1. Mise en place d'instances, de vigilances
 - 2.1.1. Généralités
 - 2.1.2. Comité de prévention des risques et de vigilance sanitaire
 - 2.1.3. Les comités du médicament et des dispositifs médicaux
 - 2.1.4. Le CLAN (Comité Alimentation Nutrition)
 - 2.1.5. Le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)
 - 2.1.6. Le CLUD (Comité de LUTte contre la Douleur)
- 2.2. Harmonisation et protocolisation des pratiques
- 2.3. Formation ciblée des agents
- 2.4. Créations d'emplois partagés
- 2.5. Chantier pour l'accréditation
- 2.6. Les évolutions architecturales en cours

3. Par l'amélioration des conditions de travail et des compétences des soignants

- 3.1. Emplois nouveaux
- 3.2. Renforcement du personnel
- 3.3. Consolidation des emplois
- 3.4. Améliorer les conditions de travail
- 3.5. Formation des agents adaptée aux besoins
- 3.6. Possibilité d'évolution, de mutation interne
- 3.7. Mise en place de groupes de parole sur chaque site
- 3.8. Groupe de réflexion éthique avec un juriste

4. Par le soutien des personnes à domicile

5. Par la conscience de ses limites

LE PROJET MEDICAL

1. Consolider l'activité sanitaire

- 1.1. Quelques lits de médecine en question
 - 1.1.1. Ce que disent les textes
 - 1.1.2. Situation sur les trois sites
 - 1.1.3. Réflexion des médecins du Pôle à ce sujet
- 1.2. Consolider l'activité de Soins de suite et Réadaptation
 - 1.2.1. Augmenter l'activité
 - 1.2.2. Améliorer l'équipement
 - 1.2.3. Améliorer les compétences paramédicales
 - 1.2.4. Soins techniques
 - 1.2.5. Modalités de prise en charge
- 1.3. Le suivi en Soins de Longue Durée (SLD)
 - 1.3.1. Mise en place d'un projet de vie
 - 1.3.2. Prévention des grands risques

2. Diversifier l'offre de soin

2.1. Répondre en amont et en aval aux besoins des centres hospitaliers et des cliniques

2.1.1. Promouvoir la prévention

2.1.2. Soutenir le domicile

2.1.3. Favoriser le retour à proximité du domicile et à domicile

2.2. Diversifier les modes d'accueil

2.2.1. Accueil en hébergement temporaire

2.2.2. Hospitalisation temporaire

2.3. Prise en charge adaptée de la démence

2.3.1. Une filière de soins spécialisée

2.3.2. L'hôpital de jour pour patients atteints de démence

2.3.3. Les UPAD : Unités pour Personnes Agées et Désorientées

2.3.4. Autres projets

3. La Consultation d'évaluation gériatrique

3.1. Un élément essentiel du projet médical

3.1.1. Définition

3.1.2. Moyens

3.1.3. Missions

3.2. Premières mises en place

3.2.1. Organisation

3.2.2. Composition de l'équipe d'évaluation

3.3. Les outils de l'évaluation

3.4. Intérêt perçu auprès des professionnels

4. Se former, adapter ses compétences aux besoins du Pôle

4.1. Adaptation des médecins

4.2. Favoriser un continuum dans le suivi des patients

DIFFICULTES

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

TABLE DES MATIERES

RESUME

METHODOLOGIE

Le sujet porte sur un Pôle Gériatologique tout juste créé. Certains éléments sont en place d'autres pas. Entre le projet d'établissement du Pôle du Nord-Sarthe écrit en 2002, la réalité de ce qui se fait, mais aussi l'évolution du projet après son écriture, l'adéquation est imparfaite. Cela a été une difficulté permanente : vérifier à chaque instant que ce que j'écrivais correspondait à la réalité soit de l'existant, soit d'un projet réellement porté. Ce travail ressemble donc davantage à une enquête journalistique qu'à une démonstration scientifique.

Pour ce travail j'ai dans un premier temps, rencontré Monsieur Deboffle, gériatre praticien hospitalier, coordonnateur du Pôle qui est l'un des initiateurs de ce projet et dirige cette thèse. Dans un second temps, et souvent à plusieurs reprises, j'ai rencontré les personnes impliquées dans la création de ce Pôle à différents niveaux : administratif avec le directeur de chaque établissement, médical avec les médecins coordonnateurs de chaque site, soignants avec les cadres infirmiers. Puis, je me suis attachée à rencontrer les différents intervenants dans la conception et la mise en place du projet : le directeur initial du Pôle, parti depuis janvier à la Direction de l'Hôpital de Niort, l'actuel Directeur du Pôle, l'Inspectrice Principale de l'Agence Régionale d'Hospitalisation en Sarthe, le Médecin Conseil de la CPAM en Sarthe. Certains responsables de services locaux en relation avec les hôpitaux locaux comme les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination), les services de soins au domicile et, à l'intérieur du pôle, les personnes nommées en emploi partagé ayant un rôle stratégique comme le technicien qualité, l'assistante sociale PASS, l'infirmière hygiéniste à Bonnétable, l'infirmière de l'antenne « soins palliatifs » ont été sollicités également.

Ces entretiens oraux ont été menés sur un mode semi-directif, préparés chacun au préalable sous forme de questions servant de trame, avec prise de note au cours de l'entretien. Chaque entretien, daté, était ensuite classé afin de faciliter son utilisation ultérieure. De nombreuses personnes m'ont, à

cette occasion, donné ou prêté des documents et des dossiers permettant d'étayer cette recherche ; elles m'ont parfois dirigé vers d'autres professionnels, d'autres services qui pourraient compléter les informations.

La recherche des différents textes de loi ayant rapport avec le fonctionnement des hôpitaux en général et des hôpitaux locaux en particulier, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 1999-2004, divers renseignements émanant du Conseil Général sarthois, de la Direction Régionale (Pays-de-la-Loire) et de la Direction Départementale (Sarthe) des Affaires Sanitaires et Sociales, du Centre Hospitalier du Mans ont fournis des éléments importants pour élaborer ce travail. J'ai sollicité l'Ecole Nationale de Santé Publique, le Ministère de la Santé, afin de rechercher l'existence d'autres pôles de ce genre en France. La recherche sur Internet m'a permis de découvrir des éléments intéressants : la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, le référentiel Angélique, une carte géographique, de nombreux textes de Loi sur le site « Legifrance.gouv.fr » en sont des exemples.

En essayant d'être au plus près de ce qui se créait, du sens du projet perçu au travers d'écrits mais aussi au décours d'entretiens oraux, la retranscription des faits et des dires est passée par le prisme d'une pensée humaine ; une part de subjectivité existe donc dans ce travail.

Les références bibliographiques à la fin du document sont notées de 1 à 44. Le rappel au cours du texte se fait par un nombre entre parenthèse ; exemples : (1) (23).

Les éléments se référant à des propos oraux entendus en entretien, si l'auteur n'est pas annoncé directement dans le texte, sont indiqués par une astérisque (*); il ne m'a pas paru souhaitable de nommer, que ce soit par la fonction ou le nom, chaque personne ayant bien voulu s'exprimer, d'une part par respect envers ces personnes, d'autre part pour ne pas alourdir le texte.

INTRODUCTION

Chacun reconnaît les fabuleux progrès accomplis par la médecine depuis le milieu du vingtième siècle ; progrès concomitants à ceux faits en sciences pures et techniques. Parallèlement à la connaissance du corps, de son fonctionnement jusque dans sa dimension moléculaire, celle en matière d'étiopathogénie, de diagnostic et de traitement étiologique ou fonctionnel a contribué à changer radicalement l'exercice du médecin. Les connaissances, les techniques, les possibilités thérapeutiques sont devenues si complexes, qu'aucun médecin, aussi brillant soit-il, ne peut prétendre les embrasser toutes, isolément. Ainsi la pratique médicale est-elle devenue un exercice collectif et nécessite-t-elle un travail de concertation : le généraliste est en relation avec de nombreux spécialistes et établissements, les cabinets de groupe se développent. Au sein de l'hôpital se sont multipliées les consultations multidisciplinaires, les 'staffs' (réunions de plusieurs médecins et soignants autour de dossiers et/ou de sujets). Les équipes de différents hôpitaux, voire d'autres pays, travaillant sur un même sujet se rencontrent lors de congrès, de réunions, d'échanges, de formation.

De tels changements dans l'exercice de la médecine n'ont pu se réaliser sans une mutation profonde des structures hospitalières qui l'abritent. L'hôpital est le creuset de la formation médicale ainsi que celui de la recherche. C'est le lieu, par excellence, où se concentrent les patients de tous types, de tous horizons, de tout âge et où se jouent des temps charnières intenses et uniques de la vie de chacun : nous y naissons et mourons pour la plupart d'entre nous.

Les structures hospitalières sont appelées à se transformer sans cesse afin de s'adapter, aux besoins renouvelés d'une population dont les caractéristiques démographiques changent, aux nouvelles données médicales, à l'accroissement d'une exigence de plus en plus grande en terme de qualité de vie et de soins, ainsi qu'aux nécessaires ajustements budgétaires d'une France intégrée à l'Europe dans un mouvement d'ouverture sur le Monde.

A l'image de la coopération humaine dans le milieu médical, les hôpitaux sont amenés à coopérer par nécessité mais aussi par volonté politique.

La création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) par ordonnance du 24 avril 1996, dite « ordonnance Juppé », a impulsé plus vigoureusement ce mouvement de coopération hospitalière.

Les études de médecine amènent des connaissances fondamentales à l'accompagnement de la personne dans sa maladie, mais aussi dans sa vie. Les personnes fragilisées et requérant davantage le médecin sont âgées. Leur accompagnement va bien au-delà du traitement médical pur.

La personne âgée arrive souvent en catastrophe à l'hôpital, lors de la rupture brutale d'un équilibre au préalable précaire à son domicile. « *pour placement...* ». « *...ne peut rester seule à son domicile...* », « *...le maintien à domicile n'est plus possible...* », lit-on fréquemment sur les courriers des médecins traitants. Parfois, on devinera entre les lignes que le problème médical posé n'est qu'un prétexte, ou l'occasion d'une prise en charge plus sociale que médicale.

Comment éviter ces ruptures, ces longues heures d'attente répétées, sur un brancard inconfortable, dans un couloir, pour des personnes perdues, les yeux hagards, accrochant la blouse de celui qui passe, marmonnant des propos inintelligibles ou répétant la même phrase angoissée ? « DTS », lit-on sur la plupart des observations, soit Désorientation-Temporo-Spatiale. Comment ne pas l'être dans ces conditions ?

Agir en amont, prévenir en proximité serait idéal. Ces hôpitaux de proximité du Nord Sarthe cherchant une survie, grâce à leurs spécificités et leurs connaissances de la personne âgée, au cœur des réformes hospitalières ont peut-être trouvé une réponse. Ils ont la volonté de mettre la personne âgée, et sa problématique particulière, au centre de toute l'attention, au centre d'un véritable projet médical, médico-social et social.

Pour offrir une qualité de soin, accroître leurs compétences, répondre aux besoins, les Hôpitaux Locaux de Beaumont-sur-Sarthe, Bonnétable et Sillé-le-Guillaume se sont donc regroupés, ont mutualisé leurs moyens, ont

inventé un Pôle Gériatrique de proximité en relation avec son bassin de population et intégré à la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe au sein duquel le Centre Hospitalier du Mans fait figure de référent.

Voici donc l'histoire actuelle de la naissance du Pôle Gériatrique entre les trois Hôpitaux Locaux de (par ordre alphabétique) Beaumont-sur-Sarthe, Bonnétable et Sillé-le-Guillaume. Nous analyserons comment il s'inscrit au sein d'une filière gériatrique et de quelle façon la personne âgée est placée au centre du projet d'établissement. Puis nous détaillerons le projet médical élaboré et investi par les médecins concernés. Enfin, nous verrons les difficultés auxquelles ce projet a dû faire face. La finalité de celui-ci étant que la personne âgée acquière une véritable place dans le système de santé français.

HISTORIQUE

1. Historique rapide de chaque hôpital

1.1. L'hôpital de Beaumont-sur-Sarthe

Le premier hospice de Beaumont-sur-Sarthe est issu de la volonté et du financement de deux personnes : d'une part, Monsieur Mouette né en 1794 à Beaumont sur Sarthe, médecin, devenu veuf en 1830 et affecté par la mort de son fils unique en 1849, d'autre part Madame Deleles, devenue veuve et elle-même affectée par la mort de son fils unique en 1855. Leurs histoires douloureuses similaires les rapprochent. N'ayant plus, chacun, d'héritier direct, ils prennent entre eux un engagement d'honneur : le premier des deux qui meurt doit offrir son héritage pour fonder l'hospice, le survivant doit en assurer la réalisation. Lorsque Madame Deleles meurt, son héritage permet à l'hospice de Beaumont-sur-Sarthe de voir le jour; nous sommes en mars 1863.

Monsieur Mouette se consacre alors tout entier à cette œuvre, faisant vivre l'établissement et lui accordant le bénéfice ultérieur de son propre testament (5).

L'hospice est ensuite dirigé par les sœurs de la congrégation d'Evron.

En 1976 un nouveau bâtiment est construit permettant la création de 80 lits de longs séjours. Puis en 1989 est créée la maison de retraite attenante représentant 30 lits dont 10 en section de cure.

1.2. L'hôpital de Bonnétable

La Maison de la Providence, du nom de la congrégation éponyme, est fondée en 1689 par le curé, André De La Jonchère, avec le soutien matériel de la duchesse de Nemours. Sa vocation est alors d'élever et d'instruire une

dizaine de jeunes filles pauvres, tâche accomplie par les sœurs de la congrégation. Deux bâtiments sont alors édifiés (6).

En 1829 la duchesse de Montmorency entreprend de faire construire un hospice sur un terrain attenant aux deux premiers bâtiments. Elle fait don à la commune de cette construction tout en l'assurant d'une rente annuelle perpétuelle. La gestion est confiée aux sœurs d'Evron. En contrepartie, la duchesse demande à ce qu'elles élèvent et instruisent dix jeunes filles de son choix et qu'elles accueillent et soignent douze malades dont six choisis par elle-même et les six autres par le maire et le curé de Bonnétable. Cet hospice est inauguré le premier juillet 1833. La commune participe également en construisant un autre bâtiment destiné à recevoir : buanderie, cellier, bûcher, salle de bain (6).

En 1970, l'établissement ne pouvant plus faire face à des normes devenues plus exigeantes, il est décidé de le fermer et de réaliser un nouvel hôpital en périphérie de la ville. Le Centre de Cure Médicale, établissement public, ouvre ses portes le 4 septembre 1978. Il a alors une capacité de 40 lits de cure et 40 lits d'hospice sous la direction de Madame Jacqueline Poette. L'évolution va se faire progressivement vers la fermeture des lits d'hospice qui disparaissent totalement en 1989, se transformant en 59 lits de long séjour et 21 lits de moyen séjour. Cette année-là voit l'ouverture de la maison de retraite attenante d'une capacité de 60 lits. Suivent en 1997 l'ouverture de l'unité gériatrique comportementale par transformation de 10 lits de longs séjours, puis le service de soins infirmiers à domicile de 15 places en 1998.

1.3. L'hôpital de Sillé-le-Guillaume

Il y eut à Sillé-le-Guillaume dès le Moyen Age un « Hostel-Dieu » qui, selon toute vraisemblance, se situait au bas de la ville et aurait été fondé par les barons de Sillé à une date inconnue. Au 17^{ième} siècle ses revenus furent donnés aux Minimes de François Cossé. (4)

Le 31 mai 1623, François de Cossé, duc de Brissac et baron de Sillé fonde le couvent des Minimes. Les travaux dureront 35 ans ; le couvent est destiné à recevoir douze religieux. Cependant, dès le début, les Minimes ne remplissent pas toutes les charges hospitalières que l'on attend d'eux. Une *confrérie* dite *de la charité* est fondée le 19 juin 1660 sur l'initiative du curé de Notre Dame, Louis Delinte, afin de pallier à cette carence. L'association comprend dès le départ des femmes ou des filles pieuses de Sillé, qui sont appelées bientôt du nom de « sœurs ». Celles-ci soignent les malades à domicile. Les revenus de cette association privée proviennent de dons ou de quêtes. (4) (7)

En 1704 la princesse de Conti permet l'achat d'un vaste bâtiment situé près de l'église St Etienne auquel est ajoutée une maison qui deviendra l'école communale des filles. L'hôpital est créé. Deux ou trois filles laïques et vertueuses, nommées sœurs également, y travaillent et sont salariées.

En 1722 ce sont *les tulardines*, du nom de Madame Tulard fondatrice d'une association de filles charitables à la Chapelle-au-Riboul, qui remplacent les gardes malades laïques de l'hôpital. Elles ont un double idéal : l'instruction de la jeunesse et le service des malades pauvres du diocèse. Ces *tulardines* deviendront au 19^{ième} siècle *la congrégation des sœurs d'Evron*.

L'hôpital est géré exclusivement par la ville par l'intermédiaire d'un bureau (ou commission administrative) composé de cinq membres : deux de droit, le bailli et, alternativement chaque année, le curé de Notre Dame ou celui de St Etienne ; les trois autres sont élus, un parmi les Chanoines de la Collégiale, les deux derniers par les habitants de Sillé réunis en Assemblée Générale.

Du côté du couvent des Minimes, le nombre de religieux va en s'amenuisant si bien qu'en 1748 il n'en reste plus que deux. Les événements révolutionnaires précipitent le départ des deux derniers religieux et les bâtiments sont alors loués à la municipalité de Sillé. Au printemps 1790, l'hôpital des pauvres, à l'étroit dans ses bâtiments, y est transféré. Celui-ci devient alors l'Hôpital-Hospice, toujours géré par les Tulardines. Le 28 avril 1800, Monsieur René-Louis Maslin, ancien notaire de Sillé retiré au Mans, achète les bâtiments pour le compte de la ville de Sillé (4) (7).

Après plusieurs rénovations d'autres bâtiments sont construits. Tout d'abord la maison de retraite en 1972 faisant passer la capacité de l'établissement de 52 à 108 lits. Puis en 1979 est inaugurée la maison de soins et de cures médicales ajoutant 60 lits. Des travaux de rénovation et d'humanisation de la maison de retraite ont lieu de 1993 à 1996 ; celle-ci comporte alors 120 lits (29).

2. Activités antérieures (avant l'année 2000)

2.1. Capacité d'accueil

En 2000 le nombre de lits de chaque établissement est réparti comme suit (21):

◆ Pour Beaumont-sur-Sarthe :

- soins de longue durée (SLD) :.....80 lits
- maison de retraite (MDR) :.....30 lits

◆ Pour Bonnétable :

- SLD :..... 59 lits

- dont l'unité gériatrique comportementale sur 10 lits
- MDR :.....60 lits
- soins de suite et de réadaptation (SSR) :.....21 lits
- service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :...15 places

◆ Pour Sillé-le-Guillaume :

- SLD:40 lits
- MDR:.....120 lits
- SSR:20 lits
- SSIAD:15 places

En 2000, les trois établissements regroupés représentent donc 430 lits et 30 places de SSIAD.

2.2. Fonctionnement médical

Côté médical, les trois hôpitaux locaux ont adopté chacun un fonctionnement particulier.

A Bonnétable, le suivi médical est assuré par deux praticiens hospitaliers, qui se partagent leur temps de travail entre l'hôpital local et le Centre Hospitalier du Mans. Cette situation changera dès 2001 avec la mise en place d'une direction médicale commune sur le Pôle permettant au médecin gériatre de se consacrer simultanément à l'hôpital de Bonnétable et à la mise en place du projet médical du Pôle (21).

De même, à Beaumont-sur-Sarthe un médecin praticien hospitalier partage son temps entre l'hôpital local et son cabinet de médecine générale en ville. Les deux maisons de retraite de ces deux établissements fonctionnent avec l'intervention de médecins libéraux.

A Sillé-le-Guillaume, ce sont les six médecins généralistes de la commune qui interviennent à l'hôpital local et à la maison de retraite en continuité de leur activité libérale et parfois, en subsidiarité dès lors que des patients viennent de cantons voisins (21).

2.3. Ressources humaines

2.3.1. Caractéristiques générales

Deux des trois établissements manquent de personnels, conséquence d'une sous dotation en crédits de fonctionnement. (En effet si l'on considère que les charges en personnel représentent 60 à 75% des dépenses de fonctionnement d'un établissement, la comparaison des prix de journée permet de visualiser les écarts en personnel de ces établissements) (21). La situation est encore plus manifeste à Bonnétable ; cet établissement ayant longtemps mis dans ses priorités le maintien du prix de journée parmi les plus bas du département. Beaumont-sur-Sarthe est à peine mieux loti ; seul l'hôpital local de Sillé se situe au dessus de la moyenne départementale.

Pour illustrer ceci, voici les tableaux récapitulatifs des tarifs en 2001 des maisons de retraite et des unités de soins de longue durée en Sarthe (21):

Sur les deux tableaux on constate que Beaumont-sur-Sarthe et Bonnétable se situent dans le haut des tableaux alors que Sillé-le-Guillaume se trouve dans le bas. Plus le tarif est élevé, plus l'établissement est donc riche en personnel.

Tarifs en euros des maisons de retraite sarthoises en 2001.

Soins de longue durée	Hébergement	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6	A la charge du résident : GIR 1-2 et hébergement
Le Lude	36,44	7,75	4,92	2,09	44,19
<u>Beaumont</u>	<u>36,44</u>	<u>9,07</u>	<u>5,76</u>	<u>2,44</u>	45,51
<u>Bonnétable</u>	<u>40,64</u>	<u>12,36</u>	<u>7,80</u>	<u>3,29</u>	53,00
La Ferté-Bernard	43,28	9,89	6,28	3,23	53,17
St Calais	44,62	9,51	6,03	2,44	54,13
Château-du-Loir	43,56	10,91	6,92	2,94	54,47
Sarthe & Loir	45,75	8,95	5,70	2,41	54,70
<u>Sillé-le-Guillaume</u>	<u>39,40</u>	<u>17,83</u>	<u>11,32</u>	<u>4,80</u>	57,23
Mamers	46,70	11,00	6,98	2,96	57,70
Le Mans	41,32	17,86	11,33	4,80	59,18

Tarifs en euros des unités de soins de longue durée sarthoises - année 2001

Le projet d'établissement note d'autres caractéristiques communes concernant les ressources humaines de ces trois hôpitaux locaux : le manque de qualification du personnel, le faible nombre ou l'absence de personnel encadrant, en particulier dans les services généraux. Cependant, le manque de qualification est grandement compensé par un dévouement et une volonté certaine de bien faire. Ainsi, sans en avoir la qualification, de nombreux employés ont acquis une véritable compétence et un savoir-faire réels et précieux. Ce savoir-faire est à l'origine d'une qualité de soin indiscutable voire surprenante au regard de la pénurie chronique en moyens dont ces hôpitaux locaux souffrent (*).

Nous pouvons évoquer quelques explications à cela :

- Un avantage de la petite structure réside dans sa souplesse et sa réactivité face aux difficultés, aux situations nouvelles...En effet la communication verticale est aisée. Le directeur, le cadre, le médecin, les soignants, les employés se connaissent et se croisent, ils peuvent se rencontrer, se

parler et résoudre le problème rapidement et simplement. De même, la communication transversale est simplifiée car la petite taille des équipes et le faible nombre de celles-ci facilitent les échanges et la connaissance mutuelle des personnes. Ainsi chacun a conscience du sens de son travail et de celui des autres ; il n'existe pas un hiatus infranchissable entre employés et direction, techniciens et soignants (*).

- Les employés sont appelés à être polyvalents, ils sont habitués à faire face avec les moyens du bord et par conséquent, sont réactifs et ouverts aux aménagements et améliorations. Par exemple, au moment de la canicule du mois d'août 2003, s'organiser avec la cuisine pour obtenir des vessies de glace s'est fait simplement et rapidement (*). Demander à l'employé de ménage de laisser son balai et de faire boire les personnes toute la journée n'a pas posé de problème. Ouvrir les portes des sous-sols afin de rafraîchir les bâtiments au cours de la nuit a pu se décider rapidement (*). C'est ainsi que l'établissement de Bonnétable n'a eu à déplorer aucun décès supplémentaire ni au cours de la période critique ni au cours des mois qui ont suivi (*). L'Hôpital Local de Beaumont a déclaré deux décès en soins de longue durée (sur 80 patients) à l'institut national de veille sanitaire ; aucun n'a eu lieu en maison de retraite. A Sillé par contre, le nombre de décès du mois d'août correspond au moins au double du nombre de décès des années précédentes à la même période. Il semble que la présence sur place de médecins dans les deux autres établissements ait mieux permis d'anticiper et de contrer les effets délétères de cette vague de chaleur (*).

- Notons également que pour Beaumont-sur-Sarthe et Bonnétable, la présence de praticiens hospitaliers permet de fédérer les équipes, de valoriser les possibilités de chacun, d'organiser les soins de la façon la plus judicieuse. Ce sont les médecins qui pensent et portent le projet médical. Le projet « soins » trouve alors toute sa place et son sens ; les deux projet s'articulant ensemble vers une même finalité (*). La présence de médecins au sein de l'établissement est un gain de temps pour les équipes soignantes qui n'ont pas, comme c'est le cas à

Sillé, à appeler un médecin différent pour chaque problème, l'attendre, noter une prise en charge qui diffère selon chaque praticien.

- Ainsi, malgré la présence d'une équipe plus nombreuse sur Sillé-le-Guillaume, celle-ci est en difficulté pour porter son projet « soins ». L'absence d'un projet médical commun, l'utilisation inconstante du dossier médical, la multiplicité des intervenants médicaux ayant chacun leurs contraintes, l'absence d'horaire de leurs interventions, la multiplicité de type de prise en charge qui en découle rendent la lecture de ces prises en charge difficile voire opaque pour les soignants (*). Cela met l'équipe soignante de Sillé-le-Guillaume, d'une part en situation de grande responsabilité et d'autre part en situation de dénuement. Cette situation génère parfois des tensions entre soignants et médecins libéraux extérieurs intervenants.

La position des médecins n'est guère plus confortable, cependant leur intervention demeurant ponctuelle, ils trouvent ailleurs une reconnaissance et une satisfaction dans l'exercice de leur métier.

Une solution reste à trouver pour sortir de cette situation inconfortable pour chacun.

2.3.2. Personnel administratif et technique

Côté administratif le projet d'établissement note l'absence d'adjoint des cadres, l'absence de pyramidage hiérarchique et le manque de spécialisation (21). Cependant, ces équipes réduites présentent à leur avantage une grande capacité d'adaptation et une polyvalence qui leur confèrent réactivité et dynamisme (*).

Le personnel technique est insuffisant compte tenu du progrès technique et de l'importance croissante des vigilances.

Pour la cuisine, chaque établissement fonctionne différemment : Beaumont pratique exclusivement la liaison chaude, Sillé mêle liaison chaude et froide, Bonnétable fait appel à un prestataire extérieur de service avec fabrication des repas sur place. Cependant les trois sites témoignent, de façon similaire, d'une faible qualification à la fois du personnel et de l'encadrement (21).

Pour la lingerie aussi la situation est différente d'un établissement à l'autre. Bonnétable a totalement externalisé la prestation linge, Sillé assure en interne la gestion du linge des résidents, seul Beaumont gère en interne l'ensemble de cette prestation. Cependant une réhabilitation des locaux, l'achat de matériel spécialisé ainsi que la formation des agents à l'entretien du linge délicat (pressing) sont indispensables si l'on souhaite maintenir ou réinstaurer la gestion du linge des résidents (21).

Seul l'hôpital local de Sillé-le-Guillaume dispose d'une équipe de ménage à proprement parler. A Beaumont, l'entretien des locaux est assuré par des personnes en contrats aidés. A Bonnétable ce sont les agents de service hospitaliers qui remplissent cette fonction. L'existence d'une équipe de ménage spécialisée présente un intérêt certain pour diminuer la charge de travail pour des équipes soignantes (21).

2.3.3. Personnel soignant

Aujourd'hui les personnes âgées entrent en établissement en moyenne à plus de 85 ans et à un stade de plus grande dépendance (9). Les soins de nursing, toilette, aides aux déplacements et aux repas nécessitent un temps incompressible. Compte tenu des faibles effectifs en personnels soignants, le temps consacré à la relation et à la communication avec le patient se réduit. La conscience de l'importance de l'échange, de l'écoute, du contact avec le patient grandit au sein des équipes de soignants au fur et à mesure qu'elles reçoivent des

formations ciblées sur la personne âgée en institution (soins palliatifs, douleur, animation...), et rend d'autant plus insupportable la difficulté d'appliquer leurs acquis au quotidien (21).

En 2000, la petitesse de chaque structure et le peu de moyens dont chacune disposait les empêchaient d'avoir recours aux compétences spécialisées telles que, kinésithérapeute, diététicienne, ergothérapeute, psychologue, vacations d'orthophoniste. Cette carence mettait en péril la qualité de prise en charge globale surtout en ce qui concerne les unités de soins de suite (21).

2.3.4. Activités d'animation

Les trois établissements ont développé un service d'animation avec l'intervention, notamment à Bonnetable de bénévoles. Sillé emploie des animateurs ayant le DEFA (Diplôme d'Etat aux fonctions d'Animation). A Beaumont l'équipe d'animation est composée de deux emplois-jeunes (21).

3. Recherche de coopération

3.1. Changements administratifs

Pendant plus de 20 ans, chacun de ces établissements a vécu replié sur lui-même, avec ses habitudes, son savoir-faire, malgré un sous équipement et un sous investissement flagrants. Aucun ne pouvait développer isolément un projet ambitieux pour sa population de patients vieillissants (*).

Une succession de changements administratifs va favoriser l'émergence de nouveaux liens. En effet, le directeur commun des hôpitaux

locaux de Sillé-le-Guillaume et d'Evron change en 1998. A Beaumont-sur-Sarthe, le Chef de bureau faisant fonction de directeur depuis 1987, part en congé de fin d'activité en novembre 1999. Une nouvelle Directrice est nommée en janvier 2000. La Directrice de l'Hôpital Local de Bonnétable, qui dirige cet établissement depuis son ouverture en 1978, prend sa retraite en mai 2000. La direction intérimaire de cet établissement est confiée au Directeur de l'Hôpital Local de Sillé-le-Guillaume/Evron jusqu'à la nomination du nouveau Directeur effective en janvier 2002. Pendant cette période les équipes administratives et médicales des trois hôpitaux se contactent. Elles partagent un même désir de promouvoir un projet gériatrique, de garder leur indépendance et craignent de devenir l'annexe d'un centre hospitalier (*).

Dès 1998 les hôpitaux locaux de Beaumont-sur-Sarthe et de Sillé-le-Guillaume ont entrepris de coopérer associant à leur démarche les maisons de retraite de Tennie, Marolles-lès-Braults et Fresnay-sur-Sarthe. Ces cinq établissements (club des 5+) ont convenu de traduire leurs intentions de coopérer par une charte de coopération, préparant ainsi la constitution d'une communauté médico-sociale. Leur rapprochement leur a permis de développer des actions qu'isolément aucun établissement n'aurait pu entreprendre. C'est ainsi qu'ils ont pu recruter une psychologue en temps partagé, puis ils ont organisé un service commun de tutelle aux majeurs protégés (21) (31) (32).

A ces changements locaux on peut ajouter la constitution de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe le 26 juillet 1999 (19) (21). La mise en place de différents réseaux, de différentes instances entre Centre Hospitalier du Mans, petits centres hospitaliers et hôpitaux locaux a permis aux acteurs de se connaître, d'échanger, de voir l'intérêt et le rôle complémentaire de chacun. La Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe a marqué le début d'un travail commun très enrichissant et valorisant pour chacun des

acteurs des établissements concernés, préparant une projection commune globale en terme de réponse aux besoins de la population de ce département (*).

3.2. Expérience du Syndicat-Inter-Hospitalier Evron/Sillé-le-Guillaume

Sous l'impulsion de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et par l'intermédiaire du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 1999-2004, les établissements de santé sont invités à développer des coopérations entre eux (10), (21). C'est ainsi que naît en 2000 le Syndicat-Inter-Hospitalier Evron/Sillé (SIH) favorisé par une direction commune. Cette association ne durera qu'une année. En effet, en août 2000 le directeur de l'ARH missionne le directeur du SIH Evron/Sillé afin d'étudier les possibilités de rapprochement entre les établissements suivants : hôpitaux locaux de Beaumont-sur-Sarthe, Bonnétable, maison de retraite de Nogent-le-Bernard et le SIH Evron/Sillé. Un comité de pilotage est constitué et le cabinet conseil SANESCO est missionné pour cette étude (21).

3.3. Etude SANESCO

L'étude SANESCO va permettre une analyse objective extérieure de l'opportunité de complémentarité entre le SIH Evron/Sillé et les hôpitaux locaux de Bonnétable et Beaumont-sur-Sarthe.

Cette étude est constituée, d'une part de l'analyse du contexte local sur base documentaire, d'autre part de la synthèse d'une trentaine d'entretiens semi-directifs réalisés par les consultants de SANESCO. Les analyses de cette étude ont été validées par le comité de pilotage, lui-même animé par les consultants. Les entretiens ont été effectués auprès des responsables des

établissements (direction ou faisant fonction, direction des soins infirmiers, président de CME (Commission Médicale d'Etablissement), présidents des conseils d'administration), auprès des tutelles (représentants de l'ARH des Pays de la Loire, des Conseils Généraux de la Sarthe et de la Mayenne), et des responsables des différents établissements hospitaliers du secteur (centres hospitaliers de Laval, du Mans et de Mayenne) (17).

Voici les conclusions du rapport final présenté le 18 décembre 2000 : il préconise la dissolution du Syndicat-Inter-Hospitalier Evron/Sillé et le rapprochement entre les trois hôpitaux sarthois (17).

En effet, l'analyse du syndicat met en exergue des difficultés à fonctionner du fait d'une interdépartementalité (flux naturel des patients d'Evron vers Laval et de Sillé-le-Guillaume vers Le Mans, logique de bassin de vie non respectée, multiplication des interlocuteurs), de lourdeurs administratives, de manque de lisibilité interne à Evron, d'une absence de cohésion entre la communauté médicale d'Evron et la direction (17). Côté sarthois, l'émergence de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe et le projet départemental soins palliatifs en plein essor associés aux bouleversements administratifs cités plus haut, sont autant d'éléments qui amènent le Directeur du SIH à mieux investir le projet sarthois (21).

Le rapprochement des trois hôpitaux locaux sarthois repose sur des avantages certains dont la cohérence des activités de ces trois sites (orientation gériatrique), le partage de coordination médicale et soignante, le partage de certains temps paramédicaux, le respect de la dynamique sarthoise des filières de soin, leur poids relatif dans l'organisation de l'offre de soin. Il met surtout en valeur les forces de propositions aussi bien administratives, logistiques que soignantes concordantes de ces établissements. Un inconvénient existe cependant du fait de leur éloignement géographique (60 Km entre Sillé-le-Guillaume et Bonnétable, Beaumont-sur-Sarthe se situant à mi-chemin entre les

deux) et leur liaison par un réseau routier de type secondaire de qualité médiocre.
(cf. carte page suivante) (17).



Situation géographique des trois villes concernées par les Hôpitaux Locaux du Pôle vis-à-vis du Mans. Carte prise sur Internet.

Le SIH Evron/Sillé est donc dissous le 1er février 2001 et le Directeur commun devient Directeur de l'Etablissement de Sillé-le-Guillaume ; il

a toujours sous sa responsabilité la direction intérimaire de Bonnétable. Il se voit chargé, à ce moment-là, de créer les conditions favorables à la constitution d'une équipe de direction commune aux trois hôpitaux locaux. La nouvelle directrice de l'hôpital local de Beaumont-sur-Sarthe travaille de concert avec lui. Les médecins de Beaumont-sur-Sarthe et de Bonnétable forment avec les directeurs le noyau initiateur du projet auquel s'ajouteront d'autres acteurs dont l'inspectrice principale de l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation), le médecin conseil auprès des hôpitaux, le médecin généraliste à Sillé-le-Guillaume devenu médecin coordonnateur du site, le Directeur de l'établissement de Bonnétable nommé en janvier 2002, les cadres de chaque site et, entraînés dans le mouvement, l'ensemble des personnels ainsi que des intervenants externes (21) (*).

3.4. Naissance du Pôle Gériatrique

La première instance commune n'est pas administrative mais médicale. En effet, émerge dans un premier temps, la direction médicale commune sous la forme d'un mi-temps de praticien gériatre. Celui-ci a pour mission de coordonner la politique médicale des trois établissements. Ce poste est créé sur Bonnétable en juillet 2001 (21) (31).

Ce n'est qu'à compter de janvier 2002, à l'occasion de la réforme du statut des Directeurs d'Etablissements Sanitaires et Sociaux (DESS) que la réglementation permet la constitution d'équipes de direction commune entre établissements. L'équipe de direction commune du Pôle comportant un Directeur d'Hôpital (DH) en poste à Sillé-le-Guillaume et deux directeurs adjoints DESS en poste, l'un à Beaumont-sur-Sarthe, l'autre à Bonnétable, est agréée par arrêté ministériel le 1er août et effective le 19 août 2002 (21).

3.5. Statut juridique choisi par le Pôle Gériatrique

La forme juridique adoptée est la convention (17) (21) (31). C'est un dispositif souple permettant toutes les coopérations possibles mais dont la mise en œuvre dépend de la volonté de chaque signataire. Il n'existe pas au sein de la convention de notion de copropriété. De ce fait chaque établissement garde son indépendance ; par exemple, les conseils d'administration de chacun n'ont pas changé. Côté médical le principe d'autonomie est de règle, chaque coordonnateur de chaque site conserve le devoir et le devoir d'assurer la continuité des soins ; des principes communs sont adoptés mais retranscrits selon le fonctionnement de chaque établissement.

**UN POLE GERONTOLOGIQUE AU
SEIN D'UNE FILIERE**

Le Pôle gériatologique n'est pas né tout seul et n'a pas vocation à vivre en autarcie. Chaque hôpital local fait partie de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe, aussi le projet de ce pôle est-il le résultat d'un travail d'équipe tant localement qu'avec les différents partenaires : Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales, Agence Régionale d'Hospitalisation, Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe, Conseil Général, Réseau Ariane, ...

1. Inscrit parfaitement dans le SROS 2

Le projet d'établissement du Pôle, écrit conjointement par les directeurs, médecins et cadres des trois établissements entre le printemps et l'automne 2002 a été présenté officiellement aux différents conseils d'administration en novembre 2002. Il est parfaitement en accord avec le schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004 arrêté le 6 juillet 1999 à Nantes par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. L'inspectrice principale pour l'ARH sur la Sarthe n'hésite pas, spontanément, à le qualifier de « *novateur* » et même « *précurseur, allant au-delà même du SROS* ». Elle affirme que c'est, à sa connaissance, le « *premier projet d'établissement au singulier et au pluriel* » dans le sens où il s'agit « *aussi d'un projet de bassin de santé* ». « *On est complètement dans la filière gériatrique de soin et je le cite souvent en exemple* ». *

1.1. Les grands principes du SROS 2 déclinés par les trois hôpitaux locaux

Le SROS 2 comporte quatre principes solidaires : la qualité, l'accessibilité, la subsidiarité et la complémentarité (10).

* propos recueillis oralement en novembre 2003

1.1.1. La Qualité

Les trois établissements disposent ensemble, depuis février 2001, d'un technicien qualité recruté dans le cadre des emplois jeunes. Le travail commencé est conséquent : sensibilisation des personnels à la démarche qualité, mise en œuvre de protocoles et procédures en cuisine, en lingerie ainsi que dans les activités qui concourent à la sécurité des biens et des personnes (21).

Engagés dans cette démarche qualité, les trois établissements ont sollicité la visite de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). Une première visite d'experts, en juin 2003 à Sillé-le-Guillaume, bien que critique sur de nombreux critères au sein de cet hôpital, a permis d'impulser une dynamique et une méthodologie dans la démarche vers l'accréditation des trois hôpitaux (33) (37). Le but poursuivi n'est pas seulement de satisfaire à l'accréditation mais d'être capable de répondre aux besoins exprimés par les patients et leurs familles et d'anticiper ceux que le public n'est pas à même d'évaluer (39).

Afin de travailler avec professionnalisme et efficience les établissements sont accompagnés par un organisme de formation, le CNEH (Centre National d'Expertise Hospitalière) qui leur a détaché deux conseillers formateurs. Un comité de pilotage qualité a été créé sur chaque site et travaille assidûment. Des équipes de travail représentant toutes les professions exercées au sein des établissements ont été recrutées pour participer aux évaluations. Un petit journal mensuel « Qualinote » rend compte du travail accompli auprès de l'ensemble des employés du Pôle (39).

Le passage des experts de l'ANAES est prévu pour 2005 à Bonnétable et Sillé-le-Guillaume. A Beaumont-sur-Sarthe, s'il avait lieu, ce serait pour 2006. Il est actuellement suspendu à la clarification du statut d'EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) et à la signature

du contrat d'objectifs et de moyens (COM) permettant l'ouverture ou non de lits de soins de suite gériatriques. En effet, les services de soins de longue durée (SLD) et les maisons de retraites (MDR) sont appelés à se fondre en une seule appellation : EHPAD (30). Or actuellement, seuls les SLD sont évalués et accrédités par l'ANAES. La démarche qualité en maison de retraite repose sur l'adéquation au référentiel Angélique. Une autoévaluation de chaque site selon ce référentiel, a eu lieu (21). Au moment de la signature des conventions tripartites, en février 2004, un médecin conseil est passé sur chaque site afin de contrôler cette démarche (*).

Osons quelques réflexions quant à cette nouvelle appellation d'EHPAD appliquée aux maisons de retraites (MDR) et aux unités de soins de longue durée (USLD).

A Beaumont-sur-Sarthe et Bonnétable les populations sont très différentes entre maison de retraite et unités de soins de longue durée ; autant la population en maison de retraite est encore relativement autonome, autant celle des soins de longue durée est extrêmement dépendante. C'est à Sillé-le-Guillaume, que l'on trouve la population en maison de retraite la plus dépendante. Remarquons aussi que l'écart du niveau de dépendance entre MDR et SLD y est le plus faible. C'est à Beaumont-sur-Sarthe qu'il est le plus élevé.

GMP	Beaumont S/S	Bonnétable	Sillé-le-Guillaume
MDR	343	505	535
USLD	872	915	809

GMP en maison de retraite et en unité de soins de longue durée début décembre 2003 sur les trois hôpitaux locaux du Pôle. Chiffres donnés par le médecin coordonnateur de chaque site.

GMP =Gir. Moyen Pondéré : mesure de la dépendance moyenne d'une population. Note de 70 à 1000, plus on approche de 1000, plus la population est dépendante.

Vouloir mettre les unités de soin de longue durée et les maisons de retraite sous le même vocable n'a qu'une réalité administrative ne correspondant aucunement à la réalité de ces deux populations sur le terrain. En effet, elles appellent deux projets de soin différents, deux projets de vie différents avec des contraintes architecturales spécifiques de part et d'autre.

Autant le projet de vie en maison de retraite de ces établissements est tourné vers l'extérieur, favorisant un continuum avec la vie sociale, cherchant à le dynamiser par des sorties, des activités de rencontre (Chorale, exposition, sorties, lecture du journal). Autant le projet de vie en unités de soins de longue durée de ces hôpitaux locaux favorise le confort et stimule par des activités-soins le sentiment d'exister, de vivre des personnes. Le groupe de parole permet aux personnes de se dire, de partager, de retrouver le plaisir d'être écouté ; le travail corporel et/ou esthétique a pour finalité (en respectant le souhait des personnes de participer ou non) de restituer l'image corporelle, de faire surgir la capacité du corps, même âgé et dépendant, à ressentir le plaisir du contact montrant finalement que « ce vieux corps » est toujours vivant. (*) (29).

Les projets développés par le Pôle cherchent à rendre cette qualité de vie aux personnes âgées que ce soit dans l'amélioration des soins, dans l'élaboration d'une animation adaptée ou dans les projets architecturaux.

1.1.2. L'accessibilité

Ce principe est affirmé dans la volonté de développer une filière de soins gériatriques la plus large possible afin de répondre aux besoins des personnes là où elles se trouvent, évitant ainsi des déplacements difficiles pour des personnes fragilisées et dépendantes (21). Nous verrons plus loin comment une telle filière peut prendre corps.

Une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) a été implantée sur le Pôle. Des actions en faveur de la prévention de la dénutrition à

domicile ont d'abord été menées. L'accès des personnes âgées aux soins bucco-dentaires fait partie des projets (21) (28).

De plus, l'éloignement conséquent du canton de Sillé-le-Guillaume vis-à-vis de tout centre hospitalier a suscité une réflexion engagée entre le directeur de l'établissement de Sillé-le-Guillaume, les médecins libéraux du cabinet médical de Sillé et le Centre Hospitalier du Mans (21). En effet, la commune de Sillé-le-Guillaume est située à plus de trente minutes de tout site MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) soit en « zone blanche » (18). La convention pour la zone blanche de Sillé-le-Guillaume a été signée, en présence du Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation des Pays-de-la-Loire en décembre 2001 pour une mise en place le premier janvier 2002 (18).

Concrètement le SAMU prête du matériel au cabinet médical et contacte le médecin libéral en cas d'appel nécessitant une intervention sur la localité. Celui-ci intervient en première ligne, examine et donne les premiers soins au patient, puis il communique un bilan au régulateur. Une décision concertée entre le régulateur et le médecin MCS (Médecin Correspondant SAMU) est prise sur la suite de la prise en charge. Les médecins ont suivi pour cela des formations avec le SAMU 72.

Beaumont-sur-Sarthe et Bonnétable se situent en deçà des trente minutes d'éloignement d'un lieu de prise en charge des urgences, définissant le début d'une zone blanche.

1.1.3. La subsidiarité

Les établissements s'inscrivent dans une filière gériatrique en cours de formalisation. Ils font parti de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe et à ce titre n'entendent ni se substituer ni s'aliéner au Centre Hospitalier du Mans. Les médecins déterminent aussi bien que possible les patients qu'ils peuvent prendre en charge et ceux qu'il est nécessaire

d'orienter vers un établissement plus spécialisé (21). Il s'agit ici d'affirmer une place juste, de défendre ce qui peut se traiter avec compétence en proximité et de reconnaître ses limites en déléguant ce qui dépasse le domaine de compétences définies. Il ne s'agit pas non plus d'empiéter sur le rôle des médecins généralistes. Cette position est parfaitement définie dans le projet d'établissement du Pôle.

1.1.4. La complémentarité

C'est l'essence même du Pôle gérontologique. Le SROS 2 confirme cette mission de l'hôpital local (10): « *La complémentarité, qui fonde pour l'essentiel la recomposition de l'offre hospitalière, revêt trois aspects principaux :* »

- « *Le réseau de soins :...le patient devient le centre du dispositif.* » Pour le pôle à orientation gériatrique, c'est bien la personne âgée qui est au centre de toutes les préoccupations et ce, en complémentarité avec les associations d'aides au domicile, les associations de personnes âgées, les services de soins infirmiers au domicile (20).

-« *La coopération :...à l'échelle d'un secteur sanitaire ou d'une zone géographique plus réduite, les coopérations entre établissements de santé doivent se développer dans le cadre d'une communauté d'établissements. Des projets communs peuvent alors être conduits par mutualisation de compétences et de moyens sans pour autant qu'une intégration structurelle soit effectuée* » Les trois établissements font partie de la communauté des établissements de la Sarthe et ont signé une convention avec le Centre Hospitalier du Mans. Ils ont, dans ce cadre là, créé un pôle leur permettant de mutualiser leurs compétences et leurs moyens. En outre, ils se sont investis dans les différentes instances départementales comme le réseau douleur, le réseau soins palliatifs, le lutin 72 (25) (35) (36).

-« *Le regroupement d'établissements : conséquence souvent inéluctable et souhaitable de la coopération...les regroupements permettent une pertinence accrue et une rentabilité des investissements...ils contribuent à améliorer la gestion médicale, économique et*

sociale des établissements. » Le Pôle Gériatologique du Nord Sarthe s'est doté d'une équipe de direction commune, construit des instances et des projets communs, et contribue à la circulation des idées, des connaissances tant en matière médicale que managériale (25) (31) (*).

1.2. Les Objectifs du SROS 2 mis en œuvre au sein du Pôle Gériatologique

Les quatre objectifs prioritaires du SROS visant à adapter l'offre de soin et à en corriger les défauts se rapportent pour les deux premiers à l'organisation : articuler l'établissement de santé et la médecine de ville et améliorer les modalités de prise en charge des patients ; et pour les deux derniers à pallier les insuffisances actuelles : améliorer et coordonner la prise en charge des personnes âgées, développer la mission de prévention des établissements de santé (10).

1.2.1. Articuler hôpital /médecine de ville

Au sein du Pôle, un des hôpitaux locaux fonctionne uniquement avec les médecins généralistes ; sur les autres sites leur intervention est limitée à la maison de retraite. Cependant, de leur petite taille et de leur structure découle une articulation quasi spontanée entre ces établissements et la médecine de ville (21). En effet, les médecins libéraux locaux et les praticiens hospitaliers se connaissent, parfois se côtoient et sont régulièrement amenés à échanger autour des dossiers des patients qui entrent et sortent, la population des patients étant issus des localités voisines (*). Le projet d'établissement du Pôle prévoit d'aller plus loin dans l'échange comme nous le verrons au 3.4. de ce chapitre.

1.2.2. Améliorer la prise en charge des patients

- ◆ Dans cet objectif du SROS-2 est mentionnée l'importance de développer des alternatives à l'hospitalisation (10):

- Les trois établissements souhaitent pouvoir développer des accueils temporaires, en urgence ou programmés (21). En effet, l'accueil sur les urgences du Centre Hospitalier du Mans est actuellement la seule réponse possible aux situations de crises sociales pour les médecins généralistes (rupture brutale d'un équilibre précaire à domicile pour une personne âgée ; ou intolérance soudaine d'un équilibre précaire jusque là accepté). Cette alternative à l'hospitalisation pourrait permettre de désengorger les services d'urgences des patients ne nécessitant pas un plateau technique conséquent. De plus, elle éviterait au patient âgé le calvaire de ce parcours et son éloignement vis-à-vis de son entourage (*).

- Les hôpitaux de Bonnétable et de Sillé-le-Guillaume disposent d'un service de soins infirmiers à domicile depuis respectivement novembre 1998 et septembre 2000 (21). Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) permettent de prévenir certaines hospitalisations et d'en réduire la durée (20). A Beaumont, c'est le service basé à Fresnay-sur-Sarthe, canton limitrophe et faisant parti du même territoire couvert par le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination), qui intervient. Une idée intéressante serait la création d'un service d'hospitalisation à domicile ; ce n'est pour l'instant qu'une idée... (*).

- ◆ Pour mieux prendre en charge les patients il est nécessaire de mieux traiter la douleur (10) :

Un comité de lutte contre la douleur (CLUD) est en cours de création sur le Pôle (25). Celui-ci s'est inscrit dans le réseau « douleur » départemental lui-même constitué officiellement le 5 février 2004 (date du dépôt des statuts) (34). Bien que ce réseau départemental soit très récent dans sa

constitution, la réflexion sur la prise en charge de la douleur au sein du département existait antérieurement à la création de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe (35) (*).

En effet, fut d'abord constituée sur le CHM en janvier 1998, une unité d'évaluation et de traitement de la douleur de niveau 2. Puis avec l'émergence de la Communauté des Etablissements Hospitaliers s'est constitué un « groupe douleur ». Ce groupe de réflexion a travaillé sur la prise en charge et l'évaluation des besoins. Il a, en outre, mis en place une formation destinée à l'ensemble des praticiens hospitaliers, des cadres, et des infirmiers de la Communauté des Etablissements Hospitaliers du département. Cette première phase de formation a duré deux ans. Chaque personne formée avait ensuite pour mission de retransmettre à l'ensemble du personnel de son service (aides-soignants, agents spécialisés en hospitalier) ce qu'elle a appris. Quasiment tous les établissements faisant parti de la communauté ont « joué le jeu » de cette formation (*).

Le médecin coordonnateur du Pôle a participé, dès sa création, au groupe « douleur » départemental et a suivi la formation dispensée à tous. Il a suivi et obtenu le DIU « douleur » au cours de l'année 2003.

Nous développerons le travail effectué à ce sujet sur le Pôle dans le chapitre « améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées : priorité du Pôle. »

◆ Dispenser les soins palliatifs : une obligation pour les établissements (10) :

La loi n°99-477 du 9 juin 1999 du Code de la Santé Publique visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs fixe les principes et les orientations dans le domaine des soins palliatifs (30). Un cahier des charges de cette prise en charge a été élaboré par l'ARH.

Le Pôle Gériantologique, associé aux maisons de retraite (le club des 5+), s'est impliqué dans le réseau départemental de soins palliatif qui existe depuis 1999 et dont l'appellation est « réseau ARIANE 72 » (21). Une antenne de soins palliatifs rattachée au réseau existe sur le Pôle depuis le premier janvier 2003. Elle est animée par le médecin praticien de Beaumont-sur-Sarthe détenteur du DIU « soins palliatifs ». Nous en détaillerons les actions ultérieurement.

1.2.3. Améliorer la prise en charge des personnes âgées

L'amélioration de la prise en charge de la personne âgée est si présente au cœur du projet du Pôle que le chapitre suivant en porte le titre. Soulignons simplement ici que l'ambition du Pôle, dans sa représentation comme pivot de la coordination gériantologique et dans sa volonté de créer une filière gériatrique cohérente, répond complètement aux attentes du SROS sur cette question (10) (20) (21).

1.2.4. Développer la mission de prévention des établissements de santé

Le Pôle s'est engagé dans plusieurs domaines concernant la prévention chez la personne âgée :

- Création d'une consultation d'évaluation gériantologique, détaillée au cours du chapitre concernant le projet médical (21) (24).
- Actions sur le thème « alimentation-nutrition » au sein des établissements et à l'extérieur (tables d'hôtes développées à Sillé-le-Guillaume avec l'assistante sociale du Pôle et la responsable du centre local d'information et de coordination en partenariat avec l'association « Les Aînés Ruraux » ; actions de prévention menées avec le centre local d'information et de coordination sur

les cantons de Beaumont-sur-Sarthe, Fresnay-sur-Sarthe et Saint Paterne sous forme de soirées débats (*)

- Ouverture sollicitée d'un hôpital de jour pour la prise en charge de la démence à Beaumont-sur-Sarthe (20) (21) (23).

- Souhait de diversification des modes d'accueil (20) (21).

2. Inscrit dans un bassin de population

Le territoire couvert par la coopération entre les trois hôpitaux sarthois repose sur les données de l'étude SANESCO. Cette étude a proposé en 2000, que soit mis un terme au rapprochement des hôpitaux d'Evron et de Sillé-le-Guillaume et que soit effectué un rapprochement des trois établissements sarthois (17).

En effet, pour en rappeler quelques éléments, l'appartenance à un même département en simplifie la gestion, le flux naturel des patients des trois hôpitaux locaux est orienté vers le même pôle de référence (le Centre Hospitalier du Mans). Ces établissements ont passé avec ce même centre la convention permettant de dispenser des soins de médecine en hôpital local (comme exigé depuis le décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux (30)).

2.1. Situation géographique

2.1.1 Localisation des Hôpitaux Locaux en France

Nous constatons sur cette carte (page 52) la richesse de la France en hôpitaux locaux. Le colloque du 14 janvier 2002 rappelle l'importance de

l'Hôpital Local (21): « *Les Hôpitaux Locaux représentent plus du tiers des établissements publics et offrent plus de 10% des places d'hospitalisation. Ils représentent aussi un potentiel de 23 000 places d'hébergement médicalisé. Souvent promoteurs de réseaux gérontologiques, ils sont un maillon essentiel du dispositif de prise en charge des personnes âgées dans notre pays* »

2.1.2. Les Hôpitaux Locaux des Pays-de-la-Loire :

La région Pays-de-la-Loire est une des régions qui a conservé ses hôpitaux locaux et a soutenu leur activité notamment pour développer des activités de proximité.

Les activités développées au sein des hôpitaux locaux des départements de la région des Pays-de-la-Loire sont différentes (9) (21) :

- trois départements ont de nombreuses structures : la Loire-Atlantique en compte 10; le Maine et Loire, 13; la Vendée, 9.
- trois départements disposent de faibles capacités d'accueil par structure : le Maine et Loire ; la Vendée ; la Sarthe.
- trois départements ont fortement développé l'activité de médecine gériatrique en hôpital local : la Loire-Atlantique ; le Maine et Loire ; la Mayenne.
- seule la Sarthe ne possède aucun lit de médecine gériatrique en hôpital local.

Localisation des 350 hôpitaux locaux en France en 2002 (21)

Récapitulons le nombre de lits en hôpital local, tous types confondus, et le nombre d'hôpitaux locaux les accueillant dans les départements des Pays-de-la-Loire en 2001 (21):

Département	44	49	53	72	85
Nombre de lits	991	871	547	310	409
Nombre d'établissements	9	12	5	5	8
Moyenne lits/établissement	110,11	72,58	109,40	62,00	51,13

Sur la base des critères suivants, nombre de structure, capacité d'accueil, existence de lit de médecine gériatrique en hôpital local, on constate qu'il n'y a pas deux départements qui convergent en ce qui concerne le profil et donc la mission des Hôpitaux Locaux dans la région des Pays-de-la-Loire.

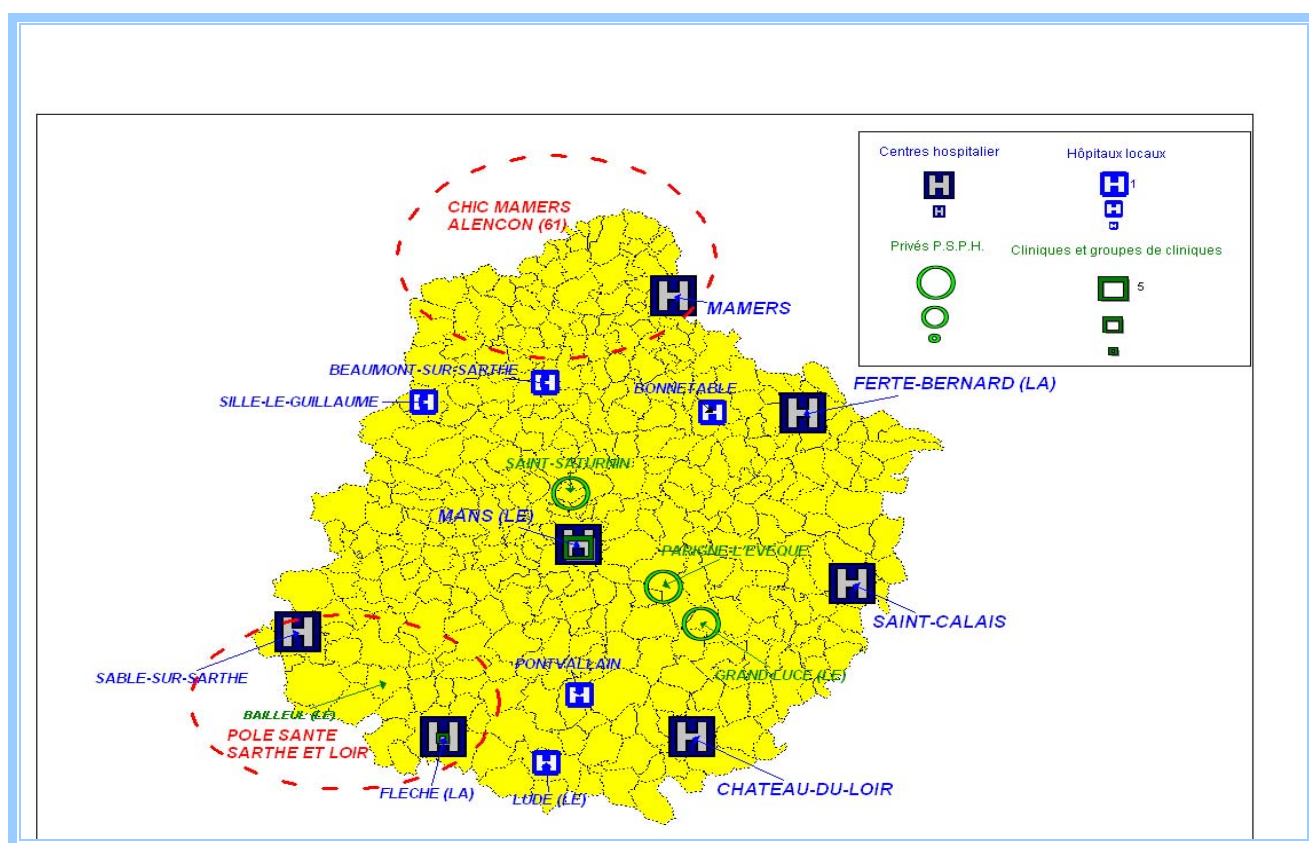
2.1.3. Localisation des trois hôpitaux locaux du Pôle en Sarthe

Beaumont-sur-Sarthe et Sillé-le-Guillaume appartiennent à un même territoire géographique : la Haute Sarthe ; Bonnétable est situé sur le territoire du Perche Sarthois mais entretient peu de lien avec le Pôle de référence (Centre Hospitalier de Mamers) de ce territoire en matière de santé, étant tourné comme les deux autres vers Le Mans (21).

Ces établissements sont disposés d'Est en Ouest au Nord du département. Beaumont-sur-Sarthe est situé entre les deux autres : à 21 kilomètres à l'Ouest se trouve Sillé-le-Guillaume, à 27 kilomètres à l'Est se place Bonnétable. Le réseau routier reliant les établissements entre eux est de type secondaire sans perspective d'amélioration à court et à moyen terme.

Leur éloignement du Mans est conséquent pour Sillé-le-Guillaume (34 Km) et Bonnétable (28 Km), moindre pour Beaumont-sur-Sarthe (23 Km) qui a, de plus, la chance d'être desservi par la N 183 et par la nouvelle autoroute A28 reliant Le Mans et Alençon. Les deux autres villes doivent se contenter d'une liaison avec Le Mans par route départementale. Cf. carte page 36.

La carte suivante, permet de visualiser la localisation des Centres Hospitaliers, des Hôpitaux Locaux et des Etablissements privés en Sarthe. (Carte transmise par la DDASS de la Sarthe).



Carte des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe 2003.

Notes explicatives :

- PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
- Les centres privés PSPH regroupent le centre de l'Arche, de François Gallouëdec et de Georges Coulon situés respectivement à Saint Saturnin, à Parigné L'Evêque et au Grand Lucé.

Pour mieux situer les villes et les cantons concernés par le Pôle, voici une carte des cantons sarthois transmise par le Conseil Général de la Sarthe.



2.2. Données démographiques

L'étude SANESCO a permis de souligner la continuité des caractéristiques démographiques des trois cantons, au caractère rural évident, et comparables. On notera une croissance démographique modérée, un important vieillissement de la population et une mortalité relativement élevée (17)

2.2.1. Population des trois CLIC - Le bassin de santé du Pôle Gériatrique

Il est intéressant de recouper le territoire du Pôle avec ceux des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination gériatrique). En effet, chaque hôpital local correspond au territoire d'un CLIC différent. Les bassins de population définis par le Schéma Départemental des Personnes Agées pour organiser les centres locaux d'information et de coordination sont :

- correspondant à l'hôpital de Bonnétable : cantons de Ballon, Bonnétable et Montfort-le-Gesnois. Nommons-le CLIC BBM par commodité d'écriture. A l'heure actuelle, ce CLIC n'est pas constitué mais un comité de pilotage y travaille (41). Ce CLIC serait rattaché aux centres sociaux des trois cantons. Le canton de Marolles-lès-Braults ainsi que celui de La Fresnaye-sur-Chédouet font partis du CLIC de Mamers, lequel vient d'ouvrir ses portes en janvier 2004. Nous avons conservé le canton de Marolles-lès-Braults dans le bassin de population concerné par le Pôle car celui-ci entretient des liens avec celui de Bonnétable, il est géographiquement placé entre le canton de Bonnétable et celui de Beaumont-sur-Sarthe et il a longtemps été question qu'un CLIC regroupe les cantons de Marolles-lès-Braults, Bonnétable et Ballon.

- correspondant à l'hôpital de Beaumont-sur-Sarthe : cantons de Beaumont, Fresnay-sur-Sarthe et Saint Patern (CLIC BFS).

- correspondant à l'hôpital de Sillé-le-Guillaume : cantons de Conlie, Loué et Sillé (CLIC CLS).

Les territoires des différents CLIC sont visualisés page 58* :

Le Pôle est en interaction avec les cantons de ces trois CLIC ainsi que le canton de Marolles. Ces dix cantons du Nord-Sarthe constituent **le bassin de santé** du Pôle (21).

Notes quant au rôle et missions des CLIC (30):

Le terme CLIC existe depuis l'année 2000. La circulaire DAS – RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 en donne la définition et les objectifs :

« Les Centres Locaux d'Information et de Coordination ont une vocation pluridisciplinaire qui prend en compte tous les aspects de la vie quotidienne des personnes âgées, qu'ils touchent aux soins, à l'accompagnement de la personne, à la qualité et au confort d'usage du bâti (environnement/habitat) mais aussi à la vie sociale culturelle et citoyenne. »

« L'objectif est d'accueillir sous le label CLIC la diversité des situations et des choix organisationnels existants – modèle guichet unique qui rassemble en un lieu unique l'ensemble des missions ou modèles « à têtes de réseau » qui repose sur des professionnels dont la mission de coordination s'ajoute à leur mission principale.. »

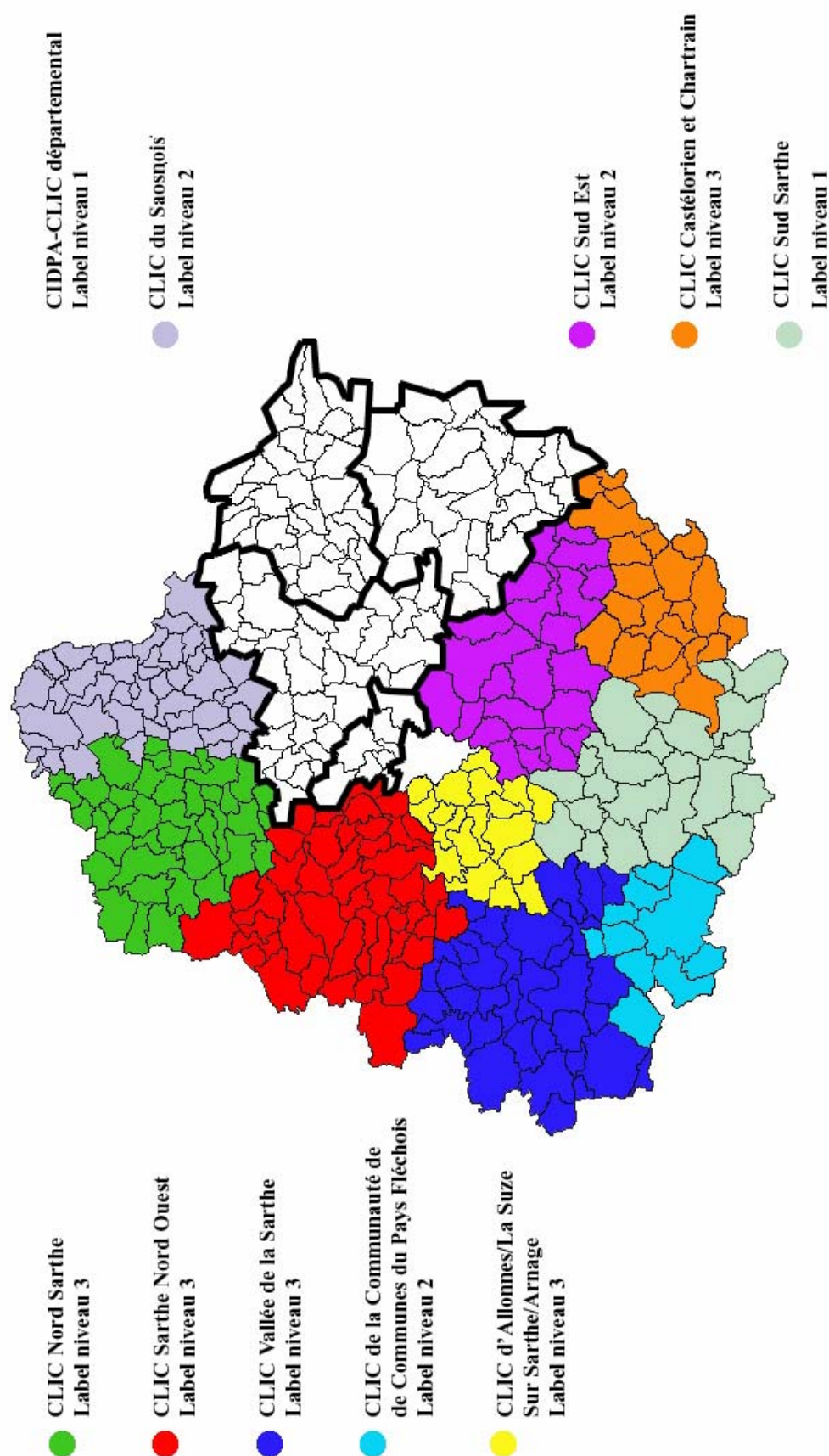
Les missions du CLIC incluent :

-l'**Information** des personnes âgées et de leurs familles, des professionnels sur les droits et démarches, sur les dispositifs et moyens existants en matière sociale, de santé, d'habitat... ;

- l'**Orientation** de la personne âgée dans un dispositif d'offre de prestations, sur la base d'une définition préalable des situations complexes ou urgentes qui sont du ressort de la coordination ;

*(Carte transmise par le responsable des CLIC du département de la Sarthe en mars 2004)

Les Centres Locaux d'Information et de Coordination en Sarthe



- l'**évaluation des besoins** en tenant compte des désirs, des préférences, de l'environnement de la personne – ce qui justifie la visite d'évaluation au domicile – et élaboration d'un projet d'accompagnement et de soins par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin ;

- la **mise en œuvre** du plan d'aide individualisé ;

- le **suivi et adaptation** du plan d'aide individualisé ;

- la **formation** et l'échange sur les pratiques, incluant l'aide aux aidants ;

- la contribution à une **mission d'observatoire** avec l'objectif de rendre l'information accessible, homogène et ordonnée, de constituer des recueils de cas, d'en faire et d'en diffuser l'analyse

- La **coordination** s'attache à résoudre les situations complexes et/ou urgentes dans une logique d'intervention de proximité.

La mise en œuvre d'une part ou de l'ensemble de ces missions dépend du niveau du CLIC. Il existe trois niveaux de CLIC.

Le CLIC *« est un lieu de proximité, facilement repérable où exposer ses inquiétudes et obtenir des informations et des conseils appropriés ainsi que les aides correspondant à ses besoins ».*

2.2.2. Population des dix cantons concernés par le Pôle Gériatrique

Voici, représentée sur un tableau, la situation de la population des dix cantons du Nord-Sarthe qui définissent le bassin de santé que se propose de structurer le Pôle. Tableau construit à partir du recensement 1999 (15).

Recensement 1999 :

Population	Pop Totale	60 à 74 ans	75 ans et plus	% des plus de 60 ans
Ballon	11 758	1 754	990	23,33 %
Beaumont S/S	8 360	1 476	871	28,07 %
Bonnétable	6 076	1 130	814	31,99 %
Conlie	9 278	1 251	736	21,42 %
Fresnay S/S	7 687	1 521	864	31,02 %
Loué	7 480	1 184	757	25,95%
Marolles-lès-B	6 005	1 021	632	27,53 %
Montfort-le-G	19 106	2 596	1 299	20,39 %
Saint Paterne	10 782	1 436	620	19,07 %
Sillé-le-G	7 235	1 229	895	29,36 %
TOTAL	93 767	14 598	8 478	24,61%

Population âgée et population globale des dix cantons du Nord-Sarthe en 1999.

Remarquons le vieillissement plus important de la population des cantons où se trouvent les hôpitaux locaux mais également des cantons de Marolles-les-Braults et Fresnay-sur-Sarthe. La proportion des personnes de plus de 60 ans y oscille autour de 30 %. Ce sont les cantons les plus éloignés des zones urbaines. Lorsque l'on se rapproche du Mans (Conlie, Ballon, Montfort-le-Gesnois) ou d'Alençon (Saint-Paterne) cette même partie de la population oscille autour de 20 % du total.

Comparativement, au premier janvier 2001 les personnes de plus de 60 ans en Pays-de-Loire représentent 21,10 % de la population (12).

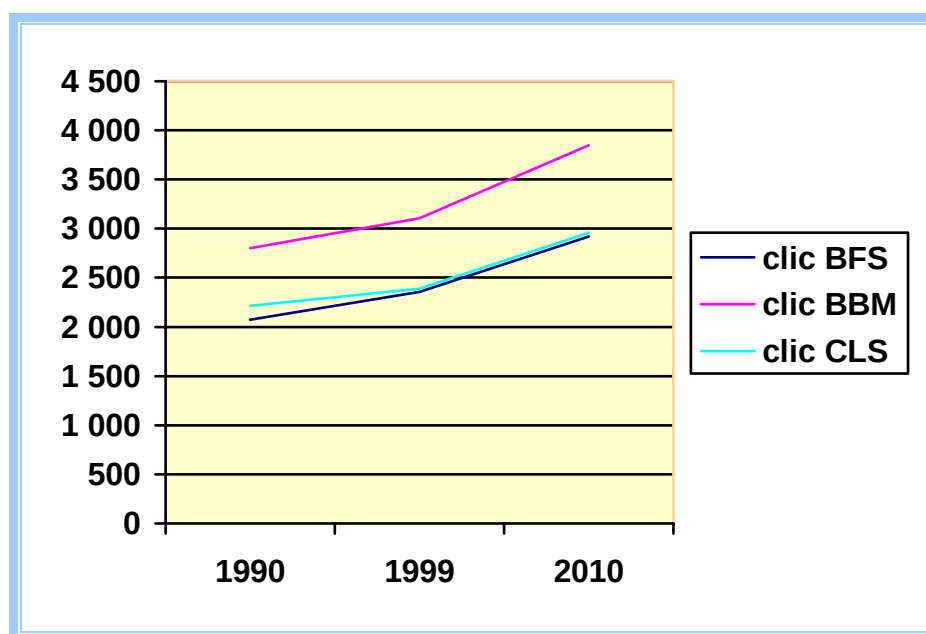
2.2.3. Vieillessement de la Population

Récapitulons dans un tableau la population générale concernée et celle de plus de 75 ans (recensement de 1990 et 1999) en y ajoutant les projections démographiques OMPHALE qui prévoient un taux de progression de cette population pour la période 2000-2010 de 24% (12) (20). On note que la moyenne de la progression de la population des personnes âgées de plus de 75 ans entre 1990 et 1999 dans ces trois territoires est environ de 10%.

	Territoire CLIC BFS	Territoire CLIC BBM	Territoire CLIC CLS	Canton de Marolles	TOTAL Bassin du Pôle
Population générale en 1990	25 392	35010	22 771	5 692	88 865
Population générale en 1999	26 829	36 940	23 993	6 005	93 767
Population plus de 75 ans en 1990	2 071	2 802	2 216	571	7 660
Population plus de 75 ans en 1999	2 355	3 103	2 388	632	8 478
Population plus de 75 ans en 2010	2 920	3 847	2 961	784	10 512

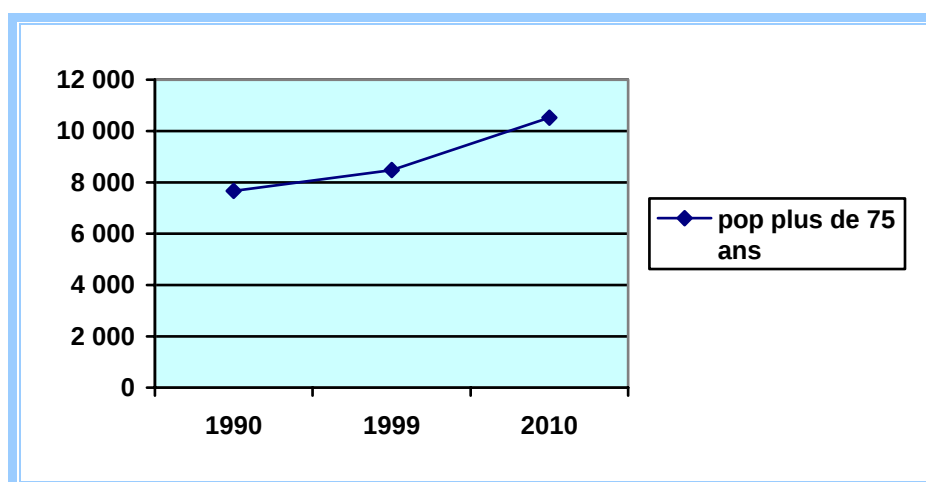
Evolution de la population des personnes âgées de plus de 75 ans de 1990 à 2010.

Reportons pour plus de lisibilité les chiffres concernant la croissance de la population des personnes de plus de 75 ans des trois CLIC entre 1990 et 2010 sur un graphique :



Progression du nombre de personnes de plus de 75 ans sur les territoires des trois clics entre 1990 et 2010

Le schéma suivant représente la croissance globale de la population des personnes âgées de plus de 75 ans, dans les dix cantons du Nord-Sarthe étudiés, entre 1990 et 2010.



Progression de la population des plus de 75 ans du bassin de santé concerné par le Pôle entre 1990 et 2010.

Nous pouvons également faire ressortir le pourcentage des personnes de plus de 75 ans au sein du territoire des trois CLIC :

pourcentage des + de 75 ans	CLIC de BFS	CLIC de BBM	CLIC de CLS	Canton Marolles	TOTAL
En 1990	8,16 %	8,00 %	9,70 %	10,03 %	8,62 %
En 1999	8,70 %	8,40 %	9,90 %	10,52 %	9,04 %

Voici le pourcentage de cette même catégorie de personne au sein des Pays-de-la-Loire le premier janvier 2001 : **7,63 %** des personnes vivant dans la région des Pays de la Loire a plus de 75 ans (9) (12).

En France ce sont **7,4 %** des personnes qui ont plus de 75 ans au premier janvier 2001 (12).

On constate, bien qu'il ne s'agisse pas de données de la même année (1999 pour les chiffres locaux ; 2001 pour les chiffres régionaux et nationaux) que la part de la population des personnes de plus de 75 ans est sensiblement plus élevée dans le Nord-Sarthe.

2.2.4. Proportion de la population souffrant de démence et projection sur les années futures

Afin de concevoir une réponse adaptée aux besoins de la population des trois bassins de santé centrés sur les CLIC définissant approximativement le territoire drainé par le Pôle, il apparaît intéressant de connaître la population des déments sévères.

◆ Enquête Pfizer (20) :

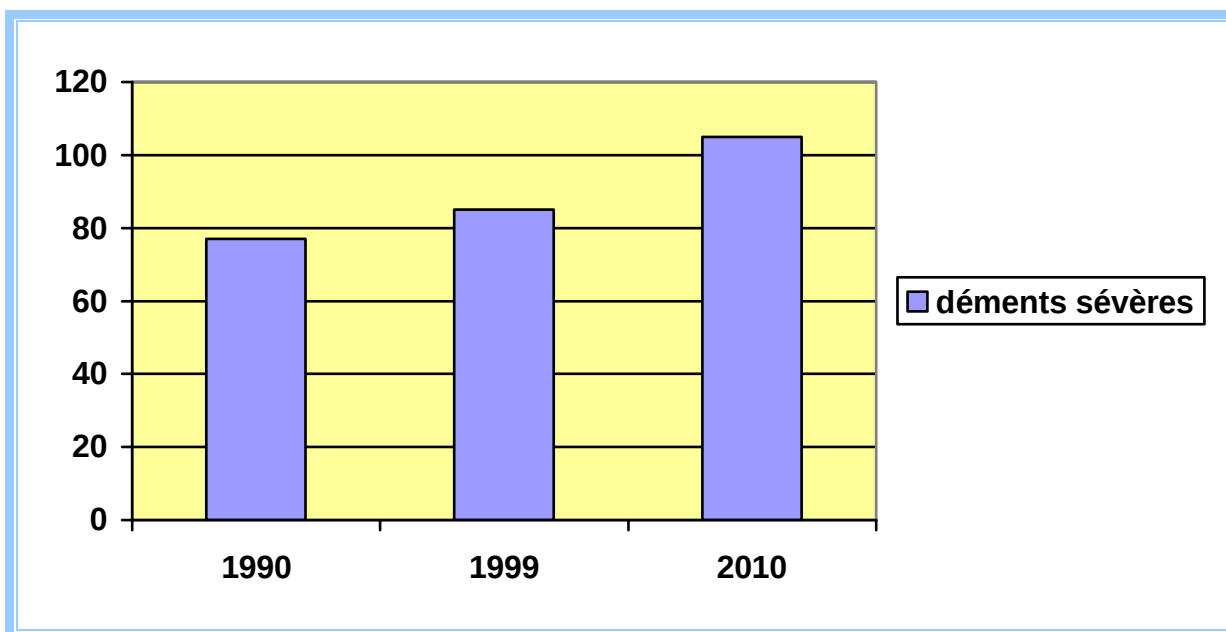
L'enquête Pfizer parue dans le panorama du médecin du 23 septembre 1999 a fait évaluer par 257 généralistes 3 142 patients de plus de 70 ans à l'aide de l'échelle de IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Celle-ci évalue le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne par quatre items : capacité à se déplacer, gérer son argent, utiliser le téléphone, prendre ses médicaments. Il en est ressorti que

- 31% de ces patients étaient dépendants pour un item dont les deux tiers en raison d'une atteinte cognitive,
- 10% souffraient d'une dépendance lourde (plus de trois items touchés),
- 1% souffraient de démence sévère.

Si l'on extrapole sur un tableau le chiffre de 1% de personnes souffrant de démence sévère après 75 ans avec la population des cantons concernés, on peut visualiser le nombre de personnes souffrant de démence sévère sur le territoire du Pôle dans un avenir proche :

	1990	1999	2010
Population de plus de 75 ans	7 660	8 478	10 512
Nbre de déments sévères / Pfizer	77	85	105

Visualisation graphique page suivante:



Évolution du nombre de déments sévères dans les dix cantons du Nord-Sarthe étudiés de 1990 à 2010 d'après l'étude Pfizer.

♦ Etude PAQUID (14) :

La cohorte PAQUID a été l'une des premières études européennes à permettre une estimation de l'incidence* de la démence à partir d'un échantillon de 3 777 personnes de plus de 65 ans sur les 5 555 tirées au sort sur les listes électorales de 75 communes de la population générale de Gironde et de Dordogne. Durant les cinq premières années de suivi, 190 déments incidents ont été diagnostiqués, dont 140 Maladies d'Alzheimer. Ces personnes ont été suivies depuis 1987, à un an, puis trois, cinq, huit ans et plus.

La prévalence** globale de la démence est de 4,3% des personnes de plus de 65 ans et celle de la maladie d'Alzheimer est de 3,1%. Celles-ci augmentent de façon exponentielle en fonction de l'âge.

*Incidence : nombre des cas de maladie ayant débuté pendant une période donnée et pour une population déterminée (43).

**Prévalence : nombre des cas de maladie ou de personnes malades existant dans une population déterminée sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens (43).

La figure 1 décrit la prévalence globale de la maladie d'Alzheimer en fonction de l'âge et du sexe.

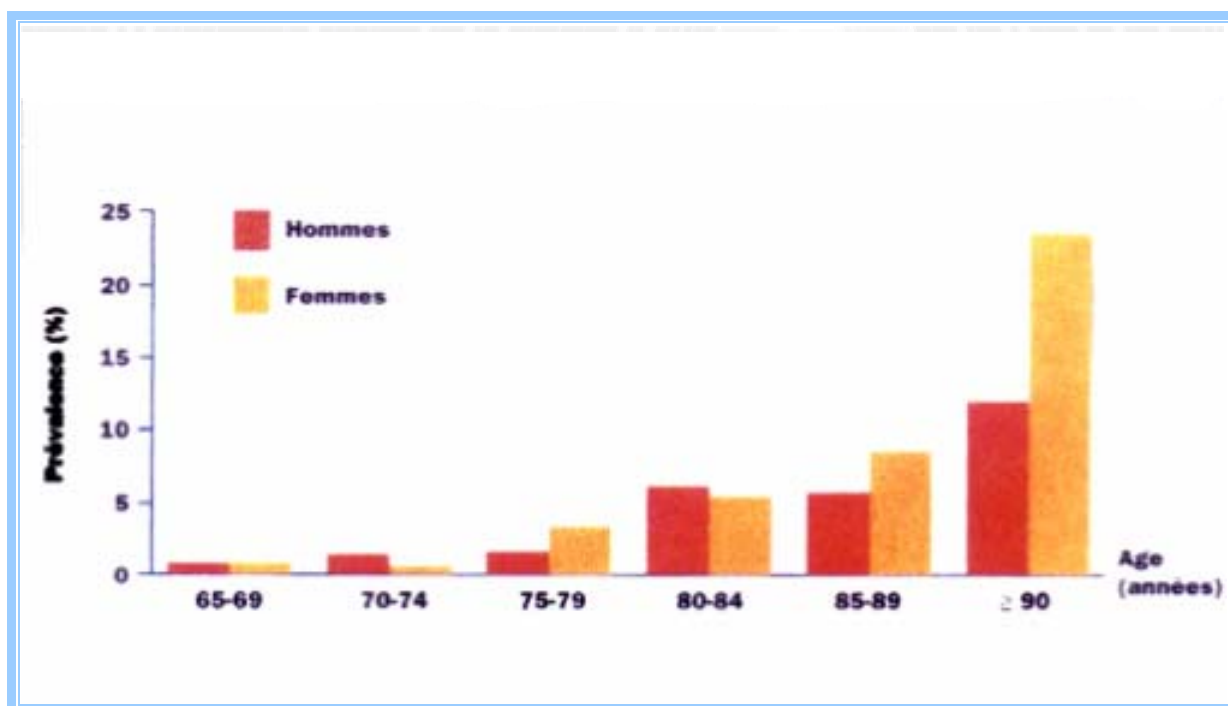


Figure 1: Prévalence globale de la maladie d'Alzheimer en fonction de l'âge et du sexe. Cohorte PAQUID 1988-1989.

L'incidence globale de la démence est estimée à 15,9 pour 1000 personnes-année, et l'incidence de la maladie d'Alzheimer à 11,7 pour 1000 personnes-année. L'évolution du risque de démence en fonction de l'âge est relativement stable avant 75 ans, et s'établit à 3,5 pour 1000 personnes-année. Après 75 ans l'incidence croît de façon exponentielle.

La maladie d'Alzheimer représente la majeure partie de toutes les démences et sa progression avec l'âge est exponentielle. Par contre l'incidence des autres démences en fonction de l'âge montre une progression qui reste linéaire, même aux âges élevés (Letenneur et al.1994) (14).

L'analyse de l'incidence de la démence en fonction de l'âge et du sexe a montré que la courbe d'incidence est plus élevée chez les hommes avant 75 ans, au-delà l'incidence chez les femmes devient nettement plus importante.

La figure 2 présente les données de l'incidence de la maladie d'Alzheimer selon l'âge et le sexe :

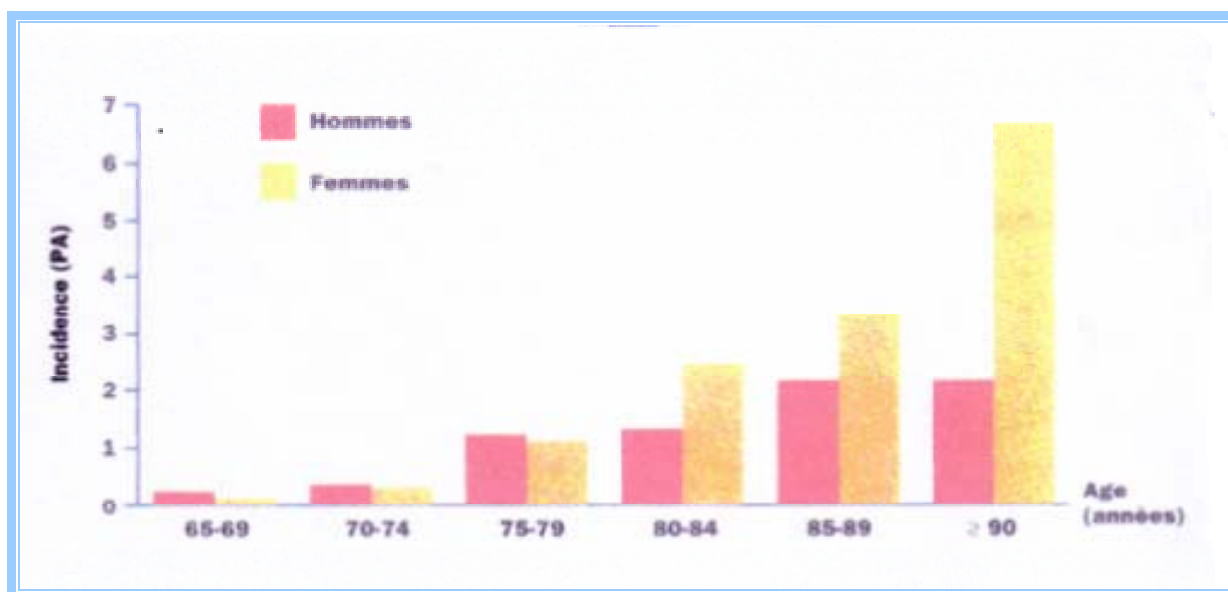


Figure 2: Incidence de la maladie d'Alzheimer pour 1000 personnes-année (/1000PA) en fonction de l'âge et du sexe. PAQUID 1989-1995, n=2881 sujets

Cette étude a émis une estimation des tendances futures concernant la prévalence de la démence en France (Ritchie et al. 1994) (14). Ils ont pour cela projeté les taux de prévalence, issus d'une méta-analyse de plusieurs études dont PAQUID, sur les données de la population de l'INSEE. Les statistiques des populations pour la France viennent du recensement général de la population de 1990 par l'INSEE et pour les années ultérieures, des projections INSEE pour la période 1990-2020 basée sur ce même recensement. Ces projections prévoient un accroissement net du nombre de cas de démence des plus de 60 ans dans la population française comme suit : + 21% entre 1990 et 2000

+ 24% entre 2000 et 2010

+ 26% entre 2010 et 2020.

Entre 1990 et 2020 l'augmentation totale attendue du nombre de cas de démence chez les 60 ans et plus est de 89% alors que la population du même âge n'augmenterait que de 58% pendant cette même période.

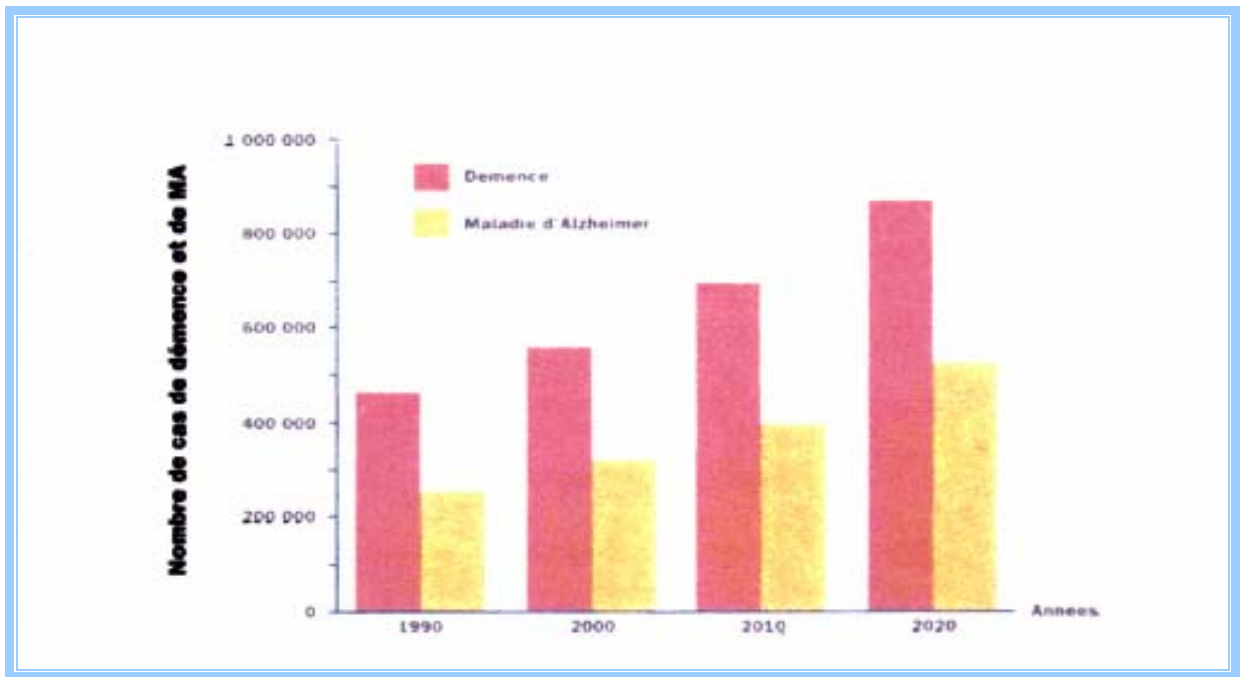


Figure 3: Projection du nombre de cas de démence et de maladie d'Alzheimer en France de 1990 à 2020.

La projection des déments prévalents de l'an 2000 à l'an 2020 est donnée dans la figure 4, et celle de la maladie d'Alzheimer dans la figure 5. On observe une diminution des effectifs de la maladie d'Alzheimer pour le groupe des 80-84 ans en 2000 s'expliquant par l'arrivée dans cette tranche d'âge des classes creuses nées pendant la première guerre mondiale.

Ces données montrent donc la prévision d'une augmentation de cas de démence aboutissant à un doublement du nombre de Maladies d'Alzheimer entre 1990 et 2020.

En France en l'an 2000 on comptabilise 370 000 démences dont 300 000 maladies d'Alzheimer.

En France en l'an 2020 on estime à 720 000 le nombre de cas de démences dont 620 000 cas de Maladie d'Alzheimer.

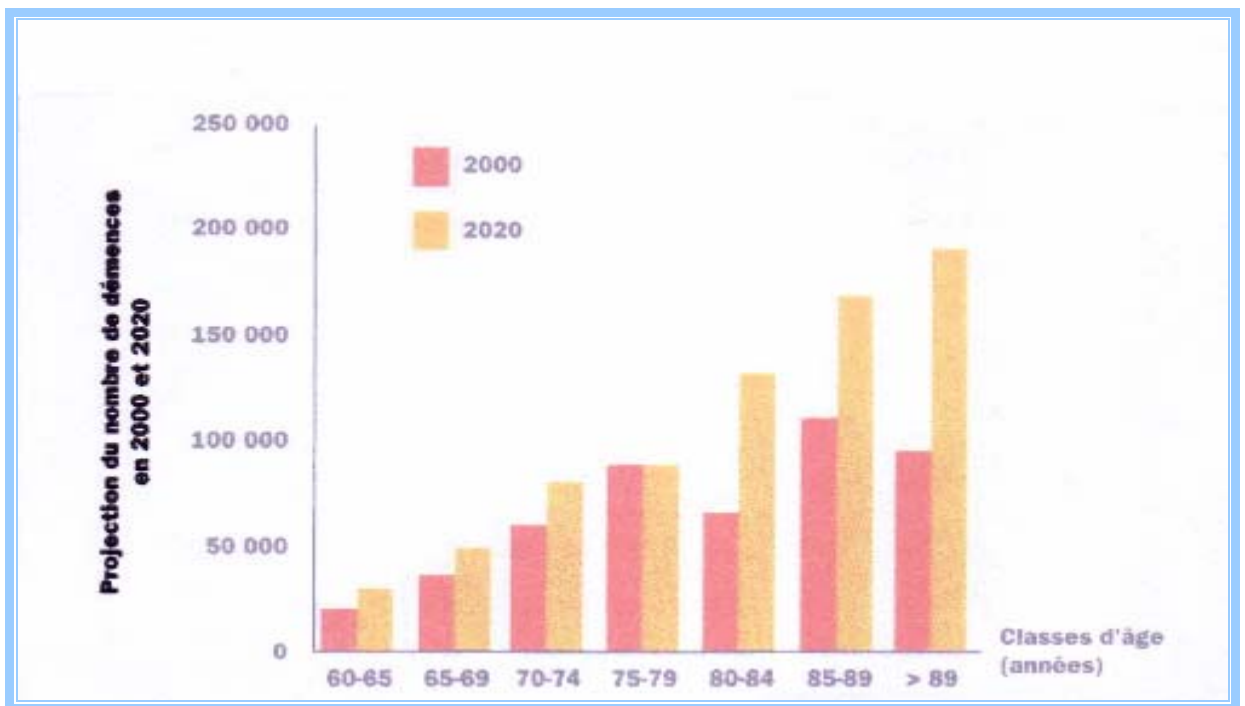


Figure 4: Projection du nombre de démences pour l'an 2000 et 2020 appliquée à la population française.

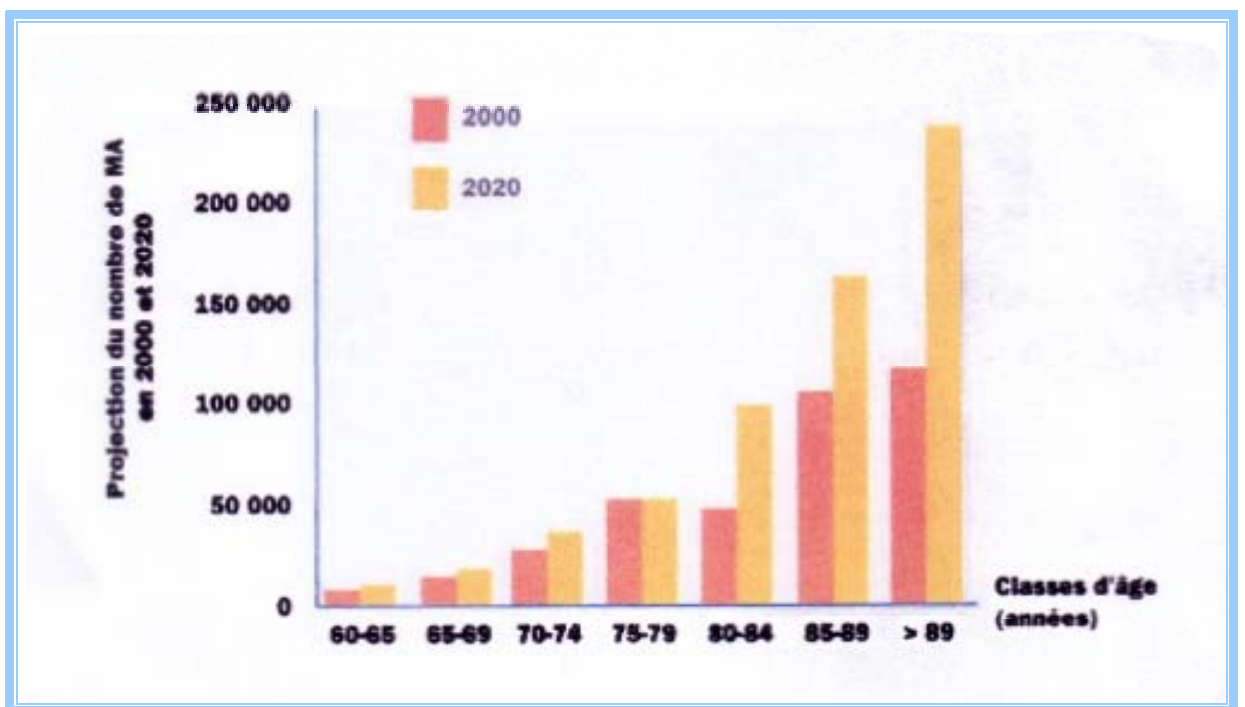


Figure 5: Projection du nombre de maladies d'Alzheimer (MA) pour l'an 2000 et l'an 2020 appliquée à la population française.

♦ Etude PAQUID appliquée au Nord-Sarthe :

Nous avons pour les cantons qui nous intéressent les chiffres de la population générale, de la population des personnes de 60 à 74 ans et de celle des plus de 75 ans en 1999 (cf. tableau page 60) (15).

Population	Pop totale	Pop +de 60 ans	Pop +de 75 ans
Total pop CLIC BBM	36 940	8 583	3 103
Total pop CLIC BFS	26 829	6 788	2 355
Total pop CLIC CLS	23 993	6 052	2 388
Total pop des 3 CLIC	87 762	21 423	7 846
TOTAL Bassin de pop du Pôle (Avec Marolles)	93 767	23 166	8 478

Répartition de la population générale et de la population des personnes âgées de plus de 60 ans et de plus de 75 ans dans les territoires des trois CLIC concernés par le Pôle et sur le bassin de population du Pôle en 1999.

Appliquons le taux de prévalence globale de 4,3% de personnes atteintes de démence à la population des plus de 60 ans en 1999 du bassin de population concerné par le Pôle, soit à l'ensemble des dix cantons sus-cités et projetons les prévisions de Ritchie et al. pour les années 2010 et 2020 :

- la population des plus de 60 ans de ce bassin est de 23 166 personnes, le nombre de personnes démentes à cette date serait donc de 996 personnes.

- + 24% en 2010 : **1 235** personnes souffrant de démence attendues

- + 26% en 2020 : **1 556** personnes souffrant de démence attendues

Nous constatons que les prévisions font état d'une croissance majeure de cette population sur le territoire du Pôle dans les années à venir. Cette croissance est visualisée sur le schéma page suivante :

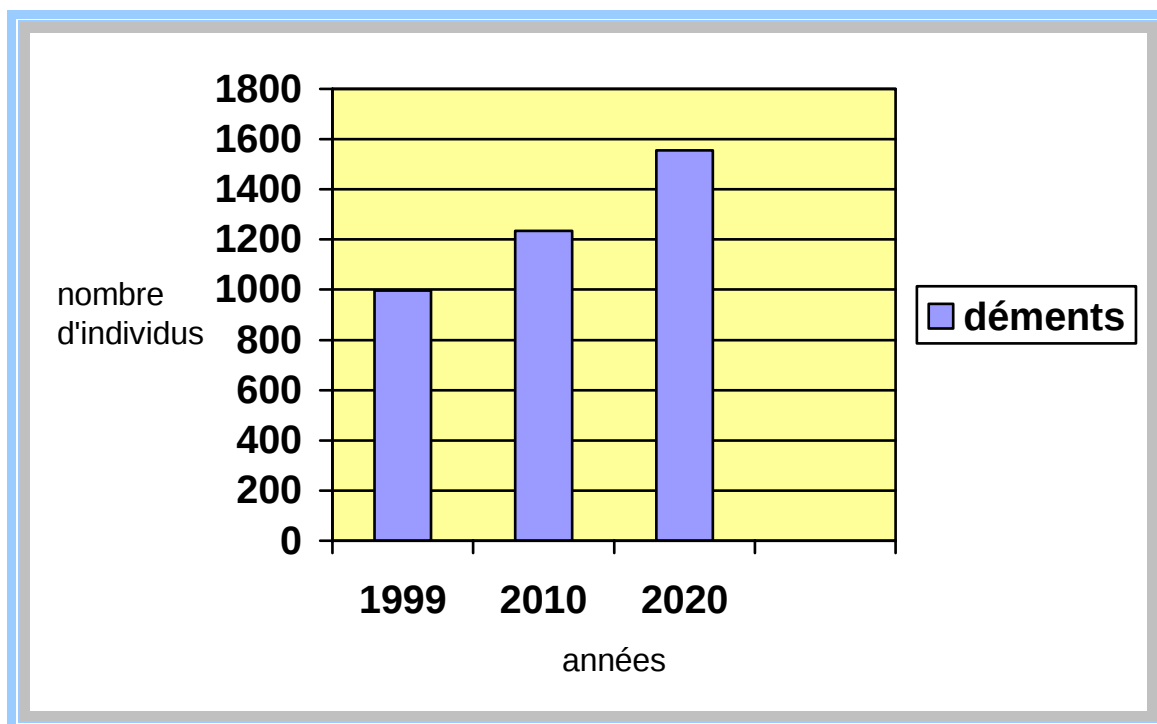


Figure 6: Projection de la progression du nombre de personnes souffrant de démence entre 1999 et 2020 sur les dix cantons du Nord-Sarthe d'après l'étude PAQUID.

Ces quelques calculs, extrapolations et graphiques montrent l'importance de prévoir pour un avenir proche, l'adaptation des structures de proximité pour la prise en charge de cette pathologie en croissance nette. Cette croissance est liée, d'une part à l'allongement de l'espérance de vie avec comme corollaire l'apparition croissante de ce type de pathologie (plus on est vieux plus on a le risque d'être atteint de démence) et d'autre part à l'arrivée dans cette tranche d'âge des enfants du « baby-boom » que l'on nomme communément « papy-boom ».

2.3. Offre de soin

Le territoire examiné est celui des dix cantons du Nord-Sarthe qui constituent un bassin de santé. Ce territoire est homogène par son caractère rural et l'orientation majoritaire des patients vers l'agglomération mancenne (17) (21).

2.3.1. L'offre médico sociale

L'offre médico-sociale étudiée ici est celle proposée par les hôpitaux locaux et les maisons de retraite. Ne sont pas considérés ici, les foyers logements, les établissements spécialisés dans l'accueil d'adultes handicapés, et les associations prestataires de services au domicile.

◆ Les établissements des dix cantons :

L'offre est de 1036 places d'hébergement et de soins en établissements dont 995 en EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes). Remarquons que les trois sites comprenant des lits de Soins de Suites et de Soins de Longues Durées sont ceux du Pôle ; les autres établissements sont des maisons de retraite (21).

	MDR	SSR	USLD
Ballon	70	0	0
Beaumont S/S	30	0	80
Bonnétable	60	21	59
Conlie/Tennie	66	0	0
Fresnay S/S	138	0	0
Loué	57	0	0
Marolles-lès-B	126	0	0
Montfort-le-G	85	0	0
Sillé-le-G	120	20	40
Saint Paterne	0	0	0
TOTAL	816	41	179

Nombre de lits en Soins de Suite (SSR), en Soins de Longue Durée (SLD) et maison de retraite (MDR) au sein des cantons concernés par le Pôle Gériatrique Nord-Sarthe en 2001(21)

◆ Les soins infirmiers à domicile (21):

SSIAD	Bonnétable	Conlie	Fresnay S/S	Montfort	Sillé-le-G
Places	19	35	35	35	19

NB : le canton de Marolles est desservi par le SSIAD de Mamers.

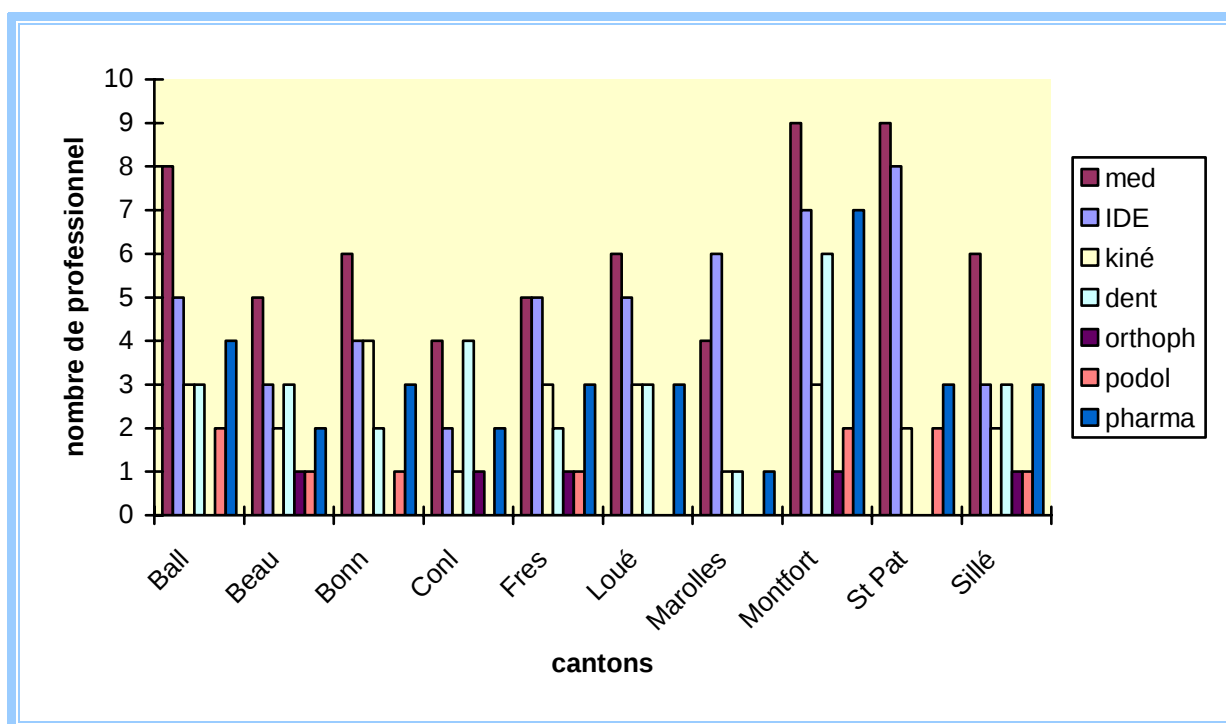
L'offre total de soins infirmiers au domicile s'élève à 143 places pour dix cantons. Au total le Pôle représente 430 lits et 36 places de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

2.3.2. L'offre libérale

◆ Offre libérale médicale et paramédicale des dix cantons du Nord-Sarthe en 2003 (42):

cantons	Médecin	Infirmier	Kinésithérapeute	Orthophoniste	Podologue	Dentiste	Radiologue	Pharmacie
Ballon	8	5	3	0	2	3	0	4
Beaumont	5	3	2	1	1	3	0	2
Bonnétable	6	4	4	0	1	2	0	3
Conlie	4	2	1	1	0	4	0	2
Fresnay	5	5	3	1	1	2	0	3
Loué	6	5	3	0	0	3	0	3
Marolles	4	6	1	0	0	1	0	1
Montfort	9	7	3	1	2	6	0	7
St Paterne	9	8	2	0	2	0	0	3
Sillé-le-G	6	3	2	1	1	3	1	3
TOTAL	62	48	24	5	10	27	1	31

- ◆ Reportons ce tableau sur un graphique permettant de mieux visualiser cette offre :



Nombre de professionnels médicaux et paramédicaux dans les cantons concernés par le Pôle en 2003.

- de façon générale on constate une meilleure offre en professionnels libéraux dans les cantons limitrophes de grandes agglomérations : Ballon et Montfort-le-Gesnois proches du Mans et Saint Paterne proche d'Alençon. Les cantons de Marolles-les-Braults et de Conlie sont les plus démunis. (cf. carte cantons page 55)

- Le nombre de médecins généralistes rapporté à la population est d'environ 1 médecin pour 1500 habitants en moyenne. Conlie est très en deçà de cette moyenne avec 1 médecin pour 2300 habitants et Saint Paterne qui jouxte la ville d'Alençon est au-delà avec 1 médecin pour 1200 habitants.

- Pour les infirmiers(es) la moyenne frôle 1 infirmier(e) pour 2000 habitants. C'est encore à Conlie que l'on retrouve la plus grande pénurie avec 1 infirmier pour 4600 habitants.

- Les kinésithérapeutes ne suffisent pas lorsque l'on sait qu'ils sont en plus sollicités par les établissements, y compris pour assumer en partie la rééducation en soins de suites.

- Quant aux orthophonistes ils se font rares et, en pratique, le temps d'attente pour une prise en charge est démesuré (*); de ce fait, la possibilité de vacations dans les établissements n'est même pas envisageable.

♦ Comparaison de l'offre médicale et paramédicale du Nord-Sarthe avec celle des Pays-de-la-Loire et celle de la France :

Voici quelques éléments de comparaison avec l'offre régionale et nationale libérale en médecins généralistes, dentistes, infirmiers, kinésithérapeute et orthophoniste. Ce tableau, construit à partir du recensement de la population de 1999 (15), du nombre de professionnels de chaque catégorie exerçant en 2003 (42) et des données régionales (12), représente le nombre d'habitants par professionnel au sein de chacun des dix cantons du Nord-Sarthe, au sein des Pays-de-la-Loire et de la France. Les podologues et les pharmaciens ne sont pas repris car les données concernant la région et la nation manquaient.

	Nord-Sarthe	Pays-de-la-Loire	France
médecin	1 512	960	872
dentiste	3 473	1 876	1 569
infirmier	1 953	1 540	1 008
kinésithérapeute	3 907	1 659	1 366
orthophoniste	18 753	6 369	5 176

Comparaison du nombre d'habitants par professionnel médical et paramédical entre le Nord-Sarthe, les Pays-de-la-Loire et la France en 2001.

Lorsque l'on regarde ce tableau on constate que la charge de travail (représentée par le nombre d'habitants/ professionnel) des professionnels médicaux et paramédicaux dans le Nord-Sarthe correspond au moins au double

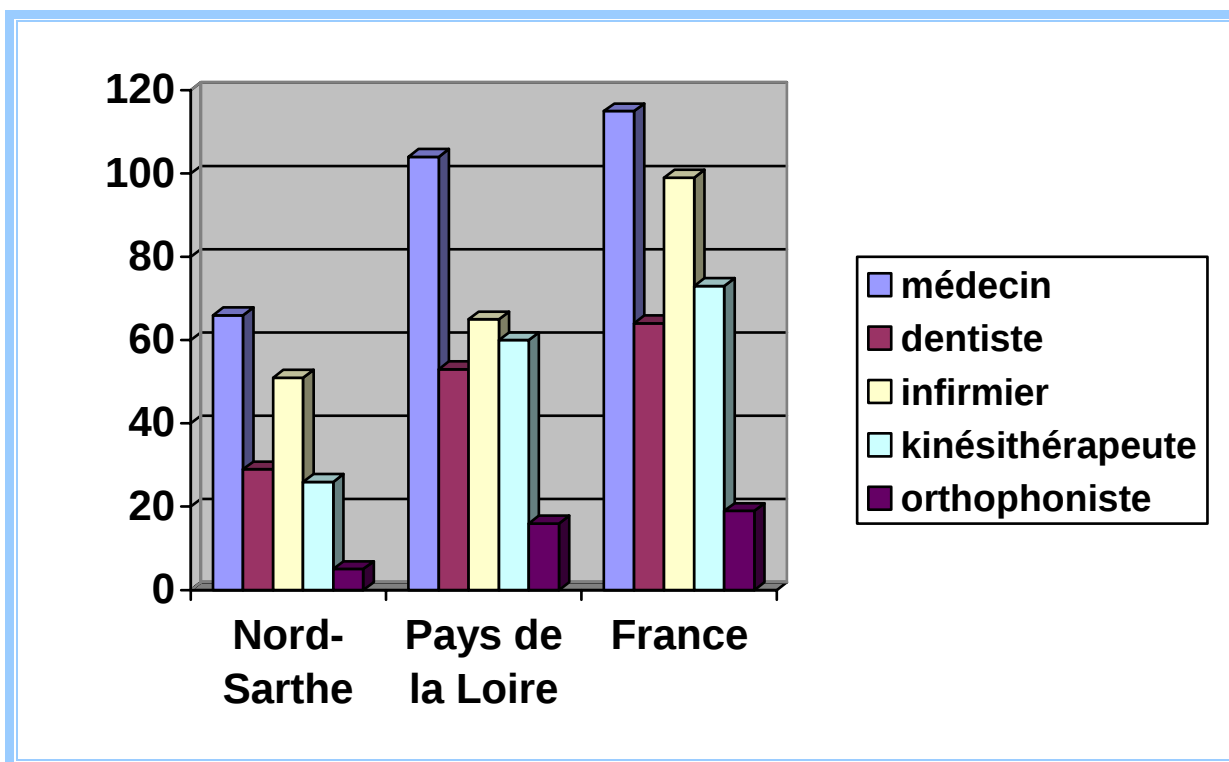
de celle des professionnels en France. Pour les kinésithérapeutes il s'agit du triple et pour les orthophonistes la charge de travail est 3,5 fois supérieure.

A ce niveau, on comprend que toutes les prises en charge ne soient pas possibles localement. Cependant des questions surviennent : la demande en soins est-elle uniformément proportionnelle à la population ? Se peut-il qu'une population rurale ait moins de besoin qu'une population urbaine ? Se peut-il qu'une population rurale requière moins de soins qu'une population urbaine vis-à-vis d'un même problème ? Ces questions restent posées.

La région des Pays-de-la-Loire se caractérise par une offre légèrement en deçà des moyennes nationales, et ce, de façon équilibrée sauf pour les infirmiers. En effet on compte un infirmier pour 1 008 Français et un infirmier pour 1 540 habitants des Pays-de-la-Loire.

♦ Comparaison à l'aide des densités en professionnels de santé libéraux :

Une autre façon de comparer cette offre libérale à celle de la région des Pays-de-la-Loire et à celle de la France consiste à comparer leurs densités en professionnels de santé libéraux. Les calculs ont été faits à partir des données du recensement de la population en 1999 (15), du nombre de professionnels de chaque catégorie au sein de chaque canton (42) et des données du mémento STATISS 2003 (12).



Comparaison du nombre de professionnel pour 100 000 habitants entre le Nord-Sarthe, les Pays de la Loire et la France 2001-2003.

De façon générale le Nord-Sarthe, souffre d'un grave déficit en acteurs libéraux de toutes catégories que ce soit en le comparant au nombre d'acteurs régionaux ou au nombre d'acteurs nationaux, les plus absents étant les orthophonistes.

Rappelons en outre le vieillissement important de la population de cette zone géographique : le nombre des personnes de plus de 75 ans représente **9,04 %** de la population des dix cantons du Nord-Sarthe étudiés alors que ces chiffres sont de 7,6 % en Pays-de-la-Loire et 7,4 % en France. Cette tranche de population est celle qui nécessite davantage l'intervention des acteurs de santé. Le vieillissement net de sa population aggrave donc encore l'écart entre la couverture sanitaire du Nord-Sarthe et les couvertures sanitaires régionale et nationale.

L'état des lieux de l'offre de soin locale, les éléments démographiques donnés et les projections faites plus haut viennent confirmer l'intérêt de développer un Pôle Gériatrique dans le Nord-Sarthe.

L'amélioration des équipements et des possibilités de soin sur le Pôle est donc loin d'une surenchère en terme d'offre de soin. Accéder aux demandes en terme de moyens du Pôle ne relève pas d'un gaspillage supplémentaire mais d'une nécessité, afin de relever le niveau sanitaire de ce territoire.

3. Inscrit dans un réseau médico-social

3.1. Les textes relatifs aux missions des hôpitaux locaux

Constatons combien le projet d'établissement du Pôle entend assumer dans toutes ses dimensions les missions attribuées à l'hôpital local par le code de la santé publique.

Le fonctionnement médical des hôpitaux locaux, est ainsi codifié par le décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 du Code de la Santé Publique paru au Journal Officiel de la République française le 17 novembre 1992 (30):

« Art.R.711-6-4. :

-1.- L'hôpital local, établissement public de santé, a pour objet de dispenser :

1° avec ou sans hébergement :

- Des soins de courte durée en médecine ;*
- Des soins de suite et de réadaptation tels qu'ils sont définis par l'article L.711-2 (1°, b) ;*

2° Des soins de longue durée, comportant un hébergement, tels qu'ils sont définis à l'article L.711-2 (2°)

-2.- Dans le cadre des missions prévues aux articles L.711-1 et L.711-3, il participe notamment :

- a) *Aux actions de santé publique et aux actions médico-sociales coordonnées ;*
- b) *Aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé*
- c) *aux actions de maintien à domicile, en liaison avec les professionnels de santé locaux.*

Voici la définition de l'hôpital local telle qu'elle apparaît dans le bulletin officiel du Ministère des affaires sociales, de la Santé et de la Ville n°18 du 3 juillet 1993 expliquant la circulaire n°14 du 26 mars 1993 relative à l'application du décret n°92-1210, lui-même relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux (30):

« L'article L.711-6 du code de la santé publique en maintenant le fonctionnement des lits de médecine à l'hôpital local a confirmé cet établissement public de santé, comme étant un hôpital de proximité qui fait parti d'un réseau de soin. Il constitue un maillon essentiel de la coordination et de l'organisation des soins entre le domicile, la médecine de ville, les alternatives à l'hospitalisation et les établissements de santé dispensant des soins spécialisés et disposant d'un plateau technique conséquent. »

Cette position de pivot central de l'hôpital local, dans la prise en charge des personnes âgées, est renforcée par la circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques (30). Celle-ci prend la mesure, d'une part de la très forte augmentation de la population âgée, notant que les plus de 75 ans devraient représenter 10% de la population française en 2020 et d'autre part de l'inadaptation du dispositif de soins actuel aux besoins des personnes âgées. Les axes prioritaires avancés par cette circulaire consistent :

- à renforcer l'accès à des soins de proximité
 - en soulignant « le rôle capital du médecin généraliste » ;
 - en suscitant la création de consultations et de pôles d'évaluation gériatrique par les hôpitaux ;

- en inscrivant l'hôpital local comme « *premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les patients gériatriques* » intervenant en amont et en aval de la chaîne des soins, permettant de limiter les ruptures environnementales et de maintenir le lien ville-hôpital ;
- en développant le travail en réseau, lequel représente « *une réponse pertinente à la prise en charge spécifique des personnes âgées fragiles* ».
- à favoriser les filières courtes,
 - en s'appuyant sur la création d'unités de court séjour gériatrique,
 - en favorisant les entrées directes sans passage préalable par le service des urgences,
 - en développant des équipes mobiles gériatriques et en incitant la collaboration entre gériatres et psychiatres.
- à améliorer les réponses en aval de l'hospitalisation en court séjour par le développement de structures relais type HAD (Hospitalisation A Domicile), type soins de suite et réadaptation (SSR), appropriées aux besoins des patients gériatriques.

Un texte plus récent, postérieur à l'écriture du projet d'établissement du Pôle, circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'Hôpital Local, vient encore confirmer la place de ce type d'établissement dans l'organisation du réseau médical et médico-social :

« *L'Hôpital Local constitue un premier niveau de prise en charge.*

A ce titre :

- *il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (SSLAD, HAD...),*

- *il accueille dans des services adaptés (constituant un lieu de vie), une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité.*

Cette double vocation lui confère ainsi une première spécificité. Une seconde spécificité est son fonctionnement médical ...l'hôpital local constitue un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. »

Voyons comment le Pôle Gériatrique du Nord Sarthe a déjà intégré son rôle de pivot au cœur d'un réseau gériatrique.

3.2. Tourné vers la société

3.2.1. Lien avec les patients et les familles

Dans un souci de transparence et d'amélioration de la relation avec les familles des patients, diverses actions ont déjà été menées ou sont en cours :

- Sur le plan réglementaire, un gros travail a été fait, ou est en cours, dans l'élaboration et la mise à disposition, du livret d'accueil, du contrat de séjour, du questionnaire de satisfaction, du recueil des plaintes et suggestions (*). Ce travail avait débuté avant que débute la démarche vers l'accréditation ; cette dernière vient structurer les efforts déjà fournis et prolonge, en les guidant, les efforts suivants.

- Les établissements ont travaillé et obtenu la mise en adéquation de leur maison de retraite avec le référentiel Angélique (21) (*).

-Un autre exemple de l'effort fourni en ce sens est l'institution, depuis deux ans, de réunions de familles ou « conseils de la vie sociale », celles-ci ont lieu deux fois l'an et permettent de clarifier les pratiques, de restituer les avancées faites par chaque établissement, de répondre aux questions et inquiétudes. A Beaumont-sur-Sarthe, par exemple, une enquête de satisfaction auprès des familles dont la restitution s'est déroulée au cours d'une de ces réunions de familles a été menée avec le technicien qualité. Bonnétable a fait de même (*).

Il existe d'ailleurs une spécificité au sein de ces petits hôpitaux en matière de lien entre patients et personnes de l'extérieur. En effet, beaucoup de leurs employés sont parents avec un ou plusieurs résidents, ce qui les amène à un investissement personnel « intéressé ». De plus la population accueillie est en grande majorité issue de la localité ou de l'environnement proche ce qui favorise la venue de nombreux visiteurs (parents, amis). La prise en charge de proximité permet, et recherche intentionnellement, le maintien des liens sociaux et familiaux. (*)

Sur le plan architectural également des ouvertures vers les familles se dessinent :

- L'établissement de Sillé-le-Guillaume a prévu de construire un hall d'accueil agréable avec un kiosque à journaux, des sièges, afin de permettre aux familles et aux patients de se renseigner et de se rencontrer (*). Il existe déjà une grande salle au sein de la maison de retraite comportant un bar et une cheminée, accueillant régulièrement les activités proposées aux résidents et pouvant recevoir des manifestations festives.

- A Bonnétable, le projet architectural concernant la maison de retraite envisage de créer au rez-de-chaussée un grand lieu de vie ouvert sur l'extérieur. Cela sera un lieu de rencontre entre résidents et familles, entre

personnes âgées du dehors et du dedans, un lieu de passage et « d'escalé » pour les personnes venants en accueil de jour et celles venant à la consultation d'évaluation gérontologique. Il contiendra un kiosque à journaux, un coin café, des coins salons pour discuter, lire, écouter de la musique, regarder la télévision. Il débordera sur la pelouse, « comme une place de village » avec des arbres, des bancs où le passant pourra s'asseoir lui aussi. Il se continuera par un jardin, un parc s'ouvrant et se fondant dans la ville. La finalité du projet réside dans une interpénétration entre l'extérieur et l'intérieur ; entre la maison de retraite et la ville existera une passerelle, un passage naturellement fondu dans le paysage. Voilà l'esprit de ce projet entendu oralement.

- A Beaumont-sur-Sarthe est prévue la réhabilitation du hall d'entrée afin qu'il soit plus accueillant, permette une meilleure identification des différents services et bureaux et centralise leurs accès (*).

- Au sein des services de soins de suite et de soins de longue durée de chaque site est prévu l'aménagement d'un petit salon intime favorisant l'échange entre patients et familles, la lecture, l'écoute de musique...(29) (*)

3.2.2. Liens avec les associations

Les établissements ont admis en leur sein des associations de personnes âgées avec lesquelles ils mènent des actions communes (21):

- ◆ A Beaumont-sur-Sarthe (*):

L'hôpital local de Beaumont-sur-Sarthe accueille des bénévoles qui participent à l'animation de l'établissement :

- un accordéoniste vient jouer bénévolement de temps en temps.
- une coiffeuse retraitée participe aux soins esthétiques une fois par semaine.

- un homme vient faire des lectures hebdomadaires à voix haute.
- Les écoles et les chorales des environs sont invitées dans chacun des établissements à faire démonstration de leurs talents le temps d'un spectacle, d'un échange.

◆ A Bonnétable :

L'association « Les Jonquilles » est une association de bénévoles qui existe depuis environ dix ans sur l'établissement de Bonnétable (21). Elle participe activement, en collaboration avec le service d'animation, à la vie de la maison de retraite et de l'hôpital local (une sortie d'une journée a lieu en septembre, exemples au domaine de la Pescheray sept 2003, sortie en bateau sur la Sarthe à Sablé, restaurant à la Ferté-Bernard ; repas-dansant ; chorale ; activité gymnastique douce ; jeux de société ; travaux manuels) (*).

D'autres intervenants extérieurs viennent participer à l'animation de l'établissement (*):

- L'association « Les Aînés Ruraux » organisent une fois par an un « goûter-chants ».
- Les écoles viennent chanter et danser trois fois par an.
- La bibliothèque municipale organise des lectures à voix haute
- Les enfants du catéchisme viennent une fois par an.
- Les danseurs de St Côme viennent faire une prestation une fois par an ainsi que la troupe de théâtre « Les Tréteaux de Malétable »

◆ A Sillé-le-Guillaume :

L'association « Les Aînés Ruraux » participe activement aux actions de prévention et d'animation. En partenariat avec la responsable du CLIC CLS et l'assistante sociale PASS, s'est mise en place depuis novembre 2002, une action de prévention sur la nutrition (28). Il s'agit d'une table d'hôtes, organisée à

la maison de retraite, et à laquelle sont invitées des personnes vivant à leur domicile. Environ cinq personnes sont invitées à la fois et mangent en compagnie de la responsable du CLIC, de l'assistante sociale et de participants des Aînés Ruraux. Le but consiste à rompre l'isolement, parfois important à la campagne, à développer la convivialité et à prévenir la dénutrition. L'association se charge du repérage des personnes, de leur invitation et de leur transport. Une information sur la nutrition et les risques de la dénutrition est délivrée à cette occasion. Pour terminer, un questionnaire d'évaluation est remis aux participants.

Cette formule a rencontré un tel succès que la fréquence de cette manifestation a été doublée ; elle a donc lieu deux fois par mois. La responsable du CLIC Conlie-Loué-Sillé a repris la formule à la maison de retraite de Loué.

Les associations représentent un atout considérable dans la diffusion des informations auprès des personnes âgées.

3.2.3 Lien avec les communes

La majorité des patients et des résidents sont originaires des communes accueillant les établissements et des communes limitrophes. Toutes ces communes participent à la vie des établissements dans la mesure où leurs représentants font parti du conseil d'administration.

Dans leurs efforts d'innovation au sein d'un réseau gérontologique l'intérêt d'intégrer les communes est apparu aux initiateurs du Pôle (21). La réflexion engagée repose d'abord sur le fait que les personnes souhaitent le plus souvent rester à domicile ou trouver une solution la plus proche possible, et ensuite sur le constat que les hôpitaux locaux n'ont pas à eux seuls, la capacité d'investissement ni le temps nécessaire pour mener à bien des projets d'hébergement hors de leur site.

La possibilité d'envisager la création de structures d'accueil intermédiaires entre le domicile, le foyer logement et l'institution peut apparaître comme une idée séduisante et utile. Une première réflexion sur ce que pourraient être des « maisons de village » avait été engagée entre élus locaux, les associations ADMR et Familles Rurales et le directeur de l'hôpital local de Sillé-le-Guillaume (21). Le maire d'une commune voisine (Rouessé Vassé) semble aujourd'hui toujours intéressé par la création d'une première « Maison de Village » expérimentale (*).

3.3. Tourné vers le réseau médico-social

3.3.1. Le club des 5+

Nous avons vu qu'une première coopération avait vu le jour en 1998 entre les Hôpitaux Locaux de Beaumont-sur-Sarthe et Sillé-le-Guillaume ainsi que les maisons de retraite de Fresnay-sur-Sarthe, Marolles-lès-Braults et Tennie nommée alors le club des 5+(31). Cette coopération est toujours d'actualité et intègre également l'Hôpital local de Bonnétable et la maison de retraite de Nogent-le-Bernard. (La direction intérimaire de cette dernière est assumée actuellement par le directeur de l'établissement de Bonnétable).

Cette coopération a permis à ces établissements d'organiser un service de tutelle aux majeurs protégés, d'employer une psychologue afin de soutenir les équipes (31) (32). Elle a permis au réseau départemental « soins palliatifs » naissant de développer son action de formation. Grâce à cet échange, de nombreuses personnes ont été formées aux soins palliatifs, ce qui au final bénéficie directement aux résidents de ces structures.

3.3.2. Lien avec les CLIC

Le bassin de population concerné par le Pôle est en lien avec trois CLIC (Comité Local d'Information et de Coordination) dont deux ayant un recul de deux ans et demi pour l'un et trois ans et demi pour l'autre. Le troisième est en cours de constitution.

Celui de Beaumont-sur-Sarthe, Fresnay-sur-Sarthe et Saint-Paterne (CLIC BFS) a été créé le premier, six mois après la parution de la circulaire DAS-RV2 n°2000/310 du 6 juin 2000 relative à la création des Centres Locaux d'Information et de Coordination. La rapidité avec laquelle un CLIC s'est concrétisé sur ce territoire découle directement du fait qu'existait au préalable un projet de réseau gérontologique. En effet une réflexion engagée en 1997 entre, élus, professionnels de santé, directeurs de maison de retraite, représentants des associations et les différents services du maintien à domicile avait abouti à l'élaboration d'une Charte pour la création d'un Réseau Gérontologique. Le territoire de ce CLIC a été calqué sur celui desservi par l'association des soins infirmiers à domicile de Fresnay-sur-Sarthe. Le président de ce CLIC est le médecin praticien de l'hôpital local de Beaumont-sur-Sarthe. On comprend ici que le lien entre CLIC et hôpital local soit facilité. Depuis juin 2003 ce CLIC est homologué de niveau 3 (26) (27) (*).

Le CLIC de Conlie, Loué, Sillé le Guillaume (CLIC CLS) a vu le jour le 15 octobre 2001 sur l'initiative du Député et du Conseil Général, c'est également un CLIC de niveau 3 (*).

A Bonnétable un CLIC est en cours de constitution guidé par un comité de pilotage. Le territoire de ce CLIC devait initialement inclure les cantons de Ballon, Bonnétable et Marolles-lès-Braults. Finalement il devrait être composé des cantons de Ballon, Bonnétable et Montfort-le-Gesnois (CLIC BBM) et serait porté par les centres sociaux de ces trois cantons (41).

L'arrivée de ces centres implantés chacun sur trois cantons et dont la mission comporte la coordination des services auprès de la personne âgée n'est pas toujours vue positivement par les services en question. Les responsables des CLIC cumulent plusieurs difficultés. Ils sont nommés sur des postes n'ayant auparavant pas existé, leur fonction n'est pas très précise et il leur faut l'affiner par les besoins perçus et le travail sur le terrain. Ce sont en quelque sorte des pionniers. Ils doivent comprendre et « faire » leur poste, expliquer leur fonction auprès de la population, des organismes travaillant au domicile, des professionnels médicaux et paramédicaux. Ils sont confrontés à la crainte des autres professionnels qui ont peur d'être jugés, évalués, concurrencés ou qui veulent tout faire eux-mêmes (*).

En revanche, le document de demande de labellisation en niveau 3 du CLIC BFS montre une progression constante des sollicitations envers ce Centre. L'évaluation de l'activité sur l'année 2002 dénombre quatorze origines de demande différentes. Celles-ci émanent à 50% des familles et des intéressés (27). La coordinatrice du CLIC CLS témoigne d'une même progression ; ce CLIC a dû embaucher début 2004 une deuxième conseillère en éducation sociale et familiale afin de subvenir aux demandes (*).

Les usagers semblent donc apprécier cette centralisation des informations, l'évaluation des besoins faite à domicile, l'accompagnement dans les démarches administratives, le montage des dossiers nécessaires. La coordinatrice d'un CLIC de niveau 3 effectue l'ensemble de ces démarches à partir du moment où quelqu'un l'a sollicitée.

Ces CLIC sont des partenaires précieux des établissements, des médecins généralistes, et bien sûr, des usagers.

Le CLIC BFS est à l'initiative, avec l'assistante sociale PASS du Pôle, de plusieurs campagnes de prévention sur son territoire :

- En 2002 sept conférences-débats ont eu lieu sur le sujet « Maladie d'Alzheimer » avec intervention conjointe des médecins des hôpitaux locaux de Beaumont et Bonnétable et un représentant de l'association « France Alzheimer » (27).

- En 2003 plusieurs interventions sur le thème « prévention des chutes » ont eu lieu. Une pièce de théâtre montée par l'association des Aînés Ruraux, « Les caprices de Gisèle », débutait la soirée. Suivait un débat animé par le médecin-président du CLIC et un médecin rééducateur du Centre Gallouëdec de Parigné L'Evêque (*).

- Pour 2004, le sujet sera « alimentation de la personne âgée » avec l'intervention d'une diététicienne venant d'une clinique du Mans (*).

Nous avons vu l'implication du CLIC CLS dans la mise en place de tables d'hôtes à la maison de retraite de Sillé-le-Guillaume puis à celle de Loué. La campagne sur la prévention des chutes accompagnée de la même pièce de théâtre a eu lieu sur le CLIC CLS. Elle était suivie d'un débat animé par d'autres intervenants dont un ergothérapeute. Ce CLIC projette en outre de monter un journal hebdomadaire dont la diffusion se ferait par la radio locale « Les Alpes Mancelles » (*).

En outre , les responsables de ces deux CLIC interviennent au sein du Pôle , d'une part lors des consultations d'évaluation gériatrique et d'autre part, sur Sillé-le-Guillaume, lors des commissions d'admission qui ont lieu une fois par mois.

3.3.3. Lien avec les associations et services auprès de la personne âgée

Le Pôle a exprimé le souhait de faciliter le retour des personnes à domicile, lorsque c'est possible, et de soutenir ceux qui veulent y demeurer aussi longtemps qu'ils le peuvent. C'est pourquoi le SSIAD (Services de Soins Infirmiers À Domicile) créé au préalable au sein de l'hôpital local de Bonnétable en 1998 pour 15 places, a été étendu à 19 places en janvier 2003 (21).

Celui de Sillé-le Guillaume a vu le jour sous l'impulsion du directeur de l'établissement en septembre 2000 pour 15 places, étendu depuis janvier 2003 à 19 places également (21). Auparavant le SSIAD de Conlie intervenait à Sillé-le-Guillaume et se trouvait submergé ; « les 19 places actuelles sont occupées de manière permanente », affirme la responsable du service.

Le projet d'établissement prévoit la création d'un service de soins infirmiers à domicile à Beaumont-sur-Sarthe, or celui de Fresnay-sur-Sarthe qui intervient actuellement semble suffisant. La demande a été annulée (*).

Ces dispositifs essentiels, sans lesquels le maintien ou le retour à domicile de certaines personnes serait compromis, fonctionnent en étroite collaboration avec les services indépendants d'aides ménagères avec l'apport incontestable, en tant qu'élément structurant, des CLIC. A Bonnétable, l'absence de CLIC effectif jusqu'ici aboutit régulièrement à un débordement des compétences du service infirmier sur d'autres champs occupés ailleurs par les CLIC (*).

Le projet d'établissement prévoit, en outre, d'aller au devant des « aidants » professionnels en leur proposant un groupe de parole avec un soutien psychologique (21).

3.4. Tourné vers la médecine de ville

◆ Apport de l'hôpital local aux médecins généralistes :

La création de services comme les services de soins infirmiers au domicile, la permanence d'accès aux soins de santé, la consultation d'évaluation gériatrique vient enrichir et structurer le réseau sur lequel peut s'appuyer le médecin généraliste pour sa pratique.

L'hôpital local peut également représenter un lieu d'échanges, de réunions, d'informations pour les médecins, par le prêt tout simplement d'une salle ou par un appui logistique organisationnel.

L'implication souhaitée par le Pôle dans son lien ville/hôpital a amené celui-ci à proposer à Beaumont-sur-Sarthe et Bonnétable la création de maisons de garde où les médecins pourraient intervenir, avec possibilité d'être secondé par un(e) infirmier(e). En parallèle l'établissement de Bonnétable projette de solliciter la création d'une antenne de radiologie, à l'image de celle qui existe à Sillé-le-Guillaume (*). Celle-ci profiterait aussi aux médecins libéraux.

Dans le même sens, l'Hôpital Local de Beaumont-sur-Sarthe a proposé d'abriter sous son toit, un cabinet médical où pourraient se regrouper les médecins de la commune, mais aussi le psychiatre de secteur, le médecin du travail, des kinésithérapeutes, des infirmiers...La réhabilitation d'un bâtiment à cet usage étant possible, l'idée consiste à favoriser la rencontre et la connaissance mutuelle de ces professionnels. Cette ouverture n'a pour le moment pas provoqué un engouement permettant d'envisager un projet concret (*).

◆ Les généralistes, médecins de l'hôpital local

A Sillé-le-Guillaume, l'imbrication médecine de ville/hôpital est forte puisque ce sont les généralistes qui prodiguent leurs soins à tous les

patients ou résidents, que ce soit à l'hôpital local ou en maison de retraite. Les six médecins de la commune sont concernés ; cinq d'entre eux se sont regroupés avec trois infirmiers(es) en mai 2000 pour former un cabinet médical.

Un des médecins de ce cabinet a accepté la fonction de médecin coordonnateur de l'hôpital local. Coordonner l'activité médicale de cinq confrères est une tâche délicate et inconfortable. (*)

Les médecins du cabinet ont installé une communication informatique entre la maison de retraite et le cabinet. Ils ont ainsi directement accès, depuis la maison de retraite, aux dossiers médicaux du cabinet.

Le lancement de l'antenne MCS (Médecins Correspondants SAMU) sur la zone blanche de Sillé-le-Guillaume depuis janvier 2002 a été le fruit d'une étroite collaboration entre le directeur de l'établissement, les médecins du cabinet médical et le SAMU 72. Depuis, le fonctionnement local de cette antenne est assumé entièrement par le cabinet médical. La gestion et la dispensation du matériel, le financement et la formation des médecins généralistes sont assumés par le Centre Hospitalier du Mans. Cette antenne profite tant à la population locale qu'aux établissements, c'est à dire, outre la maison de retraite et l'hôpital local, la Maison d'Accueil Spécialisée accueillant des adultes handicapés, et le foyer logement qui dépend de la mairie (18) (21) (*).

Cependant les médecins n'interviennent que lorsqu'ils sont sollicités par les infirmiers ou les malades (29). *Le personnel soignant souhaiterait que les médecins prennent régulièrement connaissance des informations contenues dans le dossier de soins et instaurent des liens professionnels plus étroits*, est-il écrit dans le projet de vie n°1 de l'hôpital local (29). Le médecin coordonnateur du Pôle exprime le souhait que ses confrères libéraux qui interviennent à l'hôpital local prennent davantage la mesure de la spécificité hospitalière de leur intervention.

De leur côté, les médecins du cabinet de Sillé-le-Guillaume constatent que concilier les règles et les exigences hospitalières croissantes avec

les contraintes et la charge de travail en médecine libérale rurale devient de plus en plus difficile (*).

Le besoin d'un suivi de qualité pour les patients, les exigences légales de l'exercice médical en hôpital, la demande de concertation et de coordination légitime des soignants, la conciliation délicate de l'activité libérale rurale des généralistes avec une organisation hospitalière, appellent une recherche de solution qui puisse satisfaire au mieux chaque parti et aboutisse, au minimum, à une meilleure qualité de soins pour les patients.

◆ Les praticiens hospitaliers de l'hôpital local et les généralistes :

Les médecins praticiens hospitaliers (PH) des deux autres établissements ont remarqué que l'option « PH » prise par leur établissement leur a permis d'apporter une réponse adaptée à leurs confrères libéraux. Ceux-ci ont, petit à petit, pris l'habitude de décrocher leur téléphone pour joindre leur confrère de l'hôpital local lorsque le besoin rencontré pouvait trouver une solution en proximité. Le fait qu'ils puissent obtenir une solution adaptée en proximité a permis un échange accru entre les médecins du dehors et du dedans et, plus encore, a permis de changer l'habitude qui consistait à envoyer systématiquement le patient aux urgences dès lors que les possibilités du domicile « débordaient ».

« *C'est la qualité de la réponse qui conditionne la demande* » se félicite l'un des praticiens qui considère ce changement réel comme une reconnaissance des efforts fournis. Il souligne que sa réponse comme praticien en hôpital local n'est pas celle de la technicité, de la chirurgie ou des avis spécialisés que l'on trouve au Centre Hospitalier du Mans. Il ne prétend d'ailleurs pas s'y substituer mais souhaite au contraire lui rendre sa spécificité de Centre MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) spécialisé et performant

3.5. Tourné vers la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe

Les trois hôpitaux locaux réunis font parti de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe. Ils s'inscrivent dans une volonté d'exister en tant que partenaires complémentaires et non concurrentiels des établissements de références. Des conventions ont d'ailleurs été signées avec le Centre Hospitalier du Mans (21).

Dans ce cadre, le médecin coordonnateur du Pôle a participé à différents groupes de travail et de réflexion ayant abouti à la naissance de différentes instances sur le département sarthois (*):

- « groupe nutrition-alimentation » qui a précédé l'émergence du CLAN départemental. (Comité Liaison Alimentation Nutrition)
- « groupe douleur » qui a fait naître le réseau douleur départemental et a permis de former en deux ans l'ensemble des praticiens, cadres et infirmiers du département.
- « le groupe soins palliatifs » duquel est sorti le Réseau Ariane 72.
- « le groupe hygiène » qui a restructuré « le lutin 72 » ; c'est le nom du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales en Sarthe.
- « le groupe soins de suite » qui a créé et structuré la cellule d'orientation en soins de suite basée sur le Centre Hospitalier du Mans. Cette cellule examine tous les dossiers « à problème » du département qui lui sont soumis. Elle intègre des médecins de médecine physique venant de différents types d'établissements de la Communauté.
- « le groupe communication de l'information » qui a structuré la fiche de transmission et réfléchi à la mise en place d'un réseau informatique sécurisé.
- « le groupe diabète » qui a mis en place le réseau du même nom.

- « le groupe gériatrie » qui a étudié les moyens existant dans les différents établissements concernant les Soins de Suites et de Réadaptation, les Soins de Longue Durée et les Maisons de Retraite. Le but de cette analyse étant de parvenir à une harmonisation de ces moyens.

Cette démarche a permis de lutter contre l'isolement dont souffrent les établissements périphériques et a suscité les réflexions inter établissements. Le médecin coordonnateur du Pôle regarde la naissance de la Communauté des Etablissements de la Sarthe comme une chance pour les petits établissements : *« De la création de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe est né un lien d'écoute, de réflexion et d'échange sur les difficultés des établissements périphériques. D'une part les petits établissements ont pu se connaître et échanger, d'autre part le Centre Hospitalier du Mans s'est ouvert, et a échangé avec ces établissements périphériques. A partir de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe, une véritable politique départementale de santé publique a vu le jour ».*

3.5.1. Lien avec le Centre Hospitalier du Mans (CHM)

Le flux naturel des patients, existe majoritairement entre chaque hôpital local et le Centre Hospitalier du Mans (CHM) et très peu entre les hôpitaux locaux (17) (9). La majorité des patients sont connus sur le Centre Hospitalier du Mans où ils ont un dossier. Des liens de connaissance entre Médecins du Pôle et Spécialistes de ce Centre sont tissés de longue date. D'ailleurs l'un des médecins de Bonnétable partage son temps de travail entre le Pôle et le CHM.

Le Centre Hospitalier du Mans représente un centre ressource pour le Pôle du fait de la présence d'un plateau technique conséquent, de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales dont un service de réanimation et un SAMU. Le Pôle, en retour, se propose d'alléger l'engorgement devenu

problématique des Urgences Médico-Chirurgicales par des personnes âgées ne nécessitant pas réellement de plateau technique, dans la limite de ses capacités et de son bassin de population. (21)

Les solutions allant dans le sens d'un désengorgement des Urgences sont de plusieurs ordres :

- ◆ D'une part le développement d'actions de prévention participe à anticiper de nombreuses situations de rupture :
 - Au domicile en partenariat avec les CLIC.
 - Par la consultation d'évaluation gériatrique.
 - En accompagnant les personnes en amont par l'évaluation, l'adaptation des aides au domicile.
 - En développant des solutions de prises en charge au domicile que cela soit en amont ou en aval d'une hospitalisation, type service de soins infirmiers à domicile.

- ◆ D'autre part, la proposition de nouvelles formules d'accueil éviterait certaines hospitalisations en urgence (21) (cf. chapitre « projet médical » 2.2. page 150):
 - Notion d'« accueil temporaire »
 - Notion d'« hospitalisation temporaire »

- ◆ Enfin, la création de la cellule d'orientation sur le Centre Hospitalier du Mans a permis d'améliorer la sortie des patients vers les hôpitaux périphériques et ainsi de libérer des lits de médecine aigus propres à recevoir les arrivants des Urgences (*).

Les deux premières propositions représentent un recours pour les généralistes, qui appelés au cours d'une situation de crise, n'ont souvent pas d'autre choix que d'adresser aux Urgences (*). Elles représentent une pierre apportée par le Pôle dans l'édification d'une solution satisfaisante à cette situation d'engorgement à l'entrée des Centres Hospitaliers. Cette situation est déplaisante autant pour les personnes âgées qui la vivent que pour le personnel des Urgences qui se retrouve submergé et travaille sous pression, parant au plus pressé, avec parfois un sentiment de maltraitance voire d'inacceptabilité vis-à-vis des usagers.

Dans son lien avec le Centre Hospitalier du Mans, l'hôpital local de Bonnétable a signé une convention avec le laboratoire d'analyses médicales ; tous les examens de l'établissement y sont effectués. Il en est de même avec le service d'imagerie. Un biologiste du CHM participe au comité local de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) (*) (25).

3.5.2. Lien avec le Centre de l'Arche

Le Centre de l'Arche est un centre PSPH (Participant au Service Public Hospitalier) de Médecine Physique et de Rééducation important en Sarthe. Il se situe en limite nord de l'agglomération mancelle, sur la commune de Saint Saturnin. (cf. carte page 54)

Afin d'améliorer la prise en charge en soins de suites sur le Pôle, des conventions avec ce Centre sont en cours d'élaboration. Le projet vise à mutualiser des postes de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes. Ces postes seraient partagés : un mi-temps sur l'Arche et l'autre sur le Pôle. L'exercice en centre spécialisé permettrait aux professionnels concernés de rester motivés grâce au travail au sein d'une équipe plus importante en nombre et aux soins de réadaptation spécialisés destinés à une population plus jeune. Le temps consacré

aux services gériatriques pourrait leur permettre de s'investir dans une démarche de dynamisation des équipes et de transmission de leur savoir, de développer leur sens de la responsabilité et de participer aux consultations d'évaluation gériatologique (*).

**AMELIORER LA QUALITE DE LA
PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES AGEES : PRIORITE
DU PÔLE**

Le projet d'établissement du Pôle est entièrement consacré à la personne âgée. La mutualisation de leurs moyens permet aux trois hôpitaux locaux d'offrir une prestation qui aurait été impossible à chacun isolément. La finalité de cette mise en œuvre consiste à promouvoir et à garantir une prise en charge et un accompagnement de qualité en proximité du lieu de vie des personnes âgées, qu'elles soient en institution ou au domicile.

Améliorer la qualité de prise en charge de cette population se construit à différents niveaux. Certains changements apparaîtront comme directement perceptibles par les personnes, d'autres contribueront à un rehaussement incontestable du service offert mais d'une façon moins directe.

1. Directement auprès de la personne âgée hospitalisée

1.1. Travail d'écriture et de transparence

Les trois établissements ont accompli un gros travail d'écriture et de formalisation réglementaire, différent pour chacun puisque l'état des lieux antérieur différait.

L'accent a notamment été mis sur l'accueil. Chaque établissement dispose ou disposera prochainement d'un livret d'accueil renseignant le patient sur le fonctionnement, les formalités à accomplir, le déroulement du séjour, ses droits. Des recueils de plaintes, remarques, suggestions à disposition des patients et/ou des familles ont vu le jour.

- ◆ Pour illustrer le travail d'écriture accompli en voici des exemples :

- A Beaumont-sur-Sarthe, les parcours ont été balisés : par exemple, un classeur correspond à l'entrée, un autre aux décès ; le soignant est invité à prendre le classeur par le début et à le dérouler jusqu'à la dernière page ; il(elle) est sûr(e) de n'avoir rien oublié. C'est plus confortable, d'une part pour les usagers et leurs familles et d'autre part pour le personnel, notamment lorsque se présente un nouveau ou un remplaçant (*).

Le médecin du site a réadapté le dossier médical des patients notamment en améliorant ses repérages à l'entrée : état bucco-dentaire, fonctions sensorielles, état nutritionnel, ... Ainsi, connaissant mieux les manques, il peut élaborer un plan d'action, prévenir ou prévoir certains risques. (*)

- La pratique des écrits et des protocoles existait depuis longtemps à Bonnétable, il restait à la formaliser. Ils avaient constitué un dossier médical et un dossier infirmier, faisaient des transmissions écrites, avaient un suivi « dénutrition », avaient monté des protocoles comme pour la prise en charge de la douleur. Une organisation de type hospitalière y règne depuis longtemps. Actuellement le dossier est informatisé. Il comporte un volet médical et un volet soin. Tous les soignants ont un code d'accès servant de signature informatique. La traçabilité des actes y est exhaustive. Le jour de la sortie le médecin traitant est informé et reçoit un compte rendu d'hospitalisation (*).

Ce dossier informatique est en cours d'installation sur l'hôpital local de Beaumont-sur-Sarthe avec le concours du technicien informatique du Pôle.

- A Sillé-le-Guillaume un dossier médical a été complètement créé par le médecin coordonnateur du site en accord avec ses collègues libéraux. De nombreux protocoles ont vu le jour sous son impulsion. Le rôle de médecin coordonnateur d'un site, lorsque six médecins y travaillent est particulièrement

délicat tout en étant particulièrement important. En effet, sa présence temporaire mais quotidienne au sein de l'hôpital permet de mieux coordonner l'action des médecins et des soignants. Ceux-ci témoignent de leur satisfaction à l'égard de la création de ce poste de coordonnateur médical (*).

Un groupe de douze personnes représentatif du personnel de la maison de retraite a travaillé pendant un an à l'élaboration du projet de vie en maison de retraite. Ce travail a été accompagné par l'organisme IRAP Santé. *Ce document « Projet de Vie » devient le référentiel commun, original et créatif. Il redonne au résident sa place au cœur du dispositif* (29). Des plans d'actions ont été définis. Le document est en phase de finalisation.

- Le dossier infirmier de chaque site est complété, amélioré au fur et à mesure du travail d'équipe accompli par les cadres des trois établissements. Chaque cadre réadapte le fruit du travail collectif pour son service.

◆ Commissions d'admission :

- Une commission d'admission a été instaurée à Sillé-le-Guillaume par le directeur de l'établissement (21). Cette commission, de type administrative, se réunit une fois par mois et examine les dossiers de demande pour la maison de retraite, les soins de suite et les soins de longue durée, en fonction du territoire et du motif, ce qui permet d'établir une liste ordonnée selon les priorités. Elle est composée de la coordinatrice du CLIC, de l'infirmière responsable du service de soins infirmiers à domicile, des cadres de l'hôpital et de la maison de retraite, de l'assistante sociale du Pôle, du médecin coordonnateur, du directeur d'établissement et d'une secrétaire. La direction du site estime qu'une telle commission fait gagner en justesse et en transparence l'ordre des admissions pour les usagers et qu'elle représente également une traçabilité pour les organismes de contrôle et le conseil d'administration (21). Cependant il arrive que certaines entrées en Soins de Suites se fassent sans avoir

été présentées devant cette commission ; il faut parfois répondre à un besoin local immédiat. Dans ce cas, c'est le cadre de l'hôpital local qui prend la décision (*).

- A Bonnétable la commission d'admission est composée des deux médecins, du cadre des soins de suite et des soins de longue durée et de celui de la maison de retraite attenante. Elle est de type volontairement médicale ce qui leur permet de garder une grande souplesse et une réactivité vis-à-vis des demandes urgentes des confrères libéraux et hospitaliers. Il existe deux critères d'admission majeurs : le lieu de résidence afin de satisfaire les besoins de proximité et la notion d'urgence sociale ou médico-sociale. Cette commission examine les dossiers quotidiennement. L'essentiel, pour les médecins du site, étant de répondre aux besoins du moment Ils estiment que l'inscription sur une liste d'attente n'est pas une réponse acceptable quand toutes les ressources de prise en charge au domicile sont épuisées. Cette commission travaille ainsi depuis vingt-trois ans en toute transparence ; la grande majorité des patients de l'hôpital local et de la maison de retraite viennent du bassin de population de Bonnétable (*).

- A Beaumont-sur-Sarthe les demandes d'admissions en maison de retraite et en soins de longue durée sont examinées par le cadre infirmier et le médecin. Deux critères interviennent principalement dans leur réponse : le lieu d'origine de la personne, la priorité étant d'admettre les personnes du bassin de santé et l'adéquation de l'état de la personne aux critères d'admission en soins de longue durée. L'absence de soins de suite sur ce site ne permet pas au médecin de répondre aux besoins médico-sociaux urgents de ses confrères libéraux (*).

1.2. Renforcement des équipes au lit du patient

L'analyse par les consultants de SANESCO a souligné une sous dotation en personnel importante à Beaumont-sur-Sarthe et Bonnétable ainsi que, de façon plus modérée, à la maison de retraite de Sillé-le-Guillaume (17) (21).

Pour rendre plus parlante la réalité vécue par les patients, en 2000 à Bonnétable, le temps de toilette pour chacun était de huit minutes et le temps de repas de quatre minutes (*). Il est inutile de faire des bilans nutritionnels, ou de grands protocoles pour améliorer l'état nutritionnel des patients si le nombre de personnes les aidant à manger est si faible. Le nombre d'aides soignants, à Bonnétable a été doublé depuis l'année 2000. Cette simple mesure a permis d'améliorer grandement la qualité de vie des personnes et a redonné du souffle, et du dynamisme à des employés découragés. Il est bien évident que le doublement reste insuffisant lorsque l'on part d'aussi bas. Des moyens supplémentaires ont été sollicités et sont suspendus à la signature des conventions tripartites et du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM).

Un autre exemple concret : à Beaumont-sur-Sarthe, le nombre de douches administrables par jour a été évalué en fonction du nombre d'agents sur place (et non en fonction du besoin des résidents); ainsi les choses sont posées pour les familles, et pour le personnel : tant d'agents, tant de douches. Un bilan a lieu chaque mois en réunion de service avec une visualisation graphique. Les causes de déficience sont alors identifiées. Une restitution faite en réunion des familles permet à celles-ci de mieux comprendre les manques d'une part et les besoins en personnel supplémentaire qui s'accompagneront inéluctablement, s'ils sont accordés, d'une hausse du prix de journée (*).

Nous comprenons ici le besoin crucial en personnel. Cette demande se heurte d'une part au frein des organismes dispensant leur accord, il est toujours difficile d'obtenir une augmentation de budget, et d'autre part à des difficultés de recrutement du fait des conditions de travail (horaires coupés, solitude de la fonction), de la dévalorisation technique en gériatrie, de l'absence de mobilité professionnelle, de l'éloignement des villes pourvoyeuses en crèches, garderies, loisirs (21). Le Pôle a d'ores et déjà apporté des réponses en terme d'intérêt par l'intermédiaire de formations adaptées, de création d'emplois partagés. Cependant le sentiment des équipes de ne pas être en nombre suffisant, de fournir des efforts sans recevoir de soutien, reste très vif (*).

Le bien-être des personnes âgées dépend du respect d'un temps décent minimum pour les aider à accomplir les actes de la vie courante tels que la toilette, l'habillage, le lever, les repas,... Cependant, améliorer le sentiment de bien-être ne se réduit pas à l'accomplissement de ces actes. La lutte contre l'inconfort et la douleur, la restitution d'un temps d'écoute et de communication qu'il soit verbal ou non, le respect et l'accompagnement des liens familiaux et amicaux sont tout aussi indispensables (8).

Lorsque l'équipe soignante est réduite, elle est contrainte au minimum indispensable, c'est-à-dire aux actes. Les autres aspects, propres à l'Homme Communiquant sont alors gommés. Paradoxalement la législation exige des établissements l'élaboration d'un Projet de Vie pour les patients en soins de longue durée, c'est-à-dire pour les patients les plus dépendants...

Début 2004, les demandes de renforcement en personnel qui avaient été anticipées en partie par les directions, ont été entendues et régularisées dans le cadre de la signature des conventions tripartites qui ont eu lieu en février dernier. D'autres réponses sont attendues de la signature des contrats d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

1.3. Achat de matériel adapté

L'équipement de l'hôpital de Bonnétable en lits à hauteur variable, en chariots-douches est très récent. Cet établissement fonctionnait toujours avec le matériel alloué à son ouverture en 1978.

La situation est similaire à Beaumont-sur-Sarthe. On y trouve des fauteuils roulants sans confort et mal adaptés. Depuis 2000 les fauteuils de transfert à dossier droit très inconfortables sont progressivement remplacés par des fauteuils gériatriques. Le remplacement est encore insuffisant compte tenu de la population accueillie (*).

L'achat de matériel adapté au grand âge et à l'augmentation de la dépendance en institution se fait tout de même petit à petit grâce à l'opiniâtreté des soignants au contact de la souffrance de cette population.

A Sillé-le-Guillaume le niveau d'équipement est supérieur, c'est-à-dire au niveau souhaité par les deux autres établissements.

Le contact entre les trois établissements permet de partager les références d'utilisation de matériel, de faire des choix judicieux et concertés, de grouper les achats (*).

1.4. Suivi nutritionnel

Des efforts ont été faits au sein des établissements portés par l'équipe médicale et par l'équipe soignante. Les patients ne souffrant pas de dénutrition sont des patients moins fragiles. Une amélioration du niveau nutritionnel des personnes permet de diminuer l'apparition d'escarres, la contraction d'infections graves source d'hospitalisation, de grabatisation. A

terme, on améliore la vie de la personne en terme de durée et surtout en terme de qualité.

1.5. Travail sur la prise en charge de la douleur

La douleur est une composante omniprésente de la vie des personnes âgées ; elle augmente avec l'âge, l'accumulation des pathologies et la dépendance. A l'heure où la palette disponible en matière d'antalgiques et de techniques antalgiques s'est agrandie et diversifiée, nous ne devons pas y être indifférents.

Nous avons évoqué la création d'un comité de lutte contre la douleur (CLUD) en lien avec le réseau départemental « douleur » (25). Le médecin coordonnateur du Pôle s'est investi dans cette action d'abord en participant au groupe de réflexion départemental dès 1998 puis en passant le DIU « douleur » en 2003 et enfin en animant ce comité.

Concrètement, le médecin gériatre de l'hôpital local de Bonnétable, a commencé en interne, sur son établissement une formation « douleur » destinée à tous les soignants. Il a organisé cette formation en trois modules (*):

- 1) Qu'est ce que la douleur ? Comment la repérer ?
- 2) Evaluation de la douleur par les échelles reconnues et validées.
- 3) Prise en charge de celle-ci (ce dernier volet est destiné aux infirmiers(es)).

Soixante-dix soignants repartis en cinq groupes ont suivi le premier module en 2003. Le deuxième module est en cours en cette année 2004. « *Ces formations « douleur » ont représenté une sorte de révolution au sein des équipes et modifié profondément la façon d'aborder les patients* » affirme ce médecin.

De même, à Beaumont-sur-Sarthe, le médecin praticien du site a pris en charge en interne une formation « douleur » de l'ensemble du personnel (agents spécialisés en hospitalier, aides-soignantes et infirmières) sous forme de deux modules de deux heures chacun.

-Le premier module concernait la physiopathologie des douleurs et leurs traitements ; il s'est déroulé par trois fois en ce début d'année 2004, le personnel étant réparti en trois groupes de quinze personnes.

-Le second module concernera l'évaluation de la douleur avec mise en place de trois échelles d'évaluation (connues et validées) dans le service d'une part et une réflexion autour de cas cliniques d'autre part.

A Sillé-le-Guillaume, cette formation n'a pas encore débuté mais devrait se faire prochainement avec le médecin coordonnateur de ce site. Celui-ci a prévu de prendre les personnes par groupe de quinze et de répartir cet enseignement en deux fois deux heures sur le même modèle qu'à Beaumont-sur-Sarthe.

La finalité de ces formations multi-sites consiste à harmoniser, pour l'ensemble des soignants du Pôle, la connaissance des mécanismes de la douleur, l'évaluation de celle-ci par le biais des échelles verbales, visuelles et surtout comportementales (dolo-plus) lorsqu'il s'agit de patients non communiquant et/ou non comprenant, et enfin la connaissance des possibilités thérapeutiques. La douleur des patients est évaluée régulièrement et consignée sur des fiches conçues à cet effet par les cadres des trois établissements qui y ont travaillé conjointement.

La prise en compte et le traitement de la douleur, qu'elle soit physique ou morale, est incontestablement source de mieux être pour les patients du Pôle.

1.6. Travail sur la prise en charge des soins palliatifs

Le Pôle a pris les devants en saisissant l'opportunité de travailler avec le réseau Ariane 72 dès sa création en 1999 (nom du réseau départemental sarthois « soins palliatifs »). De nombreux agents ont déjà reçu une formation « soins palliatifs » dispensée par l'équipe mobile du réseau « soins palliatifs » (21).

Le médecin de l'hôpital local de Beaumont-sur-Sarthe, ayant obtenu le diplôme inter-universitaire (DIU) « soins palliatifs », a créé une antenne « soins palliatifs » sur le Pôle le premier janvier 2003. Celle-ci est reliée à Ariane 72. Deux infirmières du Pôle sont titulaires du DIU « soins palliatifs ». A terme, chaque établissement disposera d'un correspondant « soins palliatifs » pour l'antenne (25).

Cette antenne vient d'instaurer (en 2004) un staff « soins palliatifs » à raison de deux fois par mois sur Sillé-le-Guillaume, avec pour mission d'examiner des dossiers délicats. Ces réunions ont lieu en présence du médecin traitant et à la demande de celui-ci ou de l'équipe soignante. Ce staff réunit une infirmière du service, un soignant, la psychologue clinicienne, le médecin traitant et le médecin de l'antenne. Lorsque les actions en internes seront bien ancrées et rodées, l'antenne pourra développer des actions de soutien tant auprès des professionnels libéraux que d'autres établissements (*).

A Bonnétable, les dossiers délicats incluant ceux relevant de soins palliatifs, sont examinés lors du staff pluridisciplinaire qui a lieu chaque matin et qui réunit : médecins, cadres infirmiers, infirmiers(es), aides soignants, agents hospitaliers, animatrices et psychologue clinicienne.

A Beaumont-sur-Sarthe, le médecin, qui anime l'antenne, assure cette prise en charge avec l'équipe de soin.

En outre, afin de soutenir cette prise en charge, deux psychologues cliniciens ont été embauchés dont l'un en emploi partagé par le Pôle depuis septembre 2003 et l'autre en emploi partagé par le club des 5+. Le premier intervient sur les trois sites dans le cadre de l'antenne « soins palliatifs » du Pôle afin d'animer les groupes de parole des soignants. Le second intervient directement auprès des patients et éventuellement de leurs familles à la demande de l'équipe soignante.

Concernant les soins palliatifs d'autres mesures sont en cours afin d'améliorer cet accompagnement. Il s'agit, par exemple, de l'aménagement d'un studio pour les familles désirant rester sur place pour accompagner leur proche dans un moment difficile ou lorsque la fin de la vie s'annonce (*) :

- A Bonnétable, des locaux ayant servi initialement à héberger des intérimaires occupaient cette fonction depuis trois ans; leur utilisation est totalement gratuite pour les familles. Composés initialement d'une chambre, d'une pièce intermédiaire et d'une salle de bain, ces locaux viennent d'être entièrement restaurés et améliorés (studio avec chambre, coin salon, kitchenette, salle de bain, douche, WC) afin d'y trouver un cadre agréable et un confort qui participent au soutien d'un moment difficile à vivre. L'équipe médicale et soignante a constaté que la possibilité de rester sur place a permis bien souvent une meilleure compréhension de la part des familles envers l'équipe, un investissement personnel des proches dans les soins et une meilleure qualité de relation entre le patient et ses proches.

- A Sillé-le-Guillaume une telle pièce a été mise en place en 2003 avec un canapé-lit, un cabinet de toilette, de la vaisselle à disposition.

- A Beaumont-sur-Sarthe un projet similaire est en cours d'élaboration et devrait voir le jour au cours de l'année 2004.

1.7. L'animation

Les trois établissements du Pôle ont développé une politique d'animation associant à la fois du personnel qualifié (diplôme d'état aux fonctions d'animation et/ou aide médico-psychologique) et des personnels recrutés dans le cadre des emplois aidés. Le Pôle souhaite les pérenniser.

A Beaumont-sur-Sarthe le service animation était composé d'une aide soignante détachée sur cette fonction et de deux emploi-jeunes qui ont été pérennisés début 2004. Ces derniers viennent de passer le BEATEP qui est un brevet d'éducateur et d'animateur dans la fonction publique.

Bonnétable compte quatre animateurs : un pour l'unité gériatrique comportementale ; deux pour la maison de retraite, un pour l'unité de soins de longue durée tous formés ou en cours de formation à l'aide médico psychologique.

A Sillé-le-Guillaume l'équipe d'animation est composée de trois agents spécialisés en hospitalier (ASH) qui mènent les projets. Un volet animation-soin plus intimiste se développe depuis que de nombreuses ASH suivent la formation d'aide médico psychologique. Elles travaillent en binôme le matin (ASH formé à l'aide médico psychologique – aide-soignante) intervenant au cours des soins quotidiens en les enrichissant (écoute, parole, massage...) aussi bien à la maison de retraite qu'en unité de soins de longue durée.

Le service « animation » de chaque site doit être garant de l'adéquation des activités, en terme d'intensité et de durée, à l'état de santé des personnes accueillies. Il se décline sous plusieurs formes :

- ◆ L'ouverture aux initiatives locales, aux associations, aux expositions permet aux résidents de demeurer reliés à ce qui se passe à l'extérieur. Cela permet à la vie sociale de pénétrer au

sein de l'établissement. Nous avons détaillé certaines actions effectuées dans le chapitre « lien avec les associations ».

- ◆ Une animation dynamique pour les moins dépendants, notamment en maison de retraite, est tournée vers l'extérieur. C'est l'établissement qui s'ouvre et va dehors par le biais de sorties, en lien avec les saisons et le rythme de la société :
 - Les fêtes comme carnaval, Noël, Pâques
 - Les évènements comme expositions, concert, sortie musée;
 - La vie quotidienne avec sortie sur le marché, goûter à l'extérieur, lecture du journal, visionner un film, le loto...

- ◆ Une animation-soin se développe au sein des unités gériatriques comportementales et unités de soins de longue durée : ateliers « mémoire, parole, écriture » ; soins psycho-corporel et relaxation ; projet soins esthétiques et coiffure; groupe chant,...

Il n'y a pas de véritable scission entre les services, certaines animations peuvent être communes, ou permettre à une part des patients de participer, selon leur état de santé physique et mental, selon leur désir et selon le nombre d'encadrants.

Autant que possible les établissements invitent les familles à participer, à accompagner le parent lors des sorties, etc....

La finalité de l'animation est d'amener la vie dans l'établissement et de faire prendre conscience, notamment aux plus dépendants, qu'ils existent encore, qu'ils peuvent ressentir le plaisir de vivre, qu'ils ont des choses à raconter et que cela intéresse l'autre (« racontez-moi, ça m'intéresse... »). L'animation participe au maintien des liens sociaux. On sort de l'animation de type

« production », où finalement, ce sont les encadrants qui produisent et écartent les moins « efficaces » ; l'animation est ici un soin à part entière, une thérapie non médicamenteuse voulue ainsi par l'équipe médicale du Pôle et les équipes soignantes. L'élaboration d'un Projet de Vie au sein des maisons de retraite et des unités de longue durée (fait ou en cours selon les sites) a fait réfléchir et mûrir les équipes à ce sujet ; le travail accompli à ce sujet est conséquent (*) (29).

2. Par le rehaussement du niveau de compétence tant au niveau humain que structurel

2.1. Mise en place d'instances de vigilance

2.1.1. Généralités

Le regroupement des trois établissements permet la mise en conformité vis-à-vis du Code de la Santé Publique en matière de vigilance. En effet chaque établissement public de santé, qu'il soit Centre Hospitalier ou Hôpital Local, a le devoir d'organiser des comités de vigilance tels : CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur), CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition), Matéριο-Vigilance, Hemo-vigilance, Pharmaco-vigilance....

Le Pôle, en mutualisant ses moyens se dote d'instances réelles et actives (25). Ces instances font véritablement sortir ces établissements de leur isolement antérieur, les incitent à partager leurs difficultés, à exposer leurs problématiques, à externaliser la recherche de solution qui revient à un groupe de personnes choisies en commun, à appliquer les solutions édictées.

De même, ces instances permettent une transparence vis à vis de l'extérieur. En effet chaque instance rend compte de ses actions aux organismes régionaux de référence qui exercent un droit de regard sur les travaux accomplis.

Le mi-temps de coordination médicale du Pôle est en grande partie occupé par la mise en place et l'animation de ces instances.

2.1.2. Comité de prévention des risques et de vigilance sanitaire

La prévention des risques vise à mettre en place au sein du Pôle Gériatologique Nord-Sarthe un système opérationnel comprenant l'ensemble des moyens humains, techniques et organisationnels pour répondre aux besoins des patients, améliorer la qualité des prestations, assurer la continuité des soins, et prévenir les risques liés au processus de soins (25).

La vigilance sanitaire (Hémovigilance, Pharmacovigilance, Matéiovigilance, Biovigilance) représente une veille sanitaire permanente dont les objectifs sont : le signalement, l'enregistrement, le traitement, l'investigation des événements indésirables et des incidents liés à l'utilisation de produits et biens thérapeutiques, ainsi que la traçabilité des produits et biens thérapeutiques. Ses actions s'étendent à la formation des professionnels et à l'information des professionnels et des patients.

Ce comité s'appuie sur trois structures (25):

- ◆ Une structure de pilotage du comité de gestion de la qualité, de prévention des risques et de vigilance sanitaire :

Ce comité est élargi à l'ensemble des catégories professionnelles et se réunit en séance plénière au moins trois fois par an. La nomination de ses membres est prononcée par le directeur d'établissement. Parmi les médecins et

pharmaciens nommés, le comité élit un président et un vice-président. Il peut être fait appel à la compétence de professionnels invités permanents ou occasionnels.

Ses missions se déclinent sur trois modes :

- Une instance de proposition et de programmation laquelle prépare le programme annuel d'action, la coordination, et la cohérence des actions.

- Une instance consultative qui est informée par le représentant légal de l'établissement et donne son avis sur les projets d'aménagement des locaux, études des circuits et acquisition d'équipement.

- Un rapport annuel d'activité qui permet d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés.

- ◆ Une équipe opérationnelle de gestion de la qualité, de prévention des risques et de vigilance sanitaire :

Cette équipe est composée d'un médecin ou pharmacien, d'un infirmier ou cadre infirmier, du responsable « qualité » de l'établissement, et d'un personnel infirmier formé à l'hygiène hospitalière.

Elle a pour mission de mettre en œuvre et d'évaluer le programme, de choisir les méthodologies, de coopérer avec les services, d'élaborer, de diffuser et d'évaluer les recommandations techniques, de recueillir et de traiter les données de surveillance, de former le personnel, de mettre en place des mesures réglementaires.

- ◆ Les correspondants :

Ce sont des correspondants paramédicaux désignés par le responsable de l'encadrement paramédical du service. Ils ont pour rôle de faciliter la mise en œuvre des actions de prévention et de surveillance. Ils aident à

l'élaboration et à la mise en place des recommandations, diffusent les informations, informent l'équipe opérationnelle et évaluent les pratiques.

2.1.3. Les comités du médicament et des dispositifs médicaux

Le comité du médicament est un organisme de concertation médico-pharmaceutique dont le rôle est d'étudier l'ensemble des problèmes liés au choix, à l'utilisation, et à l'environnement des produits pharmaceutiques. Le principal objectif de ce comité est de promouvoir une politique de choix commun à l'ensemble des prescripteurs des établissements du Pôle. Cette politique génère une concertation dans le mode de prescription, de dispensation, d'achat et d'approvisionnement (25).

Le comité des dispositifs médicaux est une structure de concertation de même type concernant l'ensemble des éléments techniques médicaux.

Que le Pôle s'organise autour de ces thèmes lui est devenu essentiel afin d'effectuer sa démarche vers l'accréditation.

2.1.4. Le CLAN (Comité de Liaison Alimentation Nutrition)

C'est une structure de réflexion et de proposition sur l'organisation de l'alimentation et de la nutrition des patients hospitalisés, et/ou institutionnalisés dans le Pôle Gériatrique du Nord-Sarthe (25).

Ce comité est composé de :

- la diététicienne du Pôle
- le médecin référent de la nutrition de chaque site
- le pharmacien de chaque site

- un représentant des cadres infirmiers de chaque site
- le référent nutrition de l'équipe soignante de chaque site
- un représentant de la cuisine de chaque site
- le directeur de chaque site
- le médecin coordonnateur du Pôle
- le directeur du Pôle
- le qualitatif

Ce comité a pour objectif d'une part de former tous les personnels soignants et administratifs le désirant, aux actions de dépistage, de diagnostic, et de prise en charge de la dénutrition. D'autre part, il prévoit la mise en place de procédures et de protocoles tels que, les apports nutritionnels conseillés chez le patient hospitalisé, les stratégies de dépistage et d'évaluation de la nutrition dans différentes situations cliniques, les prescriptions nutritionnelles dans différentes situations cliniques.

Le CLAN dispose d'une équipe opérationnelle nutrition sur chaque structure. Cette équipe participe à la mise en place des actions communes, diffuse l'information, aide à la rédaction des procédures qui seront adaptées aux particularités de chaque site.

Le CLAN du Pôle Gériatrique du Nord-Sarthe intégrera dans ses travaux la problématique des trois établissements, mais aussi celle des EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) le désirant.

Il travaillera en outre en collaboration avec le CLAN départemental émanant de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe. (25)

2.1.5. Le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales)

Les infections nosocomiales sont celles contractées au sein des établissements de santé. Elles peuvent toucher les personnes soignées ainsi que les professionnels à leur contact. Les services de soins de suite et de longue durée sont particulièrement exposés car ils rassemblent une forte proportion de patients fragilisés.

Le CLIN du Pôle est constitué de 22 membres agréés par les conseils d'administration des trois établissements :

- les trois directeurs
- les trois médecins coordonnateurs
- les trois représentants des équipes opérationnelles d'hygiène
- les trois pharmaciens
- trois cadres infirmiers
- une technicienne qualité
- trois représentants des familles
- un médecin du travail
- deux représentants des laboratoires
- le responsable coordonnateur sur le département de la Sarthe du LUTIN 72 (nom du CLIN départemental), invité permanent.

Une équipe opérationnelle d'hygiène est constituée sur chaque établissement et comprend un médecin ou pharmacien, un cadre infirmier, un référent hygiène, la technicienne qualité. Chaque équipe justifie de ses actions et de ses travaux auprès du CLIN en fin d'année.

Le rôle de ce CLIN est défini par les articles du Code de la Santé Publique (art. R. 711-1-2). Il est chargé de coordonner l'action des professionnels

des trois établissements, de préparer chaque année le programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales, d'élaborer le rapport d'activité de la lutte contre ce type d'infection. Il se réunit au moins trois fois par an.

Les mots clefs du développement de ses actions sont : Prévention, Surveillance, Formation, Information, Evaluation.

Le CLIN du Pôle est intégré au LUTIN 72.

Le redéploiement d'un demi poste infirmier consacré à l'hygiène en septembre 2002 a facilité les avancées concrètes sur le site de Bonnétable dans le domaine de la lutte contre les infections nosocomiales et de l'hygiène.

Voici deux illustrations dues au travail accompli par l'infirmière hygiéniste de Bonnétable :

- En un an, elle a travaillé en partenariat avec les cadres infirmiers des deux autres sites, sur les accidents d'exposition au sang avec adaptation des écrits pour chaque site. Ce travail a fait l'objet d'une restitution au sein du CLIN début 2004. *« Il est difficile d'écrire ce que l'on fait pour un soignant qui se situe dans le « faire » »* dit-elle. *« Mais le fait d'écrire permet de se remettre en question, de réévaluer ses connaissances et de les valider ».*

- Elle a mis en place un protocole de lavage des mains et a organisé une formation par séances de sept personnes sur l'établissement ; tous y ont eu droit y compris le personnel administratif et le directeur. Un questionnaire d'évaluation préalable leur était remis, puis s'ensuivait une partie théorique et enfin une épreuve pratique.

A Sillé-le-Guillaume une infirmière a obtenu le diplôme universitaire (DU) « hygiène » mais n'a pas été détachée sur cette fonction à ce jour. À Beaumont-sur-Sarthe une infirmière va suivre ce DU pendant l'année 2004.

2.1.6. Le CLUD (Comité de LUtte contre la Douleur)

L'obligation est faite aux établissements de santé depuis 1999, d'assurer la prise en charge de la douleur des patients hospitalisés, et d'inscrire les moyens à mettre en œuvre, dans le projet d'établissement. Nous avons déjà évoqué la mise en place du réseau douleur sur le département sarthois ; le CLUD du Pôle y est rattaché.

Le CLUD du Pôle repose sur deux structures (25):

◆ Une structure de pilotage :

C'est le comité commun du CLUD. Il est composé ainsi :

- le médecin référent douleur de chaque site
- le pharmacien de chaque site
- un représentant des cadres infirmiers de chaque site
- le référent douleur de l'équipe soignante de chaque site
- le directeur de chaque site
- le directeur du Pôle
- le médecin coordonnateur du Pôle

Ce comité a pour mission d'une part d'introduire une véritable culture de la lutte contre la douleur, d'autre part d'améliorer la prise en charge de la douleur, en proposant les orientations les mieux adaptées à la situation locale, en coordonnant les différentes actions, en aidant au développement de la formation continue, et en participant à la mise en place de plans d'amélioration de la qualité.

- ◆ Un comité local de lutte contre la douleur sur chaque site :

Il facilite la mise en œuvre des actions, aide à l'élaboration des recommandations, diffuse les informations et évalue les pratiques. Il justifie de ses actions auprès du CLUD.

2.2. Harmonisation et protocolisation des pratiques

La qualité du service rendu et l'amélioration, à la fois des démarches, des soins, du suivi quels que soient l'infirmière, l'agent, le soignant présents, reposent sur une harmonisation et une protocolisation des pratiques. Ce travail a pour finalité de clarifier les démarches, d'éviter les erreurs, les oublis, d'être un support précieux pour les arrivants et les remplaçants. Comme souligné plus haut, il permet un travail en profondeur de remise en question sur les pratiques, permet à chacun de s'évaluer et de progresser. Il exerce un rôle de transparence vis à vis des usagers et représente un gage de qualité allant dans le sens de la démarche vers l'accréditation par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

2.3. Formation ciblée des agents

Un apport positif, exprimé par l'ensemble du personnel et de ceux qui les encadrent, réside dans la possibilité de mettre en place un programme de formation sur le Pôle.

Au lieu d'envoyer quelques personnes dans des formations organisées par d'autres établissements, le Pôle peut organiser lui-même ses formations qui sont, par conséquent, parfaitement ciblées et adaptées aux problématiques rencontrées dans les services. Les formations communes

favorisent en outre les rencontres entre soignants des trois sites, leur permettent d'échanger au sujet de leurs pratiques, de partager leurs difficultés face à des situations similaires (*).

2.4. Créations d'emplois partagés

Un autre apport perçu très positivement au sein des établissements réside dans la création de nouveaux emplois : les emplois partagés. Ce sont des emplois qu'aucun hôpital local pris isolément n'aurait pu supporter financièrement. Ils représentent un apport de compétences nouvelles qui viennent directement soutenir le travail des équipes et améliorent la qualité de prise en charge des patients (21).

Ont été créés :

- un poste à mi-temps de **médecin coordinateur du Pôle** responsable de l'écriture et de la mise en place du projet médical, responsable de l'organisation et de l'animation des instances communes de vigilance (CLAN, CLIN...) et de la consultation d'évaluation gériatrique ; poste établi sur Bonnetable en 2001.

- une **psychologue clinicienne** depuis septembre 2003. Elle intervient dans le cadre de l'antenne de soins palliatifs et anime les groupes de parole des soignants. Une autre psychologue travaille au sein du Pôle mais dans le cadre du club des 5+. Il dispose de plages horaires sur chaque site et intervient auprès des patients et des familles sur demande de l'équipe soignante.

- une **technicienne « qualité »** ; il s'agit d'un emploi jeune créé en 1999 au sein du Syndicat-Inter-Hospitalier Evron/Sillé et rapatrié sur le Pôle afin de promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité. Le poste demande à être pérennisé. La justification d'un tel emploi s'est trouvée renforcée par les dispositions de la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 du Code de l'Action Sociale et des Familles qui stipule que la démarche qualité, qui ne concernait que

le secteur sanitaire, doit être étendue aux secteurs social et médico-social (30). Elle participe aussi aux différentes instances communes (CLAN, CLUD, CLIN) (25).

- une **assistante sociale PASS** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) dont les missions consistent à favoriser et accompagner le retour au domicile des patients sortant de soins de suite, à développer l'accès aux soins auditifs, ophtalmologiques, dentaires, psychiques pour les patients des établissements, à informer et protéger le patient et sa famille, à participer aux actions de préventions sanitaires et sociales, et enfin, à participer aux consultations d'évaluation gériatrique sur chaque site.

- un **technicien informatique** chargé de la formation des personnes, du dépannage et de l'entretien ainsi que de la mise en place du dossier médical informatique.

- une **conseillère hôtelière** chargée de la coordination et de l'encadrement des activités hôtelières sur le Pôle.

- une **diététicienne** vient d'être embauchée en emploi partagé. Elle intervient dans le cadre de la prévention de la dénutrition au sein des établissements et participe au CLAN.

- un **cadre supérieur de santé** vient d'être recruté et prendra ses fonctions en avril 2004. Il sera en liaison hiérarchique avec le directeur commun et travaillera en coopération avec les directeurs adjoints et aura directement sous sa responsabilité les cadres de santé exerçant dans chaque établissement. Ses missions (consignées sur la fiche de poste) concernent principalement le management dont l'animation et l'encadrement de l'équipe de cadre, la collaboration avec les personnels médicaux et paramédicaux, la coopération avec les personnels sociaux et administratifs ainsi que l'élaboration et la conduite des projets institutionnels. Plusieurs tâches l'attendent : le Projet de soins infirmiers, le Projet de vie, ainsi que la Démarche qualité et l'Accréditation.

- d'autres emplois sont souhaités : **ergothérapeute, orthophoniste, neuropsychologue** et ont fait l'objet de demande dans le cadre de la mise en place des projets médicaux, notamment afin d'améliorer la qualité de la prise en charge en Soins de Suite.

Ces emplois partagés amènent un véritable souffle au sein des équipes. Ces nouveaux professionnels apportent des compétences et des idées nouvelles, font circuler les idées et les connaissances à l'intérieur du Pôle. En se travaillant alternativement au sein de chaque site, ils favorisent les échanges et contribuent à harmoniser les trois établissements entre eux.

2.5. Chantier pour l'accréditation

L'accréditation constitue à la fois une obligation et une opportunité pour le Pôle. Une obligation dans le sens où elle concerne les établissements sanitaires depuis l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée; cette obligation a été étendue depuis la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 du Code de l'Action Sociale et des Familles aux secteurs social et médico-social (30). Une opportunité parce qu'elle permet de justifier l'emploi d'un technicien qualité et qu'elle apporte une méthodologie accompagnant la démarche engagée au préalable.

L'accréditation de chaque établissement requière une démarche passant par un autodiagnostic (état des lieux rapide répondant au manuel d'accréditation) auquel sont conviés des représentants de chaque profession existante sur le Pôle, puis par la détermination des axes prioritaires de travail, et ensuite par la mise en place d'actions d'amélioration, et enfin par l'évaluation des actions mises en place. 298 critères doivent être remplis afin de correspondre au référentiel de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (37).

Nous avons déjà vu comment le Pôle a engagé cette démarche qualité (chapitre « inscrit parfaitement dans le SROS ») en créant un comité de pilotage sur chaque site, en demandant l'intervention de conseillers auprès du Centre Nationale d'Expertise hospitalière. Ce travail est perçu comme capital tant au niveau des équipes administratives et médicales que de l'encadrement.

2.6. Les évolutions architecturales en cours

Pour développer leurs projets et anticiper les besoins à venir, des modifications, aménagements et créations d'espace sont indispensables aux trois établissements.

Deux réflexions ont accompagné les projets architecturaux. D'une part la prise en compte du fait que les personnes entreront à l'avenir en institution, et c'est déjà une tendance nette, le plus tard possible, dès lors que les conditions indispensables de viabilité ne seront plus réunies au domicile (cf. Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques). D'autre part la prévision que les personnes effectueront de nombreuses allées et venues entre le domicile et l'institution.

- ◆ Certains travaux correspondent à des restructurations, à des mises aux normes :

Les travaux de la lingerie et de la cuisine à Beaumont-sur-sarthe et Bonnétable, la mise aux normes du système de sécurité incendie sur les différents sites en sont des exemples.

- ◆ D'autres amélioreront la qualité de vie des résidents :

A Beaumont-sur-Sarthe

- Une réflexion architecturale globale a été menée sur les flux et accès de cet hôpital local dans le contexte des nouvelles constructions à venir (cf. paragraphe suivant). Un pôle central d'accueil va être créé par remodelage des locaux existants. Il permettra d'améliorer l'accès et la signalisation des services ; le service administratif, les bureaux du cadre et du médecin seront déplacés et accessibles depuis ce lieu. La signalisation des unités de soins sera plus clairement identifiée depuis ce même lieu (*).

A Bonnétable

- Construction d'une nouvelle salle à manger à la maison de retraite, pour éviter la transhumance deux fois par jour de soixante personnes qui se bousculent devant l'unique ascenseur permettant d'accéder à la salle à manger actuelle, elle-même située dans le bâtiment de l'hôpital local. Les plans sont faits.

- Agrandissement de l'espace extérieur de l'unité pour personnes âgées et désorientées.

- Aménagement d'un salon de coiffure et d'esthétique ; les travaux ont débuté début 2004.

- Aménagement du rez-de-chaussée de la maison de retraite afin de créer un vaste espace de rencontre et de vie.

A Sillé-le-Guillaume

- Construction d'un hall d'accueil convivial. Il permettra d'améliorer les flux et accès aux différents services et offrira la possibilité de se détendre un peu, d'être un sas avec l'extérieur. Les personnes en soins de suite s'y rendent déjà pour discuter entre eux ou avec leurs visiteurs, pour sortir du service ; le lieu actuel est assez froid et impersonnel.

- Aménagement dans le service, d'un salon télé-lecture-discussions permettant des échanges plus conviviaux, plus intimes entre patients et/ou avec les visiteurs.

Sur chaque site :

- Suppression progressive des chambres à deux lits.
- Aménagement d'un « studio des familles » permettant aux familles qui le souhaitent d'accompagner leur proche en fin de vie 24h/24h. Cet espace offre la possibilité de se laver, de se restaurer (mini cuisine à Bonnétable seulement), de dormir, mais aussi de se détendre, de s'isoler, enfin, d'être sur place pour vivre avec le parent ses derniers moments. Bonnétable a un recul de 3 ans de fonctionnement d'un tel espace et a souhaité l'améliorer ; les travaux de rénovation viennent de se terminer. Sillé-le-Guillaume s'est doté d'un studio des familles en 2003. Beaumont-sur-Sarthe élabore son projet par réhabilitation d'une chambre.

◆ D'autres encore amélioreront la prise en charge sanitaire des patients :

A Beaumont-sur-Sarthe :

- Construction de nouveaux bâtiments dans le but d'accueillir l'hôpital de jour spécialisé et une unité pour personnes âgées et désorientées (UPAD).

- Création de douze chambres à un lit au dessus de l'UPAD ; cette initiative permettra à l'établissement de disposer de l'espace nécessaire à l'ouverture d'une unité de Soins de Suite (SSR) si celle-ci est accordée.

- Construction d'une salle de kinésithérapie fonctionnelle et équipée permettant de prendre en charge simultanément plusieurs patients. Cette salle accompagne le projet de soins de suite et celui de l'unité pour personnes âgées désorientées, mais elle profitera également à l'unité de soins de longue durée.

A Bonnétable :

- Construction d'une salle de kinésithérapie fonctionnelle et équipée permettant de prendre en charge simultanément plusieurs patients. Cette salle est attendue afin d'améliorer la prise en charge des patients en soins de suite.
- Aménagement d'autres locaux permettant le travail en ergothérapie, en orthophonie.

A Sillé-le-Guillaume :

- Création d'une unité pour personnes âgées désorientées (UPAD) par transformation d'une partie d'une aile de la maison de retraite et aménagement d'un jardin attenant sécurisé. Les travaux débuteront en 2004.
- Création d'une salle de kinésithérapie et d'une autre salle de soin au sein de la maison de retraite. Celles-ci seront partagées avec l'UPAD.

Comme nous venons de le voir, les programmes architecturaux sont variés et différents d'un site à l'autre ; ils accompagnent la mise en œuvre du projet d'établissement et participent à l'amélioration de la qualité de vie des résidents ou des patients. Nous détaillerons les projets médicaux à l'origine de ces projets architecturaux dans le chapitre « projet médical »

3. Par l'amélioration des conditions de travail et des compétences des soignants

Porter un projet ambitieux ne peut se concevoir pour des équipes réduites au minimum. Le projet d'établissement prend en compte les difficultés de fonctionnement dues aux insuffisances de moyens en personnels. Des réponses visant à améliorer les conditions de travail des agents qu'ils soient administratifs, techniques, d'entretien ou soignants ont été apportées.

3.1. Emplois nouveaux

Les emplois partagés ont apporté des compétences nouvelles et permettent la circulation des idées entre les établissements. Les équipes soignantes, les médecins, les directeurs expriment leur satisfaction suite à l'arrivée de ces professionnels.

3.2. Renforcement du personnel

Nous avons constaté que les hôpitaux locaux de Beaumont-sur-Sarthe et Bonnétable souffraient d'une pénurie en personnel. (cf. page 26)

En outre, le GMP (Gir. Moyen Pondéré) des trois établissements croît chaque année. Le GMP est une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Plus les personnes sont dépendantes plus elles ont besoin d'aide pour accomplir les gestes de la vie quotidienne (24). Les besoins en personnel s'accroissent avec la dépendance.

GMP	Beaumont S/S	Bonnétable	Sillé-le-Guillaume
MDR	343	505	535
USLD	872	915	809

GMP en maison de retraite et en unité de soins de longue durée début décembre 2003

Partant de ce constat et du fait que les moyens en personnel étaient manifestement très faibles, les directeurs des établissements ont augmenté leur personnel jusqu'à la limite de leurs possibilités financières. D'autres demandes sont suspendues à la signature des Conventions Tripartites et des Contrats d'Objectifs et de Moyens. Les demandes concernent d'une part un renforcement

des équipes actuelles et d'autre part des moyens supplémentaires permettant de mettre en œuvre les nouveaux projets (21).

Le passage aux 35 heures a été négocié en commun, et le barème d'avancement, aligné sur le système le plus avantageux pour les employés, c'est-à-dire celui de Sillé-le-Guillaume (*).

3.3. Consolidation des emplois

Beaucoup de nouveaux emplois ont été possibles par le biais d'emploi jeune et de CES (Contrat Emploi Solidarité); la pérennisation de ces emplois est importante pour le Pôle. Leur suppression entraînerait le report des tâches sur le personnel titulaire et la diminution voire la suppression de certaines fonctions au détriment de la démarche qualité engagée. Le Pôle souhaite pouvoir résorber les emplois précaires afin de favoriser l'intégration des personnes concernées au sein des établissements (21). Le Pôle a pris l'option de mettre en œuvre des projets sans en avoir au préalable les moyens ; il espère voir ses moyens consolidés lors de la signature par les organismes créditeurs au vu de tout ce qui a été construit ou est en cours de réalisation (*).

3.4. Améliorer les conditions de travail

Afin de stabiliser ses emplois, le Pôle prévoit différents programmes d'amélioration des conditions de travail :

- La diminution des horaires coupés afin de rendre les postes plus attrayants pour les personnes n'habitant pas à proximité du site. A Sillé-le-Guillaume les horaires coupés ont disparu.

- Le développement de formations relatives à la prévention des lombalgies et portant sur la manutention, les gestes et les postures.

- L'équipement des établissements en matériels facilitant le travail et diminuant le risque de lombalgies : lits à hauteur variable, lèves malades, fauteuils gériatriques, chariots douches.

- L'aménagement des locaux de travail et la réfection de certains locaux vétustes, se prêtant mal à la circulation, au nettoyage...

- L'élaboration d'un recueil des risques lié à chaque type de poste

Les équipes ont manifesté le souhait de bénéficier d'un espace de repos, ce souhait a été repris par les cadres infirmiers et devrait être examiné.

3.5. Formation des agents adaptée aux besoins

Nous avons évoqué l'opportunité qu'a représenté le Pôle en mettant en place ses propres plans de formation.

La situation des trois établissements révélant un taux élevé de sous qualification du personnel en regard des emplois occupés, le Pôle a entrepris un plan de promotion professionnel qu'il veut volontariste et qu'il souhaite voir pérennisé par le contrat d'objectifs et de moyens et les conventions tripartites (21). Les infirmiers notamment, ont entrepris des formations sous forme de diplômes universitaires et interuniversitaires dans les matières concernant la gériatrie (hygiène, soins palliatifs, douleur, santé communautaire). L'intérêt de ces formations est multidirectionnel. Pour l'employé, cela valorise son travail et bonifie son traitement, les établissements y gagnent en diversification et accroissement des compétences, les usagers bénéficient au final des efforts fournis.

Des formations en internes ont également été menées par les médecins (cf. travail sur la douleur pages 107, 108). Le médecin gériatre de Bonnetable a dispensé sur son site les formations suivantes : la prise en charge

des troubles du comportement, alimentation et nutrition de la personne âgée, prise en charge des escarres.

3.6. Possibilité d'évolution, de mutation interne

Le projet d'établissement prévoit d'encourager la mobilité interne : *« elle est préconisée pour éviter l'épuisement professionnel et l'enlisement de certaines équipes qui ne sont plus appelées à se remettre en question »* (21).

3.7. Mise en place de groupes de parole sur chaque site

Depuis l'automne 2003, comme inscrit sur le projet d'établissement, des groupes de parole se sont constitués sur chaque site. Ceux-ci sont proposés à tous les soignants et agents. L'un des psychologues cliniciens anime ces groupes une fois par mois, soit autour de sujets préétablis, soit autour du partage du vécu de chacun et chacune.

Soulignons aussi le désir de créer une commission de dialogue social afin que l'organisation du travail puisse se trouver dans le champ de la négociation (21). Un local réservé aux activités syndicales est en place tel que la réglementation l'exige.

3.8. Groupe de réflexion éthique avec un juriste

A Sillé-le-Guillaume, le précédent directeur d'hôpital a mis en place un groupe de réflexion éthique. *« C'est un espace où les questions sont abordées sous l'angle de la philosophie, du droit, de la spiritualité et des valeurs morales »* (21).

Celui-ci est animé par un juriste. La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis de valider ce groupe de réflexion éthique auprès des organismes créditeurs. Ce groupe de réflexion se réunit cinq à six journées par an, à l'Hôpital Local de Sillé-le-Guillaume. Il est constitué du médecin coordonnateur, d'un psychologue, de l'aumônier, des cadres infirmiers, du directeur, de l'assistante sociale du Pôle. Il se réunit le matin autour d'un thème, y sont invités une infirmière et deux soignants qui doivent s'inscrire préalablement.

L'après midi le juriste anime une formation en direction du groupe et d'une dizaine de personnes, employées de l'établissement, qui se seront inscrites auparavant.

4. Par le soutien des personnes à domicile

Le Pôle souhaite favoriser l'émergence d'une filière de soin sur chaque site, mais se positionne également au sein d'un réseau de soins gériatologiques. Le soutien à domicile, fait parti des missions qu'il a identifiées comme siennes (21).

◆ Rappelons quelques actions menées dans ce domaine :

- La tutelle inter établissements au sein du club des 5+.
- Les actions de prévention en lien avec les associations et les CLIC; pour favoriser ces actions et en développer une composante sanitaire, le Pôle a sollicité la création d'un poste infirmier dit « de prévention ».
- le développement des services de soins infirmiers au domicile avec la création du SSIAD pour 15 places à Sillé-le-Guillaume en septembre

2000, étendu à 19 places en janvier 2003. L'extension du SSIAD à 19 places également sur Bonnétable à cette même date.

-La consultation d'évaluation gériatrique. Nous détaillerons ce sujet dans le chapitre « projet médical ».

◆ En projet et à construire :

- Le développement de lits d'accueil et d'hospitalisation temporaires
- L'hôpital de jour pour les patients souffrant de démence.
- Le soutien des aides ménagères par l'intermédiaire de groupes de parole et/ou d'informations.

5. Par la conscience de ses limites

Le Pôle s'est constitué en pleine conscience de ses missions, du rôle qu'il avait à jouer et des limites institutionnelles qui le cadraient. Pour avancer de façon professionnelle et légale, il s'est entouré d'observateurs externes (étude SANESCO, visiteurs experts de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, conseillers du Centre National d'Expertise Hospitalière), il s'est avancé dans un projet établi en étroite collaboration avec l'inspectrice principale de l'ARH en Sarthe et le médecin conseil de la CPAM. Il est à sa place dans la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe. Il s'est engagé dans une démarche vers l'accréditation.

Il souhaite promouvoir la démocratie sanitaire de proximité. *«La création d'un Conseil de Bassin de Santé est envisagée : il pourra examiner les questions relatives à la permanence médicale sur les territoires, l'harmonisation des activités des établissements voire la réorientation de certaines activités »* peut-on lire dans le projet

d'établissement du Pôle. Ce Conseil comprendrait des représentants du Pôle mais aussi des partenaires du bassin de santé : associations, usagers, services auprès des personnes âgées, médecins libéraux, paramédicaux...

LE PROJET MEDICAL

Le fonctionnement médical des trois hôpitaux locaux est différent. Sur le fond les trois établissements ont des principes communs dont celui de coopérer avec la médecine libérale. Pour deux établissements, le fonctionnement médical repose sur des praticiens hospitaliers ; pour le troisième (Sillé-le-Guillaume) l'activité médicale relève des médecins généralistes de la localité.

Afin de coordonner et donner un fil conducteur à l'ensemble de l'activité médicale en établissement de santé, un mi-temps de praticien hospitalier gériatre a été créé sur le Pôle dès l'été 2001. Ce mi-temps est consacré d'une part à la coordination et l'animation de l'équipe médicale et d'autre part à l'activité de consultation d'évaluation gériatrique. Le projet médical est issu de la concertation des médecins coordonnateurs des trois sites.

1. Consolider l'activité sanitaire

Le projet médical commun envisage que chaque établissement dispose d'une filière de soins ; c'est-à-dire de lits de médecine gériatrique de proximité, de lits de soins de suite et de lits de soins de longue durée (21).

Par ailleurs le projet médical du Pôle contient le souhait de créer une filière spécialisée dans le diagnostic, le traitement et l'accueil des personnes atteintes de démence. La construction d'un hôpital de jour à Beaumont-sur-Sarthe, le développement d'une unité pour personnes âgées et désorientées sur chaque site et la création d'une consultation d'évaluation gériatrique en sont les éléments principaux.

1.1. Quelques lits de médecine en question

1.1.1. Ce que disent les textes

Depuis quelques années les textes ont tendance à privilégier les réponses en proximité vis-à-vis des personnes âgées, y compris par le biais d'un développement de lits de médecine en hôpital local. Voici ce qui ressort des dernières circulaires concernant la filière gériatrique et les missions de l'hôpital local ainsi que d'un document de travail du ministère de la santé en vue d'élaborer le « Plan Hôpital 2007 » :

-La circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique énonce le rôle capital des médecins généralistes constituant le premier niveau de recours aux soins de la personne âgée. *« Le patient gériatrique étant très vulnérable à toute rupture avec son environnement habituel, il convient chaque fois que possible, de privilégier une prise en charge de proximité. Le médecin doit pouvoir s'appuyer sur les structures de proximité que constituent les hôpitaux locaux. »*.

-La circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local renouvelle l'importance de reconnaître et promouvoir le court séjour de médecine en son sein. *« L'hôpital local est un établissement public à part entière, en application de l'article L.6141-2 du code de la santé publique. Il constitue un premier niveau de prise en charge...L'existence d'un service de proximité à l'hôpital local favorise le maintien et le retour à domicile de la population d'un bassin de vie. »*

-Pour lutter contre la pénurie des zones sous médicalisées une des mesures prévue par le plan de développement de l'hôpital 2004-2007 consisterait à développer et généraliser les services de court séjour de médecine à l'hôpital local (13).

1.1.2. Situation sur les trois sites

Actuellement il n'existe pas de lit de court séjour sur l'ensemble des trois sites. La Sarthe est d'ailleurs le seul département des Pays-de-la-Loire qui ne possède aucun lit de médecine en hôpital local (21). Cependant, les médecins constatent qu'ils traitent, régulièrement sur place, des patients en situation de décompensation relevant de soins aigus. De même, de fréquentes hospitalisations directes à partir du domicile ayant lieu sur des lits de soins de suite relèvent de pathologies dites d'hospitalisation en médecine.

1.1.3. Réflexion des médecins du Pôle à ce sujet

En réfléchissant à l'éventualité de créer des lits, dits de médecine, sur chaque site survient une première évidence. En effet, nous regroupons sous un même vocable « lit de médecine » ou « lit de court séjour » des situations différentes en fonction du statut des établissements hospitaliers.

Les médecins du Pôle savent que la prise en charge dans un « lit de médecine » au Centre Hospitalier du Mans, avec les compétences médicales et chirurgicales à disposition, ne peut en aucune façon se comparer à celle d'un « lit de médecine » dans un hôpital local.

Cependant, une prise en charge de proximité par une équipe gériatrique compétente et correctement managée peut être envisageable pour des pathologies ne nécessitant pas de plateau technique. Le maintien des liens sociaux et familiaux est un gage de sécurité pour l'équilibre psychologique de la personne âgée (*).

La limite d'une prise en charge cohérente de proximité dans un lit de médecine en hôpital local est fixée par le respect du principe d'égalité des chances du patient âgé (8). Une dénomination différente, comme « lit de médecine de proximité en hôpital local » ou « lit de médecine en hôpital local »

ou « lit de court séjour en hôpital local » ainsi qu'un cahier des charges précis sont nécessaires (*).

En fonction du mode d'exercice médical choisi au sein de chaque hôpital local, praticien hospitalier salarié ou médecin généraliste libéral, il apparaît une difficulté supplémentaire soulevée par les médecins libéraux. En effet, ceux-ci craignent un investissement professionnel trop lourd s'ils ont à intervenir sur des pathologies aiguës nécessitant plusieurs interventions quotidiennes. Les contraintes et la charge de travail de l'exercice médical libéral et le suivi attendu pour un patient de lit de médecine peuvent devenir difficile à gérer simultanément (*).

En outre, l'aspect médico-légal implique un devoir de mise en adéquation des moyens de la structure avec les besoins des patients. Il est capital de préserver l'égalité des chances du patient âgé.

Le projet d'établissement a sollicité la création de 9 lits de médecine gériatrique de proximité sur le Pôle avec une répartition de 3 lits sur chaque site (21).

1.2. Consolider l'activité de Soins de suite et de Réadaptation

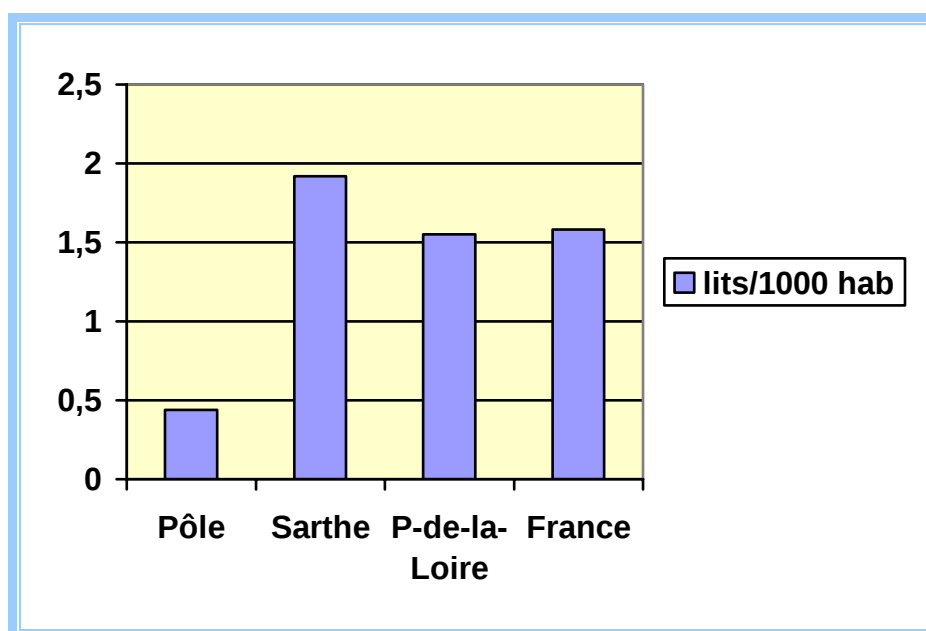
Les soins de suite ou de réadaptation sont dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans le but de réinsertion sociale (22).

Deux des trois établissements disposent de lits de soins de suite. Les médecins du Pôle souhaitent que chaque établissement puisse répondre aux besoins de la population locale vis-à-vis de ce type de prise en charge.

1.2.1 Augmenter l'activité

- ♦ comparaison de l'offre en Soins de Suite du Pôle gériatrique Nord-Sarthe, de la Sarthe et des Pays-de-la-Loire :

Ce n'est qu'une comparaison approximative les chiffres n'étant pas simultanés (recensement de la population sarthoise en 1999 (15), données SSR sarthois en 2003 (16), données STATISS 2003 pour la région et la France : chiffres au premier janvier 2002 (12))



Comparaison de l'offre en soins de suite et de rééducation entre le Pôle gériatrique Nord-Sarthe, la Sarthe, les Pays-de-la-Loire et la France en nombre de lit pour mille habitants.

Ce tableau permet de visualiser que l'offre du département en Soins de Suite est supérieure aux moyennes régionales et nationales. Cependant le faible nombre de ces lits sur le Pôle montre que ces lits ne sont pas répartis de façon égale sur le territoire. Les unités de soins de suites et de rééducation, les unités de médecine physiques se concentrent au Mans, en périphérie et au sud du Mans sur quelques gros centres (cf. carte page 54).

Une part importante des patients en soins de suite des centres en périphérie du Mans et au Mans ne viennent pas de la Communauté Urbaine du Mans. A contrario les hôpitaux éloignés du Mans recrutent très peu sur Le Mans (16). Il semble donc qu'il y ait un déséquilibre avec un excédent de lits de SSR au Mans et ses alentours et un déficit dans les hôpitaux périphériques.

- ◆ Pourquoi augmenter le nombre de lits de soins de suite sur le Pôle :

Augmenter le nombre de lits en Soins de Suite se justifie pour deux raisons. D'une part, les patients expriment leur désir de se rapprocher de leur domicile et de leurs proches, dès lors que les motifs d'une hospitalisation au Centre Hospitalier du Mans sont épuisés. D'autre part, la cellule d'orientation du CHM constate que des lits de courte durée restent occupés plus longtemps que nécessaire par des patients en attente de place en soins de suite.

Afin d'instaurer une filière de soin sur chaque établissement, le Pôle a sollicité la création de 16 lits de soins de suite (SSR) répartis de la façon suivante :

- 4 lits supplémentaires à Bonnétable ce qui amènerait le nombre de lits de SSR à 25.
- 2 lits supplémentaires à Sillé-le-Guillaume ce qui amènerait le nombre de lits de SSR à 22.
- création d'une unité de 10 lits de SSR à Beaumont-sur-Sarthe dont 8 par redéploiement de lits de soins de longue durée ; ceux-ci compteraient à ce moment-là 72 lits.

1.2.2. Améliorer l'équipement

Afin de conduire une véritable activité de soins de suite et de réadaptation gériatriques il convient de disposer de locaux spécifiques :

- une salle de kinésithérapie sur chaque site avec un minimum d'équipement (pour verticalisation, travail de la marche, renforcement musculaire, récupération des amplitudes articulaires, physiothérapie) Une telle salle existe à l'hôpital local de Sillé-le-Guillaume. Les projets architecturaux des deux autres établissements en prévoient la réalisation.

- locaux communs et ateliers permettant le travail des patients avec un orthophoniste, avec un ergothérapeute.

- bureau, atelier de petits appareillages.

Les personnes en soins de suite ont besoin de lieux conviviaux permettant de se détendre, de discuter, de rencontrer leur famille et leurs amis en dehors de leur chambre. Les projets architecturaux de réhabilitation des halls d'accueil, de création de salons intimes répondent à ce besoin et contribueront, s'ils aboutissent, au bien-être des patients et au maintien des liens sociaux.

1.2.3. Améliorer les compétences paramédicales

♦ Le personnel non médical des services de SSR en Sarthe :

Le document « Etat des lieux des soins de suite et de réadaptation en Sarthe, actualisation des données 2002 » permet de constater les éléments suivants (16):

- L'établissement de Sillé-le-Guillaume dispose d'un ratio en personnel global situé au-dessus de la moyenne des ratios des unités de soins de suites sarthois. Celui de Bonnétable dispose d'un ratio nettement inférieur.

- Le ratio en personnel soignant le plus levé des unités de soins de suite sarthois est celui de Sillé-le-Guillaume. Bonnétable se situe sous le ratio moyen. Cependant, dans le détail, l'établissement de Bonnétable dispose d'un plus grand nombre d'infirmiers avec une proportion de presque deux infirmier(e)s pour un(e) aide-soignant(e). L'établissement de Sillé-le-Guillaume est surtout très bien doté en aides-soignants ; environ deux aides-soignants pour un(e) infirmier(e). Ces deux établissements ne peuvent donc pas mener leur projet de la même façon.

- Les services de SSR sarthois souffrent d'une pénurie variable en kinésithérapeutes.

◆ Les besoins en compétences paramédicales du Pôle :

Les médecins du Pôle souhaitent notamment être en capacité de dispenser les soins de rééducation nécessaires aux patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) (21). Ils remarquent que ces patients sont souvent la cause de l'allongement de la DMS (Durée Moyenne de Séjour) dans les services aigus faute de place en rééducation. En outre, ils constatent que ces patients sont souvent refusés en rééducation du fait de leur âge et de leur mauvaise récupération. S'ajoute la gestion du problème social crucial secondaire à ce type d'accident.

Pour mener des soins de suites et de réadaptation gériatriques de qualité, le Pôle doit disposer des effectifs paramédicaux spécialisés suivants (21) :

- **kinésithérapeutes** : l'établissement de Sillé-le-Guillaume dispose d'un tel emploi ; celui-ci a été repartagé avec Beaumont-sur-Sarthe. A Bonnétable, ce sont les kinésithérapeutes libéraux qui interviennent sous forme de vacations ; cependant un poste vient d'être créé et devrait être pourvu en avril 2004. Si l'ouverture des 16 lits de soins de suite sollicités par le Pôle a lieu, les besoins en temps de kinésithérapeute devront être revus à la hausse. L'offre

libérale locale étant faible, les possibilités de vacations de kinésithérapeutes libéraux seront insuffisantes.

- **Ergothérapeute et orthophoniste** : ces deux spécialités ne peuvent pas relever d'un temps plein partagé entre les établissements du Pôle, cependant des vacations sont souhaitées. L'offre libérale est nulle pour les premiers et quasi nulle pour les seconds.

- **Psychologues** : deux psychologues cliniciens en emplois partagés interviennent au sein du Pôle.

Afin de résoudre la difficulté de recrutement des professionnels cités ci-dessus, le Pôle s'est tourné vers le Centre de l'Arche.

◆ Convention avec le Centre de l'Arche :

L'objectif des trois hôpitaux locaux est de s'inscrire dans la dynamique du développement en réseau des soins de suite et de réadaptation fonctionnelle. En effet les établissements référents en ce domaine sur la Sarthe (Le Grand Lucé, Parigné et l'Arche) ont opéré un rapprochement (21).

Aussi, comme évoqué dans un précédent chapitre « lien avec le Centre de l'Arche », le Pôle travaille à développer une convention avec celui-ci. La proposition réfléchie en commun est la suivante : on crée des postes de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes et d'orthophonistes dont un mi-temps se déroulerait à l'Arche et l'autre sur l'un des sites du Pôle. Cela permettrait de conserver une certaine attractivité de ces postes pour les professionnels et d'alimenter les besoins des hôpitaux locaux. En outre, cela contribuerait à sortir les hôpitaux locaux de l'isolement en développant une coopération inter-établissements (*).

Du fonctionnement en réseau avec le Centre de l'Arche, outre le partage de postes paramédicaux, sont attendues (22) :

- des actions de formation destinées aux médecins et aux équipes soignantes sous forme d'enseignement post universitaire et d'action pratique au lit du malade.

- un rôle de conseiller technique pour l'achat des équipements de rééducation et la mise en place d'actions de prévention destinées à éviter au maximum les risques de chute pour la population gériatrique de ces hôpitaux locaux.

- un rôle d'éducateur vis-à-vis des équipes soignantes pour lutter contre les traumatismes dorsolombaires (installation et manipulation des patients, notamment au cours des transferts).

Le Directeur du Centre de l'Arche, celui du Pôle, le médecin-chef président de la CME de l'Arche (Commission Médicale d'Etablissement) et le praticien coordonnateur du Pôle se sont rencontrés et sont d'accord sur le principe et les modalités techniques concernant le développement d'emplois des paramédicaux spécialisés nommés ci-dessus. Ce projet devrait voir le jour en 2005 (*).

1.2.4. Soins techniques :

Rappel des cinq fonctions de soins techniques en SSR (22):

- 1) La limitation des handicaps physiques par la rééducation, l'appareillage et l'adaptation au milieu de vie.

- 2) La restauration somatique et psychologique par la stimulation des fonctions de l'organisme, la compensation des déficiences, l'accompagnement psychologique.

- 3) L'éducation du patient et de son entourage par la prévention des risques notamment les chutes et leurs conséquences.

4) Le suivi du traitement et des soins par l'évaluation de l'observance et le dépistage des effets iatrogènes.

5) La préparation de la sortie et de la réinsertion par la demande d'aides et d'allocations, l'organisation des aides nécessaires au retour (soins infirmiers à domicile, aides ménagères) et l'information du secteur libéral qui prend le relais.

1.2.5. Modalités de prise en charge

La finalité de la prise en charge en soins de suites gériatriques consiste à maintenir ou redonner une autonomie suffisante au patient pour lui permettre de revenir à son domicile. Les médecins ont mis en place un plan de soins comportant (22):

- Un bilan initial (bilan fonctionnel et tests d'évaluation clinique).
- Une réévaluation régulière multidisciplinaire (médecin, soignant kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, orthophoniste), afin de juger de l'évolution du patient et de l'efficacité des moyens mis en œuvre.
- Une synthèse rédigée dans le dossier tous les dix jours et la préparation du retour au domicile.

Ce travail de structuration du plan de soin, de suivi jalonné des patients en soins de suite grâce aux staffs multidisciplinaires quotidiens était une réalité au sein de l'hôpital local de Bonnétable avant la naissance du Pôle. Le Pôle apporte à cet établissement la possibilité d'étoffer sa prise en charge notamment par l'arrivée effective ou attendue de nouveaux professionnels.

Pour l'hôpital local de Sillé-le-Guillaume la venue de nouveaux professionnels représente aussi une chance. Sur le plan de l'équipement, la salle de kinésithérapie existante est fonctionnelle. L'équipe soignante est étoffée en

aides-soignants mais faible en infirmiers (16) ; les besoins en compétences para-médicales spécialisées sont les mêmes qu'à Bonnétable. Le suivi médical est assuré individuellement par les médecins libéraux de la commune. La concertation pluridisciplinaire avec les médecins n'est pas la norme actuelle.

Pour Beaumont-sur-Sarthe, il s'agira d'une ouverture complète d'une unité de soins de suite, si elle est accordée. L'existence de ce type de service au sein des deux autres établissements pourra servir de « modèle » et aidera à la mise en place de la structure.

1.3. Le suivi en Soins de Longue Durée (SLD)

1.3.1. Mise en place d'un projet de vie

Elaborer un Projet de Vie pour les personnes en soins de longue durée est une obligation légale depuis la Circulaire CNAVTS n°62bis/97 – CNAVTS n°77/97. Celle-ci stipule que l'existence d'un projet de vie est obligatoire pour les personnes hébergées en établissement lors de la création ou de la rénovation du centre. L'élaboration d'un tel projet fait parti des missions du cadre supérieur de santé qui prendra ses fonctions en avril 2004.

1.3.2. Prévention des grands risques

L'équipe des médecins coordonnateurs des trois hôpitaux locaux a pris en considération les priorités des soins publics, priorités que l'on retrouve dans le SROS 1999-2004 (21). Nous avons déjà détaillé le travail accompli dans les domaines suivants :

- Les soins palliatifs (cf. page 109)

- La prise en charge de la douleur. (cf. page 107)

La prévention de la malnutrition a fait l'objet d'un travail de collaboration médicale :

- Un repérage des patients a été mis en place dès l'entrée : enquête diététique, fiche de suivi du poids, évaluation de l'état dentaire, suivi de l'IMC, bilan biologique éventuel (PINI). Cela suscite des actions correctives adaptées.
- Un CLAN a été créé (cf. page 116). Il édite un repérage de l'état nutritionnel des personnes en soins de longue durée chaque année.
- L'arrivée récente d'une diététicienne en emploi partagé devrait permettre d'améliorer le suivi nutritionnel. Elle participe aux actions d'évaluation, de prévention et de correction sur le plan nutritionnel.

D'autres risques importants pour cette population ont fait l'objet de concertations et d'élaboration d'actions à visée préventive : les chutes, le risque médicamenteux, la prévention des escarres, les infections nosocomiales, l'association de plusieurs risques chez une même personne...

Résultats partiels*:

- En 2003 à Bonnétable 68 % des patients en soins de longue durée avaient un Indice de Masse Corporel > 21 ; 66 % de ces patients avaient un taux d'albumine > 30 g/l. Un seul patient de l'unité est actuellement porteur d'une escarre. Un seul patient doit être attaché à certains moments pour le prévenir d'une chute (*).
- En 2003 à Beaumont-sur-Sarthe 66 % des patients en SLD avaient un IMC > 21 et 16 % de ces patients avaient un IMC < 19 .
- En 2002 à Sillé-le-Guillaume 65 % des patients en SLD avaient un IMC > 21 et 20 % de ces patients avaient un IMC < 19 .

*La diététicienne nouvellement nommée prend actuellement connaissance des données.

Rappelons aussi le travail effectué sur le plan de l'animation :

- Animation-soin (travail sur le corps, la parole, la conscience d'exister)
- Formation de personnels à l'aide médico-psychologique.

2. Diversifier l'offre de soin

2.1. Répondre en amont et en aval aux besoins des centres hospitaliers et des cliniques

Afin de restituer aux Centres Hospitaliers leur rôle de Pôle de référence (haute technicité et nombreuses spécialisations tant médicales que chirurgicales), afin d'éviter l'embolisation de leurs lits de court séjour par des patients en attente de place, afin de diminuer le flux de personnes âgées, en situation de crise plus sociale que médicale, vers les services d'Urgences, le Pôle souhaite développer et diversifier son offre de soin.

2.1.1. Promouvoir la prévention

La prévention chez la personne âgée entraîne une économie de séjours hospitaliers donc une économie financière.

Les actions de prévention développées sont diverses :

- Actions de prévention en partenariat avec les associations et les centres locaux d'information et de coordination

- La consultation d'évaluation gériatrique est un projet important qui se situe au cœur du dispositif de dépistage et de prévention. Nous y reviendrons plus en détail.

Le travail sur le terrain avec les CLIC et la consultation d'évaluation gériatrique a fait surgir un besoin de travail en amont qui pourrait être celui d'une infirmière dite « de prévention ». Des actions de santé communautaire en complément et synergie de la consultation et des CLIC seraient ainsi rendues possibles. Cela correspondrait à une composante sanitaire complémentaire de l'action médico-sociale des CLIC. Le but serait de travailler avec le public et les associations s'occupant des personnes âgées sur l'accompagnement du vieillissement et la prévention des grands risques afin de retarder la survenue de l'état de dépendance. Le projet entrevoit la possibilité de travailler en complémentarité avec d'autres professionnels comme la diététicienne, l'ergothérapeute ou le kinésithérapeute (21).

2.1.2. Soutenir le domicile

Le projet médical met l'accent sur l'aide à apporter aux aidants notamment les « aidants naturels », c'est-à-dire l'entourage proche de la personne nécessitante (conjoint, enfants, voisins, amis, parents). Ce sont les premiers intéressés par les dispositifs dits de prévention : consultation d'évaluation, actions communautaires, soins infirmiers et aides au domicile (21).

Cependant, étant en « première ligne » ils ont besoin d'une attention toute particulière. Le projet médical souhaite aller au devant de ces aidants en leur proposant, en lien avec les CLIC, un ensemble de services et un accompagnement afin de diminuer les facteurs d'épuisement à long terme. Trois modes d'action sont envisagés :

- Une intervention directe auprès des aidants par le biais de groupes de parole, de soutien psychologique personnel

- La conception d'un plan d'aide, l'accompagnement et la réévaluation de celui-ci permettront aux aidants de ne pas supporter, seuls, une situation lourde.

- La diversification des modes d'accueil leur permettra de prendre des temps de repos.

De même, l'accompagnement des professionnels du domicile, qui peuvent se sentir isolés ou démunis devant certaines situations, est un souhait écrit dans le document du projet d'établissement. Cependant les organismes intervenant au domicile peuvent être réticents à ce genre d'action et le percevoir comme une intrusion et une évaluation de leurs pratiques. Une intervention sous forme de groupe de parole et/ou de soutien psychologique serait envisageable ainsi qu'une participation, en lien avec les associations prestataires (ADMR, Familles Rurales), à la formation ou à la validation des acquis professionnels pour les salariés qui souhaiteraient acquérir le Diplôme d'Etat des Auxiliaires de Vie Sociale (21).

2.1.3. Favoriser le retour à proximité du domicile et à domicile

Par la création d'une filière de soins sur chaque site, le Pôle souhaite favoriser le retour à proximité du domicile des personnes.

La gestion des lits de court séjour au Centre Hospitalier du Mans montre qu'un pourcentage non négligeable de lits affectés à des soins aigus est occupé par des patients en attente de place en soins de suite ou de place de SSIAD. Cette embolisation provoque une surcharge des urgences et des difficultés d'orientation des patients dans les services de spécialité adaptés à leur besoin. L'ouverture de lits de soins de suite sur le Pôle et leur répartition sur les trois sites répondent à ce besoin.

Le développement des services de soins infirmiers à domicile et d'aides-ménagères répond à ces mêmes objectifs. En outre, ils contribuent à prévenir l'institutionnalisation et les situations de crise qui conduisent bien souvent la personne aux urgences.

2.2. Diversifier les modes d'accueil

Afin d'offrir un panel de réponses au plus près des besoins de la population, les médecins du Pôle envisagent la diversification des modes d'accueil au sein des hôpitaux locaux. Il s'agit ici de la notion d'accueil temporaire qui vient en appui du domicile.

2.2.1. Accueil en hébergement temporaire

Cet accueil de courte durée est imaginé afin de répondre aux situations de crise sociale. Il pourrait s'agir d'un accueil, soit de jour, soit de nuit, soit complet mais toujours sur une courte période.

Deux modes d'entrée sont envisagées :

- **L'accueil en urgence** pouvant répondre aux situations de rupture sociale brutale comme l'hospitalisation du conjoint, de l'aidant, départ précipité de celui-ci pour x raison...

- **L'accueil programmé** pouvant répondre aux besoins de repos de l'aidant (vacances, week-end, après-midi pour rendez-vous, évènement...)

On ne parle pas d'hospitalisation ici, ni de soins. La difficulté consistera à ne pas prévoir de soin sur ces lits d'accueil non pourvus en moyens sanitaires. Le risque découle du fait que l'on s'adresse à une population âgée qui peut rapidement glisser d'un besoin d'accueil temporaire à connotation sociale à un besoin sanitaire.

2.2.2. Hospitalisation temporaire

Il s'agit d'un accueil temporaire à connotation sanitaire. Deux situations sont envisagées :

- La possibilité d'hospitaliser quelques jours un patient souffrant de démence afin que le conjoint puisse se reposer. Cette courte hospitalisation serait mise à profit pour évaluer son état cognitif et clinique, son traitement. La demande effectuée est de deux lits au sein de chaque unité pour personnes âgées et désorientée.

- Le souhait de répondre aux situations des patients en soins palliatifs et demeurant à domicile. Ils ont parfois besoin d'être réévalués, leur conjoint peut avoir besoin de se reposer. Un va et vient à l'hôpital local peut être nécessaire afin d'alléger cette prise en charge pour le conjoint, sans pour autant générer de culpabilité.

2.3. Prise en charge adaptée de la démence

2.3.1. Une filière de soins spécialisée.

◆ Constat :

Nous avons vu lors du chapitre concernant la démographie des dix cantons formant le bassin de santé drainé par le Pôle que la population des plus de 60 ans devait représenter 23 166 personnes en 1999 soit 24,7 % de la population totale. La prévalence globale des personnes souffrant de démence après 60 ans est de 4,3 % (14). Cette filière spécialisée s'adresse donc à une population de 996 personnes en 1999 qui deviendraient 1556 en 2020. (cf. page 71)

Les médecins ont constaté que les patients présentant des troubles du comportement sont de plus en plus nombreux à être admis dans les services de soins de longue durée. Or la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement dans les unités traditionnelles pose problème. La cohabitation de patients déments et de patients non déments génèrent des situations conflictuelles. Les traitements institués (psychotropes, sédatifs, anxiolytiques) afin de réduire les troubles occasionnés par les patients déments aggravent leur maladie. Ces unités ne sont donc pas adaptées à ce type de pathologie.

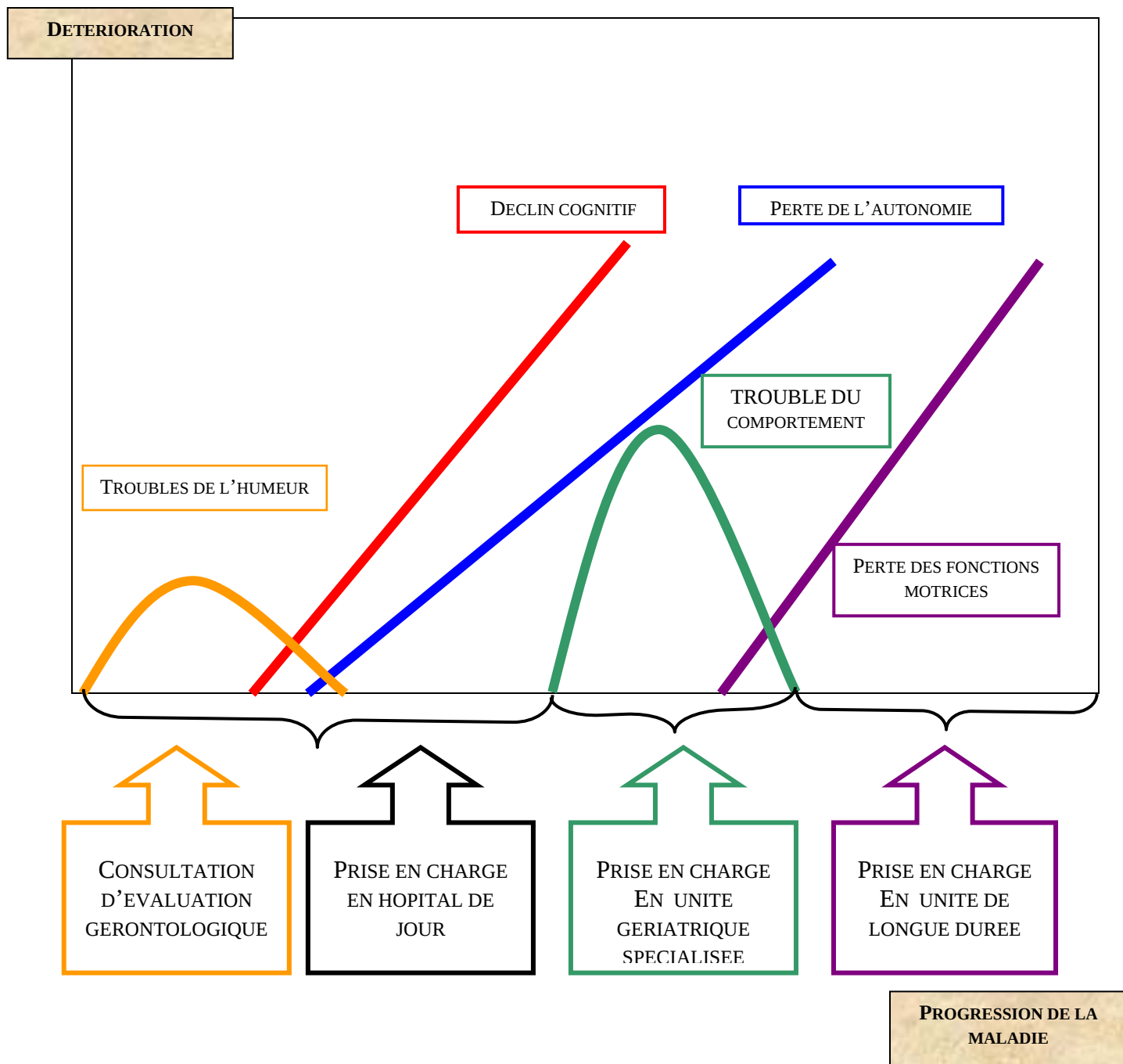
◆ Caractéristiques évolutives de la Maladie d'Alzheimer :

La prise en charge de ce type de patient nécessite des moyens adaptés selon le stade évolutif de leur pathologie. La maladie d'Alzheimer représentant la majeure partie de toutes les démences (14), voyons en détail les phases de son évolution (44) :

- Au stade initial, lorsque le diagnostic est précoce, le patient présente des troubles de l'humeur, puis apparaissent les premiers troubles mnésiques. Le maintien à domicile doit alors être privilégié. A ce stade le panel d'aides au domicile trouve toute son utilité : CLIC, aides ménagère, services de soins infirmiers à domicile. La consultation d'évaluation gériatrique peut être sollicitée et permettre d'établir le diagnostic. A l'issue de la consultation un plan d'aides et de soins est proposé ainsi qu'un traitement si celui-ci est indiqué.

- Lorsque les troubles du comportement apparaissent au point qu'ils ne permettent plus d'assurer la sécurité du patient au domicile, l'institutionnalisation est indispensable dans une unité adaptée et protégée. C'est le sens des Unités pour Personne Agée et Désorientée (UPAD). Dans le Nord-

Sarthe, il existe actuellement une UPAD à l'hôpital local de Bonnétable et une UPAD à la maison de retraite de Tennie (canton de Conlie).



Evolution schématique de la maladie d'Alzheimer (44).

- Au stade ultime de la maladie associant au système aphaso-aprox-agnosique la perte des capacités locomotrices du patient, il devient

nécessaire de transférer le patient dans une unité de soins de longue durée. Chaque hôpital local du Pôle peut répondre à ce besoin.

- L'organisation sanitaire et sociale au cours de la maladie d'Alzheimer laisse apparaître une absence de projet de soins organisé entre le moment où le diagnostic est posé et l'apparition des troubles du comportement qui imposent l'entrée en unité pour personnes âgées et désorientée. Or, affirme le médecin coordonnateur du Pôle, *« tous les gériatres sont d'accord sur le fait qu'il faut lutter contre le déficit neurosensoriel, qu'il faut stimuler les fonctions cognitives, que la prise en charge non médicamenteuse par le biais de thérapies comportementales est essentielle. Actuellement, on attend les troubles du comportement pour débiter ces thérapies en UPAD »*.

La création d'un hôpital de jour sur le Pôle a pour but de combler, localement, ce vide sanitaire. Il accueillera le patient en amont de l'apparition des troubles du comportement, lui permettra de repousser l'échéance de l'institutionnalisation, de retarder l'évolution de sa maladie et de mieux vivre sa vie malgré celle-ci. Il y recevra des soins, il sera préparé à l'entrée en UPAD, puis en unité de soins de longue durée. Les aidants bénéficieront d'un accompagnement et n'auront plus à se soucier de la recherche de place pour leur proche à chaque étape de sa maladie (20) (23).

Les médecins du Pôle ont à cœur de concevoir une continuité dans l'offre de soins à porter à ces patients. Les patients dépistés au cours de la consultation d'évaluation pourront intégrer une filière de soins cohérente.

2.3.2. L'hôpital de jour pour patients atteints de démence

« L'hôpital de jour a pour objectif d'optimiser l'insertion des personnes dans leur milieu familial. Cette structure est à vocation spécialisée pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type

de démence » (23). Il sera construit à Beaumont-sur-Sarthe du fait de la position géographique centrale de cette commune sur le territoire du Pôle.

♦ Alternative à l'hospitalisation :

Cette structure vient en appui de l'entourage familial du patient souffrant de démence afin que celui-ci puisse vivre le plus longtemps possible dans son cadre de vie. En effet, lorsque le maintien au domicile devient difficile à gérer pour l'entourage du patient (entourage = conjoint âgé le plus souvent) l'hôpital de jour permet de retarder l'hospitalisation à temps complet (23).

L'hôpital de jour s'inscrit donc dans le cadre des actions de prévention destinées à réduire l'incidence, la prévalence et la durée de l'incapacité.

♦ Modalités d'admission (23)

L'utilisation de ce nouvel « outil » suppose une étroite collaboration de la coordination gériatrique avec les médecins traitants, les structures d'aides à domicile et les familles afin de procéder à une évaluation médico-sociale des situations, d'élaborer un plan de soins adapté et évolutif pour chaque patient.

Les familles seront intégrées au processus de soin. L'abord de la structure et de la prise en charge de cette pathologie nécessite explications, informations vers l'entourage et, connaissance de l'histoire, des habitudes du patient pour l'équipe qui reçoit. Cela doit permettre un suivi harmonieux, une continuité des soins entre domicile et structure.

L'accueil au sein de cette structure est réfléchi pour pouvoir s'adapter aux situations et, par exemple, pouvoir accueillir de nuit les patients présentant des troubles essentiellement nocturnes (insomnie, déambulation,...). Il s'agit de permettre un accueil temporaire adapté selon les cas.

◆ Rôles de l'hôpital de jour (23):

- Sociothérapie : travail sur les fonctions restantes, stimulation par les sens, les émotions, la recherche de souvenirs. La connaissance de l'histoire personnelle des personnes est indispensable pour mener à bien ce travail.

- aménagement du/au domicile.

- pour la famille : soutien et pédagogie ; écoute de l'histoire familial, de l'histoire de vie ; soulagement de la fatigue et gain de disponibilité ; prévention de la maltraitance.

◆ Activités (23):

L'hôpital de jour aura une activité médicale : examen clinique des patients, diagnostic des démences et pathologies associées, évaluation gériatrique, suivi thérapeutique. Il proposera un plan de soins comportant éventuellement un traitement médicamenteux mais surtout des thérapies non médicamenteuses ; il s'agit ici de réapprentissage et de lutte contre le désapprentissage, de travail sur les émotions, les sens permettant de conserver une qualité de vie.

Des ateliers à visée thérapeutique et non occupationnelle seront proposés, ils sont détaillés dans le document « projet de création d'un hôpital de jour sur l'hôpital local de Beaumont-sur-Sarthe »:

- atelier « mémoire, communication et corps ».

- atelier « mémoire, parole et écriture ».

- atelier « soins psycho-corporels et relaxation ».

- projet « psychomotricité ».

- activités « sensorielles ».

- atelier « motricité corporelle ».

- atelier « aquathérapie ».

- projet « soins esthétiques ».
- groupe « chant ».
- atelier « expression picturale ».

L'ensemble de ces ateliers fera l'objet de prescriptions précises par le médecin, et d'évaluation des résultats en staff multidisciplinaires.

L'hôpital de jour retarde et prépare à la fois, l'institutionnalisation quasi inéluctable du patient. La connaissance des lieux et des personnes fait figure de repères sur lesquels on s'appuiera si l'institutionnalisation devient nécessaire.

2.3.3. Les UPAD : Unités pour Personnes Agées et Désorientées

◆ Offre de soins :

Les éléments démographiques rappelés plus haut justifient la création d'une unité pour personnes âgées et désorientées (UPAD) sur chaque site. L'établissement de Bonnétable dispose d'une unité de ce type depuis 1997 accueillant dix patients. La maison de retraite de Tennie (canton de Conlie) dispose également d'une UPAD de douze lits. En créant une unité de douze lits à Sillé-le-Guillaume et une autre de douze lits à Beaumont-sur-Sarthe, l'offre de soin adaptée à la prise en charge des patients souffrant de démence avec trouble du comportement aboutirait à quarante-six places pour le bassin de santé concerné soit pour les 23 166 habitants actuels de plus de 60 ans (20). (cf. page 70)

◆ Définition (20) (22):

Les UPAD viennent en aval de l'hôpital de jour dans le déroulement de la maladie et se définissent comme « un espace de liberté au sein d'une unité protégée ». Elles s'adressent à une population de « déments perturbateurs ». Elles sont conçues avec un espace intérieur et un espace extérieur contigu clos (jardin, terrasse), à l'intérieur desquels le patient peut bénéficier d'une liberté totale de mouvement. L'architecture cherche à recréer des espaces conviviaux, lumineux, propres, clairement repérables, à offrir des espaces permettant la déambulation en réduisant au maximum les risques de chute et de traumatisme. Ces unités doivent être de petite taille, accueillant dix à douze personnes maximum car au-delà la prise en charge personnalisée devient difficile et la promiscuité génère des troubles du comportement (agressivité) (20) (22). C'est un service d'hospitalisation à temps complet dans lequel l'existence de deux lits supplémentaires de séjour temporaire, de jour ou de nuit, est souhaitée. (cf. paragraphe « diversifier les modes d'accueil » page 153).

L'admission en UPAD doit se faire avec l'accord de la famille du patient et l'avis d'un médecin habitué à ce type de pathologie (22).

◆ Projet de soins :

Le projet de soins de telles unités correspond à une prise en charge globale tant sur le plan somatique que psychologique. Les mots-clefs sont pour le patient, l'absence de contrainte, et pour le soignant, la capacité d'adaptation maximum. Les soignants y développent des soins relationnels permettant de rentrer en communication avec les patients déments, en s'appuyant sur les sens (ouïe, olfaction, toucher, motricité), et en s'appuyant sur l'existant, les capacités de perception, la biographie des patients, en stimulant les acquis restant, en écoutant et en donnant un sens aux expressions non verbales (22).

La prise en charge de la souffrance psychique est essentielle. L'équipe est aidée en cela par la psychologue clinicienne (22) (*).

Les thérapies comportementales utilisées en UPAD sont de même type qu'à l'hôpital de jour mais elles sont proposées avec beaucoup plus de souplesse en évitant toute mise en situation d'échec (*).

La prise en charge médicamenteuse évite les neuroleptiques d'ancienne génération délétères dans cette pathologie, cherche à limiter au maximum la prise de psychotropes. Lorsque ceux-ci sont nécessaires, le médecin privilégie les neuroleptiques de nouvelle génération (22).

La prise en charge des éléments perturbateurs dans ce type d'unité permet de faire disparaître certains comportements archaïques tout en réduisant au maximum la camisole chimique (20).

♦ Equipe soignante :

L'équipe soignante nécessaire pour une telle unité a été évaluée par les organismes de tutelle. Le ratio de personnel par patient est de 0,5/lit et ne permet pas de prendre en charge la perte d'autonomie physique. Dans ce cas, le patient doit être transféré en unité de soins de longue durée (USLD). L'entrée en UPAD est donc discutée avec la famille et fait l'objet d'un contrat moral ou « contrat des mille jours » ; la mutation future en USLD est expliquée d'emblée (*).

L'équipe soignante regroupe des infirmiers(es), des aides-soignants, des agents spécialisés en hospitalier, des aides medico-psychologique, des animateurs, un(e) psychologue, des temps de gériatre et de psychiatre consultants (22).

2.4. Autres Projets

Le projet d'établissement du Pôle évoque une réflexion sur les réponses qu'il pourrait apporter en terme d'hébergement et d'activités envers les adultes handicapés vieillissants. Cela reste à examiner dans le cadre du schéma départemental des personnes handicapées (21).

3. La Consultation d'évaluation gériatrique

Dès 2001, au moment où s'est constituée la direction médicale commune, concrétisée par l'obtention d'un mi-temps praticien hospitalier sur le Pôle, ce projet était en devenir. En effet le projet d'établissement élaboré en 2002 rapporte qu'« *il convient de disposer d'un emploi de Praticien Hospitalier gériatre à temps plein dont l'un des mi temps sera réservé d'une part à une activité de consultation d'évaluation gériatrique et d'autre part à la coordination et l'animation médicale afin de fédérer en ce domaine les trois établissements. Les crédits nécessaires à la réalisation de cet objectif ont été attribués à l'Hôpital Local de Bonnétable en 2001.* »

Cette consultation est un outil intégré à la filière de soins spécialisée dont nous parlions plus haut. Au vu des éléments démographiques, elle participe à la prise en charge sanitaire des risques liés au vieillissement croissant de la population âgée du Nord-Sarthe.

3.1. Un élément essentiel du projet médical

3.1.1. Définition

Il s'agit d'une consultation de proximité, ayant pour mission d'accueillir toute personne âgée se plaignant d'un problème qui peut être d'ordre somatique, cognitif ou social, afin d'effectuer une première évaluation médico-psycho-sociale de la personne âgée, de proposer un plan de soins et un suivi médico-psycho-social (24).

Cette consultation s'effectue à la demande des médecins traitants et des familles.

3.1.2. Moyens

Cette évaluation est menée par un gériatre entouré d'une équipe composée, dans l'idéal, d'un neuropsychologue, d'un ergothérapeute, d'un orthophoniste, d'une infirmière, d'un kinésithérapeute, d'une diététicienne, d'une assistante sociale ayant une bonne connaissance de l'offre de soin et des services de proximité. La consultation du Pôle ne dispose pas actuellement d'une telle équipe pour fonctionner.

3.1.3 Missions

♦ Dans le cadre de la démence (24):

La plainte mnésique de plus en plus fréquente avec l'avancée en âge (50% des patients âgés de 50 ans se plaignent de leur mémoire ; 70 % à 70 ans) mérite une réponse sans ambiguïté de la part du médecin. La banalisation de ce

trouble, l'absence de consultation d'évaluation de la mémoire, aboutit à des retards de diagnostic et de prise en charge préjudiciables au patient. De la précocité de ce diagnostic dépend naturellement celle de l'instauration d'un traitement médicamenteux et, d'un traitement non pharmacologique (stimulation neurosensorielle, rééducation orthophonique, prise en charge psychologique du patient et de son entourage).

Actuellement, en Sarthe, 50 % des cas de maladie d'Alzheimer sont diagnostiqués et seulement 15 % bénéficient du traitement par inhibiteur de l'acétylcholinestérase. Le diagnostic de la maladie est trop tardif, souvent deux à trois ans après le début des signes. 80 % des personnes atteintes vivent à domicile. Faute de dépistage organisé et de soins adaptés, les patients sont fréquemment hospitalisés en urgence pour (24):

- pseudo motifs somatiques (chute, altération de l'état général, malaise...)
- troubles du comportement révélateur de la crise familiale avec risque de maltraitance envers le patient.
- causes iatropathologiques liées à l'usage abusif et non adapté de psychotropes (rétention vésicale, fécalome, chute +/- fracture du col du fémur).

Cette consultation permet d'affirmer le trouble mnésique, de diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel et le type de démence, de rassurer les personnes exprimant des plaintes mnésiques n'ayant pas de syndrome démentiel, d'identifier les situations complexes, de mettre en place un projet de soins personnalisé et de l'articuler avec un plan d'aide élaboré par les professionnels de terrain. Elle participe au suivi des personnes malades en partenariat avec les médecins de ville (généralistes, psychiatres, neurologues) et les professionnels médico-sociaux (24).

♦ En dehors des états démentiels (24):

La consultation d'évaluation gériatrique a également pour mission de dépister les facteurs de risque apparaissant au cours du processus de vieillissement et responsables d'évènements pathologiques aigus. Ces facteurs de risque bien identifiés mais insuffisamment combattus sont :

- L'altération des capacités locomotrices responsable de chutes et de fractures.
- La dénutrition engendrant carences, immunodépression, et augmentation de la morbidité et de la mortalité.
- Les risques d'escarres.
- Les états dépressifs sources de régression psychomotrice, de suicide, de dénutrition.
- Les plaintes mnésiques au stade pré-démontiel.
- Les troubles sphinctériens.
- Les complications secondaires à la poly-médication des sujets poly-pathologiques.

Souvent un facteur de risque en entraîne un autre ; les facteurs de risque se multiplient amenant la personne âgée dans une situation multirisques complexe à même de décompenser rapidement.

La consultation d'évaluation gériatrique est une démarche préventive qui peut permettre d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées à domicile et de réduire le nombre d'hospitalisations si elle est relayée par la mise en place de mesures adaptées et concertées entre le patient, la famille, le médecin traitant, les partenaires sociaux et le secteur associatif. Elle cherche à anticiper les situations de crises médicales, médico-sociales ou sociales responsables d'institutionnalisations brutales, dans de mauvaises conditions, sans aucune préparation psychologique.

Cette démarche permet aussi d'identifier la population susceptible d'entrer en établissement dans un avenir plus ou moins proche et d'organiser cette institutionnalisation.

C'est en outre un outil épidémiologique intéressant pour les décideurs, décrivant une population et ses besoins.

3.2. Premières mises en place

3.2.1 Organisation

Une campagne d'information préalable a été menée sur chaque site vers l'ensemble des médecins libéraux du bassin de santé sous forme de soirées de présentation. Elle a eu lieu en 2002 et 2003 (*).

Les premières évaluations ont commencé au cours de l'année 2003. Elles se déroulent en cours d'une journée, deux à trois personnes étant évaluées à chaque fois. Elles ont lieu alternativement dans chacun des trois établissements du Pôle à la fréquence d'une fois par mois et par site (*).

Le médecin gériatre procède à l'évaluation des fonctions cognitives, recherche les signes de dépression et examine cliniquement la personne ; le kinésithérapeute évalue les fonctions locomotrices ; le cadre infirmier effectue l'évaluation nutritionnelle. Puis l'équipe fait la synthèse ; les différents professionnels réfléchissent ensemble à l'élaboration d'un plan de soins et d'un plan d'aides. Les propositions sont envoyées au médecin traitant qui décide de la mise en application.

Ces évaluations concernent soit des patients de l'hôpital local ou de la maison de retraite attenante, soit des patients venus de leur domicile à la demande de leur médecin.

3.2.2. Composition de l'équipe d'évaluation

La consultation d'évaluation gériatologique a débuté avant même que soit obtenu l'ensemble des moyens souhaités :

- Le médecin gériatre, l'assistante sociale, la secrétaire, la psychologue représentent des moyens redéployés par le Pôle.

- Le kinésithérapeute et l'infirmière sont des personnes déléguées par chaque site, sur des temps de soin, en attendant la création des postes espérés en 2004.

- L'ergothérapeute et la diététicienne rejoindront l'équipe lorsque leurs postes seront créés et pourvus. C'est le cas de la diététicienne en avril 2004.

- Les responsables des CLIC de Beaumont-sur-Sarthe et Sillé-le-Guillaume participent également aux évaluations, apportant leur connaissance du domicile qu'elles ont visité au préalable.

3.3. Les outils de l'évaluation

Il s'agit d'outils, tests, échelles connues et validées par les universités de médecine. Par contre, la mise en œuvre et l'organisation appartiennent à l'équipe du Pôle.

3.4. Intérêt perçu auprès des professionnels

Malgré le peu de recul temporel, il semble que les résultats et le mode de fonctionnement de ces évaluations retiennent la faveur des professionnels rencontrés. L'équipe est encore « en rodage » et incomplète et les généralistes n'ont pas encore l'habitude d'y faire appel.

Cependant, le fait de ne pas avoir à déplacer la personne âgée jusqu'au Mans est perçu comme un grand avantage. La mise en route par le gériatre, de traitements spécifiques, après une évaluation (le traitement médicamenteux spécifique de la maladie d'Alzheimer ne peut être initié que par un gériatre, un psychiatre ou un neurologue), constitue un attrait indéniable. L'existence d'une telle possibilité en proximité facilite l'accès à ces traitements spécifiques pour les usagers du bassin de population drainé par le Pôle (*).

4. Se former, adapter ses compétences aux besoins du pôle

4.1. Adaptation des médecins

Dès lors que fut émise l'idée d'un rapprochement entre les trois hôpitaux locaux, les médecins se sont investis et adaptés. Comme nous l'avons déjà dit, ils se sont formés (DIU douleur, DIU soins palliatifs, capacité de gériatrie) afin d'accroître leur compétences.

Un coordonnateur médical a été nommé sur chaque site.

Ils ont travaillé conjointement à l'élaboration du projet médical au sein du Pôle.

4.2. Favoriser un continuum dans le suivi des patients

Nous avons vu comment les médecins du Pôle souhaitent créer une filière gériatrique de proximité sur chaque site. Accompagner le patient en ville enfant, adulte puis dans le vieillissement et la perte progressive de son autonomie

en limitant les ruptures environnementales, procède d'une volonté forte et commune de la part de chacun des médecins du Pôle.

La notion de filière spécialisée dans le suivi et l'accompagnement des démences correspond à cette même volonté de répondre en proximité à un besoin identifié par les données démographiques du bassin de santé.

Par exemple, le patient souffrant d'Alzheimer sera d'abord suivi en ville par son médecin, pourra être diagnostiqué lors d'une consultation d'évaluation gériatrique, venir en hôpital de jour y recevoir des soins spécialisés sous forme d'activités stimulant sa mémoire et ses repères, viendra en hébergement temporaire quand il sera nécessaire à l'aidant de se reposer, pourra bénéficier en temps voulu d'aides à son domicile, et lorsque les limites du domicile seront atteintes, venir en hébergement complet dans un lieu déjà connu, dans un premier temps en unité gériatrique comportementale et dans un second en unité de Soins de Longue Durée.

Faire ce parcours-ci n'est bien entendu pas une fin en soit ! Cependant il est réconfortant pour les familles de savoir que les soins sont prodigués à proximité avec un accompagnement personnalisé de qualité, tout au long de la maladie.

DIFFICULTES

La mise en place du projet d'établissement du Pôle Gériatrique Nord-Sarthe rencontre quelques difficultés qui donnent parfois un sentiment de découragement à ses acteurs :

- En effet le Pôle, à peine constitué, a dû absorber différentes réformes. Il en a été ainsi pour le passage aux 35 heures, pour l'application de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il leur est maintenant demandé de répondre aux critères de l'ANAES afin d'obtenir l'accréditation. Ce grand chantier, pour de petits établissements, est en cours.

- Par ailleurs, le projet d'établissement terminé en novembre 2002, a été déposé fin 2002 auprès de l'ARH. Une réponse en terme d'accord et de moyens permettant de financer les projets était attendue au printemps 2003, puis à l'automne 2003, puis en début d'année 2004. Ils attendent toujours. Le doute persiste donc quant à la possibilité de développer certains projets médicaux : les soins de suite à Beaumont-sur-Sarthe, l'hôpital de jour, une UPAD à Sillé-le-Guillaume et à Beaumont-sur-Sarthe...

- Ajoutons le départ prématuré du premier directeur du Pôle en janvier 2003, alors que celui-ci débutait. Une période de direction intérimaire peu propice à l'impulsion d'un projet a suivi jusqu'à la prise de fonction de l'actuel directeur du Pôle en juin 2003. Celui-ci a dû se réappropriier le projet d'établissement écrit par son prédécesseur, s'intégrer dans une équipe ayant travaillé ce projet et la diriger.

En outre le Pôle rencontre des difficultés à recruter du personnel. La pénurie d'acteurs sur l'ensemble du marché n'est pas favorable au recrutement quelque soit la taille de l'établissement. Les gros centres ont un effet plus attractif du fait, des commodités existant en ville (garderies d'enfants, écoles, loisirs, transport...), ainsi que du panel de postes et d'évolution de carrière possible au sein de ces centres. De plus, l'exercice sur le Pôle demande

éventuellement à être partagé dans trois sites éloignés entre eux de cinquante kilomètres d'un extrême à l'autre, reliés par un réseau routier secondaire. Les établissements sont chacun situés à environ trente kilomètres du Mans ou d'Alençon; les temps de trajet pèsent sur le choix du poste lorsque les personnes ne vivent pas à proximité.

Enfin, le fonctionnement différent de chacun de ces hôpitaux, les caractéristiques et contraintes diverses, les différences d'avis, de priorités, de souhaits entre les personnes réfléchissant à l'avenir du Pôle sont parfois sources de tensions humaines.

CONCLUSION

L'histoire d'un hôpital est à l'image de celle des hommes, émaillée d'avancée, de retours, de découragements et de fabuleux espoirs, en lutte pour sa survie dans un contexte de remaniements, de changements politiques incessants, de progrès médicaux et scientifiques. L'histoire d'un hôpital est celle des hommes qui l'écrivent, le font évoluer et le portent, c'est aussi celle des hommes qui le gèrent, le financent et l'autorisent, c'est enfin celle des hommes qui en ont besoin, qui y souffrent, y guérissent et y meurent.

Trois hôpitaux locaux du Nord-Sarthe, dans un contexte de changement administratif et d'incitation aux coopérations émanant de l'Agence Régionale d'Hospitalisation des Pays-de-la-Loire par le biais du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 1999-2004, ont décidé de se regrouper en un Pôle. Ce Pôle a une existence administrative, formalisée par une direction commune depuis août 2001. Ils auraient pu continuer à fonctionner isolément sans prendre de risque, mais avec la perspective de devenir l'annexe d'un plus gros centre. Au contraire, ils se sont rapprochés pour élaborer un projet ambitieux. Un projet d'hommes et de femmes pour d'autres hommes, d'autres femmes, qui, au crépuscule de leur vie en ont besoin.

Situé géographiquement dans le Nord-Sarthe le Pôle Gériatologique Nord-Sarthe concerne un bassin de population de dix cantons au caractère rural certain. Le vieillissement de la population qui y réside est marqué, supérieur aux moyennes régionales et nationales. A contrario, l'offre médicale et para-médicale libérale de ce territoire est faible. La densité de ces professionnels correspond à la moitié de celle observée au niveau national.

L'ambition du Pôle répond en parti aux besoins de santé de cette population âgée dont les proportions continueront de s'accroître au cours des vingt prochaines années. Il souhaite d'une part offrir une filière gériatrique sur chaque site afin que les personnes âgées trouvent en proximité une réponse de

qualité, en terme de soin et d'hébergement, qui soit adaptée à leurs besoins. C'est le sens de la création d'une unité de soins de suite et de quelques lits de médecine de proximité en hôpital local sur chaque site et du développement de services de soins infirmiers à domicile. D'autre part, le Pôle souhaite développer une filière spécialisée dans le diagnostic, le traitement et l'accompagnement des personnes atteintes de démence. C'est pour cela qu'a débuté une consultation d'évaluation gériatrique. La création d'une unité pour personnes âgées et désorientées sur les deux établissements non pourvus, ainsi que la construction d'un hôpital de jour en position centrale font parti du projet de filière spécialisée.

Certains projets ont débuté grâce à la mutualisation de leurs moyens, d'autres grâce au financement des organismes de tutelle. D'autres encore attendent une réponse en terme d'accord et de financement.

En tant qu'hôpital de proximité, ces trois établissements ont développé des liens étroits avec les différents partenaires ayant des actions médico-sociales. En tant qu'établissement de santé, ces trois hôpitaux locaux ont développé des instances de vigilances communes et participent aux différents réseaux émanant de la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe.

De part leur histoire particulière, leur fonctionnement différent et de part les difficultés qu'ils rencontrent dans leur tentative d'harmonisation, ces hôpitaux locaux posent la question du rôle de ce type d'établissement dans notre société. Nous avons tous en tête les effets délétères de la canicule de l'été 2003 sur la population âgée de notre pays. L'Hôpital Local présente, grâce à sa petite taille, sa petite équipe, des possibilités de réactivité intéressantes en pareille situation. Il peut, si on lui donne quelques moyens, représenter un maillon important dans la prévention et les soins en proximité de la population âgée. Le regroupement d'hôpitaux locaux mutualisant leurs moyens, leurs connaissances, leurs expériences pourrait représenter un champs propice au développement d'une médecine gériatrique de qualité se généralisant à l'ensemble du territoire.

Nous pourrions comparer le besoin en petites structures de ce type pour les personnes âgées au besoin qu'ont les enfants et leurs parents de disposer à proximité de leur domicile d'une école où, quelque soit le lieu en France, l'enseignement soit de qualité équivalente. Quelque soit le lieu où elle est hébergée, la personne âgée devrait idéalement bénéficier de la même qualité de soin. Est-ce une vision utopiste ? Peut-on tendre vers cet idéal ? Le choix est possible, il appartient à notre société.

La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante écrite en 1987, remise à jour en 1997 par la commission « Droits et Libertés » de la Fondation Nationale de Gérontologie et diffusée grâce au soutien du Ministère Français des affaires Sociales nous interpelle : « *La vieillesse est une étape pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement* ». « *Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.* »

BIBLIOGRAPHIE

1. Stingre D. *Le service hospitalier*, Collection Que sais-je ? PUF, août 1998.
2. Godfryd M. *Textes de droits hospitalier*, Collection Que sais-je ? PUF, juin 2003.
3. Thevenet A. *Les institutions sanitaires et sociales de la France*, Collection Que sais-je ? PUF, janvier 2004.
4. Termeau M. *Le vieux Sillé*, Le Mans 1958, extrait p 142 à 152.
5. Extrait de *Réponses par les commissions de l'hospice et du bureau de bienfaisance de Beaumont-sur-Sarthe et le conseil municipal de cette ville au mémoire des héritiers de monsieur Mouette*, 1880.
6. Morin S. *L'Hospice de Bonnétable : de ses origines*, feuillet, 2001.
7. Termeau M. *L'ancien couvent des Minimes*, article du journal « Les Alpes Mancelles Libérées » du 10 juin 1974.
8. Texte *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante*, nouveau texte rédigé en 1997 de la charte établie en 1987 par la Commission Droits et Libertés des Personne Agées Dépendantes de la Fondation Nationale de Gérontologie.
9. Document de l'ARH des Pays-de-la-Loire, *Diagnostic préalable, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 1999-2004*, avril 1999.
10. Document *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 1999-2004 « organiser pour mieux soigner »*, Agence Régionale d'Hospitalisation des Pays-de-la-Loire, 6 juillet 1999.
11. Ouvrage collectif *L'évaluation des réseaux de soins : Enjeux et recommandations*, CREDES IMAGE ENSP, mai 2001.
12. Mémento STATISS 2003 *Les régions françaises*, Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays-de-la-Loire, juillet 2003.
13. Document de travail *Plan hôpital 2007*, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Sarthe, novembre 2003.
14. Document *Etude PAQUID : Les démences en France en 1998*, Novartis pharma SA.
15. Document informatique *Population des communes et des cantons sarthois 1999*, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Sarthe, mars 2004.

16. Document *Etat des lieux des Soins de suite et de réadaptation en Sarthe*, Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe, actualisation novembre 2003.
17. *Etude d'opportunité et de complémentarité entre le syndicat inter hospitalier Evron/Sillé-le-Guillaume et les Hôpitaux Locaux de Beaumont-sur-Sarthe et Bonnétable*. Rapport du 18 décembre 2000 par le cabinet SANESCO.
18. Document Dr Savio Ch. Directeur du SAMU 72 *Les Zones Blanches. Mise en place d'une couverture médicale - évaluation du dispositif*, 2001.
19. Décision ARH n°99/72/14 du 26 juillet 1999 par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation des Pays-de-la-Loire agréant la charte constitutive de la Communauté des Etablissements de santé du département de la Sarthe.
20. Document de travail Dr Rossard JP. *Projet Médical* des Hôpitaux locaux de Beaumont-sur-Sarthe, Bonnétable et Sillé-le-Guillaume, 2001.
21. Document *Le projet d'établissement du Pôle Gériatrique du Nord-Sarthe* novembre 2002.
22. Document *Le projet d'établissement de l'Hôpital Local de Bonnétable*, 2000.
23. Document Dr Deboffe G. *Projet de Création d'un Hôpital de jour sur l'Hôpital Local de Beaumont-sur-Sarthe*, 2000.
24. Document Dr Deboffe G. *La Consultation d'Evaluation Gériatrique*, 2000.
25. Document Dr Deboffe G. *Les actions de coopérations médicales entre les trois établissements*, 2000.
26. Document Dr Rossard JP *CLIC Nord-Sarthe : bilan d'activité, demande de labellisation niveau 2*, octobre 2001.
27. Document Dr Rossard JP. *CLIC Nord-Sarthe : bilan d'activité, demande de labellisation niveau 3*, mars 2003.
28. Document Lecuyer A. *La P.A.S.S. des Hôpitaux Locaux du Nord-Sarthe : bilan et perspectives*, février 2003.
29. Document collectif. *Projet de Vie n°1, Hôpital Local Sillé-le-Guillaume, année 2003*

30. Textes de Loi :

- *- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et modifiant le code de la Santé Publique.*
- *- Décret n°91-1410 du 31 décembre 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, pris pour l'application de la Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et modifiant le code de la Santé Publique.*
- *- Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux et modifiant le code de la Santé Publique*
- *- Circulaire n°14 du 26 mars 1993 relative à l'application du décret 92-1210 relatif au fonctionnement médical des hôpitaux locaux.*
- *- Circulaire DH n°89 du 21 juin 1993 en complément de la circulaire n° 14 du 26 mars 1993 relative à l'application du décret n°92-1210 relative au fonctionnement des hôpitaux locaux.*
- *- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.*
- *- Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant une prestation spécifique dépendance pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.*
- *- Circulaire DH/EO/97 n°97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements*
- *- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD.*
- *- Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD.*
- *- Circulaire DAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination. Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005. Cahier des charges sommaire.*
- *- Décret n°2001-388 du 4 mai 2001 modifiant les décrets n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD et n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD ainsi que le décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics*
- *- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale. Code de l'Action Sociale et des Familles.*

- - *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*
- - *Circulaire n°DHOS /02/DGS/SD5D/2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.*
- - *Circulaire DHOS/DG AS/03/AVIE n° 20031257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'Hôpital Local.*
- - *Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Communiqué du 3 septembre 2003 expliquant cette ordonnance.*

31. Les Conventions de coopération entre l'Hôpital Local de Beaumont-sur-Sarthe, l'Hôpital Local de Bonnétable et l'Hôpital Local de Sillé-le-Guillaume :

- - *Convention de coopération entre l'Hôpital Local de Beaumont-sur-sarthe, l'Hôpital Local de Bonnétable et l'Hôpital Local de Sillé-le-Guillaume, mars 2002.*
- - *Convention de Direction commune entre les hôpitaux locaux de Beaumont-sur-Sarthe, Bonnétable et Sillé-le-Guillaume. août 2002*
- - *Convention de coopération médicale entre les trois hôpitaux locaux du Nord-Sarthe. janvier 2003*
- - *Convention relative à la création d'une antenne de soins palliatifs sur le Pôle gériatrique du Nord-Sarthe. janvier 2003.*
- - *Convention de coopération pour la gérance de tutelle entre les établissements du Nord Sarthe ayant signé une charte, décembre 2002*
-

32. Charte de la coopération entre Etablissement Publics de santé et médico-sociaux du Nord-ouest de la Sarthe, 27 novembre 2002.

33. Compte rendu de la restitution de la visite des experts de l'ANAES du 5 juin 2003 à l'hôpital local de Sillé-le-Guillaume.

34. Statuts de l'association « Dolo-Sarthe »

35. Compte rendu de l'assemblée générale du réseau douleur en Sarthe du 05 février 2004.

36. Compte rendu de la réunion du réseau douleur Sarthe du 12 février 2004.
37. Compte rendu de la réunion du comité de direction qualité du 26 juin 2003
38. Compte rendu de la réunion du CLIN du 20 février 2003.
39. *QUALINOTE le journal de la qualité du Pôle Gériatrique du Nord-Sarthe* n°1 décembre 2003.
40. Feuille de présentation du Groupe de parole, Pôle Gériatrique du Nord-Sarthe
41. Statuts de l'association du CLIC des cantons de Ballon, Bonnetable et Montfort-le-Gesnois, 2004.
42. Annuaire pages jaunes 2003
43. *Dictionnaire de médecine Flammarion*, médecine sciences Flammarion, 1991.
44. Consensus Nord-Américain. *Diagnostic et traitement de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*, JAMA 1997 ; 268 :1363-71.

.

GLOSSAIRE

- ◆ ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
- ◆ AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources
- ◆ AMP : Aide Médico Psychologique
- ◆ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ◆ ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ◆ AS : Aide Soignant
- ◆ ASH : Agent Spécialisé en Hospitalier
- ◆ AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- ◆ CES : Contrat Emploi Solidarité
- ◆ CH : Centre Hospitalier
- ◆ CHM : Centre Hospitalier du Mans
- ◆ CLAN : Comité Liaison Alimentation Nutrition
- ◆ CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- ◆ CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- ◆ CLUD : Comité de LUtte contre la Douleur
- ◆ CME : Commission Médicale d'Etablissement
- ◆ CNEH : Centre National d'Expertise Hospitalière
- ◆ COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
- ◆ CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- ◆ DEFA : Diplôme d'Etat aux Fonctions d'Animation
- ◆ DESS : Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social
- ◆ DH : Directeur d'Hôpital
- ◆ DIU : Diplôme Inter Universitaire
- ◆ DMS : Durée Moyenne de Séjour
- ◆ DU : Diplôme Universitaire
- ◆ EHPAD : Etablissement Hébergeant les Personnes Agées Dépendantes
- ◆ GIR : Groupe Iso Ressource
- ◆ GMP : Gir Moyen Pondéré
- ◆ HAD : Hospitalisation A Domicile
- ◆ HL : Hôpital Local
- ◆ IADL: Instrumental Activities of Daily Living
- ◆ IDE : Infirmier(e) Diplômé d'Etat

- ◆ MDR : Maison De Retraite
- ◆ MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
- ◆ MMSE : Mini Mental Statue Examination
- ◆ MNA : Mini Nutritionnal Assesment
- ◆ MCS : Médecin Correspondant SAMU
- ◆ PASS : Permanence Accès aux Soins de Santé
- ◆ PH : Praticien Hospitalier
- ◆ PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
- ◆ SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- ◆ SIH : Syndicat Inter Hospitalier
- ◆ SLD : Soins de Longue Durée
- ◆ SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- ◆ SSR : Soins de Suite et de réadaptation
- ◆ UGC : Unité Gériatrique Comportementale
- ◆ UMC : Urgences Médicales et Chirurgicales
- ◆ UPAD : Unité pour Personnes Agées et Désorientées
- ◆ USLD : Unité de Soins de Longue Durée

TABLE DES MATIERES

PLAN.....	p 6
METHODOLOGIE.....	p 13
INTRODUCTION.....	p 16
HISTORIQUE.....	p 20
1. Historique rapide de chaque hôpital.....	p 21
1.1. L'hôpital de Beaumont sur Sarthe.....	p 21
1.2. L'hôpital de Bonnétable.....	p 21
1.3. L'hôpital de Sillé le Guillaume.....	p 23
2. Activités antérieures.....	p 24
2.1. Capacité d'accueil.....	p 24
2.2. Fonctionnement médical.....	p 25
2.3. Ressources humaines.....	p 26
3. Recherche de coopération.....	p 32
3.1. Changements administratifs.....	p 32
3.2. Expérience du syndicat inter hospitalier Evron/Sillé-le-Guillaume	p 34
3.3. Etude SANESCO.....	p 34
3.4. Naissance du Pôle Gériatrique.....	p 37
3.5. Statut juridique choisi par le Pôle Gériatrique.....	p 38
UN POLE GERONTOLOGIQUE AU SEIN D'UNE FILIERE	39
1. Inscrit parfaitement dans le SROS 2.....	p 40
1.1. Les grands principes du SROS 2 déclinés par les trois hôpitaux locaux.....	p 40
1.2. Les Objectifs de SROS mis en œuvre au sein du Pôle Gériatrique	p 46
2. Inscrit dans un bassin de population.....	p 50
2.1. Situation géographique.....	p 50
2.2. Données démographiques.....	p 56
2.3. Offre de soin.....	p 71
3. Inscrit dans un réseau médico-social.....	p 78

3.1. Les textes relatifs aux missions des hôpitaux locaux.....	p 78
3.2. Tourné vers la société.....	p 81
3.3. Tourné vers le réseau médico-social.....	p 86
3.4. Tourné vers la médecine de ville.....	p 91
3.5. Tourné vers la Communauté des Etablissements Hospitaliers de la Sarthe...	p 94

AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES : PRIORITE DU PÔLE.....p 100

1. Directement auprès de la personne âgée hospitalisée.....p 100

1.1. Travail d'écriture et de transparence.....	p 100
1.2. Renforcement des équipes au lit du patient.....	p 103
1.3. Achat de matériel adapté.....	p 106
1.4. Suivi nutritionnel.....	p 106
1.5. Travail sur la prise en charge de la douleur.....	p 107
1.6. Travail sur la prise en charge des soins palliatifs.....	p109
1.7. L'animation.....	p 111

2. Par le rehaussement du niveau de compétence tant au niveau humain que structurel.....p 113

2.1. Mise en place d'instances, de vigilances.....	p 113
2.2. Harmonisation et protocolisation des pratiques.....	p 121
2.3. Formation ciblée des agents.....	p 121
2.4. Créations d'emplois partagés.....	p 122
2.5. Chantier pour l'accréditation.....	p 124
2.6. Les évolutions architecturales en cours.....	p 125

3. Par l'amélioration des conditions de travail et des compétences des soignants.....p 128

3.1. Emplois nouveaux.....	p 129
3.2. Renforcement du personnel.....	p 129
3.3. Consolidation des emplois.....	p 130

3.4. Améliorer les conditions de travail.....	p 130
3.5. Formation des agents adaptée aux besoins.....	p 131
3.6. Possibilité d'évolution, de mutation interne.....	p 132
3.7. Mise en place de groupes de parole sur chaque site.....	p 132
3.8. Groupe de réflexion éthique avec un juriste.....	p 132
4. Par le soutien des personnes à domicile.....	p 133
5. Par la conscience de ses limites.....	p 134
LE PROJET MEDICAL.....	p 136
1. Consolider l'activité sanitaire.....	p 137
1.2. Quelques lits de médecine en question.....	p 138
1.2. Consolider l'activité de Soins de suite et Réadaptation (SSR).....	p 140
1.3. Le suivi en Soins de Longue Durée (SLD).....	p 148
2. Diversifier l'offre de soin	p 150
2.1. Répondre en amont et en aval aux besoins des centres hospitaliers et des cliniques	p 150
2.2. Diversifier les modes d'accueil	p 153
2.3. Prise en charge adaptée de la démence.....	p 154
3. La Consultation d'évaluation gériatrique	p 163
3.1. Un élément essentiel du projet médical	p 164
3.2. Premières mises en place.....	p 167
3.3. Les outils de l'évaluation.....	p 168
3.4. Intérêt perçu auprès des professionnels	p 168
4. Se former, adapter ses compétences aux besoins du Pôle.....	p 169
4.1. Adaptation des médecins	p 169
4.2. Favoriser un continuum dans le suivi des patients	p 169
DIFFICULTES	p 171
CONCLUSION.....	p 174
BIBLIOGRAPHIE	p 178

GLOSSAIRE	p 184
TABLE DES MATIERES	p 187
RESUME	p 194

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de thèse :

**CREATION D'UN PÔLE GERONTOLOGIQUE
ENTRE TROIS HÔPITAUX LOCAUX DU NORD-
SARTHE, PIVOT D'UNE FILIERE GERIATRIQUE
COHERENTE.**

RESUME

En 2000, poussés par des changements administratifs internes, incités par le SROSS-2, animés par une volonté de faire valoir leurs compétences et leur rôle sanitaire et social auprès de la personne âgée, trois hôpitaux locaux du Nord-Sarthe se sont regroupés en un Pôle gériatologique. Leur association leur a permis de conduire un véritable projet gériatrique, de se doter d'instances communes actives, d'embaucher du personnel spécialisé. Le Pôle souhaite créer une filière sanitaire gériatrique sur chaque site ainsi qu'une filière spécialisée dans le traitement de la démence afin de répondre aux besoins d'une population rurale vieillissante confrontée à une faible couverture sanitaire libérale. Les projets sont lancés, les équipes travaillent, les moyens sont attendus afin de confirmer la réalisation de ce Pôle.

MOTS-CLEFS

- HOPITAL LOCAL
- PÔLE GERONTOLOGIQUE
- FILIERE GERIATRIQUE
- COOPERATION
- BASSIN DE SANTE
- NORD-SARTHE