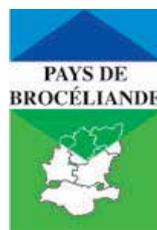


PARCOURS DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

DE LA RÉALISATION D'UN
DIAGNOSTIC À LA MISE EN PLACE
D' ACTIONS CONCRÈTES SUR UN
TERRITOIRE

Expérimentation
menée sur Saint-
Méen-le-Grand



Édito

Le vieillissement de la population et, avec lui, l'émergence des maladies chroniques, constitue un enjeu considérable d'organisation du système de soins. Selon l'INSEE, la France comptera près de 10 millions d'habitants en plus en 2050 et une personne sur six aura 75 ans et plus contre une sur dix aujourd'hui. Pour répondre à ce défi, l'offre sanitaire et médico-sociale doit être mieux structurée sur un territoire et adaptée au caractère évolutif des besoins des patients atteints d'affections chroniques et progressives, sources d'incapacités fonctionnelles pouvant aller jusqu'à la dépendance. Cette évolution doit être pensée dans une logique de prise en charge pluri-professionnelle, à travers une étroite coordination entre les professionnels de soins de ville, les structures médico-sociales et sociales, les hôpitaux de proximité et les plateaux techniques gériatriques. C'est pourquoi, il convient de s'engager vers une organisation et des coopérations centrées autour d'un parcours de vie coordonné, comprenant le soin et l'accompagnement de la personne âgée et des aidants.

En Bretagne, le projet porté par le pôle de santé libéral et le centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand a été retenu, avec 10 autres projets en France, pour participer à une expérimentation¹ qui vise à une meilleure organisation du parcours de santé des personnes âgées. Celle-ci s'inscrit dans le cadre du rapport « assurance maladie et perte d'autonomie » rendu par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) en juin 2011, qui définit des pistes d'optimisation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Il propose, au travers de projets-pilotes, d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation dans une approche transversale et continue de parcours. Ces expérimentations portent sur un segment précis mais critique du parcours de soins : l'amont et l'aval de l'hospitalisation. L'objectif est de favoriser la continuité du parcours de santé par :

- une meilleure organisation des soins permettant d'éviter quand c'est possible une hospitalisation et de prévenir des réhospitalisations de personnes âgées ;
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun notamment au moment sensible d'une hospitalisation ;
- un véritable partage de l'information entre les professionnels.

Lancée en 2012, la première étape de cette expérimentation a consisté à la réalisation d'un diagnostic territorial devant concourir à l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée au regard de l'offre de soins en présence et des organisations existantes.

Cette publication a pour objectifs de partager les résultats du diagnostic mené sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand et de présenter les axes de travail retenus par les acteurs de terrain. La finalité est de pouvoir contribuer aux réflexions menées sur les nouvelles organisations à mettre en place pour répondre au défi du vieillissement et de la perte d'autonomie.

*Pierre Bertrand,
Directeur de la Stratégie et des Partenariats - ARS Bretagne*

¹ Article 70 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2012

Sommaire

Préambule	2
La population des 75 ans et plus sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand.....	4
La cartographie de l'offre de santé.....	5
Le recours aux soins et les parcours de soins actuels des personnes âgées	7
La vision des acteurs sur leur organisation	11
Des pistes d'amélioration identifiées.....	12
Les premières actions mises en place sur Saint-Méen-le-Grand	13
Conclusion	15
Glossaire.....	15
Bibliographie	15

MÉTHODOLOGIE

Le territoire d'analyse : au regard de l'analyse des flux de consommation de soins vers les médecins généralistes de Saint-Méen-le-Grand, de la consommation de soins de médecine vers le centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand ainsi que sur le niveau géographique de disponibilité des données, il a été décidé de retenir les communes correspondant au code PMSI de Saint-Méen-le-Grand : Le Crouais, Gaël, Muel, Quédillac, Saint-Méen-le-Grand et Saint-Onen-la-Chapelle.

Le diagnostic s'est appuyé sur une double approche.

Un diagnostic quantitatif, construit selon 3 axes d'analyse, pour apporter une vision du territoire :

- une analyse populationnelle (environnement, état de santé, niveau d'autonomie, ressources) ;
- une cartographie de l'offre de santé pouvant répondre aux besoins de la population âgée du territoire (médecine de ville, services d'urgences, établissements et services médico-sociaux, dispositif d'information et d'orientation,...) ;
- une analyse des parcours de soins avec une description de la consommation de soins de ville et une cartographie des flux au sein de l'hôpital et à sa sortie.

Un diagnostic qualitatif qui, par le biais d'entretiens réalisés auprès des acteurs de santé du territoire, permet d'avoir une vision transversale du parcours de santé d'une personne âgée. Le diagnostic réalisé sur Saint-Méen-le-Grand permet de mettre en évidence :

- les difficultés de fonctionnement rencontrées par les acteurs ;
- les points forts et les points faibles de la prise en charge ;
- les pistes d'amélioration pour favoriser l'articulation et la coordination interprofessionnelle dans une logique de territoire d'intervention.

SOURCE DES DONNÉES

Le diagnostic quantitatif a nécessité la sollicitation de plusieurs partenaires :

- l'INSEE, pour décrire la population âgée à travers les données du recensement de population ;
- l'Assurance Maladie, pour connaître la prévalence des pathologies chroniques via les affections de longue durée (ALD) ;
- la CARSAT Bretagne, pour connaître le nombre d'allocataires de différents dispositifs d'aides (ASPA, PAP et ARDH) ;
- le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine et le Pays de Brocéliande concernant les informations sur l'APA ;
- l'ORS Bretagne, pour les données nationales de mortalité de l'Inserm-CépiDc ;
- l'ARS Bretagne pour les données sur les hospitalisations (bases de données du PMSI 2011), l'outil CartoS@nté pour les données sur la démographie médicale, les répertoires nationaux (FINESS, ADELI, RPPS) et les rapports d'activité des établissements et services médico-sociaux.

Le diagnostic qualitatif a nécessité la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès :

- des professionnels de santé du territoire de St-Méen-le-Grand : les professionnels de santé libéraux, le centre hospitalier local de St-Méen-le-Grand, l'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et le foyer logement, le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), l'aide à domicile en milieu rural (ADMR), le centre local d'information et de coordination en Brocéliande (CLIC), l'équipe du Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS) et les représentants des usagers ;
- des centres hospitaliers dotés d'un service d'urgences au sein desquels transitent les personnes âgées du territoire de St-Méen-le-Grand : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, centre hospitalier de référence du territoire de santé, les centres hospitaliers publics de Dinan et de Ploërmel et le centre hospitalier privé de St-Grégoire.

La population des 75 ans et plus sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand

DES PERSONNES ÂGÉES AUX FAIBLES RESSOURCES

Les ressources des personnes de 65 ans et plus² résidant sur le territoire d'analyse sont plus faibles : 4,5 % bénéficient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)³, ce qui est plus fréquent qu'en Ille-et-Vilaine (4,1 %) ou en Bretagne (4,3 %). Par ailleurs, 34 personnes âgées de 75 ans et plus ont bénéficié d'un plan d'action personnalisé (PAP) en 2012⁴ et 6 ont fait une demande d'aide au retour à domicile suite à une hospitalisation (ARDH)⁵.

UNE POPULATION PARTICULIÈREMENT ÂGÉE, RURALE, DONT UN QUART EN INSTITUTION.

En 2009, la population âgée de 75 ans ou plus sur le territoire d'analyse était au nombre de 1159 habitants, soit 12 % de la population. Ce taux est plus élevé qu'en Bretagne (10 %) et beaucoup plus que sur l'Ille-et-Vilaine (8 %).

Près de la moitié des personnes âgées relève du régime agricole (49 %) et un tiers d'entre elles vit seul à son domicile, proportion plus faible que sur le reste de la région (40 %). Une des explications réside dans le fait que plus d'un quart des personnes âgées est hébergé en institution (contre 11 % en région).

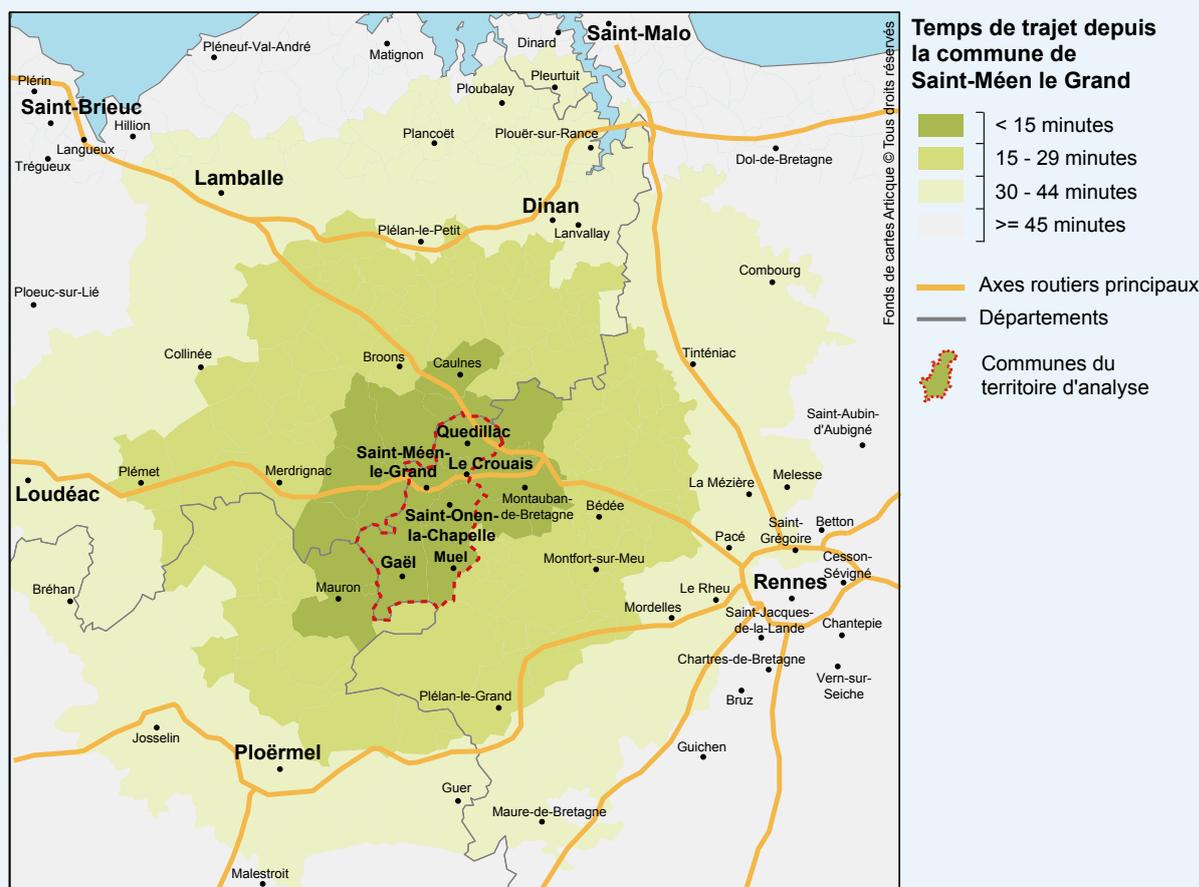
UNE SURREPRÉSENTATION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET EN PARTICULIER L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Plus d'un tiers des personnes de 75 ans et plus résidant sur le territoire est pris en charge à 100 % au titre d'au moins une affection de longue durée (ALD)⁶. Ce taux reste plus faible que ceux observés sur la Bretagne et l'Ille-et-Vilaine.

Parmi les ALD déclarées, les maladies cardiovasculaires (maladie coronaire, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle ou artériopathie chronique) y sont surreprésentées (49 %) par rapport à la moyenne régionale. C'est également la première cause de mortalité observée (33 % des décès), l'insuffisance cardiaque étant le premier motif d'hospitalisations.

À noter que les ALD pour tumeurs sont sous-représentées sur le territoire de Saint-Méen le Grand (12 %), comparé à la moyenne régionale (17 %).

■ Carte 1 / Le territoire d'analyse



2. Relevant du régime général

3. L'ASPA est entrée en vigueur le 13 janvier 2007 et se substitue, pour les nouveaux bénéficiaires, aux anciennes allocations du minimum vieillesse (notamment à l'ASV), et assure un minimum de ressources aux personnes âgées de 65 ans et plus disposant de faibles revenus.

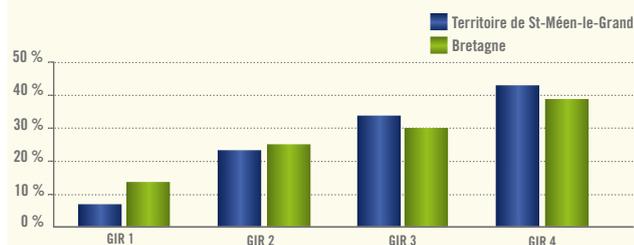
4. La Carsat Bretagne met en œuvre un plan d'action personnalisé (PAP) afin de faciliter la vie quotidienne des retraités peu dépendants mais dont l'état de santé, l'isolement géographique ou social rendent le maintien à domicile difficile. Il s'agit d'une prise en charge financière (tiers payant ou remboursement) d'un « panier » de services (aide à domicile, portage de repas, transports, amélioration de l'habitat, hébergement temporaire...) qui varie en fonction des coûts du service et des ressources du retraité. Les bénéficiaires de l'ASPA peuvent bénéficier d'un PAP.

5. La Carsat Bretagne, selon des conditions particulières, peut apporter une aide financière pour faciliter le retour à domicile suite à une hospitalisation (ARDH).

6. Sources : DCIR 31/07/2012 (Cpam) - Infocentre CMCD (Régime Agricole) 30/11/2012 - RSI 31/07/2012

PLUS DE PERSONNES DÉPENDANTES MAIS AVEC UN NIVEAU DE DÉPENDANCE MOINS ÉLEVÉ

■ Graphique 1 / Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA



Sources : DREES – enquête annuelle aides sociales 2011 auprès des Conseils Généraux pour l'Ille-et-Vilaine et données du pays de Brocéliande (2013) pour le Canton de ST-Méen-le-Grand; exploitation ARS Bretagne

Il y a plus de bénéficiaires de l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA) résidant sur le canton de Saint-Méen-le-Grand (36 %) que sur le reste de l'Ille-et-Vilaine (21,5 %), mais avec des niveaux de dépendance globalement moins élevés : 32 % sont en situation de dépendance lourde (GIR⁷ 1 et 2) contre 40 % dans le département et 68 % relèvent du GIR 3 ou 4 contre 60 % dans le département. Ces chiffres sont à rapprocher du taux élevé de personnes domiciliées en EHPA et EHPAD.

Toutefois, les travaux de l'INSEE⁸ montrent que le nombre de personnes âgées dépendantes augmentera dans les années à venir et, ce de manière encore plus prononcée, sur le Pays de Brocéliande (+ 52 % entre 2010 et 2030) qu'en Ille-et-Vilaine (+ 42 %).

La cartographie de l'offre de santé

UN TERRITOIRE RELATIVEMENT BIEN POURVU EN MÉDECINE DE VILLE

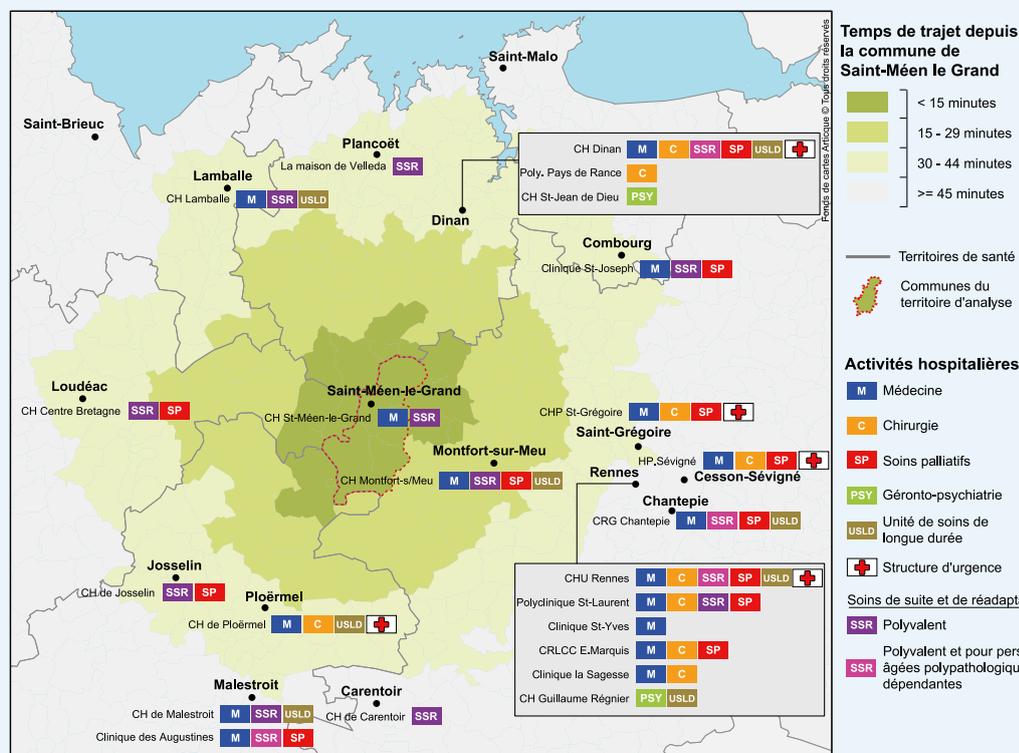
Le territoire de Saint-Méen-le-Grand bénéficie d'une grande diversité de professionnels de santé libéraux : médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues et psychologue. À l'exception des orthophonistes pour lesquels la zone est considérée comme très sous-dotée, les dotations pour les autres professions se situent autour de la moyenne. Toutefois, le territoire est entouré de zones rurales majoritairement sous-dotées en professionnels de santé libéraux. Il

convient d'ajouter que les médecins généralistes libéraux interviennent également au sein du centre hospitalier local.

Par ailleurs, les professionnels de santé libéraux ont créé, en juin 2009, le pôle pluridisciplinaire de Saint-Méen-le-Grand. Les professionnels exercent seuls ou en groupe sans que tous soient réunis sur la même commune mais partagent un projet de santé commun sur la prise en charge de leur patient. Cette organisation leur a permis d'entrer dans un premier dispositif expérimental appelé « nouveaux modes de rémunération »⁹, dès 2010.

UN CENTRE HOSPITALIER LOCAL MAIS DES URGENCES ET UNE OFFRE SPÉCIALISÉE ÉLOIGNÉES

■ Carte 2 / Les structures hospitalières à proximité de Saint-Méen le Grand



Source et réalisation : ARS Bretagne, 2013 - Autorisation au 31/12/2012

7. Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ils sont au nombre de 6, allant du GIR 1 pour les personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées au GIR 6 pour les personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante.

8. Enquêtes INSEE, Handicap-Santé 2008-2009, projections de population Omphale 2010.

9. L'article 44 de la LFSS 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations. L'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de 1er recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Depuis 2011, le centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand dispose de 20 lits de médecine et de 40 lits de SSR¹⁰. Le centre hospitalier local de Montfort-sur-Meu, en direction commune avec le centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand, dispose de 11 lits de médecine et de 30 lits de SSR.

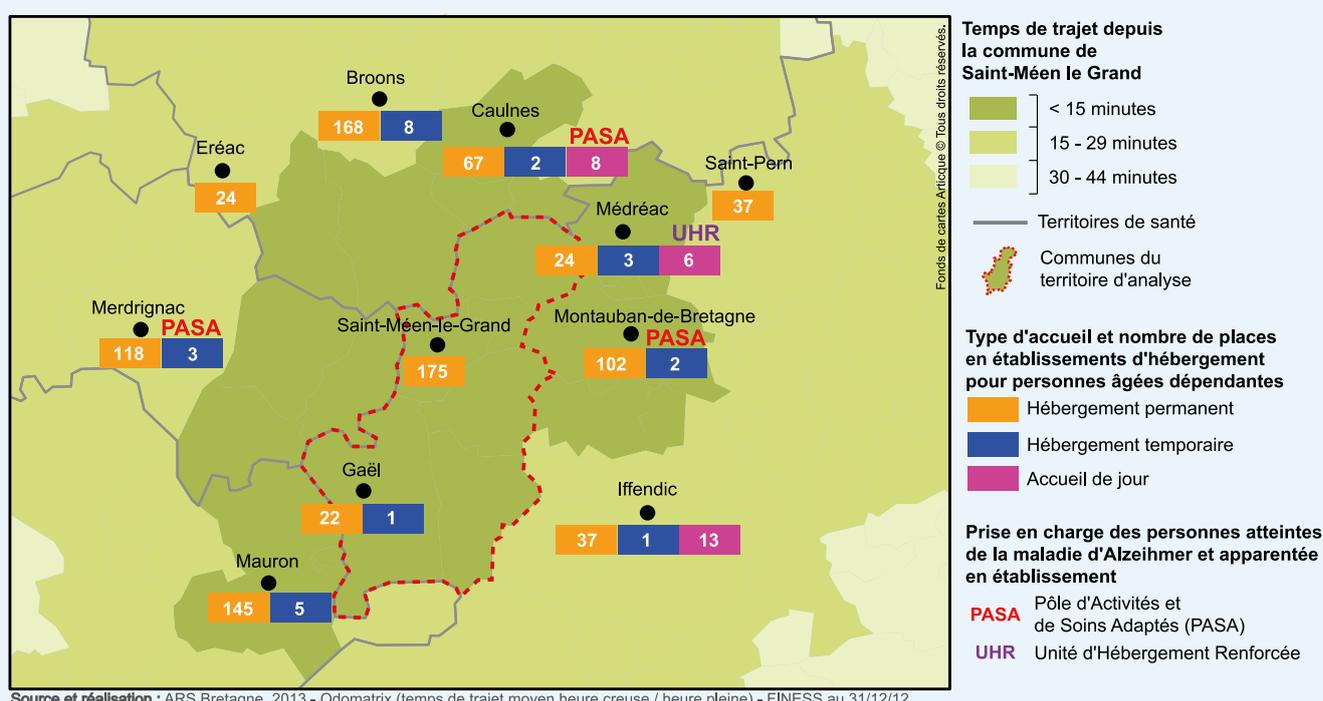
En ce qui concerne les sites des urgences, les plus proches se situent sur les centres hospitaliers de Ploërmel et Dinan (accessibles en moins de 40 minutes), le centre hospitalier privé de Saint-Grégoire et le centre hospitalier universitaire de Rennes (accessibles en 40-50 minutes) puis les urgences de l'hôpital privé de Sévigné, à un peu plus de 50 minutes.

Pour l'offre sanitaire en unité de soins palliatifs, outre l'offre existante sur Rennes et sa périphérie, des lits sont installés au centre hospitalier local de Montfort-sur-Meu ainsi que dans les centres hospitaliers de Combourg, Dinan, Josselin et Loudéac. Depuis juillet 2012, une équipe mobile de soins palliatifs est reconnue au centre hospitalier de Dinan. Il en existe également au CHU de Rennes et au centre de gériatrie de Chantepie.

Les personnes âgées du territoire peuvent également être hospitalisées à domicile car le territoire est couvert par l'HAD 35¹¹, dont une antenne se situe sur Montauban-de-Bretagne.

UNE OFFRE MÉDICO-SOCIALE COMPLÈTE ET SPÉCIALISÉE

■ Carte 3 / Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à moins de 20 minutes de Saint-Méen-le-Grand



Les places d'hébergement permanent en EHPAD sont nombreuses sur le territoire (197 places) ainsi que sur les communes environnantes. Le foyer-logement basé sur Saint-Méen-le-Grand¹² dispose quant à lui de 42 logements avec un forfait de soins courants. Au total, le taux d'équipement en places d'hébergement est de 206,2 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire, contre 142,5 sur l'ensemble du département d'Ille-et-Vilaine.

Des dispositifs complémentaires existent à proximité avec des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) à moins de 20 minutes et une unité d'hébergement renforcée (UHR médico-sociale) de 14 places à moins d'un quart d'heure.

Les personnes âgées du territoire d'analyse peuvent également bénéficier de services à domicile tels que le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de Saint-Méen-le-Grand, d'une capacité de 57 places, le service d'aide à domicile de l'ADMR de Saint-Méen-le-Grand ou le SPASAD de Mordelles, doté d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA), d'une capacité de 10 places (soit environ 30 personnes accueillies chaque année). Par ailleurs, la population de Saint-Méen-le-Grand a accès à un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) de niveau 3¹³ et à l'équipe médico-sociale¹⁴ du centre départemental d'action sociale (CDAS).

10. L'établissement a mis en place une commission qui détermine les entrées dans les services de médecine et de SSR.

11. Hospitalisation à domicile du département d'Ille-et-Vilaine

12. Au 31 décembre 2011, cet établissement ne dispose pas de chambres spécifiquement aménagées pour l'accueil des personnes en fin de vie, et il n'existe pas de volet « soins palliatifs » dans son projet d'établissement (source : données déclarées dans l'enquête EHPA 2011).

13. Il a pour mission d'informer les personnes âgées, de les orienter, de faciliter leurs démarches, de fédérer les acteurs locaux, d'évaluer les besoins, d'élaborer les plans d'aide et d'accompagner et d'assurer le suivi de ces plans en lien avec les intervenants extérieurs.

14. Composée d'un médecin référent, d'une infirmière gériatrique et d'une conseillère sociale en gérontologie



Le recours aux soins et les parcours de soins actuels des personnes âgées

UNE CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE GLOBALEMENT PLUS FAIBLE QU'EN RÉGION, QUASI EXCLUSIVEMENT PRESCRITE SUR LE TERRITOIRE ANALYSÉ

La consommation moyenne d'actes de professionnels de santé libéraux¹⁵ par habitant de 75 ans et plus est moindre chez les habitants du territoire qu'en Bretagne, que ce soit pour les actes de médecine générale (5,2 actes vs 6,7 en Bretagne), de masso-kinésithérapie (4,6 actes vs 7,1) ou de soins infirmiers libéraux (27,7 actes vs 55,2). La consommation d'actes de chirurgiens-dentistes est, quant à elle, similaire à celle observée sur la région (environ 1 acte par personne âgée au cours de l'année).

Par ailleurs, le taux de fuite relatif à la consommation de soins de médecine générale est très faible puisque 85 % des actes de médecine générale consommés par la population âgée du territoire d'analyse sont prescrits par les médecins y exerçant.

UN IMPORTANT RECOURS AUX SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE QUI EXPLIQUE LE FAIBLE RECOURS DE CETTE POPULATION AUX SOINS INFIRMIERS LIBÉRAUX

En 2011, le SSIAD de Saint-Méen-le-Grand était saturé¹⁶. Les personnes accompagnées étaient âgées en moyenne de 82 ans et 53 % étaient en situation de dépendance lourde (GIR 1 ou 2). Les principales demandes de prise en charge par le SSIAD ont été réalisées par la famille (45 % des cas), le médecin traitant (16 %), une assistante sociale (15 %) ou un service hospitalier (9 %).

Plus de la moitié des personnes âgées prise en charge sur l'année par le SSIAD en est sortie au motif d'une hospitalisation (60 %), d'une reprise de l'autonomie avec relais de prise en charge par l'ADMR ou une infirmière libérale (13 %), d'un décès (13 %), d'un refus de soins (7 %), ou d'une entrée directe en EHPAD (3 %) ou une prise en charge par l'HAD (3 %).

PLUS D'1/4 DES RÉSIDENTS D'EHPAD HOSPITALISÉ DANS L'ANNÉE

En 2011, le taux d'occupation des établissements médico-sociaux du territoire était de 100 %¹⁷. À l'EHPAD de Saint-Méen-le-Grand, 53 % des résidents étaient en situation de dépendance lourde (GIR 1 ou 2) et 28 % d'entre eux ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année.

DES HOSPITALISATIONS MAJORITAIREMENT ORIENTÉES VERS LE CHU DE RENNES

En 2011, 35 % des personnes âgées résidant sur le territoire¹⁸ ont été prises en charge dans un établissement hospitalier, pour un taux de recours inférieur à la moyenne régionale.

Parmi elles, 96 % ont effectué un séjour dans un service de médecine et/ou chirurgie, principalement au CHU de Rennes (39 % des séjours), au CHP de Saint-Grégoire (16 %) et au centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand (12 %).

D'autre part, un quart des personnes hospitalisées ont effectué un séjour dans un service de SSR, essentiellement au centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand (77 % des journées)¹⁹.

15. Application CartoS@nté - Actes (consultations et visites de généralistes) remboursés au cours de l'année 2010 par les organismes du Régime Général, de la MSA et du RSI; Exploitation ARS Bretagne

16. Source: rapport d'activité 2011

17. Source: données déclarées - enquête EHPA 2011.

18. 19. Source: PMSI 2011

■ **Tableau 1 / Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus du territoire hospitalisées en service de médecine-chirurgie en 2011**

ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISÉS	NOMBRE DE SÉJOURS	PART DES SÉJOURS	DONT % SÉJOURS APRÈS PASSAGE AUX URGENCES AU SEIN DE L'ETS
CHU de Rennes	174	255	39 %	59 %
CHP Saint-Grégoire	76	103	16 %	13 %
CH de Saint-Méen-le-Grand	71	79	12 %	-
Polyclinique Saint-Laurent	44	58	9 %	-
CH Ploërmel	40	58	9 %	24 %
Hôpital privé Sévigné	21	24	4 %	8 %
CRG Chantepie	20	21	3 %	-
CRLCC E. Marquis	9	14	2 %	-
CH Dinan	9	14	2 %	79 %
Autres	27	33	5 %	-
TOTAL	387*	659	100 %	-

* Lecture : Certains patients ont été hospitalisés plusieurs fois. Certains patients ont été hospitalisés dans plus d'un établissement au cours de l'année. En 2011, pour 255 séjours en MCO au CHU de Rennes, 59 % ont été réalisés après un passage aux urgences du CHU.

Source : PMSI MCO : Activité des établissements de santé ayant transmis des données PMSI sur l'ensemble de la période. L'analyse exclut les séjours non chaînés. Les séjours qui font suite à un passage aux urgences sont sélectionnés avec un mode d'entrée urgence (code PMSI « 8.5 »).
Exploitation ARS Bretagne

77 % DES HOSPITALISATIONS EN URGENCE DES PERSONNES ÂGÉES DU TERRITOIRE DE SAINT-MÉEN-LE-GRAND ONT EU LIEU AU CHU DE RENNES

Au regard des hospitalisations en urgence des personnes âgées de Saint-Méen-le-Grand dans les différents établissements de la région, le CHU de Rennes est l'établissement le plus fréquenté (77 % des hospitalisations en urgence). Sur les 255 séjours en médecine ou chirurgie au sein du CHU, 59 % des hospitalisations ont eu lieu après un passage aux urgences de l'établissement.

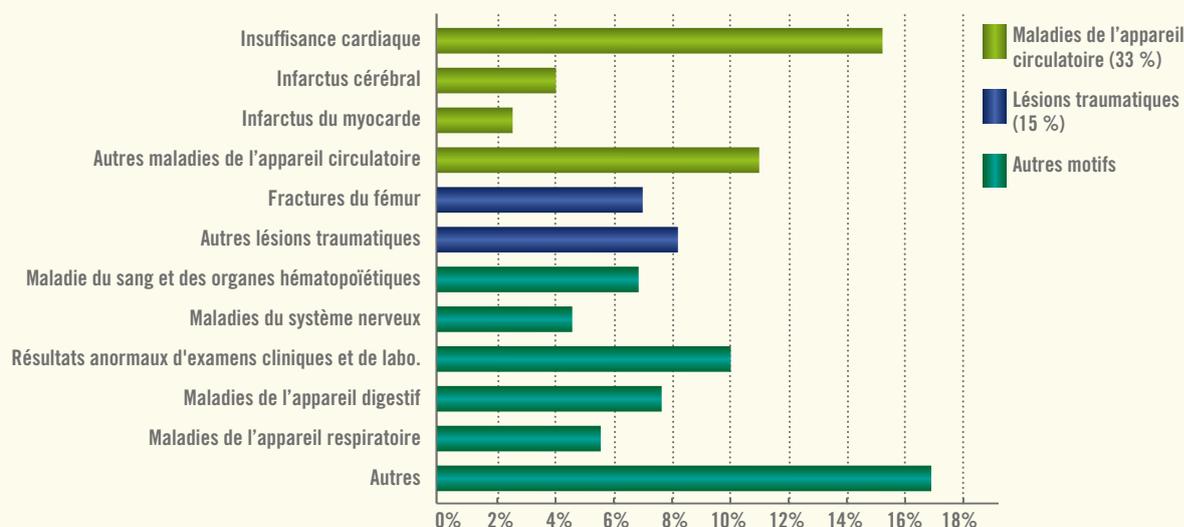
Les établissements privés de Saint-Grégoire et de Cesson-Sévigné affichent, à l'inverse, les taux les plus faibles en raison de leurs activités principalement réalisées en hospitalisation programmée.

À noter que l'analyse des passages aux urgences quel que soit le mode de sortie (hospitalisation ou retour à domicile) n'a pas été possible par manque de disponibilité de l'information.

1/3 DES SÉJOURS APRÈS PASSAGE AUX URGENCES SONT LIÉS AUX MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

En 2011, près d'un tiers des séjours hospitaliers des personnes âgées du territoire de Saint-Méen-le-Grand en services de médecine et chirurgie après un passage aux urgences est lié aux maladies de l'appareil circulatoire, principalement pour des insuffisances cardiaques. Les lésions traumatiques sont responsables quant à elles de 15 % de ces séjours.

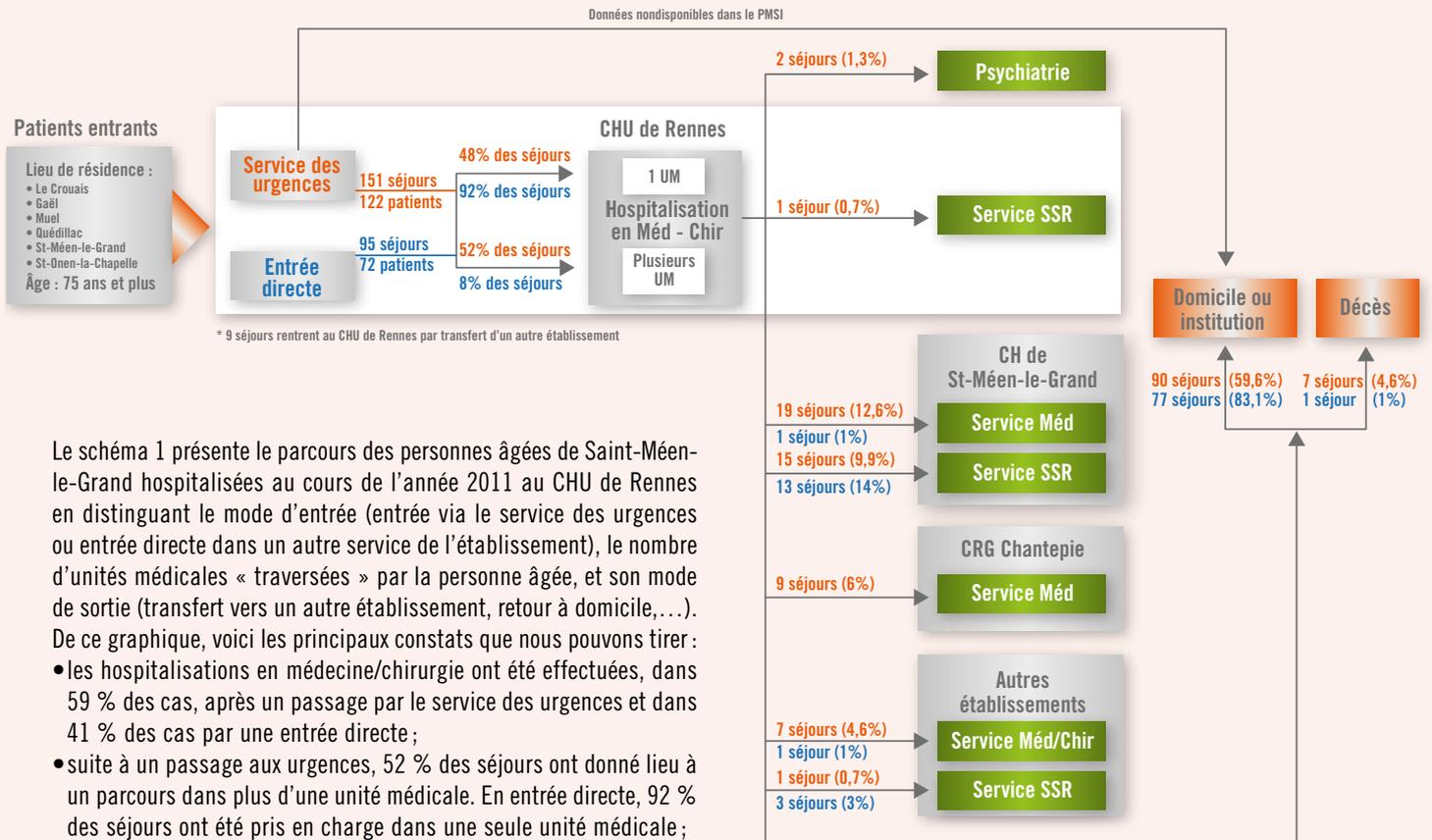
■ **Graphique 2 / Motifs d'hospitalisations en médecine et chirurgie après passage aux urgences chez les personnes de 75 ans et plus du territoire**



Source : PMSI 2011 - Exploitation ARS Bretagne



■ Schéma 1 / Les parcours intra-hospitaliers : Hospitalisations des personnes âgées de Saint-Méen le Grand : l'exemple du CHU de Rennes



Le schéma 1 présente le parcours des personnes âgées de Saint-Méen-le-Grand hospitalisées au cours de l'année 2011 au CHU de Rennes en distinguant le mode d'entrée (entrée via le service des urgences ou entrée directe dans un autre service de l'établissement), le nombre d'unités médicales « traversées » par la personne âgée, et son mode de sortie (transfert vers un autre établissement, retour à domicile, ...).

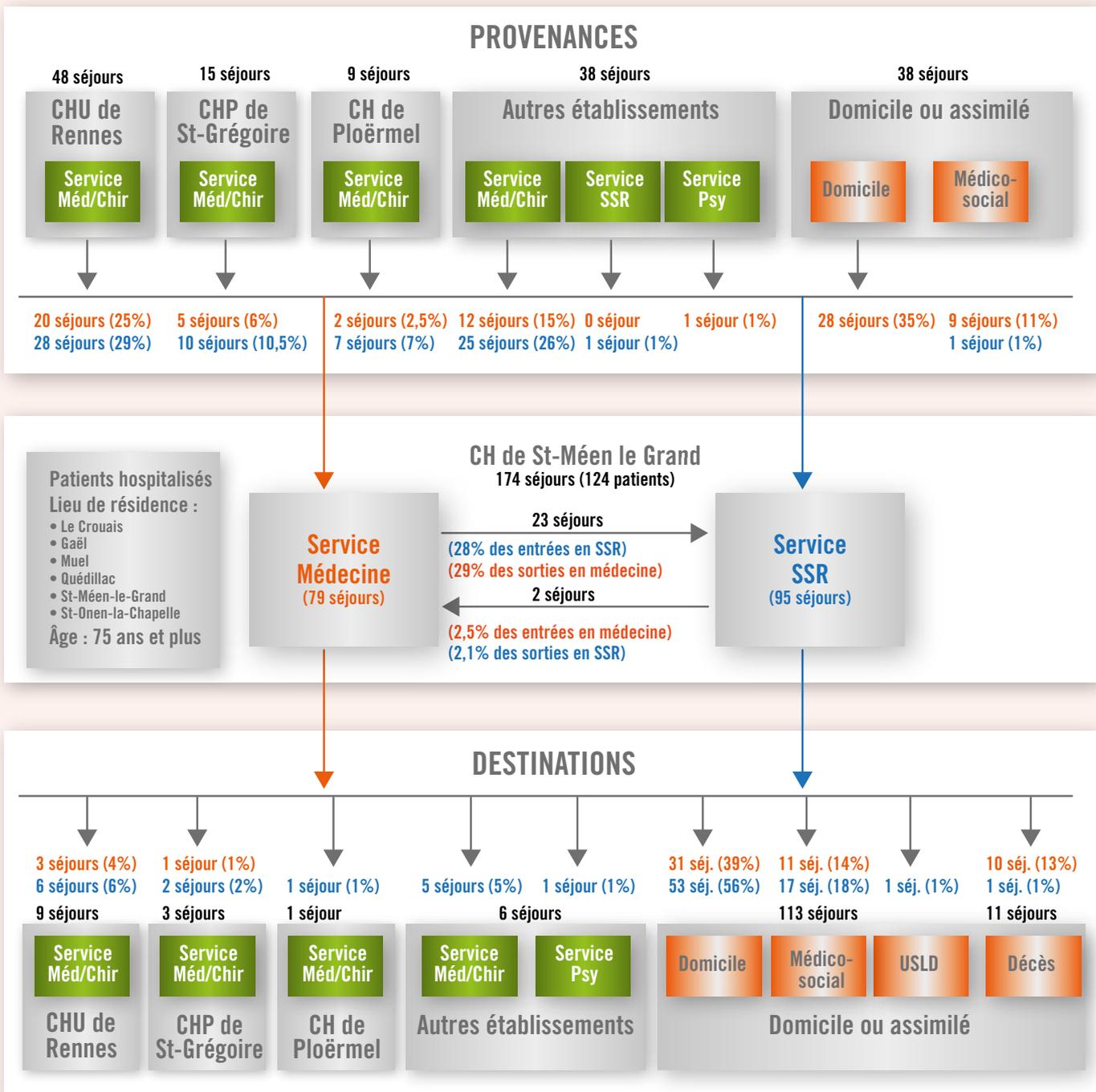
De ce graphique, voici les principaux constats que nous pouvons tirer :

- les hospitalisations en médecine/chirurgie ont été effectuées, dans 59 % des cas, après un passage par le service des urgences et dans 41 % des cas par une entrée directe ;
- suite à un passage aux urgences, 52 % des séjours ont donné lieu à un parcours dans plus d'une unité médicale. En entrée directe, 92 % des séjours ont été pris en charge dans une seule unité médicale ;
- 60 % des hospitalisations en médecine/chirurgie, suite à un passage aux urgences, aboutissent à un retour du patient à son domicile²⁰ et 23 % à un transfert du patient vers le centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand ;
- 83 % des hospitalisations dans les services de médecine/chirurgie en entrée directe aboutissent à un retour à domicile et 14 % à un transfert vers le service SSR du centre hospitalier local de Saint-Méen le Grand.

Source : PMSI 2011 - Exploitation ARS Bretagne

NB : Certains patients ont pu être hospitalisés plus d'une fois au cours de l'année, avec des modes d'entrées différents dans l'établissement.

■ Schéma 2 / La place d'un centre hospitalier local dans les parcours de soins hospitaliers : l'exemple du CH de Saint-Méen-le-Grand



Source : PMSI 2011 - Exploitation ARS Bretagne

Le schéma 2 présente le parcours des personnes âgées de Saint-Méen-le-Grand hospitalisées au cours de l'année 2011 au centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand dans les services de médecine et de SSR selon le mode d'entrée (entrée directe ou transfert d'un autre établissement) et le mode de sortie (retour à domicile, transfert vers un autre établissement,...).

Les principaux constats sur les modes d'entrées au centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand sont les suivants :

- en service de médecine, les patients proviennent principalement de leur domicile ou du CHU de Rennes ;

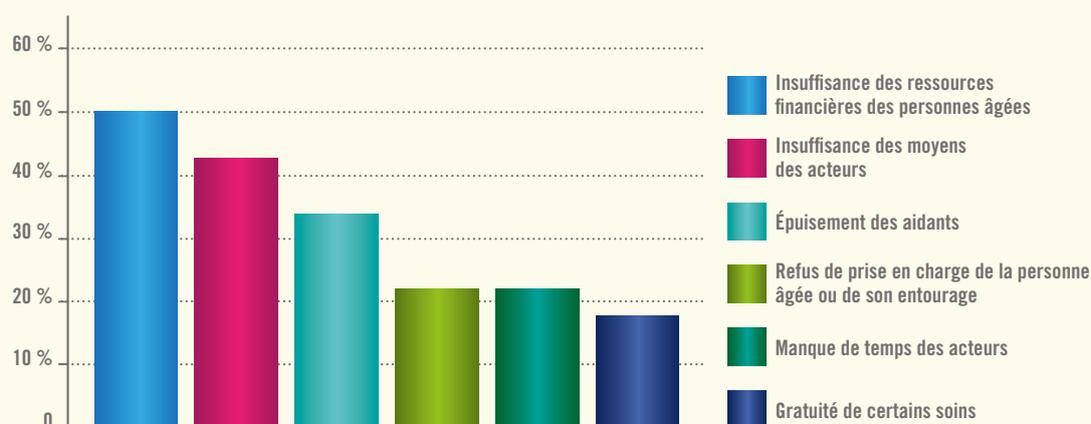
- en service de SSR, les patients proviennent principalement du CHU de Rennes et du service de médecine du centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand.

Les principaux constats après une hospitalisation au centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand sont les suivants :

- après un séjour en médecine, la plupart des patients retournent à leur domicile ou sont transférés dans le service SSR du centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand ;
- après un séjour en SSR, les trois quarts des patients retournent à leur domicile ou assimilé.

La vision des acteurs sur leur organisation

■ **Graphique 4 / Les difficultés identifiées par les acteurs dans leur fonctionnement au quotidien**



Source : Entretiens réalisés auprès des professionnels de santé du territoire de St-Méen-le-Grand et des centres hospitaliers dotés d'un service d'urgences au sein desquels transitent les personnes âgées du territoire de St-Méen-le-Grand - Exploitation Pays de Brocéliande et ARS Bretagne.

LE FAIBLE NIVEAU DES RESSOURCES FINANCIÈRES DES PERSONNES ÂGÉES ET LA DIFFICULTÉ POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ D'ADAPTER LEURS MOYENS AUX BESOINS COMPLIQUENT LA PRISE EN CHARGE

Lorsqu'il est question des difficultés de fonctionnement auxquelles sont confrontés les professionnels de santé qui interviennent auprès des personnes âgées, ils évoquent principalement :

- **les ressources financières insuffisantes des personnes âgées**, ou le reste à charge pour les familles, qui aboutit à une incapacité à financer une intervention adaptée à domicile ou une entrée en établissement médico-social. À ce titre, le remboursement de certains soins (SSIAD, médecine/SSR), contrairement à une prise en charge en EHPAD, peut également être perçu par les personnes âgées ou leurs familles comme des services gratuits, ce qui peut conduire à une saturation des places pour ces services ;
- **les moyens insuffisants des acteurs** qui peuvent conduire à un accompagnement inadapté ou une remise en cause de la continuité de la prise en charge quand la dépendance est trop importante pour certains services (SSIAD, centre hospitalier local). Cela se traduit également par un **manque de temps des acteurs** auprès de la personne âgée pour évaluer ses besoins dans son environnement ou pour échanger entre professionnels de santé afin de coordonner et optimiser leurs interventions ;
- **l'épuisement des aidants** qui peut remettre en cause le maintien à domicile et engendrer des hospitalisations en urgence (l'aidant et la personne âgée dont il a la charge) ;
- **le refus de prise en charge des personnes âgées** ou de leur entourage qui n'acceptent pas la perte d'autonomie et retardent l'échéance d'une intervention à domicile ou en établissement.

LE LIEN ENTRE LES ACTEURS, DANS LEURS CHAMPS D'INTERVENTION RESPECTIFS, POINT FORT DE LA PRISE EN CHARGE

En termes de points forts, les acteurs interrogés mettent en avant :

- **la coordination et/ou le partage d'information**, plus particulièrement entre les acteurs du domicile ou au sein des établissements et, d'une manière moindre, entre la ville et l'hôpital ;

- **leur capacité d'écoute**, en favorisant l'aspect relationnel et le respect des habitudes de vie des personnes âgées ;
- **la continuité des soins** (urgences 24h/24h, permanence des soins, consultations non programmées,...) ;
- l'offre de soins proposée par les établissements hospitaliers, qui disposent de **compétences en gériatrie et en assistance sociale** ;
- **le rôle d'alerte des acteurs du domicile**, que ce soit auprès des familles ou des professionnels, qui peut permettre d'anticiper la dégradation en adaptant la prise en charge (troubles cognitifs, perte d'appétit, perte de mémoire).

LA MÉCONNAISSANCE DES ACTEURS, LES SORTIES D'HOSPITALISATION, L'ACCÈS À L'EXPERTISE GÉRIATRIQUE SONT LES PRINCIPAUX POINTS FAIBLES DE LA PRISE EN CHARGE

À l'évocation des points faibles de la prise en charge des personnes âgées, les professionnels interrogés ont identifié unanimement le problème des **sorties d'hospitalisation**. Pour eux, ce point de rupture dans le parcours de santé d'une personne s'explique par :

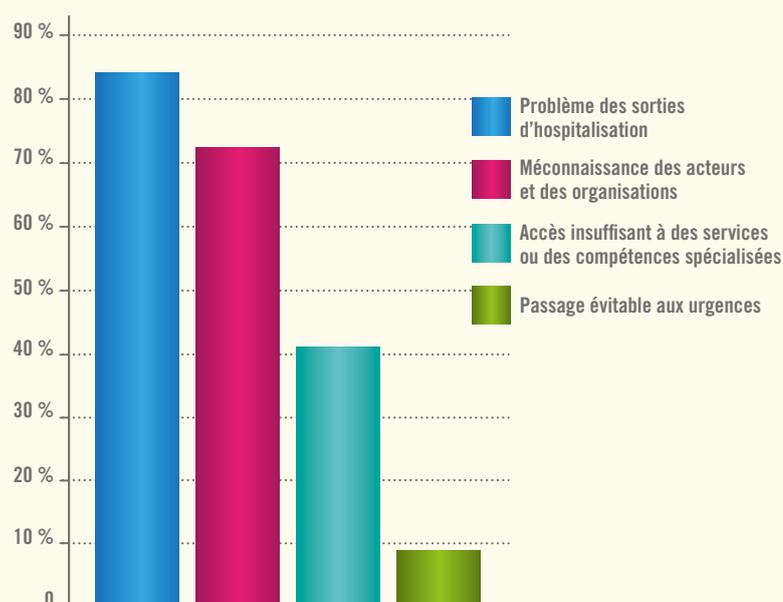
- l'insuffisance des informations partagées aussi bien en amont de l'hospitalisation, pour organiser la sortie et l'adapter si nécessaire, qu'en aval pour mettre en place une réponse efficiente et en continuité avec les soins effectués lors de l'hospitalisation ;
- le manque d'anticipation de la sortie (délai d'intervention à domicile, sortie prématurée le week-end) ;
- le manque de coordination entre les acteurs (problème d'optimisation de la prise en charge et d'orientation de la personne âgée vers les services adéquats) ;
- l'absence de solutions de sortie.

Par ailleurs, les professionnels ont également évoqué comme points faibles dans la prise en charge :

- **la méconnaissance des services et structures existants ou des compétences et organisations** propres à chaque professionnel, qui peut conduire à une réponse inadaptée pour la personne âgée ou à un problème d'orientation vers les services adéquats ;

- l'accès insuffisant à des compétences dans le domaine gériatrique et psychiatrique pour les acteurs de St-Méen-le-Grand ou l'éloignement de certains services spécialisés (plateau technique, laboratoires, médecins spécialistes,...) ;
- même si les hospitalisations sont jugées adéquates dans leur très grande majorité, 75 % des établissements estiment que **certains passages aux urgences pourraient être évités**. Sont mis en cause le manque d'anticipation sur la situation de fragilité de la personne âgée, l'organisation de la continuité et de la permanence des soins, le manque d'anticipation de l'épuisement de l'aidant, le problème d'orientation en admission directe vers un service adapté.

■ **Graphique 5 / Les points faibles identifiés par les acteurs dans la prise en charge des personnes âgées**



Source : Entretiens réalisés auprès des professionnels de santé du territoire de St-Méen-le-Grand et des centres hospitaliers dotés d'un service d'urgences au sein desquels transitent les personnes âgées du territoire de St-Méen-le-Grand - Exploitation Pays de Brocéliande et ARS Bretagne.

Des pistes d'amélioration identifiées

METTRE EN PLACE DES ACTIONS DE COMMUNICATION

Pour remédier à la méconnaissance des organisations et des compétences des acteurs de santé, la mise en place d'actions visant à une meilleure communication entre les professionnels constitue une piste déterminante pour envisager de nouveaux modes d'organisation des soins. Ces actions de communication vont au-delà du « simple » partage d'information et doivent avoir pour objectif de créer du lien entre les acteurs, que ce soit entre :

- **les professionnels de santé d'un même territoire de proximité**, à travers l'organisation de réunions de présentation des acteurs (organisation et compétences) ou la mise en ligne d'annuaires à usage professionnel référençant l'ensemble de l'offre de santé ;
- **les professionnels de santé de proximité et les centres hospitaliers**, par une communication permettant de rendre lisible les organisations et le fonctionnement des établissements, d'identifier les référents hospitaliers par service afin de faciliter les contacts et les admissions directes (lisibilité des noms et des numéros d'appel).

La formalisation des relations entre les centres hospitaliers et celui de Saint-Méen-le-Grand est également souhaitée avec, en perspective, des échanges de cadres ou de professionnels de santé (exemple des stages par comparaison).

Par ailleurs, cette communication doit également s'opérer vers la population et les collectivités, par la mise en ligne d'annuaires référençant l'offre d'accompagnement et de soins existante sur le territoire par exemple, afin de faciliter le parcours de santé du patient.

Sur le territoire de Saint-Méen-le-Grand, la mise en ligne d'annuaires à usage professionnel et à destination du grand public a été réalisée par le Pays de Brocéliande²¹.

LE PARTAGE D'INFORMATIONS AU MOMENT SENSIBLE D'UNE HOSPITALISATION

L'entrée et la sortie d'hôpital constitue un point critique dans le parcours de soins d'une personne âgée où le partage d'informations y tient un rôle majeur pour assurer une continuité de prise en charge et faciliter l'orientation dans le système de santé. Les acteurs interrogés s'accordent sur la nécessité de formaliser les informations à partager, que ce soit :

- **en amont de l'hospitalisation**, pour que les établissements puissent disposer, au moment de l'hospitalisation, de données sociales (plan d'aides existant ou non, nombre d'heures à domicile), médicales (antécédents, traitements en cours, motif de venue) et environnementales (professionnels intervenant, entourage, logement adapté). Ces informations permettraient de s'appuyer sur l'existant pour organiser la sortie et l'adapter, si nécessaire, en fonction de l'évolution des besoins de la personne, et d'éviter des réhospitalisations ;
- **en aval de l'hospitalisation**, pour que les acteurs de proximité disposent d'informations facilitant l'intervention à domicile ou en établissement médico-social. A titre d'exemple, les informations simples qui faciliteraient la prise en charge sont de savoir si le traitement a été donné par l'établissement et à quelle heure, si le traitement initial mis en place par le médecin traitant a été modifié, connaître l'état de santé de la personne âgée à sa sortie, son niveau de dépendance, si des examens complémentaires sont à réaliser,...

Dans le cadre de l'expérimentation, cette réflexion s'appuiera sur les travaux menés à l'échelle du Pays de Brocéliande²², du groupe régional « Pathologies du vieillissement »²³ mis en place par l'ARS et les réflexions engagées entre la conférence de territoire de santé n°5 et l'ARS sur la mise en œuvre du programme territorial de santé (PTS).

21. Un pays est un territoire de projet bénéficiant d'une cohésion géographique sinon économique ou culturelle. Ils ont été instaurés par la loi du 4 février 1995 et complétés par la loi du 25 juin 1999 dite LOADDT (Loi d'Orientation de l'Aménagement Durable du Territoire) ou "Loi Voynet". Les pays correspondent à un regroupement de communautés de communes.

22. Le Pays de Brocéliande a recensé, avec les acteurs de santé du territoire, les informations nécessaires à chacun en amont et en aval de l'hospitalisation.

23. Un sous-groupe a été créé spécifiquement sur la thématique "Systèmes d'informations".

AMÉLIORER LA COORDINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU DOMICILE DU PATIENT ET S'APPUYER SUR LE CENTRE HOSPITALIER LOCAL POUR DÉVELOPPER L'ÉVALUATION DANS LE CADRE DE LA FILIÈRE GÉRIATRIQUE ET GÉRONTOLOGIQUE

Le maintien à domicile, un retour après un séjour en établissement de santé, la prise en charge de patients polypathologiques sont autant de situations qui nécessitent une bonne organisation de la pluri-professionnalité. La coordination de ces interventions doit permettre d'éviter, autant que possible, une hospitalisation ou de prévenir des réhospitalisations de personnes âgées.

Pour les acteurs interrogés, l'amélioration de la coordination pluri-professionnelle s'effectue à deux niveaux.

Entre les acteurs de santé du territoire, d'une part, qui nécessite :

- de mettre en place des **réunions de coordination pluri-professionnelle** pour la gestion des cas complexes à domicile et la gestion des sorties d'hospitalisation ;
- de définir des **procédures et protocoles de prise en charge** tels que la mise en place de projet de soins personnalisé ou la définition de schéma de coordination de prise en charge (délai de prévenance, réactivité du médecin dès l'admission pour anticiper le mode de sortie, formaliser les procédures d'alerte pour éviter des hospitalisations, ...) ;
- de **partager des outils de suivi** pour évaluer la situation de la personne âgée et adapter la prise en charge en fonction de l'évolution de ses besoins (utilisation d'une grille de repérage des risques de fragilité partagée) ;
- d'**anticiper la dégradation de l'état de santé** de la personne âgée en incitant les familles à entamer des démarches d'inscription en établissement médico-social, en facilitant la mise en place d'une aide à domicile ou en proposant l'hébergement temporaire comme zone tampon pour la personne âgée et ainsi prévenir l'épuisement de l'aidant.

Entre les professionnels de santé du territoire et les centres hospitaliers qui nécessitent de formaliser les modalités de leur coopération. Cette coordination permettrait de :

- selon leur état de santé, **faciliter le transfert** des personnes âgées vers le centre hospitalier local avant le retour à domicile ;
- **faire des évaluations gériatriques sur site**, par le biais de consultations avancées ou d'une Équipe Mobile de Gériatrie par exemple, ce qui permettrait d'apporter des compétences en gériatrie sur le territoire et de former les personnels du centre hospitalier local ;
- **assurer un suivi de la personne âgée suite au retour à domicile**, soit par des échanges avec les acteurs de santé de proximité, soit par une consultation dans les jours suivant la sortie en fonction de la situation de fragilité.

Dans le cadre de l'expérimentation, l'élaboration d'une grille de repérage des risques de fragilité prendra en compte les réflexions régionales et nationales à ce sujet. Par ailleurs, les professionnels pourront s'appuyer sur l'outil développé par le Pays de Brocéliande qui permet de connaître la disponibilité immédiate ou prévisionnelle des places en hébergement permanent, temporaire, accueil de jour et de nuit des établissements du territoire.

Concernant les relations avec les établissements et dans le cadre des travaux du PTS 5, le centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand est concerné par la structuration en cours de la filière gériatrique et gérontologique du territoire de Rennes (co-portée par le CHU de Rennes/CRG Chantepie et le centre hospitalier local de Bain-de-Bretagne). Par ailleurs, l'expérimentation de Saint-Méen-le-Grand s'inscrit dans le programme du territoire de santé n°5 comme un support de réflexion sur les parcours, et plus largement au niveau régional, dans l'objectif de déploiement des dispositifs MAIA, voir PAERPA.

Les premières actions mises en place sur Saint-Méen-le-Grand

Suite à la présentation des résultats du diagnostic et des préconisations, les professionnels de santé de Saint-Méen-le-Grand ont constitué des groupes de travail pour formaliser, dans un premier temps, des actions concrètes sur leur territoire. En fonction des besoins, chaque groupe a pu faire appel à des expertises spécifiques (le chef du service de gériatrie du CHU de Rennes, le GCS e-Santé Bretagne). Les priorités retenues et les actions qui en découlent sont présentées ci-dessous.

LE REPÉRAGE DES FRAGILITÉS DES PERSONNES ÂGÉES

La procédure retenue sur le repérage de la fragilité de la personne âgée s'articule autour d'une fonction de coordination qui a pour vocation de centraliser les alertes (enregistrement et suivi du repérage, actualisation des dossiers) et d'orienter le patient vers une réponse adaptée.

L'identification des risques de fragilité, sur la base d'outils en cours d'élaboration, s'effectue soit par :

- un repérage au domicile du patient ;
- un repérage au sein de l'hôpital (aux urgences ou pendant l'hospitalisation), centré en premier lieu sur le risque de réhospitalisation, mais pas exclusivement ;
- un repérage au cabinet des professionnels libéraux.

En fonction du type de difficultés repérées, l'équipe de coordination orientera le patient soit :

- vers une évaluation gériatrique ;
- vers une réponse adaptée à un problème spécifique (risques de chute, problème social, environnemental, psychologique, etc).

LA COORDINATION PLURI-PROFESSIONNELLE EN AVAL DE L'HOSPITALISATION

Afin de répondre aux problématiques sur l'accompagnement de la sortie d'hospitalisation et la prévention des hospitalisations de patients fragiles, des outils sont en cours de construction :

- une « fiche à l'entrée » dont dispose la personne âgée dès son entrée au centre hospitalier local de Saint-Méen-le-Grand. Elle doit faciliter le travail des professionnels de l'hôpital pour organiser la sortie. Elle sera diffusée principalement via les pharmacies et complétée par le patient et ses proches avec l'appui des acteurs du domicile.
- une « grille d'identification de patients à risque de réhospitalisation » au sein de l'hôpital pour permettre aux professionnels de l'établissement de repérer les patients à risque de réhospitalisation qui feront l'objet d'un suivi rapproché lors de la sortie.

- une « fiche de sortie » afin de faciliter la mise en œuvre d'une intervention coordonnée auprès du patient en sortie⁽²⁴⁾ d'hospitalisation. Elle reprendra l'enveloppe de sortie utilisée actuellement au sein de l'établissement et sera complétée d'un plan personnalisé de santé. Ces outils sont intégrés dans la procédure de repérage et de suivi des patients à risque de ré-hospitalisation (cf. schéma 3).

LA DÉFINITION D'UN PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)

Dans le cas du repérage d'un patient présentant un risque d'hospitalisation ou de réhospitalisation, un plan personnalisé de santé sera élaboré. La définition ou l'actualisation du PPS feront l'objet de réunions de coordination des professionnels de santé du 1^{er} recours et le coordonnateur (ainsi que l'assistante sociale dans le cas de patients hospitalisés). Selon la problématique des patients, les réunions pourront impliquer également un gériatre, d'autres professionnels du 1^{er} recours (kiné, pharmacien, etc.) et de l'aide à domicile. Les acteurs concernés utiliseront une grille d'élaboration du PPS qui pourra être modifiée durant sa mise en œuvre.

LE PARTAGE D'INFORMATIONS

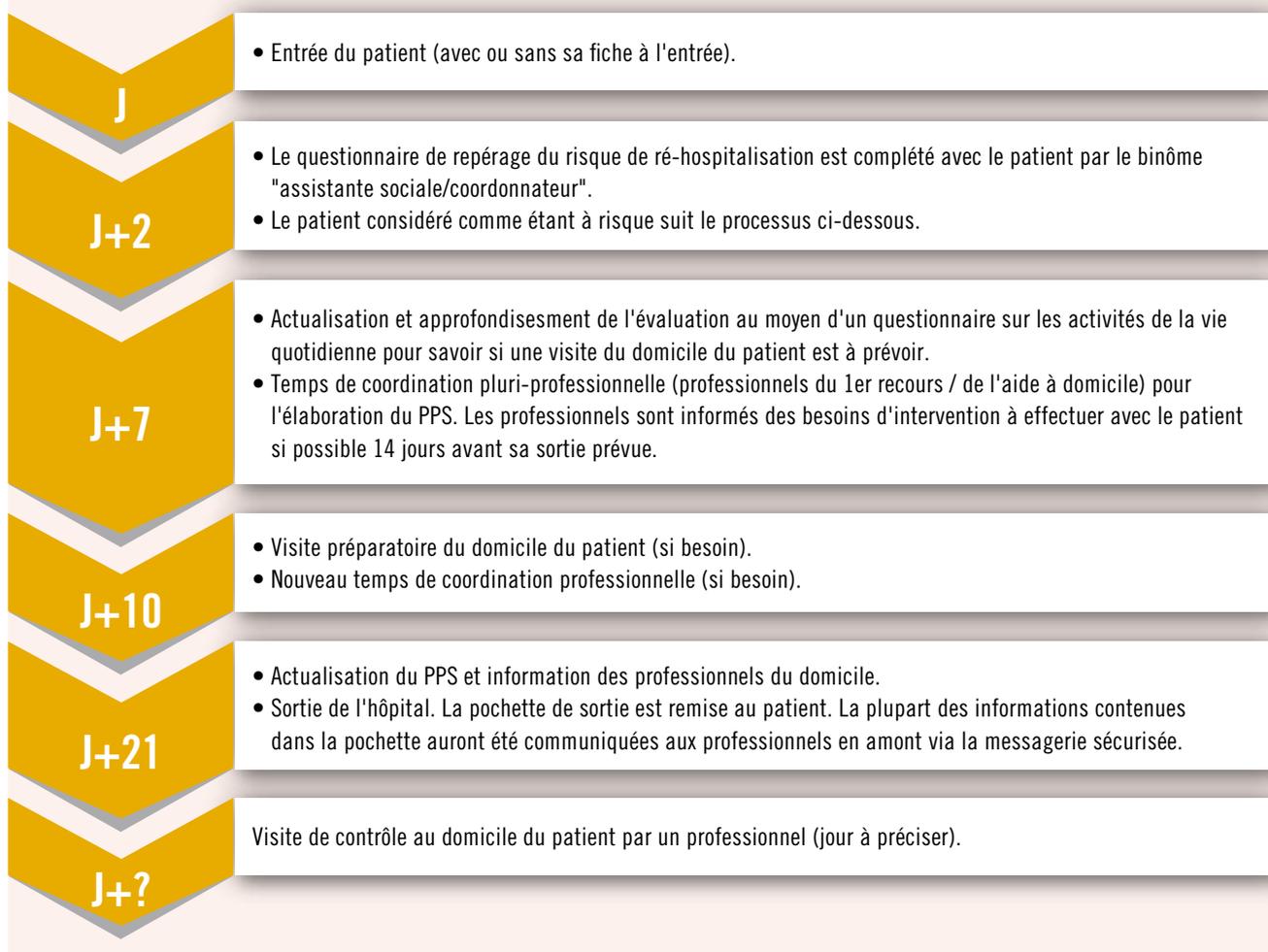
Pour faciliter l'exercice pluri-professionnel coordonné, une réflexion a été engagée sur les modalités de partage et d'échange d'informations entre les différents intervenants dans le parcours de santé de la personne âgée.

À court terme, l'idée est de recourir aux outils existants (messagerie sécurisée, DMP, système d'information des professionnels) pour soutenir la mise en œuvre des actions formalisées par les acteurs. En ce sens, la première étape a été de déployer la messagerie sécurisée à travers des sessions d'appui à l'installation et à l'initiation de son utilisation. À moyen terme, les besoins identifiés en termes d'échanges d'informations doivent poser les bases du choix d'une solution d'appui au parcours qui devra nécessairement s'articuler avec les différents logiciels métiers.

Les réflexions engagées par chaque groupe de travail se termineront fin 2013 afin de proposer une mise en œuvre opérationnelle début 2014. Ces actions feront l'objet d'une évaluation au cours de la même année. L'expérimentation se poursuivra en 2014 vers la modélisation de « parcours cible », en réalisant un focus particulier sur l'insuffisance cardiaque.

Par ailleurs, afin de faciliter la coordination avec les centres hospitaliers externes au territoire, des rencontres sont prévues entre fin 2013 et début 2014 pour présenter la démarche et définir des modalités de coopération dans la prise en charge des personnes âgées.

■ Schéma 3 / Procédure de repérage et de suivi des patients à risque de ré-hospitalisation



24. L'enveloppe de sortie comprend les ordonnances, les radiographies, la lettre médicale de sortie et des informations relatives au patient (existence d'un plan d'aide, d'un traitement AVK et les personnes prévenues de la sortie).

Conclusion

L'enjeu de cette expérimentation est d'objectiver le parcours de santé d'une personne âgée. Pour ce faire, **la réalisation d'un diagnostic territorial est incontournable au bon déroulement du projet**. En effet, cette démarche se doit de faciliter la mobilisation des acteurs de terrain autour de la problématique afin qu'ils s'approprient les enjeux et formalisent les objectifs généraux du projet. Ce diagnostic nécessite trois temps forts.

La réalisation d'un diagnostic quantitatif permet, d'une part, d'avoir une vision du territoire à un instant T et d'objectiver le parcours de santé d'une personne âgée. L'analyse populationnelle permet de partager une connaissance plus fine de la population âgée. La cartographie de l'offre de santé permet d'évaluer la connaissance et la reconnaissance des acteurs de santé intervenant sur le territoire. L'analyse des flux, enfin, permet d'appréhender le parcours de santé des personnes âgées.

La réalisation d'un diagnostic qualitatif, d'autre part, est une étape essentielle car elle repose sur un échange avec les acteurs de terrain. Cette phase est indispensable car elle permet d'impliquer les professionnels dans la réalisation de l'état des lieux et favorise leur investissement dans la démarche. Le repérage des contraintes, des limites, des attentes et des besoins spécifiques à chaque intervenant permet d'identifier, dans un parcours global de santé, les points forts et les points faibles de la réponse apportée à la personne âgée.

Le partage des résultats auprès des acteurs de terrain, lors de rencontres organisées sur le territoire, constitue, enfin, une étape nécessaire pour enclencher une dynamique locale. Cela permet aux professionnels de prendre en compte les organisations et les contraintes des autres acteurs. Cette vision commune des résultats renforce l'implication des acteurs et les encourage à prioriser les actions identifiées tout en les mettant en perspective avec les réflexions ou les initiatives définies dans un cadre plus large (Collectivités territoriales, Institutions).

En synthèse, la réalisation d'un diagnostic territorial est une étape préalable décisive à l'élaboration d'une stratégie pertinente pour la définition de nouveaux modes d'organisation des soins. Il permet d'approfondir la connaissance du territoire, de définir sa gouvernance et d'identifier les acteurs et le public cible qui le composent. Loin d'être un simple état des lieux d'une situation à un instant donné pour un espace donné, le diagnostic de territoire apporte un jugement sur la cohérence d'une organisation existante et permet la mobilisation des acteurs sur leur capacité d'actions. Disposer d'une vision globale qui intègre la multiplicité des intervenants permet de mettre en œuvre un programme opérationnel d'actions adaptées aux réalités d'un territoire.

GLOSSAIRE

ADELI : Automatisation des listes
ADMR : Aide à domicile en milieu rural
ALD : Affection de longue durée
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARDH : Aide au retour à domicile après hospitalisation
ARS : Agence régionale de santé
ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASV : Allocation supplémentaire de vieillesse
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CDAS : Centre départemental d'action social
CG : Conseil général
CH : Centre hospitalier
CHP : Centre hospitalier privé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique
CnamTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CRG : Centre régional de gériatrie
CRLCC : Centre régional de lutte contre le cancer
EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESA : Equipe spécialisée Alzheimer
Ets : Établissement

FINES : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GIR : Groupe iso-ressource
HAD : Hospitalisation à domicile
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM-CépiDc : Institut national de la santé et de la recherche médical – Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
MSA : Mutualité sociale agricole
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
ORS : Observatoire régional de la santé
PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAP : Plan d'action personnalisé
PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS : Plan personnalisé de santé
PTS : Programme territorial de santé
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
RSI : Régime social des indépendants
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
UHR : Unité d'hébergement renforcée

BIBLIOGRAPHIE

- > Agence Nationale d'Appui à la performance des Établissements de santé et médico-sociaux (2012) - « Les parcours de santé des personnes âgées sur un territoire – Réaliser un diagnostic et définir une feuille de route pour un territoire © ANAP 2011 » - 80 pages.
- > Pays de Brocéliande (2012) - « 2^{ème} phase de la démarche territoriale de santé sur le Pays de Brocéliande : Enquête auprès des acteurs qui interviennent dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap » - 33 pages



Direction de la publication : Alain GAUTRON

Auteurs : Ronan DERIEUX (Pays de Brocéliande) et Arnaud GANNE (ARS Bretagne)

Ont contribué à la réalisation de ce document : Claire ALLIOU, Dr Anne LECOQ et Isabelle ROMON (ARS Bretagne)

Ont participé au groupe de travail : Chloé BERGER, Corinne FOUCAULT et Anne VIVIES (ARS Bretagne)

Contact : Arnaud GANNE - arnaud.ganne@ars.sante.fr

Conception graphique : 1440 Publishing - **Iconographie :** ARS Bretagne - **Impression :** Groupe Edicolor

Dépôt légal : à parution - **N° ISSN :** 2256 - 7739

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes

CS 14 253

35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00

ars
● Agence Régionale de Santé
Bretagne