

Le magazine du Centre Hospitalier d'Avignon

# CHALLENGE

## À LA UNE

- > Être soignant en gériatrie
- > Unité de soins longue durée
- > Jeu de l'oie en gériatrie
- > Innovations et projets
- > Histoire de la gériatrie à Avignon



## DOSSIER SPÉCIAL PÔLE PERSONNES ÂGÉES

# Une véritable culture gériatrique



# Le Pôle Personnes Âgées, moteur d'une véritable culture gériatrique

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur de notre société. Ce constat impacte l'ensemble des services du Centre Hospitalier d'Avignon. La part des personnes de plus de 75 ans admises dans l'établissement ne cesse de progresser. Cette tendance est confirmée en 2015, avec une augmentation de 3,60 % par rapport à 2014. Sur le Pôle Personnes Âgées, la proportion des plus de 90 ans est passée de 18 % à 28 % de 2010 à 2015. Nous sommes face à un double phénomène, un vieillissement généralisé et une progression du grand âge. Pour répondre à cette évolution, il est nécessaire de revoir nos pratiques. La prise en charge des personnes âgées requiert une expertise et une approche particulières. Le Pôle Personnes âgées doit être le moteur de la diffusion de cette culture gériatrique.

Trois spécificités de la médecine des personnes âgées peuvent être mentionnées : la vulnérabilité croissante du patient, l'accumulation des pathologies aiguës et chroniques, et la confrontation entre le désir de développement et la perception de plus en plus évidente des pertes et des incapacités. Les bases théoriques de la médecine des personnes âgées sont maintenant reconnues, validées et partagées. Elles font de cet exercice, reconnu comme spécialité depuis 2004, une médecine moderne, globale dans son approche et réfléchi dans sa pratique. L'efficacité et la sécurité impliquent une rationalisation d'ordre médical, ainsi qu'une approche éthique et pragmatique visant à accompagner le vieillissement, en sachant parfois favoriser les capacités d'adaptation et la qualité de vie par rapport à la simple survie. Ces décisions ne peuvent être prises qu'après une évaluation multidimensionnelle, donc pluridisciplinaire, de chaque situation. Elle requiert à la fois des compétences techniques particulières mais également une approche humaine, base de toute réflexion. Tous les acteurs œuvrant auprès des personnes âgées prennent part à la prise en charge. Elle est médicale, paramédicale, psycho-sociale, socio-éducative et hôtelière.

La démarche gériatrique est continue. Elle part de la prévention à l'accompagnement de fin de vie en passant par le maintien de l'autonomie et la réadaptation à la vie quotidienne. Afin de répondre aux besoins de la population et de l'établissement, le pôle

« Après avoir ajouté des années à la vie, il nous faut aussi ici ajouter de la vie aux années. »

Alexis CARREL

s'est doté d'une filière gériatrique complète qui s'ouvre vers l'extérieur et qui ne cesse d'évoluer ces dernières années, démontrant de la part des personnels, un vrai dynamisme et une réelle capacité d'adaptation au changement. En moins de 10 ans, le pôle est passé de 146 lits et places à 197, avec le renforcement du SSR et du Court Séjour Gériatrique, la création d'un hôpital de jour et l'ouverture d'une unité de gériatrie saisonnière. L'unité d'hébergement renforcée destinée à l'accueil des personnes atteintes de démences a été labellisée en 2012. Des lits identifiés en soins palliatifs ont été autorisés en SSR. D'autres projets se construisent, notamment l'ortho et l'onco-gériatrie.

Le pôle comprend de nombreuses activités, qui, si elles concernent toutes la prise en charge des personnes âgées, sont à la fois différentes et intriquées, rendant leur lisibilité parfois difficile. Ce numéro spécial de Challenge a donc pour objectif de vous présenter les services qui composent le pôle et surtout les acteurs qui le font vivre.



**Dr Charles BODET**  
 Chef du Pôle  
 Personnes âgées



**Jean-Michel SIDOBRE**  
 Directeur délégué du  
 Pôle Personnes âgées



**Jean-Noël JACQUES**  
 Directeur du CHA

## > Ressources Humaines

- Etre soignant en gériatrie ..... p3

## > Organisation

- La filière gériatrique au complet ..... p4-5
- Unités de Soins Longue Durée ..... p6-7
- Jeu de l'oie en gériatrie ..... p8-9
- Ambulatoire : alternatives à l'hospitalisation ..... p10

## > Zoom

- Métiers méconnus de la gériatrie ... p11

## > Innovation

- Projets de la gériatrie au CHA ..... p12-13

## > Histoire

- Historique de la gériatrie à Avignon ..... p14-15

## > Réseaux

- Ouverture sur la ville ..... p16

## > DIRECTEUR DE PUBLICATION

- Jean-Noël JACQUES, Directeur du CHA

## > RÉDACTEURS EN CHEF

- Alain BOHEME, Directeur adjoint, poste 3940
- Marielle PETIT DE GRANVILLE, Responsable de la communication, poste 3981

## > COMITÉ ÉDITORIAL

- Alexandra AGNEL, Qualificatrice, poste 3459
- Jean-Luc ARMONICO, DIM, poste 3093
- Claire CHRESTIA, Cadre de Santé, poste 3580
- Philippe DI SCALA, Stratis
- Franck HERY, Restauration, poste 3505
- Philippe MASSON, Chef de service, Néonatalogie, poste 3665
- Magali LUC, Directrice adjointe, poste 3904
- Johanna LIOURE, Attachée d'administration, poste 3948

## > SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

04 32 75 39 02

## > CONCEPTION & RÉALISATION

Stratis 04 98 01 26 26

## > CRÉDIT PHOTOS

CH Avignon, Taieb BOURASSI, G. Lougassi, Stratis, X.

## TÉMOIGNAGES

# Être soignant en gériatrie... c'est grave Docteur ?



Les difficultés de recrutement des professionnels de santé (infirmiers, aide-soignants) touchent plus particulièrement le secteur de la gériatrie, loin derrière certains services emblématiques, et plus particulièrement chez les jeunes diplômés qui y postulent souvent par défaut. Dans ce challenge consacré aux personnes âgées, nous donnons la parole à des soignants qui ont choisi d'exercer en gériatrie.

Le manque d'attractivité pour ce secteur est ancien, sans doute majoré par l'idée erronée que les compétences nécessaires à la prise en charge sont moindres et que le secteur dit « le Village » serait une « punition » à l'égard de certains soignants. Pourtant l'ensemble des secteurs adultes de l'établissement voit la moyenne d'âge de ses patients augmenter, le vieillissement de la population est intégré de tous les professionnels, mais sa représentation dans ce secteur est associée à la démence, à la dépendance, et à une image souvent négative. Certes les conditions de travail dans ces secteurs sont difficiles, majorées par le turn-over qui impose aux soignants en exercice d'accompagner et former en permanence de nouveaux arrivants.

Mais la gériatrie est un lieu d'expertise : la formation d'Assistant de Soins en Gérontologie qui complète la formation d'aide-soignant sur l'unité d'hébergement renforcé les Pléiades, ou le Master pratiques avancées en gérontologie accessible aux infirmiers expérimentés, représentent la reconnaissance de ces compétences spécifiques. Les patients âgés sont polyopathologiques, polymédicamentés, requièrent des soins techniques et relationnels, une grande patience, de la créativité mais aussi des projets éducatifs visant le maintien de l'autonomie. Ainsi, la question de la construction du projet de soins est centrale dans ces secteurs, et contribue à la valorisation des équipes de soins.



> **Abdelhaq DOUOUI,**  
Aide-soignant à l'USLD  
Farfantello depuis 2004

« Je n'ai pas choisi mon service, j'arrivais du secteur de la psychiatrie par mutation, cela étant, le respect des personnes âgées et de ce qu'elles ont vécu a toujours été important pour moi. Elles sont notre mémoire, et nous

apprennent tellement. Mais attention à l'épuisement, à la routine, il faut en permanence travailler en équipe pour coopérer autour du projet de vie individualisé. »



> **Catherine NEIVA,**  
Infirmière au SSR  
Fontaine

« Être infirmière en gériatrie est un métier dur que je n'ai pas choisi mais que j'ai appris à aimer car il me permet de mettre en application mes connaissances et mes

compétences tout en m'apportant énormément sur le plan humain. Travailler avec des personnes âgées représente un véritable défi, et contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce travail est loin d'être monotone. »



> **Béatrice COSTE,**  
**Laurence LOUETTE**  
et **Sabria BROUKI,**  
Aide-soignantes au SSR  
Mistral

... évoquent la question « du vieillissement digne ». « La prise en charge est globale et personnalisée, évaluée en équipe pluridisciplinaire pour rendre

à la personne âgée une autonomie, synonyme de liberté. Il faut en permanence encourager leurs efforts, rassurer leurs craintes et être très patient ! Nous utilisons beaucoup le toucher dans la relation et mettons tout en œuvre pour que la personne retrouve les gestes de la vie quotidienne. »



> **Dr David BALIEU,**  
Médecin au SSR  
Mistral

« Initialement, je m'orientais vers la médecine générale, mais j'avais aussi l'envie d'un travail en équipe pluridisciplinaire. La gériatrie m'est apparue comme le moyen de concilier les deux : une médecine globale et une porte d'entrée vers l'exercice médical en milieu hospitalier, avec le plaisir de relations humaines enrichissantes, y compris et même en particulier dans les situations de fin de vie. »



> **Emilie GOGLIA,**  
Infirmière au CSG

« J'ai choisi de travailler en Court Séjour Gériatrique. Ce service de médecine, de par la variété des pathologies soignées, me permet de mobiliser et de faire évoluer ma compétence technique. Au-delà de ça, l'aspect humain de la profession est

primordial. Soigner des personnes âgées exige une grande capacité d'adaptation, de sang-froid, de patience, et de psychologie. »

Pour l'équipe d'encadrement, l'exercice en gériatrie est un défi permanent. Si la gestion de la bientraitance est au cœur de la pratique managériale, elle est en prise avec un quotidien difficile. Malgré la complexité des prises en charge tant au niveau physique que psychologique, le cadre de santé en gériatrie accompagne les innovations d'un secteur en pleine évolution.

À la mémoire de nos collègues  
Nathalie SERRET et Abdelhaq DOUOUI

**Florence LARMAT-BARNAY**  
Cadre supérieur de santé, Pôle Personnes Âgées

## ► PÔLE PERSONNES ÂGÉES

# Une filière gériatri

La filière gériatrique doit permettre la prise en charge globale (médico-psycho-sociale) et graduée de la personne âgée par une réponse adaptée aux besoins et un accès au plateau technique dans le délai requis pour son état de santé, ainsi qu'un accompagnement de la sortie d'hospitalisation du patient afin de réduire les risques de ré-hospitalisation.



## Unités d'hospitalisation

> **Hôpital de jour gériatrique - Zone D 1<sup>er</sup> étage:** centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation des personnes âgées sur le territoire qui assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée de la filière gériatrique. L'hôpital de jour permet l'accès au plateau technique (bilan mémoire, gériatrie, transfusion).

> **Court Séjour Gériatrique (CSG) - Zone A 2<sup>e</sup> étage:** prise en charge en hospitalisation complète de patients âgés se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance ou d'un risque de dépendance, par l'intrication de pathologies neurodégénératives ou somatiques et de problèmes sociaux. L'hospitalisation complète intervient en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë.

> **Unité saisonnière - CSG Zone A 5<sup>e</sup> étage**

> **Orthogériatrie - CSG Zone A 2<sup>e</sup> étage**

> **Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) gériatrique Mistral et Fontaine - Village:** les objectifs de cette prise en charge sont de favoriser l'entretien ou la récupération de capacités physiques les plus satisfaisantes possibles, dans les suites d'un épisode aigu survenu chez des patients âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques et/ou neuropsychiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique ou psychique.

> **Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) - SSR Mistral**

## Consultations

> **Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) - Urgences:** attachée aux urgences, l'EMG intervient à la demande des services hospitaliers pour dispenser une évaluation géro-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée de diagnostic et/ou thérapeutique. Elle participe à l'organisation de la sortie en lien avec les dispositifs de soutien (réseaux, CLIC...), à l'orientation dans la filière gériatrique, au conseil et à la formation des équipes soignantes.

> **Consultation mémoire - PCE**

> **Consultation plaies - PCE**

> **Consultation d'onco-gériatrie - PCE**

# que complète

> Une personne âgée est généralement une personne de plus de 75 ans ou plus de 65 ans poly-pathologique dépendante ou à risque de dépendance physique et/ou psychique nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Ainsi, le CHA offre une palette complète de prises en charge spécifiques en gériatrie tant en termes d'hospitalisation qu'en termes de consultations ou encore d'hospitalisation de jour, ce qui lui confère un rôle essentiel de ressource pour les acteurs de ville et établissements médico-sociaux.



## Unités d'hébergement

> **Unité de Soins de Longue Durée (USLD) Farfantello - Village:** unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie.

> **Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) Les Pléiades - Village:** unité de 10 lits, interne à l'établissement où sont regroupés l'hébergement, le soin et les activités sociales et thérapeutiques. Sont accueillies les personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, compliquées de troubles psycho-comportementaux sévères. Les résidents sont admis en UHR sur la base de critères (NI-PES, échelle d'agitation de Cohen-Mansfield).

## Partenaires extérieurs

> **Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD):** lieu de vie médico-social, médicalisé ayant pour vocation d'accueillir les personnes âgées de plus de 60 ans, dépendantes. Certains EHPAD sont habilités à l'aide sociale. L'établissement assure une surveillance médicale par la venue de médecins généralistes libéraux ou salariés, par les infirmiers (hors nuit), les aides-soignants.

> **Foyer logement - Accueil de jour**

> **Réseaux et dispositif de coordination (CLIC - MAIA - Réseaux)**

> **Professionnels libéraux : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes**

> **HAD, SSIAD**

# Habiter au Village...

Les unités d'hébergements (Unité de Soins de Longue Durée – Unité d'Hébergement Renforcé) sont des lieux de soins et de vie qui proposent des activités sociales et thérapeutiques à partir du Projet de Vie Individualisé du résident (PVI). Le PVI est construit en équipe pluridisciplinaire en lien avec la famille et le résident lui-même. Il est régulièrement évalué.

» Sur les ULSD du Village, les résidents ont la possibilité de participer à différentes activités dans le cadre du projet d'animation. Ces activités ont pour objectif d'éviter l'isolement, créer du lien et valoriser leurs différents potentiels notamment créatifs. De même, les animations autour de

## Éviter l'isolement et créer du lien

la restauration (finger food, apéritifs, repas à thème...) renforcent ces objectifs.

### Aujourd'hui, on mange avec les doigts !

Chaque trimestre, les USLD proposent un finger food, « le manger main », qui consiste à proposer un repas sans couverts, avec des plats sous forme de bouchées. Outre son côté festif, les résidents peuvent manger seuls, plutôt que d'être nourris à la cuillère par un soignant. À certains stades de la maladie d'Alzheimer, le patient ne sait plus ce qu'est une fourchette, à quoi elle sert et comment on l'utilise. C'est aussi la possibilité de mettre en avant les couleurs, les saveurs et les odeurs pour essayer d'éveiller des souvenirs. Le chant, les ateliers culinaires, les spectacles ou les sorties thérapeutiques font aussi partie intégrante de la prise en charge.

Madame Odette AMOYEL est ravie ce matin. 9 heures, elle est prête et attend l'animatrice pour aller sur Avignon. Elle est enchantée par la perspective de revoir les rues de la ville, et en plus, il fait beau. « *Dans les magasins, il y a de tout, c'est le bonheur des yeux* », dit-elle à son retour. Elle exprime également son ressenti face aux étoffes : « *Tous ces tissus étaient si doux et légers* ». Elle s'étonne de ses sensations dont elle se fait un devoir de nous rapporter toutes les nuances afin de partager ses émotions.

Et si on y retournait demain...

### S'évader...

Depuis plusieurs années, les résidents peuvent bénéficier de la présence d'une socio-esthéticienne. À travers ces soins corporels, elle apporte une écoute différente, un lien avec le monde extérieur et contribue à restaurer l'image de soi altérée par la maladie ou les traitements. Massages, soins du visage, manucure, autant de soins pour mieux vivre le moment présent.



### Les Pléiades, c'est comme à la maison

Aux Pléiades, on se réveille quand on veut, et l'équipe s'efforce au quotidien de maintenir la qualité de vie des résidents et un état de bien-être. Ainsi, la prestation hôtelière fait l'objet d'un travail d'équipe sur la présentation des denrées, le service de tous les résidents autour d'une grande table (nappe, tablier pour le personnel), l'adaptation des textures et le travail sur les contrastes et les couleurs. Cela permet de recréer une ambiance familiale de partage et de convivialité. L'objectif est de redonner envie de manger à une population qui a perdu progressivement la notion de faim, qui ne reconnaît plus les différentes saveurs et qui est bien souvent dénutrie en arrivant dans l'unité.





### « Parcours insolite pour un public poétique... »

Artiste plasticienne, Carole CHALLEAU intervient depuis une dizaine d'années à l'Hôpital d'Avignon auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sous forme de cours individuels ou collectifs. « J'ai toujours adapté mes projets artistiques en fonction de la personne et je propose une expérience de création, m'efface pour laisser place à la personne, tout en guidant sur le plan technique et en suscitant la libération de la parole pendant l'acte créatif. Il en résulte toujours un travail empreint d'une grande sensibilité touchant et surprenant. »

### Associations

Plusieurs associations interviennent au sein du pôle.

**La VMEH**, outre les visites aux résidents, organise des événements comme le vide grenier, la semaine bleue, les floralies, mais aussi offre au village la possibilité de financer un certain nombre d'initiatives : le Noël des résidents, la cuisine thérapeutique, un salon de jardin, ainsi que le projet « un chat aux Pléiades ».

**La Croix-Rouge** intervient auprès des résidents par les visites régulières des bénévoles encadrée par Michèle JUAN, et finance différents projets, notamment des cadeaux pour les anniversaires ou du matériel.

**L'Autre Rive** est une association qui propose d'accompagner familles et résidents sur la fin de vie. Elle est présente pour les épauler et les soutenir dans ces moments difficiles et d'échanger avec les équipes.

### La RESC en gériatrie

La formation des professionnels à la RESC (Résonance Energétique par Stimulation Cutanée), mise en place depuis de nombreuses années dans certains secteurs, a été initiée sur le pôle il y a deux ans. Cette méthode permet d'accompagner les ressentis du patient vers l'apaisement de ses souffrances physiques et morales. En particulier, l'anxiété des patients, les troubles digestifs ou la douleur sont des symptômes apaisés par la pratique de la RESC. Les bénéfiques, en particulier la nuit où les équipes sont particulièrement investies, sont très encourageants pour la poursuite de la formation.

### Mention spéciale à ....

Lieu de vie d'une surface de 11 000 m<sup>2</sup>, l'entretien du Village est un challenge quotidien relevé par l'équipe bio-nettoyage des secteurs du Village et de l'équipe verte.



**Florence LARMAT-BARNAY**

Cadre supérieur de santé, Pôle Personnes âgées

**Delphine FALCHI**

**Florian STEINACKRE**

FF Cadres de santé

Unités de Soins de Longue Durée Fontaine et Farfantello

# Jeu de l'oie en gériatrie

Pour mieux comprendre le parcours d'un patient âgé au CHA, voici un jeu de l'oie, à faire seul ou entre amis...



\*SSR: Soins de Suite et de Réadaptation pour personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance

\*ROR: Répertoire Opérationnel des Ressources

\*EMSP: Equipe Mobile de Soins Palliatifs

\*LISP: Lits Identifiés Soins Palliatifs



Rejouez ou rendez-vous directement à la case indiquée

Passez votre tour ou rendez-vous à la case indiquée

4

Hospitalisation en chirurgie :  
pose d'une prothèse de hanche

5

Anticipation du projet de vie  
médico-social. Rendez-vous case 7.

6

**Vous êtes guéri !**

Plan d'aide  
en place.  
Rendez-vous  
case arrivée.



24

Etat médical stable.  
Rendez-vous case 29.

25

Famille mécontente.  
Rendez-vous case 16.

26

Soins palliatifs  
(EMSP\*, LISP\*)



7

Demande  
de SSR  
(ROR\*)  
**bien remplie.**  
Rendez-vous  
case 10.

Projet de  
vie adapté  
à l'autonomie  
et à l'état de santé  
(domicile + aides,  
EHPAD...)

27

Famille  
aidante



28

Mise sous tutelle.  
Attendez 6 mois.

8

Demande  
de SSR  
(ROR\*)  
**incomplète.**  
Rendez-vous  
case 5.

30

Chute de votre lit !  
Rendez-vous case 4.

29

Mise en place d'aides à domicile  
(APA, IDE, kiné, HAD, MAIA...)



9

Complication  
médicale !  
Non sortant.  
Rendez-vous  
case 3.

11

Visite de votre famille,  
moral en hausse !

10

Dossier accepté par la commission  
d'admission en SSR



Dr Françoise GRIMALDI D'ESDRA  
Dr Gaël VAUDOUR  
Praticiens hospitaliers  
Unité de Soins de Suite et de Réadaptation

Illustration de Taieb BOURASS



▶ AMBULATOIRE

## 3 alternatives à l'hospitalisation en gériatrie

### Consultation mémoire

La consultation mémoire labellisée en 2004 est un lieu de diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Elle s'articule autour de consultations de dépistage et de suivi de troubles touchant la mémoire mais également les autres fonctions cognitives. Les patients viennent spontanément ou sont adressés par leur famille, leur médecin traitant et/ou des professionnels de santé. Pour élaborer un diagnostic précis, le médecin gériatre a besoin d'une évaluation complète. Il s'appuie ainsi sur des tests spécifiques réalisés par des neuropsychologues, sur les données d'imagerie cérébrale (scanner, IRM, doppler, scintigraphie), l'examen clinique et le bilan biologique. Il peut alors diagnostiquer avec fiabilité un syndrome démentiel, proposer un traitement et des mesures de prévention et d'adaptation ou rassurer les personnes exprimant une plainte mnésique mais ne présentant pas de trouble cognitif. Lorsque la prise en charge en consultation est complexe, ces investigations peuvent être réalisées au sein de l'hôpital de jour gériatrique en unité de médecine ambulatoire. Le patient peut alors bénéficier d'une prise en charge globale, sur une journée, comprenant en plus une évaluation nutritionnelle par le diététicien et une évaluation médico-sociale par l'infirmier permettant de déterminer le niveau d'autonomie et les aides nécessaires à domicile. Ce travail s'effectue en étroite collaboration avec les CLIC, les plateformes d'appui et les associations telles que France Alzheimer. Le patient peut aussi bénéficier, dans son parcours, de l'ensemble du plateau technique et de tous les services de la filière gériatrique. Enfin, cette consultation labellisée peut avoir recours au Centre Mémoire de Recherche et de Référence de Marseille, ou celui de Montpellier, pour les cas atypiques et pour la participation aux essais cliniques de recherche.

**Dr Valérie TRICHET-LLORY**

Praticien hospitalier  
Consultation mémoire gériatrique

**Dr Henri NACHAR**

Praticien hospitalier  
Court Séjour Gériatrique

### Consultation plaies

La consultation plaies s'adresse aux personnes âgées ayant une plaie chronique difficile à cicatriser. Après une évaluation médicale globale de la plaie et du retard de cicatrisation, cette consultation permet de mettre en place un projet thérapeutique personnalisé avec un protocole de soins adapté à l'état du patient et au stade de sa plaie en lien avec les infirmiers libéraux, le médecin traitant, les EHPAD et l'HAD. Les consultations ont lieu le vendredi matin au centre de médecine ambulatoire.

**Dr Françoise GRIMALDI D'ESDRA**

Praticien hospitalier  
Unité de Soins de Suite et de Réadaptation

### Consultation d'onco-gériatrie

L'onco-gériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Un tiers des cancers surviennent chez des personnes âgées de plus de 75 ans et les estimations indiquent que cette proportion atteindra 50 % en 2050. Si tous les traitements peuvent être envisagés, ils doivent être adaptés à l'âge physiologique et à l'état de santé global des patients. Il s'agit d'anticiper les toxicités des traitements anti-cancéreux (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et immunothérapie) et de prévenir au mieux les décompensations des pathologies associées au cancer. C'est ce qui s'appelle l'« Evaluation Gériatrique Standardisée ». L'objectif principal est de maintenir la qualité de vie des patients, d'adapter la prise en charge oncologique et de préserver autant que possible leur autonomie durant le parcours de soins.

Les consultations onco-gériatriques sont réalisées à la demande des médecins (oncologues, chirurgiens...) intervenant dans la prise en charge des patients âgés atteints de cancer, après discussion en Réunions de Concertation Pluridisciplinaires.

**Dr Gaël VAUDOUR**

Praticien hospitalier  
Unité de Soins de Suite et de Réadaptation

## ► PLURIDISCIPLINARITÉ

# Gros plan sur les métiers méconnus de la gériatrie

En gériatrie, il existe de nombreux métiers très spécifiques et souvent méconnus. Coup de projecteur sur ces hommes et femmes de l'ombre...



### ► Les kinésithérapeutes et ergothérapeutes

Les objectifs en réadaptation s'appuient sur le projet personnalisé du patient : maintien ou récupération d'une autonomie aux activités de la vie quotidienne, stimulations neuro-cognitives, prévention et lutte contre les attitudes vicieuses dues à l'alitement ou aux complications des pathologies du grand âge. L'équipe assure un conseil en aide technique et l'aménagement du domicile.

### ► La psychologue en USLD

En USLD, le rôle du psychologue est surtout de renarcissiser la personne âgée, de lui reconnaître la qualité de Sujet ayant quelque chose à dire, ce qui implique de rechercher délibérément ce qu'il y a de sensé dans ce qu'elle tente d'exprimer. Il est indispensable de tenir compte du rythme de la personne âgée qui est souvent lent avec des temps de latence au niveau des réponses qu'elle donne. Il est donc important de fournir une aide systématique pour la recherche des mots en s'appuyant sur la reformulation et le prêt de mots c'est-à-dire en proposant deux alternatives simples de réponses. Il s'agit aussi de reconnaître et de respecter la fonction protectrice du télescopage opéré par l'esprit de la personne âgée qui sous l'effet du stress amalgame la réalité actuelle avec son histoire. Cela peut être du désir, de la nécessité psychique par exemple : « je vais chercher mon mari » alors qu'il est mort. Lorsque l'on écoute l'anxiété et le mal-être, la personne âgée est plus détendue et coopérante aux soins et son traitement médical peut être diminué.



### ► Les assistantes sociales

Les assistantes sociales du Pôle Personnes Âgées interviennent dans la définition et l'anticipation d'un projet de sortie du patient hospitalisé. Elles mettent en œuvre, avec l'équipe médicale et paramédicale, des stratégies permettant la sortie du patient dans de bonnes conditions en s'efforçant de combiner les contraintes institutionnelles (durée moyenne de séjour) avec l'intérêt des patients. Elles concourent aussi à la prise en charge médico-sociale et globale des patients en proposant des solutions face aux problématiques sociales liées au vieillissement. Elles sont amenées à répondre à des besoins essentiels tels que la médiation familiale, l'accès aux droits, ou la protection de l'adulte vulnérable.

### ► Le Mandataire Judiciaire de la Protection des Majeurs (MJPM)



Mandataire Judiciaire à la Protection des Majeurs (MJPM) au sein de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) auprès des résidents placés sous protection juridique par le juge des tutelles, le rôle de Laurence MARTINEZ est de les conseiller, défendre leurs intérêts, et les représenter dans tous les actes de la vie civile. Elle travaille en partenariat avec l'ensemble des équipes de l'USLD et en réseau avec les professionnels extérieurs (tribunal, CAF, mairie, conseil départemental, notaire...). L'approche pluridisciplinaire est prépondérante car les décisions prises doivent s'intégrer dans le projet de vie individualisé du « majeur protégé ».

### ► Les Assistantes de Soins en Gérontologie (ASG): vers une nouvelle fonction de jour comme de nuit...



Être ASG en Unité d'Hospitalisation Renforcée (Les Pléiades) nécessite de suivre une formation complémentaire de 140 heures permettant d'acquérir des compétences spécifiques dans la prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs et comportementaux. Au quotidien, en fonction de l'histoire de vie, elles assurent les soins au rythme du résident et développent des compétences dans la gestion des troubles du comportement perturbateurs.



### ► Autres métiers spécifiques...

Mais les métiers du village c'est aussi Bernadette VOLPS la coiffeuse, Roland SIMON l'intendant, Patricia GUYONNET la lingère et l'équipe du secrétariat qui concourent à la qualité de prise en charge des patients. Le village accueille aussi les représentants des cultes, Marie-Laure MOLINIER, aumônier chrétien, Liyou YAHYA, aumônier musulman, et Jonathan SFADJ, Rabbin, présents pour les patients qui souhaitent un accompagnement spirituel pendant leur séjour.

**Sylvie DAUVILAIRE**  
Cadre de santé  
USLD – SSR Fontaine

► PROJETS

# Les bébés de la Gériatrie : naissances programmées

Orthogériatrie, unité saisonnière, lits de soins palliatifs, géolocalisation... contrairement à certaines idées reçues, même la gériatrie fait preuve d'innovations en matière de prise en charge du patient. Petit tour d'horizon.

## Lits Identifiés de Soins Palliatifs : une prise en charge spécifique pour un objectif commun

Par nature, les liens entre gériatrie et soins palliatifs sont étroits. Les soignants en milieu gériatrique ont de ce fait acquis une pratique des soins centrés sur la fin de vie. L'identification de lits de soins palliatifs en secteur de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) gériatrique reconnaît ce savoir-faire et le valorise. En février 2016, 4 LISP (Lits Identifiés Soins Palliatifs) étaient installés dans l'unité de SSR Mistral. Cela permet aujourd'hui d'optimiser la prise en charge palliative dans ce secteur, avec la mise en œuvre de moyens humains et matériels supplémentaires. Un temps infirmier est dédié du lundi au vendredi en journée à cette prise en charge. Chaque patient bénéficie d'une chambre individuelle avec un mobilier adapté. À ceci s'ajoute une baignoire à hauteur variable ainsi qu'un salon dédié aux familles. Cette prise en charge palliative a lieu en collaboration étroite avec l'EMSP (Equipe Mobile Soins Palliatifs) du CHA, qui intervient régulièrement au lit du patient et participe chaque semaine lors de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCPD) à une réflexion éthique, à la prise de décision, à l'élaboration des projets personnalisés (médecin, IDE, AS, psychologue). Enfin, pour poursuivre dans cette dynamique, les soignants bénéficient de formations régulières et d'un accompagnement assurés par l'EMSP, ainsi que de formations institutionnelles programmées dans l'année.



## Géolocalisation de patients

Le SSR et l'USLD utilisent un système de géolocalisation dans la prise en charge des patients déments déambulants. Ce matériel est composé d'un boîtier relié à une ceinture abdominale. Le recours à ce dispositif sur prescription médicale s'inscrit dans un projet de soins personnalisés. L'utilisation de ce dispositif est expliquée à la famille et au patient dans la mesure de ses fonctions cognitives. C'est un appui technologique qui permet au patient de garder une autonomie à la marche et limite la sédation chimique et la contention physique. Une zone de vie est délimitée. Si le patient dépasse cette « zone de vie », un déclenchement d'alerte s'effectue par message téléphonique sur le téléphone de l'infirmière du service. À cet instant, l'infirmière vérifie sur l'ordinateur la localisation du patient et une procédure de recherche du patient est déclenchée.

**Lydie DESMOUSSEAUX**  
Cadre de santé  
SSR Mistral



## Gériatrie saisonnière durant l'hiver

Une réflexion a été menée dans l'établissement sur l'afflux aux urgences des personnes âgées vulnérables, particulièrement durant la période hivernale. Cela a permis l'ouverture temporaire de 14 lits en service de Court Séjour Gériatrique, du 2 janvier au 15 mars 2016. Cette unité a été identifiée « Gériatrie Saisonnière ». Les patients qui y sont accueillis sont les mêmes que ceux du Court Séjour Gériatrique (plus de 75 ans, polyopathologiques, dépendant physique et psychique, pathologies neuro dégénératives et somatiques, problèmes sociaux associés). Ils viennent uniquement des urgences ou de l'UHCD. Le Dr Charles BODET a pris en charge ce service, secondé par un interne, une équipe paramédicale pour moitié détachée du CSG, complétée par des recrutements extérieurs, une assistante sociale, et une secrétaire. Le bilan de ces 10 semaines d'activité a été très positif car le service a pu remplir la mission d'accueil pour ces patients, et permis de réguler en partie le flux des urgences. C'est pourquoi, l'expérience sera réitérée sur le secteur A5 Sud, du 9 janvier au 31 mars 2017 (13 semaines), avec une augmentation à 16 lits. Saluons l'investissement et la dynamique des équipes du CSG, pour ce projet innovant.

## Création de 5 lits d'orthogériatrie

À l'initiative de l'équipe chirurgicale du service d'orthopédie, un nouveau projet verra le jour prochainement.

Le 3 janvier 2017, 5 lits d'orthogériatrie augmenteront la capacité du service de Court Séjour Gériatrique. Le recrutement des patients sera fait par les urgentistes en accord avec les orthopédistes, pour les patients de plus de 75 ans, porteur d'une fracture du col du fémur. Ces patients bénéficieront d'une prise en charge conjointe d'orthopédie et de gériatrie. Ce qui permettra de réduire les complications pré et post-opératoires, de favoriser la reprise de leur autonomie, et si besoin, l'orientation vers un service de rééducation ou de convalescence. En effet, le gériatre prend en charge des pathologies neuro-psychiques comme des syndromes confusionnels ou démentiels, l'état nutritionnel, la douleur, et évalue le traitement médical du sujet âgé, trop souvent victime d'associations délétères. Cette expertise sera d'une grande utilité pour l'anesthésiste en pré-opératoire. En juin 2016, nous avons eu la chance de rencontrer l'équipe d'orthogériatrie de l'Hôpital de Grenoble, pour échanger sur leur expérience très satisfaisante. Pour ce projet, un travail important a été engagé sur le service de CSG, pour repenser les effectifs, l'organisation, les besoins en formation et l'investissement en matériel, afin d'accueillir au mieux cette nouvelle population, et d'associer les compétences médicales et chirurgicales pour une meilleure prise en charge du patient. Un élément stratégique pour sa réussite, sera la présence quotidienne d'un kinésithérapeute afin de favoriser la verticalisation à J1 du sujet âgé et encourager leur mobilité. Ce projet multiservices innovant, implique les services de CSG, d'orthopédie, des urgences, des anesthésistes et le bloc opératoire. Il servira de test, dont le but sera de créer ultérieurement, une unité de 10 à 15 lits d'orthogériatrie à proximité du service de chirurgie orthopédique.

**Véronique GIRBAL**

Cadre de santé

Court Séjour Gériatrique – Unité saisonnière

## L'avenir de la gériatrie

À l'image de l'onco-gériatrie et de l'orthogériatrie, le futur, outre le renforcement de la filière qui restera le cœur de la discipline, appartient à une collaboration et une coordination accrues avec les différentes spécialités, en particulier les plus techniques, pour accompagner les évolutions technologiques de notre société. Elles sont parfois surprenantes : des robots ayant pour but d'aider à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes seraient en voie de commercialisation... Mais c'est bien notre part d'humanité qui est attendue, questionnée et sollicitée par ces patients si spécifiques que sont les personnes âgées.

**Dr Charles BODET**

Chef du Pôle Personnes Âgées

## « Un véritable partenariat CSG et Urgences Adultes »

Interview du Dr Stéphane BOURGEOIS



**Quels sont les bénéfices fonctionnels du rapprochement du Court Séjour Gériatrique dans la zone A vis-à-vis de la collaboration avec les Urgences adultes ?**

Dr BOURGEOIS : « Ce changement a amélioré la collaboration quotidienne que nous avons avec ce service. Les transferts des patients au sein de cette unité sont plus rapide aujourd'hui, ne nécessitant plus l'appel d'une ambulance ce qui permet de désengorger plus vite les urgences. Je tiens à souligner l'excellente

collaboration que nous avons avec le CSG qui est un partenaire privilégié des urgences et de l'UHCD. »

**Et au niveau de la prise en charge des personnes âgées ?**

« Ce service récupère des patients âgés fragiles qui représentent plus de 17 % des passages aux urgences. Il s'agit d'un véritable

partenariat. En effet, nous débutons les soins et la prise en charge sociale dès les urgences et l'UHCD et le CSG prend en charge le plus rapidement possible nos patients une fois stabilisés. La participation active des assistantes sociales et de l'UMG aide à cette fluidité entre nos deux services. »

**Que représente la prise en charge de ces patients âgés en terme d'activité ?**

« Le court séjour gériatrique récupère en moyenne presque 3 patients par jour, patients âgés fragiles avec souvent des terrains difficiles. La création l'an passé de l'unité saisonnière a été une réussite et l'expérience sera renouvelée cette année avec une légère augmentation des lits permettant de faire face aux épidémies hivernales qui surchargent le SAU. »

**Dr Nourredine BELLAMER**

Chef de service  
Court Séjour Gériatrique

# Il était une fois... la Gériatrie à Avignon



Voici un retour historique sur la gériatrie à Avignon, du 16<sup>ème</sup> au 21<sup>ème</sup> siècle...

## ➤ 1592

Au cours du 16<sup>ème</sup> siècle, la misère se généralise jetant, par les rues et les chemins, les pauvres et les mendiants, ouvriers du textile et paysans. On réserve progressivement l'Hôpital Sainte Marthe (fondé dès 1354 pour tous les nécessiteux) aux seuls malades. Le projet d'une structure d'hébergement pour accueillir l'armée menaçante des pauvres sans logis finit par voir le jour au cours du terrible hiver 1592. C'est l'Aumône Générale, inspirée par celle de Lyon, assurant charité et ordre public.

On y retrouve les vieillards sans ressources ni famille, les « incurables » (handicapés, travailleurs accidentés), les chômeurs et une population féminine précaire (filles perdues, enceintes, mères célibataires, veuves).

## ➤ 1635

Les orphelins et les enfants trouvés, hébergés et élevés jusqu'alors à Sainte Marthe rejoignent l'Aumône.

## ➤ 17<sup>ème</sup> siècle

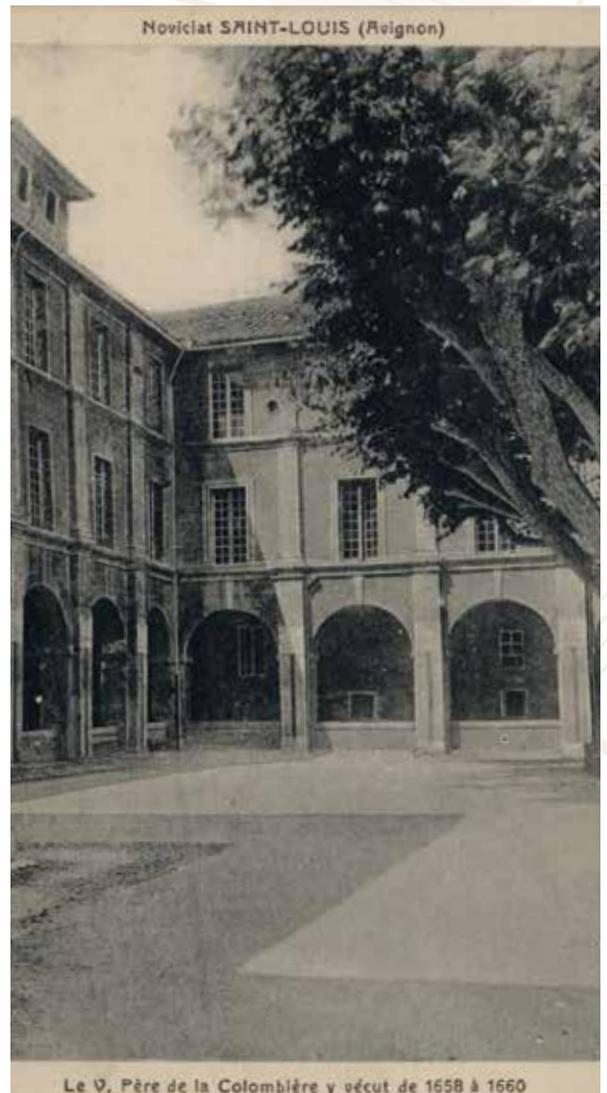
Un vaste bâtiment à 3 ailes se construit rue des « Lices antiques ». Ses 3 étages ouverts de baies à portique ménagent des abris ensoleillés et protégés du mistral sur le modèle de la « Vieille Charité » de Marseille. Lors des grands renfermements des pauvres (pestes et hivers rigoureux), on entassera jusqu'à 1800 nécessiteux (pour une ville de 20000 habitants).

## ➤ 1722

Mis en quarantaine, le peuple de l'Aumône sort indemne du fléau de la peste de Marseille (1720-1721) qui emporte un quart des habitants d'Avignon. Un magnifique ex-voto en est toujours le témoin.

## ➤ 1845

Les religieuses hospitalières sont expulsées de leur couvent attenant à l'Hôpital Sainte Marthe qu'elles desservaient (polémique anticléricale autour de la « religieuse enchaînée »). Transfert dans leur ancien couvent des indigents et des orphelins de l'Aumône : malades, vieillards et invalides sont réunis pour la première fois sur un même site à Sainte Marthe.





AVIGNON. - Caserne des passagers. - Ancien hospice de l'Assommoir Général, établi en 1847 pour les vieillards et les enfants trouvés. Devant, en 1847, caserne des militaires passagers.

### 1847

Les bâtiments de l'Aumône sont transformés par la ville en « Caserne des passagers » pour accueillir les militaires en transit, jusqu'en 1920. L'aile Est accueillera l'École des beaux-arts d'Avignon jusqu'à ces dernières années.

### 1852

Le Prince Napoléon, Président de la République, en visite à Avignon, rétablit les sœurs de Saint Joseph, réhabilitées, dans leur ancien couvent de Sainte Marthe. Il fait affecter aux indigents et aux orphelins l'ancien hôtel des Invalides d'Avignon, rue des vieilles études.

Construits au 17<sup>ème</sup> siècle par les Jésuites pour leur noviciat avec une chapelle dédiée à Saint Louis, transformés en couvent en 1768 (expulsions des Jésuites de France, puis d'Avignon), biens nationaux à la Révolution, les bâtiments sont affectés en 1801 par Napoléon Bonaparte, Premier Consul, en succursale des Invalides de Paris.

En 1850, l'Hôtel d'Avignon est fermé. Deux ans plus tard, les invalides civils d'Avignon remplacent les vieux invalides militaires des guerres napoléoniennes : c'est l'hospice Saint Louis. Les pensionnaires, jusqu'alors confinés, vont profiter des belles galeries voutées d'arêtes, d'une grande cour avec double rangée de platanes bordée de jardins et de vergers, dans une zone alors agricole.

De nombreux dons privés viendront soutenir la maison comme en témoignent les « tableaux de fondations » encore conservés. La première centenaire « Mion », la maméi sera citée en 1904, emportée par « une mort prématurée malgré l'âge avancé ».



AVIGNON - Hospice Sixte-Isnard

### 1854

Ouverture de l'Hospice Sixte Isnard, fondé par un riche industriel sans descendance pour « les ouvriers taffetassiers et garanciers, les commis de commerce malheureux et les négociants ruinés ». Il sera placé comme Saint Louis et Sainte Marthe sous la direction d'une Commission administrative unique, celle des « Hôpitaux et Hospices d'Avignon » (réforme de l'an V). Il accueillera jusqu'à 250 pensionnaires des 2 sexes jusqu'à la 2<sup>nd</sup>e guerre mondiale. Situé entre la route de Marseille et l'avenue de la Trillade, ce beau bâtiment sera démoli en 1958 pour laisser place à des barres HLM. Le buste de Sixte Isnard, laissé in situ, veille toujours.

### Années 70

Dans les années 1970, seront créés à Saint Louis le premier service hospitalier de Gériatrie (Dr Jean ARLAUD) et le premier service de Rééducation Fonctionnelle (Dr Michel POMMIER).

### 1981

Transfert du Centre Hospitalier sur le site de la Durance rue Raoul Follereau.

### 1982

Transfert des services de Saint Louis sur le site de Sainte Marthe. La Gériatrie (Dr Lucien SOKOLOWSKI), et le Long Séjour (Dr Michel GUIBOUT) occuperont les ailes de la noble façade, la rééducation des bâtiments modernes... et fonctionnels.

### 1987

Réhabilitation du « Pavillon Laënnec » (construit en 1928 pour les tuberculeux) à Sainte Marthe pour accueillir le service Long Séjour. Réhabilitation de l'Hospice Saint Louis en hôtel de prestige, improprement dénommé « Cloître Saint Louis » (les Jésuites n'étaient pas cloîtrés... pas plus que les pensionnaires), une aile abritant l'Institut supérieur des techniques du spectacle d'Avignon.

### 1994

Fermeture du site de Sainte Marthe. Transfert des résidents et des patients au « Village » du Centre hospitalier Henri Duffaut.

### 1997

Le site de Sainte Marthe accueille l'Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse. Le « Pavillon Laënnec » est transformé en résidence pour étudiants.



AVIGNON - Hôpital Sainte-Marthe - Entrée 16-9-17

► FILIÈRE GÉRIATRIQUE

# Une large ouverture sur la ville

Préparer la sortie de l'hôpital s'inscrit dans une démarche complexe : le lieu de vie de la personne âgée doit être adapté à l'état médical, mais aussi à l'état cognitif, l'état physique, et l'environnement humain et matériel. Ainsi, la réflexion en gériatrie est nécessairement pluridisciplinaire. La collaboration Ville-Hôpital est indispensable avec un objectif imposé : éviter les ré-hospitalisations, réussir une sortie difficile.



## Le retour à domicile

Depuis 10 ans, suite au Plan Solidarité Grand Age et à la circulaire relative à la Filière Gériatrique, cette collaboration s'est structurée et systématisée. L'assistante sociale sollicite les intervenants, après le bilan médical et selon l'autonomie évaluée par l'équipe paramédicale.

- > Ce qui va de soi : médecin traitant, infirmier, kiné, orthophoniste.
- > Les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD). Des aide-soignants assurent les soins.
- > Les prestataires médicaux pour le matériel (lit médicalisé, perfusions).
- > Les associations d'aides à domicile avec une prise en charge financière spécifique (dossier APA = Allocation Personnalisée Autonomie).
- > Dans le cadre spécifique des démences, on fait appel à l'Association Vaucluse Alzheimer et à l'Accueil de Jour. Localisé dans les maisons de retraite, il reçoit les malades à la journée pour des activités de stimulation (financement par le patient).
- > Pour les pathologies plus instables, l'HAD, le Réseau de Soins Palliatifs.

Cette organisation de multidisciplinaire nécessite « un chef d'orchestre », c'est généralement un membre de la famille. Trop souvent, les personnes âgées ont un entourage défaillant, voire inexistant. De nouveaux dispositifs ont été mis en place et sont devenus des partenaires de la filière :

- > Plateforme Territoriale d'Appui : dispositif d'appui aux professionnels pour l'accompagnement des patients en situation complexe afin d'améliorer l'accessibilité aux soins et faciliter le maintien à domicile (Alp'Age dans le Nord Bouches du

Rhône, Ressources Santé sur le Vaucluse)

- > MAIA : aide à la prise en charge de personnes âgées avec la particularité de pouvoir nommer un « gestionnaire de cas » ou accompagnateur social du quotidien dans les cas difficiles tel qu'un patient isolé en refus de soins.

## Les EHPAD – Foyers logements

Ils sont hors du domaine sanitaire et ont un financement complexe auquel les résidents participent (+ de 2000 €/mois). L'accueil d'un patient est soumis à l'acceptation du dossier médical ET surtout du dossier financier. La prise en charge des résidents s'est considérablement améliorée mais les contraintes sont telles que cela limite l'accueil de nos patients très complexes et fragiles.

À tous les niveaux de la filière des partenariats Ville-Hôpital sont actifs. Les connaissances des acteurs entre eux sont encore fragiles, c'est pourquoi le Pôle Personnes Agées a inscrit dans ses objectifs 2015-2020 un renforcement des liens vers les EHPAD. L'objectif est d'apporter l'expertise gériatrique de la filière aux résidents des EHPAD, ces établissements favorisant l'accueil de nos patients hospitalisés. Dès à présent, à titre d'expérience, des gériatres se rendent 1 fois par mois dans un EHPAD pour le conseil au lit du patient, la formation des équipes, et les échanges sur les pratiques gériatriques pour une meilleure collaboration.

**Dr Florence BOUTTIER**  
Praticien hospitalier  
Unité de Soins de Suite  
et de Réadaptation

## ► INTERVIEW

### Dr CHERON, Médecin coordonnateur de l'EHPAD de Sorgues

#### Challenge : Quel est le rôle du médecin traitant ?

Dr CHERON : « Il assure le suivi médical au quotidien dans l'EHPAD. Son passage n'est pas systématique. Le plus souvent, ils se déplacent suite à l'appel de l'infirmier lors d'un problème aigu. Certains repassent une semaine après pour réévaluer. »

#### Comment sont gérées les Urgences ?

« Le médecin coordonnateur les assure quand il est présent dans la structure ; SOS Médecins n'intervient pas dans ce secteur. C'est le SAMU qui est sollicité et envoie soit une équipe médicale, soit une ambulance qui dirige le résident directement vers les urgences. »

#### Quelle aide apporte le CHA à l'EHPAD ?

« Le CHA prend en charge avant tout des urgences non gérables sur place et donne des avis spécialisés car bien souvent les résidents ne peuvent plus être suivis par les médecins libéraux en raison des difficultés de déplacement. C'est alors une consultation au décours d'une décompensation d'une pathologie chronique. »

#### Que peut surtout vous apporter la filière gériatrique ?

« La prise en charge par la Consultation Mémoire et l'Hôpital de jour fonctionne bien. Il serait très appréciable de pouvoir avoir plus d'accès direct dans les services hospitaliers de la filière (CSG et SSR) afin de limiter les passages aux urgences pour notamment réévaluer les pathologies chroniques avant la décompensation. »