



EHESP

DESSMS

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**L'organisation d'un réseau
géronologique en lien avec la filière
gériatrique de territoires à partir de
l'hôpital local de Morestel :
un positionnement stratégique**

Christine GAUDIN

Remerciements

Le chemin, qui me conduisit à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, me fit rencontrer des personnes qui furent de réels soutiens dans les moments de joies comme dans les difficultés. Je tiens à remercier tout particulièrement celles qui de près ou de loin ont rendu ce mémoire possible.

- Monsieur F. DUBOIS et Monsieur P. INARD mes deux maîtres de stage ; Monsieur F. DUBOIS, directeur de la maison de retraite et du foyer d'accueil médicalisé des Abrets et Monsieur P. INARD, directeur de l'hôpital local de Morestel, qui m'ont laissé une autonomie d'actions en m'octroyant leur confiance
- Madame D. BRAVARD, responsable du service Etablissement de Santé à la DDASS de l'Isère et Monsieur Ph. GUETAT, de la DRASS à LYON, qui m'ont permis d'intégrer deux groupes de travail, dirigés par Monsieur Le Docteur M. VERMOREL de la DRSM à LYON
- Mr Le Professeur A. FRANCO, Professeur de Gériatrie à l'Université Joseph Fourier à Grenoble
- L'ensemble de la communauté médicale du secteur nord du département de l'Isère ainsi que mes futurs collègues, directeurs des structures associatives, sociales, médico-sociales et sanitaires pour leur accueil et active participation à ce travail d'étude.
- Monsieur E. LEGENDRE, mon cousin par alliance, responsable d'un centre de deuxième chance situé en Haute Savoie, qui a accepté de relire ce mémoire.

Je reste spécialement reconnaissante envers celui qui m'accompagne et envers mes trois enfants pour leur patience et les nombreux efforts familiaux consentis tout au long de ce parcours.

***« Il ne s'agit pas d'ajouter des années à la vie
mais de la vie aux années ».***

Alexis Carrel

1873 - 1944

Sommaire

Introduction	1
1 L'intérêt de créer localement un réseau gérontologique venant compléter l'offre de soins, générée par l'instauration de la filière gériatrique de territoires.	9
1.1 Un manque de coordination de l'offre de soins ressenti par les professionnels exerçant dans le secteur nord de l'Isère.....	9
1.1.1 L'offre sanitaire et médico-sociale de territoires, confrontée au choc démographique.....	9
1.1.2 Le besoin de développer la coordination, ressenti par les acteurs de terrain, conscients des difficultés.....	14
1.2 Des dispositifs, instaurés territorialement pour développer la coordination avec des actions limitées	19
1.2.1 La création de la filière gériatrique de territoires.....	19
1.2.2 La restriction au champ sanitaire de la filière gériatrique de territoire	22
2 La possibilité, à partir de l'hôpital local de Morestel d'améliorer la coordination géronto-gériatrique par le développement d'une culture partenariale : un choix stratégique pour l'établissement.....	27
2.1 La mise en place d'outils de communication formels encourageant la culture « partenariale ».....	27
2.1.1 La mise en place d'un réseau par l'hôpital local de Morestel	27
2.1.2 Des expériences réussies, utiles au renforcement de la culture de « filière gériatrique élargie » au sein des territoires.....	34
2.2 Le choix d'un positionnement stratégique pour l'hôpital local.....	39
2.2.1 Un choix, concrétisé par l'élaboration d'un projet médical local, intégré au projet médical de territoire du bassin de santé de Lyon Est.....	39
2.2.2 Un choix, inscrit totalement dans les axes de la politique actuelle	44
CONCLUSION	51
Bibliographie	59
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Agence française de normalisation
AGGIR : Autonomie gérontologique groupe iso ressources
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ARH-RA : Agence régionale de l'hospitalisation Rhône Alpes
ARS : Agence régionale de santé
CEG : Consultation d'évaluation gérontologique
CH : Centre hospitalier
CHT : Communauté hospitalière de territoire
C.G : Conseil général
CLECONA : groupement de coopération sanitaire Roannais pour nos aînés
CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique
C.M : Consultation mémoire
CSG : Court séjour gériatrique
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DESIR : Démarche d'évaluation d'une situation individuelle et de réponse
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques
DRSM-RA : Direction régionale du service médical Rhône Alpes
EGOS : Etat généraux de l'organisation de la santé
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMG : Equipe mobile de gériatrie
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GCSMS : Groupement de coopération sanitaire et médico-social
GEVA : Guide d'évaluation des besoins de compensation
GIR : Groupe Iso Ressources
GMP : GIR moyen pondéré
HAD: Hospitalisation à domicile
HL : Hôpital local
HPST : Hôpital, patient, santé, territoire (en référence à la Loi Bachelot)
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IDE : Infirmière diplômée d'Etat

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC : Mission d'intérêt général d'aide à la contractualisation
MPR : Médecine physique de réadaptation
NTIC : Nouvelles technologies d'information et de communication
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMP : Pathos moyen pondéré
PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRISMA : Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien et d'autonomie
PSD : Prestation spécifique dépendance
PSGA : Plan solidarité grand âge
PSPH : Participant au service public hospitalier
RAI : *Resident assessment instrument*, soit Méthode d'évaluation du résident
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SLD : Soins de longue durée
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
SSAD : Services de soins à domicile
SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile
SSR : Service de soins de suite et réadaptation
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

D'après les études démographiques¹, que ce soit en France, en région Rhône-Alpes, en Isère, ou encore dans le secteur nord du département de l'Isère, l'espérance de vie a augmenté de 30 ans depuis le siècle dernier. Il s'agit là d'un gain considérable, attribué à l'amélioration des conditions de vie, de travail, ainsi qu'aux progrès de l'hygiène et de la médecine.

Les prévisions démographiques² du département de l'Isère, prévoient, qu'en 2020, le nombre de personnes âgées qui dépasseront le cap des 80 ans, s'élèvera à 42 000 Isérois, soit deux fois plus qu'aujourd'hui. Cette hausse de la population âgée, se traduira par une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes dans les années futures. En effet, le niveau de dépendance³ s'aggrave avec l'âge, du fait de l'usure physiologique du corps humain, qui se manifeste par l'apparition de différentes pathologies chez un même sujet. D'après les travaux menés par la cellule des statistiques du Conseil général du département de l'Isère, il apparaît que 20% des personnes âgées de plus de 85 ans sont dépendantes soit 5 242 personnes en 2000 ; la projection étant de 8 244 en 2020². Les personnes âgées, du fait du vieillissement, sont souvent atteintes de plusieurs pathologies qui nécessitent des soins parfois importants, réalisés par des professionnels. Ce phénomène démographique conséquent pourrait poser des problèmes d'organisation des prises en charge sur les territoires.

L'élévation de la longévité s'accompagne d'une hausse moins importante chez les personnes âgées de 65 ans et plus ; d'après l'étude de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), consacrée à *l'impact du vieillissement sur les structures de soin*⁴, une progression de 22%, est prévue, en France, pour cette tranche d'âge, portant le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, de 770 000 en 2000 à 940 000 en 2020.

¹ Site : <http://www.insee.fr>

² Schéma départemental en faveur des personnes, p. 33

³ Évalué par la grille AGGIR (Autonomie gérontologique - Groupe Iso- Ressources)

⁴ « Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030 ». Dossier solidarité et santé-DREES n°4, 2008 - Marie Claude Mouquet et Philippe Oberlin, p.4

Les analyses démographiques montrent également que le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter plus rapidement que celui des aidants familiaux. En France, 95% des personnes âgées vivent à domicile. D'après une étude menée par le Centre Pluridisciplinaire de Gériologie de Grenoble⁵, le rôle joué, aujourd'hui, par les aidants familiaux auprès des personnes âgées restées à domicile est majeur.

Actuellement, pour répondre aux demandes de soins des personnes âgées dépendantes, le secteur nord du département de l'Isère dispose d'une dizaine de structures d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il se place toutefois en dessous des moyennes nationale et régionales. En Isère, en effet, en 2004, le taux de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour 1000 personnes de plus de 75 ans⁶, est de 620,10 places contre 680,5 places en Rhône Alpes et 686,8 places en France. Deux centres hospitaliers existent également sur le territoire ainsi que deux hôpitaux locaux.

Le Schéma départemental en faveur des personnes âgées, prévoit une hausse des capacités d'accueil sur 5 ans (en nombre de lits médico-social), concentrée sur l'agglomération grenobloise, dans le but de combler un retard en nombre de lits d'EHPAD constaté depuis plusieurs années. Le secteur nord du département de l'Isère va bénéficier quant à lui d'investissements destinés à des réhabilitations et à des ouvertures de nouveaux types de services tels que le développement d'accueil de jour ou d'unités spécialisées dans la prise en charge de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore d'unités pour l'hébergement de personnes handicapées vieillissantes. Actuellement, le taux d'occupation moyen des structures accueillant des personnes âgées dépendantes, est de 98,54%⁷.

Le Schéma régional d'organisation sanitaire Rhône Alpes (SROS-RA) prévoit des transformations de lits de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) en lits de Court Séjour Gériatrique (CSG) ou/et en lits de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) mais pas d'augmentation globale des capacités d'accueil.

⁵ « Aidants familiaux, indispensables et exposés ». Centre pluridisciplinaire de gérontologie ; séminaire sur les aidants familiaux, Pr. A. Blanc, Pr. A. Franco – 20 novembre 2008, Grenoble, p.3

⁶ Schéma départemental en faveur des personnes âgées, p.33

⁷ Schéma départemental en faveur des personnes âgées, p.86

D'après les propos recueillis auprès des différents professionnels de santé⁸, il apparaît que, la prise en charge des personnes âgées dépendantes, reste, parfois, critique sur le territoire. Lors des deux périodes de stage passées, d'abord à la maison de retraite des Abrets et ensuite à l'hôpital local intercommunal de Morestel⁹ (deux établissements situés dans le nord de l'Isère), l'existence de points de blocages récurrents a été constatée. Ces difficultés, relevées régulièrement, nuisent à la fluidité des parcours de soins, que ce soit lors de l'admission des personnes âgées en institutions médico-sociales ou sanitaires, ou lors de leur sortie. L'idée de développer des dispositifs destinés à améliorer la fluidité des parcours pour améliorer les prises en charge tend à s'imposer comme une nécessité.

L'accroissement du vieillissement de la population française et ses conséquences en matière de santé, sont reconnus par les professionnels aux niveaux local, régional et national. Les pouvoirs publics ont déjà entrepris des travaux de recherches avec des experts sur le sujet.

En Avril 2006, à la demande de Monsieur X. BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités et de Monsieur Ph. BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Monsieur Le Professeur C. JEANDEL, Monsieur P. PFITZENMEYER, et Monsieur Ph. VIGOUROUX, publient un rapport intitulé « *Programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir* ». Ce rapport a alerté les consciences et permis l'apparition du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, annoncé le 27 juin 2006. Ce dernier comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées par le développement de la coordination des différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux : établissements publics, privés, ou participant au service public hospitalier (PSPH) ou à but lucratif, professionnels libéraux. Sur cette base, paraît alors, la circulaire du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques, dont l'objectif est d'accompagner l'amélioration du parcours de soins gériatriques, impulsant le développement des projets médicaux de territoire.

⁸ Guide d'entretien - Etude de faisabilité sur la filière gériatrique, cf Annexe 2.

⁹ Cf. carte géographique du secteur nord du département de l'Isère, Annexe 1.

La filière de soins gériatriques exposée dans la circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 vient conforter l'organisation des soins mentionnée dans la circulaire du 18 mars 2002 et rend la réalisation possible du 3^{ème} axe du Plan Solidarité Grand Age (PSGA). Ce 3^{ème} axe vise l'adaptation du système hospitalier aux besoins spécifiques des personnes âgées gériatriques¹⁰, leur permettant de bénéficier d'un continuum de prise en charge sans rupture, à mesure de la gradation des soins requis. De plus, les mesures proposées visent à la structuration territoriale de la prise en charge des patients âgés, grâce au développement de filières gériatriques hospitalières, intégrant les hôpitaux locaux en amont et en aval des plateaux techniques gériatriques, très fortement maillées avec les professionnels intervenant au domicile et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs maillons de l'activité gériatrique que sont le court séjour gériatrique (CSG), *noyau dur* de la filière, l'équipe mobile de gériatrie (EMG), l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation (SSR) appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatrique), les soins de longue durée (SLD).

Des partenariats doivent être organisés au niveau du territoire d'implantation de la filière de soins gériatriques avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les médecins traitants, les acteurs institutionnels de la prise en charge médico-sociale (EHPAD et Foyer Logement) et du domicile (SSIAD, services d'aide CLIC, réseaux gérontologiques).

La filière gériatrique organise et formalise, de manière coordonnée et hiérarchisée, le passage de la personne âgée d'un opérateur à un autre, en assurant la continuité dans la prise en charge.

Dans le secteur nord du département de l'Isère, une filière de soins gériatriques est en cours de réalisation sous l'égide d'un collège de gériatres constitué dès 2002. Ce collège des gériatres réunit une fois par trimestre l'ensemble des médecins praticiens hospitaliers des deux centres hospitaliers et des deux hôpitaux locaux du bassin de santé berjallien¹¹.

¹⁰ D'après la définition donnée par C. JEANDEL (Congrès de Géronto expo 26 et 27 juin 2009, PARIS) : personnes âgées touchées de polyopathologies, intrication de maladies neurodégénératives et somatiques, instabilité et décompensation en cascade, complexités médicopsychologiques

¹¹ Bassin de santé du centre hospitalier de la zone de Bourgoin Jallieu

Les médecins coordonnateurs des dix EHPAD avoisinantes ainsi que les médecins libéraux généralistes ne participent pas à ce groupe de travail.

Ainsi une filière de soins gériatriques au sens propre du terme c'est-à-dire comprenant les activités hospitalières nécessaires à la réponse médicale lors de la survenance d'un événement aigu chez une personne âgée (urgence, plateau technique, équipe mobile intra hospitalière, CSG, SSR, hôpital de jour, consultations d'évaluation gériatriques et consultations mémoires) s'organise peu à peu au niveau du territoire.

Les EHPAD, les professionnels du domicile et les intervenants sociaux, orientés vers les activités à caractère gérontologique, axées sur l'accompagnement du vieillissement de la personne âgée et complémentaires aux pratiques sanitaires, sont actuellement exclus de la réflexion.

L'hôpital local, dont les orientations générales figurent dans la circulaire DHOS/DGAS/03/A VIE/ n° 2003/57 du 28 mai 2003 exerce des activités médico sociales parallèlement à sa vocation sanitaire (premier niveau de prise en charge sanitaire).

Dans ce contexte particulier, il apparaît que l'hôpital local intercommunal de Morestel peut grâce à ses compétences et à ses activités spécifiques, favoriser aux niveaux local et territorial des liens privilégiés avec les acteurs et professionnels de santé du domicile, et des EHPAD.

La création d'un réseau gérontologique permettrait d'assurer la pérennité des liens tissés, entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge. Conformément à la circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM n° 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées », les réseaux permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées par le développement de la coordination des différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux. L'objectif recherché est l'amélioration du parcours de soins de la personne âgée.

Le réseau, constitué de professionnels de santé libéraux, doit aboutir, de façon coordonnée avec le médecin traitant, à la mise en place d'un plan d'intervention personnalisé (comprenant un plan d'aide et un plan médical) en faveur des personnes âgées favorisant le maintien à domicile de qualité ou d'accompagner le retour à domicile après une hospitalisation. Le réseau assure le lien entre la ville et l'hôpital.

Conformément à la circulaire du 28 mars 2007 relative aux filières de soins gériatriques, afin de parvenir à une continuité dans la prise en charge des personnes âgées, pour répondre précisément au cahier des charges proposé, l'hôpital local devra rester vigilant à l'intégration du réseau gérontologique dans la filière de soins gériatriques.

Le travail, lié à la réalisation du mémoire de fin d'étude, s'est organisé en étapes successives :

- Tout d'abord, afin de mieux cerner le sujet, une recherche bibliographique a été effectuée sur les textes normatifs portant sur les filières et les réseaux, sur les études démographiques actuelles et prévisionnelles, sur les documents stratégiques de bassin de santé et de territoires, relatifs au secteur nord du département de l'Isère. Ce travail a été complété de consultations d'ouvrages, de périodiques, de rapports, de thèses, de mémoires professionnels, ainsi que de réflexions sur le sujet disponibles sur internet [via des sites comme celui de la Fédération hospitalière de France (FHF)¹²].
- Puis, un guide d'entretien a été réalisé. Destiné à recueillir, sur les trois territoires de l'étude, l'avis et le positionnement des différents acteurs de santé, sur l'organisation éventuelle d'une filière géronto-gériatrique, il permet d'aborder le sujet du mémoire de manière pragmatique (cf Annexe II).
- Ont été alors interviewés, les directeurs des deux Centres Hospitaliers du bassin de santé Lyon Est, les directeurs des deux Hôpitaux Locaux (Territoire du Val du Dauphiné et du Haut Rhône Dauphinois), les directeurs des dix EHPAD répartis sur les trois territoires (Val du Dauphiné, Haut Rhône Dauphinois et Portes des Alpes), des médecins praticiens hospitaliers (des deux centres hospitaliers), des médecins coordonnateurs (d'EHPAD), des directeurs de SSIAD, de SSAD, le directeur de la société *Soins et santé* (spécialisée dans l'HAD), deux médecins généralistes, et des professionnels paramédicaux (IDE libérales, auxiliaires de vie).
- A aussi été organisée une rencontre avec un professionnel de santé de la région de Roanne, responsable de l'organisation d'une filière *gériatrique élargie* de territoires.

¹² <http://fhf.fr/>

La participation à deux groupes de travail auprès de l'ARH-RA, réfléchissant à la concrétisation du développement de la coordination et de la mutualisation des moyens sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires sur les territoires rhône-alpin, montre les difficultés possibles de mise en œuvre.

Le contexte territorial actuel, essentiellement concentré sur la mise en place d'une filière gériatrique à caractère sanitaire, incite certains professionnels de terrain à réfléchir localement à la création d'un réseau gérontologique (I). L'hôpital local de Morestel aurait la possibilité de se positionner pour améliorer la coordination géronto-gériatrique par l'instauration localement d'une culture partenariale de territoires, reposant sur un réseau gérontologique (II).

1 L'intérêt de créer localement un réseau gérontologique venant compléter l'offre de soins, générée par l'instauration de la filière gériatrique de territoires.

Le secteur nord du département de l'Isère va connaître dans les 15 années à venir un doublement de sa population âgée de 80 ans et plus, avec davantage de personnes âgées dépendantes. Les structures d'accueil affichent des taux d'occupation avoisinant les 98% et il n'est pas prévu d'augmenter les capacités d'hébergement. Les professionnels de terrain ont conscience des difficultés futures et seraient favorables au développement de la coopération.

1.1 Un manque de coordination de l'offre de soins ressenti par les professionnels exerçant dans le secteur nord de l'Isère

Dans le secteur le nord Isère, les professionnels de santé ont à disposition, un parc d'établissements sanitaires et médico-sociaux ainsi que des structures d'aide à domicile. Ils sont conscients de l'enjeu démographique futur posé : parvenir à ce que l'offre de soins évolue afin de répondre le mieux possible à la demande.

1.1.1 L'offre sanitaire et médico-sociale de territoires, confrontée au choc démographique

A/ Une stagnation des capacités d'accueil pour les établissements sanitaires et médico sociaux de territoires

D'après la carte territoriale, le département de l'Isère est découpé en treize territoires. Le secteur nord du département de l'Isère regroupe trois territoires, le *Val du Dauphiné*, la *Porte des Alpes* et le *Haut Rhône Dauphinois* (cf. Annexe I).

Le paysage sanitaire du secteur nord du département de l'Isère se compose tout d'abord de deux centres hospitaliers.

Le centre hospitalier Pierre Oudot à Bourgoin-Jallieu, se situe sur le territoire de la Porte des Alpes, dans le bassin Sud Est de Lyon, à 40 km de Lyon. Il est le centre hospitalier de référence avec une capacité de 600 lits, comprenant un service d'urgences, un hôpital de

jour avec un accueil de jour thérapeutique, un centre de consultation mémoire, une équipe mobile hospitalière, un service de court séjour gériatrique (CSG), une unité de lits long séjour, une antenne assurant des consultations d'évaluation gériatrique en lien avec les services infirmiers d'aide à domicile (SSIAD), les services de soins à domicile (SSAD) et les professionnels de santé libéraux.

Le centre hospitalier de Pont de Beauvoisin, situé sur le territoire du Val du Dauphiné, à 30 km du centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu, se compose également d'un service d'urgence, d'un service de médecine de court séjour gériatrique (CSG)¹³, d'un service de soins de suite (SSR) et de médecine physique de réadaptation (MPR), d'un EHPAD, et d'une consultation mémoire, en lien avec les services à domicile (SSIAD, SSAD) et les professionnels libéraux.

Deux hôpitaux locaux complètent l'offre de soins sanitaires de territoires.

L'hôpital local de La Tour du Pin, situé sur le territoire du Val du Dauphiné, à mi chemin des deux centres hospitaliers de Bourgoin Jallieu et de Pont de Beauvoisin, comprenant un accueil de jour, une unité de consultation mémoire, une unité de psycho gériatrie, une unité de long séjour avec un EHPAD. Il est en interaction avec le SSIAD et les SSAD locaux.

L'hôpital local intercommunal de Morestel, situé à une quinzaine de km de l'hôpital local de la Tour du Pin sur le territoire du Haut Rhône Dauphinois, comprenant un service de soins et de rééducation (SSR), une unité de consultation mémoire, un service de cure médicale et de long séjour et un EHPAD. Il a, de plus, un service de repas à domicile qui exerce sur le secteur des cantons de Morestel et de Montalieu. L'hôpital local de Morestel a des liens avec le SSIAD, les SSAD locaux et les professionnels libéraux.

Le secteur nord du département de l'Isère compte également à son actif¹⁴ une dizaine d'EHPAD correspondant en 2005 à 1 830 lits. Il y a aussi 478 places disponibles en foyer logement. Le taux d'équipement relatif au nombre de lits médicalisés en EHPAD, s'élève en moyenne à 115,21 lits pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans, situant le secteur nord de l'Isère au dessus de la moyenne iséroise qui est de 102,38. Le nombre

¹³ Ouverture le 1^{er} février 2009

¹⁴ D'après les données issues du Schéma départemental en faveur des personnes âgées, p.82

de places disponibles en services de soins infirmiers à domicile et service à domicile s'élève à 200 sur l'ensemble des trois territoires.

200 médecins généralistes exercent dans le nord Isère, soit en moyenne moins de 1 médecin généraliste pour 1 000 habitants¹⁵. L'âge des médecins sur les trois territoires augmente, le nombre des médecins âgés de plus de 55 ans étant en forte hausse. Le nombre d'infirmières libérales, en exercice sur les territoires est plus faible ; elles seraient 170 infirmières libérales, soit moins de 0,5 IDE pour 1000 habitants¹⁶; des chiffres similaires ont été relevés pour les kinésithérapeutes. On constate quand même une augmentation de nombre d'IDE libérales et de kinésithérapeutes âgés de moins de 50 ans.

Le secteur nord du département de l'Isère a été déclaré zone déficitaire, fragile et potentiellement à risque en médecins généralistes en 2008¹⁷. Le département et certaines communes prennent des mesures afin d'inciter les jeunes professionnels libéraux à venir s'installer dans la région. Force est de constater que ces dernières n'atteignent pas leurs objectifs et que la crainte de la population locale est de voir partir en retraite des professionnels non remplacés par la suite.

La politique d'offre de soins, arrêtée par le Conseil général de l'Isère affirme que le secteur nord de l'Isère est correctement doté en nombre de lits, et de ce fait, ne le considère pas prioritaire pour des dotations supplémentaires en lits. Pour autant, les surfaces actuelles rapportées à chaque lit restent très en deçà des normes¹⁸.

Des établissements d'hébergement avec des chambres doubles voire triples¹⁹ existent encore sur le territoire, ce qui nuit à la qualité de l'hébergement et des soins ainsi qu'à l'approche institutionnelle qui considère l'institution comme un substitut du domicile.

D'après le *Schéma régional d'organisation sanitaire*, l'offre sanitaire en faveur des personnes âgées iséroises va connaître des restructurations afin de répondre plus justement et plus efficacement à la demande de demain. Il en est de même de l'offre médico-sociale du secteur nord de l'Isère, pour laquelle sont prévus des réhabilitations et des réaménagements avec un effort consenti pour l'ouverture d'unités plus spécialisées

¹⁵ Données fournies par le Conseil Général 38 et l'URCAM – avril 2008

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Normes : de 15 à 18 m² pour une chambre à 1 lit ; de 20m² à 30 m² pour une chambre à 2 lits

¹⁹ Cas de l'hôpital local de Morestel

comme les accueils de jour, les accueils spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou encore pour les personnes handicapées vieillissantes.

B/ Des besoins en soins en augmentation sans connaissance précise du type de dépendance

Comme évoqué en introduction, le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans dans le département de l'Isère devrait doubler de 2009 à 2020, passant de 21 110 à 42 973 Isérois. 20% de ces personnes de plus de 80 ans, aujourd'hui, sont déclarées dépendantes soit 5 242 pour 8 244 en 2020²⁰. Le niveau de dépendance a tendance à augmenter avec l'âge du fait de l'apparition de poly-pathologies, dues à l'usure physiologique du corps humain.

En France, les personnes âgées, pour la majorité d'entre elles, vivent à domicile. La dépendance ne correspond pas à un cas unique ; elle est en fait multiple. Le niveau de dépendance d'une personne âgée vivant à domicile est déterminé par la grille AGGIR²¹, outil de référence national utilisé par les professionnels. La prise en charge, attribuée à la personne dépendante est fonction de son niveau de dépendance, synthétisé par le GIR²². Les prises en charges sont graduées des GIR 6 (le moins dépendant) au GIR 1 (le plus dépendant).

C'est ainsi qu'en fonction de l'évaluation des besoins effectuée à partir de la grille AGGIR, certaines prises en charge, ne seront réalisées que par le secteur ambulatoire, tandis que d'autres nécessiteront l'intervention d'acteurs du secteur sanitaire et d'autres encore des secteurs sanitaire et médico-social.

D'après l'étude *PAQUID, 10 ans déjà*²³, menée par P. BARBERGER-GATEAU, I. ROUCH, L. LETENNEUR, le modèle français de valorisation de la dépendance, reste incomplet. L'objectif de l'étude, débutée en 1988, porte sur l'analyser du vieillissement cérébral et fonctionnel. Il apparaît selon ses auteurs, « *que le retentissement de la détérioration cognitive se fait déjà sentir 3 à 5 ans avant le diagnostic de démence par*

²⁰ Schéma départemental en faveur des personnes, p. 33

²¹ Autonomie gérontologique- Groupe iso-ressources

²² Groupe Iso ressources

²³ BARBERGER GATEAU P., ROUCH I, LETENNEUR L., « *Etude PAQUID (QUID sur les personnes âgées): 10 ans déjà... Synthèse des derniers résultats* », Inserm U 330 Université Victor Segalen Bordeaux 2, Revue de gériatrie ISSN 0397-7929, 2000 vol.25, n°7, résumé.

des incapacités aux activités instrumentales de la vie courante comme utiliser le téléphone, ou encore les moyens de transport, ou être responsable de la prise de ses médicaments et gérer son budget. A un stade plus avancé, la démence entraîne une incapacité aux activités de base de la vie courante : 57,8 % des bénéficiaires potentiels de la PSD²⁴ sont des déments ».

En conclusion, l'étude PAQUID montre que la dépendance n'est pas un processus inéluctable et qu'il existe des déterminants sur lesquels il serait possible d'agir. La part de la dépendance attribuable à la démence est importante et offre peu de possibilités de prévention dans l'état actuel des connaissances. Cependant l'identification précoce des sujets en cours de déclin cognitif et la mise en place des aides nécessaires ainsi qu'une prise en charge globale des problèmes médicaux, nutritionnels et psychosociaux de ces patients permettrait de retarder la survenue d'une dépendance lourde.

Les données issues de la cellule des statistiques du Conseil général de Grenoble sont quantitatives et très peu qualitatives. La cellule des statistiques est en mesure de chiffrer l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans et de plus de 85 ans, sans donner précisément le niveau des dépendances²⁵, ni même les spécificités du type de dépendances.

Selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), « *la grille AGGIR, n'est qu'un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe par l'attribution d'une enveloppe d'aide* ». L'outil AGGIR est, en effet, réglementaire pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Aujourd'hui en France, la grille AGGIR est le seul outil consensuel sur le territoire qui soit source de langage commun.

Toutefois, la grille AGGIR, d'après les experts, manquerait de sensibilité pour appréhender de manière globale et précise les besoins en aide des personnes âgées.

Il serait intéressant de compléter l'évaluation apportée par la grille AGGIR par d'autres instruments permettant une appréciation multidimensionnelle.

Des outils permettant d'évaluer de manière globale la situation des personnes âgées existent, comme :

²⁴ Prestation spécifique dépendance

²⁵ Schéma départemental en faveur des personnes âgées

- *le guide d'évaluation des besoins de compensation (GEVA)*²⁶, désormais outil officiel de référence permettant d'établir une photographie de la situation de la personne, c'est-à-dire ce qu'elle peut et sait faire, mais aussi ce que son environnement lui permet ou au contraire l'empêche de réaliser
- « *the resident assessment instrument* » (RAI)²⁷, traduit en la *méthode d'évaluation du résident*, méthode d'évaluation globale prenant en compte les différentes dimensions de l'être (physique, psychique, fonctionnelle, sociale, environnementale ainsi que les habitudes de vie)
- *la démarche d'évaluation d'une situation individuelle et de réponse (DESIR)*²⁸ qui a pour objectif de rassembler les professionnels autour d'une démarche commune pour répondre de manière adéquate à des besoins spécifiques, tout en clarifiant les missions des professionnels et le contenu de leur métier.

Même si l'évaluation de l'autonomie est un élément déterminant de la complexité médico-sociale, la planification individualisée nécessiterait l'accès à une information plus riche et diversifiée concernant toutes les dimensions de la vie quotidienne. Cette évaluation devrait pouvoir être partagée, ce qui demande un certain niveau de standardisation de la problématique.

Compte tenu du contexte, il apparaît que toute adoption d'un nouvel outil devra s'assurer de sa « *compatibilité* » avec AGGIR.

1.1.2 Le besoin de développer la coordination, ressenti par les acteurs de terrain, conscients des difficultés

A/ Les besoins à satisfaire d'après l'étude réalisée auprès des acteurs de santé des trois territoires

Afin de déterminer le positionnement des différents acteurs de santé, sur la mise en place d'une éventuelle filière géronto-gériatrique, une enquête a été menée.

²⁶ Décret et arrêté du 6 février 2008

²⁷ <http://membres.lycos.fr/papidoc/19raitexte.html>, 4 p

²⁸ LEDUC F., l'évaluation des situations individuelles : une démarche nommée DESIR, *Gérontologie et société*, n°99, décembre 2001, p 233 à 239

Cette enquête s'est réalisée par l'organisation d'entretiens en face à face, sur la base d'un guide d'entretien (cf. Annexe II). Comme présenté en introduction, les directeurs des deux centres hospitaliers du bassin de santé Lyon Est, les directeurs des deux hôpitaux locaux, les directeurs des dix EHPAD répartis sur les trois territoires, des médecins praticiens hospitaliers (des deux centres hospitaliers), des médecins coordonnateurs (d'EHPAD), des directeurs de SSIAD, de SSAD, le directeur d'une société de HAD, deux médecins généralistes, et des professionnels paramédicaux (IDE libérales, auxiliaires de vie) ont été interviewés.

Cette enquête a permis de constater des besoins à satisfaire dans le secteur sanitaire, médico social, et de ville au travers de dysfonctionnements généraux et récurrents.

Le centre hospitalier Pierre Oudot, du fait de l'absence de service de SSR en son sein, a signé depuis quelques années, une convention avec le centre de rééducation fonctionnelle de proximité, présent sur le territoire. Le but recherché de ce conventionnement était de pouvoir plus facilement orienter les patients sortant du court séjour vers un service d'aval de SSR. Aujourd'hui, le centre hospitalier Pierre Oudot, rencontre des difficultés à orienter les patients de son service de court séjour gériatrique (CSG) vers un service de SSR.

Le centre de Virieu, conventionné avec le centre hospitalier Pierre Oudot, le centre hospitalier de Pont de Beauvoisin situé à une trentaine de kilomètres, et les deux hôpitaux locaux de territoires, demeurent très fortement sollicités par la demande de places en service de SSR et affichent des taux d'occupation de 99,98%²⁹.

D'une façon générale, il est constaté par les directeurs et les médecins coordonnateurs d'EHPAD, que les hospitalisations sont source d'isolement pour les résidents transférés lors de la survenance d'un événement aigu. L'EHPAD, souvent, ne parvient pas à savoir dans quel service le résident/ patient a été hospitalisé. L'hôpital, en charge du résident/ patient rentre peu en communication avec l'EHPAD et sa famille. Il est constaté aussi que les dossiers peuvent être égarés, que le retour des patients/ résidents en maison de retraite peut être réalisé sans organisation préalable (absence de communication auprès de l'EHPAD, absence de lettre de sortie, parfois absence de prescriptions ou encore de traitements médicamenteux nécessaires).

²⁹ D'après les rapports annuels d'activités des établissements cités, 2006, 2007, 2008

Toutes ces constatations rapportées par l'ensemble des établissements médico-sociaux de territoires, ont pour conséquence une perte de chances pour la personne âgée fragilisée et des difficultés médico-administratives pour sa famille.

Les EHPAD du secteur nord de l'Isère connaissent, de plus une saturation de leurs capacités d'accueil³⁰. Ce phénomène de pénurie en places d'accueil les empêche de répondre positivement aux demandes des familles dans des délais raisonnables³¹. Les EHPAD, en cas de refus n'ont pas d'alternative à proposer aux familles. Les familles procèdent alors à la multiplication des inscriptions auprès des diverses structures de territoires. Les listes d'attente des personnes âgées en demande d'hébergement en institutions s'allongent d'autant plus.

Il n'existe pas en EHPAD de suivi concerté des listes d'attente. Les démarches pour les familles sont complexes ; elles ont souvent l'impression de vivre un « *véritable parcours du combattant* », non fléché.

Il est également constaté par les EHPAD et les hôpitaux locaux, au moment d'admissions tardives de certains résidents³², un épuisement des aidants. Les familles concernées, expliquent que partager sa vie, à domicile, avec un de ses proches, polypathologique, atteint parfois de la maladie d'Alzheimer ou autres démences apparentées, peut rendre la vie de l'aidant difficile. Il s'agit alors pour cette personne aidante de répondre sans discontinuité aux besoins de la personne âgée dépendante.

L'aidant, lui-même d'un certain âge, s'épuise.

Le dispositif actuel s'engorge du fait d'une part de l'afflux des demandes et d'autre part d'un manque probable de fluidité des flux lors des prises en charge successives.

B/ Des acteurs de santé de territoires, positionnés favorablement pour le développement d'une filière géronto-gériatrique

Les directeurs des centres hospitaliers, des hôpitaux locaux, des EHPAD et des SSIAD sont sensibilisés aux coûts actuels engendrés par les soins, aux difficultés financières des

³⁰ Schéma départemental en faveur des personnes âgées, p. 105

³¹ Parfois délais d'admission constatés de plus de 6 mois

³² Souvent il s'agit de personnes âgées désorientées

organismes payeurs³³, et à la pénurie en ressources humaines (en particulier manque de médecins gériatres, de médecins coordonnateurs, d'infirmières, d'aides soignantes). L'ensemble de la communauté sanitaire, médico-sociale et de ville a globalement conscience de la nécessité de modifier, voire de changer sa manière d'exercer.

Au travers d'un groupe de travail réfléchissant à l'instauration d'une filière SSR, il apparaît que la généralisation et la mise en place effective en réseau de l'outil informatique « *trajectoire* », entre les différents services de SSR des établissements de santé relevant du même bassin, pourrait améliorer sensiblement la fluidité des flux des patients dans le parcours de soins.

Il apparaît également que la mise en place d'une fiche de liaison concertée entre les différents intervenants des secteurs sanitaire et médico-social, comprenant les items indispensables à l'accompagnement de tous transferts résidents/ patients, permettrait de favoriser la transmission d'informations entre les professionnels des EHPAD et des hôpitaux.

Il apparaît aussi que la mise en place d'un système d'information commun, donnant à tout usager la possibilité de pouvoir déposer par internet, par le biais d'une inscription unique, son dossier de demande de place en plusieurs EHPAD, rendrait le dispositif plus transparent. Un système identique, gérant en temps réel, les inscriptions sur liste d'attente, pourrait être envisagé. Les démarches des usagers seraient simplifiées et facilitées.

En vue de soutenir l'aide aux aidants à domicile, des dispositifs de soutien pourraient être initiés et organisés par des professionnels réunis. Il est possible d'imaginer des systèmes d'organisation permettant de renforcer en temps voulu, l'aide à domicile.

Il serait également intéressant d'instaurer des groupes de paroles animés par un psychologue, ouverts aux personnes en souffrance, ou encore d'organiser des permanences d'accueil et d'information ainsi que des conférences sur des thèmes précis.

Il semblerait que les professionnels très accaparés par leurs activités quotidiennes n'aient pas les ressources suffisantes pour initier et pérenniser de tels projets.

³³ Sécurité sociale et conseil général. D'après le communiqué de la commission des comptes de la sécurité sociale du 15 juin 2009, un doublement du déficit de la sécurité sociale est annoncé, s'élevant alors à 20 milliards d'euros

Il est certain que c'est au cours de réunions organisées, que les professionnels vont être amenés à réfléchir ensemble et à développer peut-être des dispositifs d'aide aux aidants utiles aux personnes en difficulté et à leur exercice professionnel.

L'analyse des entretiens, réalisée par l'élaboration d'un tableau synthétique montre une volonté des professionnels d'orienter leurs pratiques vers plus d'échanges, et leurs décisions vers davantage de concertation et de cohésion. Ils souhaiteraient pouvoir partager plus d'informations et pouvoir bénéficier de moyens coordonnés voire même mutualisés.

Ils ont conscience que certaines de leurs difficultés pourraient être amoindries par des rapprochements entre eux. Ils savent que les besoins des personnes âgées et des familles vont devenir tels que les spécificités liées aux prises en charge vont les contraindre à travailler ensemble, faute de ressources.

L'idée de concrétiser ensemble une organisation germe. Le passage d'une idée à une réalisation nécessiterait la mise en place d'un projet.

C/ La nécessité de monter un projet pour réaliser la filière géronto-gériatrique

La mise en place d'un dispositif de filière géronto-gériatrique nécessiterait l'établissement d'un projet, qui, d'après l'Agence française de normalisation (l'AFNOR) se définit « *essentiellement comme une démarche spécifique nouvelle, qui structure méthodiquement et progressivement une réalité à venir pour laquelle on n'a pas encore d'équivalent exact* ».

Un projet de cette nature implique un objectif et des actions à entreprendre.

Vérifier que l'idée et sa problématique sont bonnes et pertinentes constitue un pré-requis qui passe par la recherche du sens de l'identification des conditions, des contraintes et des risques. Pourquoi, quoi, qui, comment, combien, quand, où, sont des questions à se poser.

Réaliser une filière géronto-gériatrique équivaut à l'élaboration d'un projet pluridisciplinaire à tiroirs auquel correspondent une ambition, des défis à relever, des valeurs, une éthique. Il répond à une politique d'actions, concrétisée par des objectifs généraux à atteindre, à la définition d'une stratégie qui nécessite pour se réaliser des ressources financières,

matérielles et humaines, ainsi qu'une attention propre aux évolutions des logiques culturelles et institutionnelles.

Le début d'un projet se concrétise par des acteurs (patients, professionnels de santé, institution) qui après avoir posé la problématique, décident d'établir un plan d'actions doté d'indicateurs. Des règles de travail déterminant « *qui fait quoi* » sont établies et un échéancier est validé par tous.

Les étapes de structuration du projet sont essentielles. Il s'agit tout d'abord de s'informer et de consulter (maturation et décision de s'engager), puis de produire et de formaliser (étude de faisabilité, diagnostic, conception par le plan d'actions), de valider, d'expérimenter, de réaliser, d'évaluer, d'assurer un suivi. Un plan de communication peut accompagner le projet.

L'élaboration d'un tel dispositif n'est envisageable que si les engagements des acteurs sont formalisés au travers de documents obligatoires, comme l'élaboration d'une charte, d'une convention constitutive, de bulletin d'adhésion.

Certains professionnels du secteur nord du département de l'Isère, ont pris l'initiative par eux-mêmes, de créer des dispositifs qui ont permis le développement de projets aboutissant à des réalisations concrètes.

1.2 Des dispositifs, instaurés territorialement pour développer la coordination avec des actions limitées

Des professionnels de la santé, conscients des difficultés, ont anticipé un travail de coordination sur les trois territoires du nord de l'Isère. Différents dispositifs existent mais leur impact reste restreint.

1.2.1 La création de la filière gériatrique de territoires

A/ La naissance de la filière gériatrique

En 2002, suite à une commande de l'Agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes (ARH-RA), quatre gériatres issus des quatre établissements sanitaires du nord Isère (le centre hospitalier de Bourgoin Jallieu, le centre hospitalier de Pont de Beauvoisin, l'hôpital

local de Morestel et l'hôpital local de la Tour du Pin), se sont réunis afin de constituer un collège de gériatres. L'ARH-RA, à l'époque avait missionné le collège des gériatres pour réfléchir au développement d'une filière gériatrique sanitaire nord Iséroise.

Le collège des gériatres, depuis 2002, s'est étoffé ; il compte, aujourd'hui, en son sein treize praticiens hospitaliers gériatres. Ainsi sont représentés, les centres hospitaliers de Bourgoin Jallieu et de Pont de Beauvoisin, les hôpitaux locaux de Morestel et de la Tour du Pin, et le centre de soins et réadaptation de Virieu.

Le collège des gériatres a déposé, en 2002, auprès de l'ARH-RA, une proposition d'organisation de filière gériatrique pour le nord Isère (cf. Annexe III). Conformément à la circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques et à la circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, la proposition de filière du collège des gériatres intègre les composantes d'une filière à savoir : un court séjour gériatrique (situé dans l'établissement de santé de référence, support de la filière), une équipe mobile de gériatrie, adossée à un court séjour gériatrique, des consultations mémoire et des consultations d'évaluation gérontologiques, une unité d'hospitalisation de jour gériatrique (hôpital de jour), des services de soins de suite et de réadaptation, appropriés aux besoins des personnes âgées (SSR gériatrique) poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, une ou plusieurs unités de soins longue durée.

Le collège des gériatres s'est intéressé en fonction des besoins territoriaux, à répartir l'offre sanitaire entre les deux centres hospitaliers et les deux hôpitaux locaux (cf. Annexe IV). Le centre hospitalier de Bourgoin Jallieu, comprenant un plateau technique est le centre hospitalier de référence de la filière. Un service de court séjour gériatrique a été créé au sein des deux centres hospitaliers. Le centre hospitalier de Bourgoin Jallieu a négocié, par signature d'une convention, un accès au service SSR du centre de réadaptation de Virieu. Le centre hospitalier de Pont de Beauvoisin a ouvert un service de SSR de 30 lits, ainsi qu'un service de Médecine physique et rééducation (MPR). L'hôpital local de La Tour du Pin a transformé 10 lits de médecine afin de créer un service de SSR et un service de soins spécialisés dans la prise en charge des malades d'Alzheimer ou apparentées. L'hôpital local de Morestel a gardé son service de SSR au détriment de ses lits de médecine.

Des consultations mémoires labellisées (pluridisciplinaires), dont l'objet est de détecter les problèmes cognitifs et de repérer les démences (maladie d'Alzheimer ou apparentées ;

proposition d'atelier mémoire, bilans, soutien aux familles), financées sur des crédits de mission d'intérêt général d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont été créées au sein des 4 pôles à savoir au sein du centre hospitalier de Bourgoin Jallieu, du centre hospitalier de Pont de Beauvoisin, des deux hôpitaux locaux celui de La Tour du Pin et de Morestel. Ces créations ont nécessité la mise à disposition d'un neuropsychologue.

L'activité consultation mémoire prend de l'ampleur dans le nord Isère, enregistrant 200 consultations en 2002 et 1 200 en 2008. Il est estimé, aujourd'hui, par les médecins, que seulement 50% des démences sont traitées.

Une équipe mobile de gériatrie disponible sur les centres hospitaliers de Bourgoin Jallieu et de Pont de Beauvoisin a été également constituée dès 2004 ; elle a un caractère intra-hospitalier.

Le dispositif actuel qui fonctionne de manière satisfaisante devrait normalement être complété par des consultations d'évaluation gériatrique (CEG) au sein des 4 pôles hospitaliers. Les consultations d'évaluation gériatrique s'adressent aux personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie vivant à domicile.

Elles ont pour but d'assurer la prise en charge de la personne âgée fragilisée dans sa globalité grâce à une approche interdisciplinaire et multidimensionnelle, de développer des actions de prévention et de dépistage (chutes, dénutrition, ...), d'évaluer en proposant des actions associées à un suivi médico-social, de soutenir le maintien à domicile par des aides adaptées.

Les consultations d'évaluation gériatriques se situent à l'interface de la médecine de ville et des structures sanitaires. Elles s'appuient sur une coordination gériatrique en réseau avec le secteur libéral, au premier rang duquel figure le médecin traitant, et en aval les structures d'hospitalisation de court séjour gériatrique. Elles seront financées par le MIGAC. Leur rôle est de dépister les maladies chroniques (diabète, rhumatologie,...).

B/ Les caractéristiques de la filière gériatrique

La filière gériatrique de territoire, née sous l'initiative de gériatres exerçant au sein de structures hospitalières, a, de ce fait, un caractère strictement sanitaire.

L'organisation de cette filière a permis de répartir à partir des quatre établissements sanitaires, l'offre médicale sur les trois territoires.

La filière gériatrique ainsi constituée demeure toutefois très hospitalo-centrée ; les acteurs du système médico-social ne participent pas aux réunions du collège des gériatres.

1.2.2 La restriction au champ sanitaire de la filière gériatrique de territoire

A/ L'absence de participation du secteur médico-social et ambulatoire aux concertations du collège des gériatres

Le collège des gériatres se réunit en moyenne une fois par trimestre dans l'un des quatre établissements hospitaliers de territoire. Il est composé des treize praticiens hospitaliers, exerçant au sein des structures sanitaires et n'est pas ouvert aux médecins coordonnateurs des EHPAD, ni même aux médecins généralistes libéraux.

L'absence de participation du secteur médico-social et ambulatoire aux concertations menées par le collège des gériatres s'explique par des raisons d'ordre juridique, historique, organisationnelle et logistique.

Tout d'abord, d'un point de vue juridique, le secteur sanitaire et le secteur médico social relèvent de textes législatifs distincts. Le secteur sanitaire est défini très précisément par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, complétée par la suite par la loi de 1991. Le secteur médico social quant à lui, relève de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales qui donne un statut distinct des établissements sanitaires, aux structures d'accueil pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Cette loi, inspirée par de grands principes, qui fondent l'identité du secteur social et médico-social, a permis de développer des prises en charge adaptées aux besoins des personnes handicapées, âgées ou en difficultés sociales.

Les acteurs exerçant dans le champ sanitaire et les professionnels du médico social, régis chacun par des normes spécifiques, ont des références, des organisations et des cultures différentes.

Les acteurs du secteur sanitaire et médico-social ont exercé depuis très longtemps de manière très séparée. Le clivage entre les deux secteurs est encore très présent.

Leur demander de travailler ensemble, suppose au préalable de rappeler le contexte et les objectifs recherchés.

A cela s'ajoutent des raisons organisationnelles et logistiques. Le collège des gériatres, composé de treize membres, sans statut particulier, n'a pas de personnel à disposition, prenant en charge les aspects organisationnels et logistiques. Réunir les médecins coordonnateurs, les professionnels du secteur libéral suppose de disposer d'une salle de réunion pouvant accueillir une trentaine de membres. Il est également constaté que les médecins généralistes libéraux, compte tenu de leur charge de travail, rencontrent des difficultés à venir participer aux réunions.

B/ L'importance de l'intégration du secteur médico-social et ambulatoire au sein de la filière gériatrique de territoire

Il est certain que la création de la filière gériatrique hospitalière de territoire permet aux usagers de bénéficier de services gradués de l'urgence générale, aux consultations d'évaluation gérontologique, au court séjour gériatrique, de services de SSR et de MPR.

Cela dit, à l'heure actuelle, d'après les résultats de l'enquête menée auprès des professionnels, on constate que le secteur sanitaire rencontre des difficultés à transférer ses patients de ses services hospitaliers à des services extérieurs d'aval relevant du médico-social ou de l'ambulatoire. Ces difficultés liées aux transferts des patients a pour conséquence d'emboliser la filière gériatrique hospitalière interne et la filière gériatrique globale dans son ensemble. La problématique actuelle posée est de trouver des réponses à la question relative à la fluidité des flux des patients au sein du parcours de soins.

Répondre à cette problématique implique nécessairement un rapprochement entre les secteurs sanitaire, médico-sociaux et de ville.

La vocation des filières gériatriques, explicitée très clairement par les circulaires du 18 mars 2002 et du 28 mars 2007 est d'assurer une prise en charge globale des personnes âgées au sein d'un territoire.

Les filières de soins gériatriques hospitaliers doivent organiser au niveau de leur territoire d'implantation des partenariats avec l'hospitalisation à domicile (HAD), les médecins traitants, les acteurs institutionnels de la prise en charge médico-sociale (EHPAD et foyers logements) et du domicile (SSIAD, service d'aide, centre local d'information et de

coordination (CLIC), réseaux gérontologiques), les associations de famille ou de patients, notamment pour optimiser les conditions d'admission et/ou de sorties d'hospitalisation et favoriser le soutien à domicile. Des conventions sont à constituer entre partenaires afin de rendre pérenne le dispositif d'ensemble.

D'après Monsieur le Professeur Alain FRANCO³⁴, « *l'exclusion de l'ensemble du secteur médico-social et ambulatoire aux concertations menées par les membres responsables de la constitution d'une filière gériatrique de territoire, va à l'encontre des dispositifs prévus par la politique initiale, figurant dans les textes de référence* ».

Le secteur nord du département de l'Isère va voir dans les 15 ans à venir, d'après les prévisions démographiques, sa population âgée de 80 ans et plus doubler, entraînant conséquemment une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

Le secteur nord de l'Isère dispose d'infrastructures sanitaires et médico-sociales offrant à la population des capacités d'accueil en soins et en hébergement. Malgré des taux d'occupation avoisinant les 98%, les pouvoirs publics ne prévoient pas d'augmenter les capacités.

Les professionnels hospitaliers, sensibilisés par les problématiques futures ont initialisé la création d'une filière gériatrique de territoire. Très hospitalo-centrée, afin de répondre complètement à la politique de *filiale*, l'intégration du secteur médico-social et ambulatoire au chantier ouvert de la filière gériatrique, constitue, aujourd'hui, l'enjeu majeur.

C/ Dans le secteur nord de l'Isère, l'existence d'une réelle difficulté à coordonner et l'absence de coordination gérontologique formalisée

S'impliquer dans la création d'une filière géronto-gériatrique signifie *coordonner*.

La « *coordination* » d'après le dictionnaire Larousse signifie « *l'arrangement des parties d'un tout selon un plan logique pour une fin donnée* ».

³⁴ Professeur de gériatrie à l'université Joseph Fourier de Grenoble et au CHU de Grenoble

« *Coordonner* », d'après Bernard ENNUYER³⁵, directeur d'un service d'aide à domicile pour personnes âgées et sociologue, signifie aussi « *surmonter des difficultés à la fois administratives et sociales* ». D'après lui, « *organiser une filière géranto-gériatrique, c'est reconnaître qu'accompagner des personnes âgées, c'est un vrai métier ; c'est accepter que la coordination ne soit pas imposée par le haut mais parte de la base, c'est à dire des personnes de terrain concernées et averties. La coordination suppose qu'il y ait une mise en synergie, un travail commun ; elle suggère aussi qu'il y ait des gens avec autour des moyens* ».

Pour Bernard Ennuyer, des freins de toutes sortes existent réellement au développement des coordinations. Dans son allocution du 30 septembre 2008 à Bourg en Bresse lors de la 79^{ème} journée régionale de gérontologie, il s'interroge sur le sens réel du mot « *coordination* » utilisé aujourd'hui, et met en garde contre la dérive possible qui fasse de la coordination, un moyen de gestion de la pénurie du manque de ressources.

Dans le secteur nord du département de l'Isère, il n'existe pas de manière formelle de coordination gérontologique en réseaux. Les professionnels de terrain se connaissant, s'arrangent entre eux pour assurer au mieux la prise en charge des personnes âgées nécessiteuses. Ce système reste très aléatoire et fragile.

³⁵ Extrait de la 79^{ème} journée régionale de gérontologie : « à l'articulation du sanitaire et du social : la coordination gérontologique, un modèle à réinventer, 30 septembre 2008, Bourg en Bresse, p 10 à 20.

2 La possibilité, à partir de l'hôpital local de Morestel d'améliorer la coordination géronto-gériatrique par le développement d'une culture partenariale : un choix stratégique pour l'établissement

La continuité du développement de l'actuelle filière gériatrique hospitalière en une filière géronto-gériatrique constitue aujourd'hui un enjeu de santé publique au niveau territorial. L'hôpital local intercommunal de Morestel peut prendre part à ce projet par l'instauration localement d'un réseau gérontologique, accompagné d'un plan de communication portant sur l'intérêt d'encourager la culture partenariale.

2.1 La mise en place d'outils de communication formels encourageant la culture « partenariale »

La mise en place d'un réseau gérontologique, localement, permettra d'assurer le lien en vue d'élaborer une filière gériatrique sanitaire élargie au champ médico-social et ambulatoire.

2.1.1 La mise en place d'un réseau par l'hôpital local de Morestel

A/ Présentation générale des réseaux

Un réseau se définit comme l'articulation efficace de ressources nécessaires à la prise en charge des soins et de l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux d'une population identifiée.

Les réseaux favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge et sont constitués par des professionnels de santé libéraux.

Les premiers réseaux apparaissent dans les années 1980, afin de répondre à des demandes de prises en charge très spécifiques comme le traitement du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les réseaux couvrent une diversité de domaines : soins palliatifs, cancer, diabète, périnatalité, toxicomanie addictions, santé mentale.

En 2006, la France recense 500 réseaux. Les réseaux gérontologiques sont au nombre de 45 et représentent 11% des réseaux de santé.

La politique actuelle favorise l'articulation de réseaux gérontologiques généralistes, multithématiques capables de répondre aux demandes en soins des personnes âgées dépendantes poly-pathologiques³⁶.

D'un point de vue juridique, les réseaux jusqu'en 2002 répondaient à une abondance de réglementations, à une superposition de textes³⁷ et à une complexité des procédures d'agrément et de financement.

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé offre un nouveau cadre juridique aux réseaux en mettant fin à la dichotomie entre réseaux de soins inter-établissements et réseaux de soins expérimentaux. Elle offre également la possibilité d'élargir la coopération entre le secteur hospitalier, médico-social et la médecine de ville.

La loi du 4 mars 2002 donne lieu à deux décrets, celui du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et celui du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et condition d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et à la circulaire du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé.

Cette dernière sera succédée par la circulaire n° DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées », référentiel d'organisation avec pour vocation d'accompagner le développement des réseaux de santé personnes âgées, axe essentiel du Plan Solidarité Grand Age (PSGA), complémentaire de la mise en place des filières de soins gériatriques.

³⁶ Exemple : une personne âgée à domicile diabétique, souffrant d'un cancer et en fin de vie nécessitant alors de soins palliatifs.

³⁷ 1991 Circulaire DGS/DH relative à la mise en place des réseaux ville hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infections à VIH ; 1993 Circulaire DGS/ DH relative à la mise en place de réseaux de santé de proximité ; 1994-1995 Circulaires relatives aux réseaux toxicomanie et à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C ; 1996 Ordonnances Juppé qui distinguent les réseaux dépendants du Code de la santé publique et ceux relevant du code de l'action sociale ; 1999 Circulaire typologie des réseaux et cahier des charges des réseaux financés par l'Etat ; Arrêté du 30 mars 2000 portant agrément des réseaux gérontologiques expérimentaux (réseau « Soubie »)

B/ Les actions à mener par l'hôpital local pour créer son réseau

Conformément à la circulaire n° DHOS/03/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, il apparaît que « *l'hôpital local constitue un premier niveau de prise en charge, et qu'à ce titre, outre le fait d'accueillir une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, il dispense également des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation, et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile*³⁸.

L'hôpital local de Morestel, depuis les années 1990, développe un dispositif de portage de repas à domicile couvrant aujourd'hui les cantons de Morestel et de Montalieu.

Ce service permet actuellement de répondre aux besoins de 80 personnes résidant chez elles, avec des problèmes de santé et/ ou de dépendance. L'hôpital local de Morestel peut, à partir de ce service de portage de repas à domicile, entrer en contact avec les différents acteurs du domicile et initier un travail en réseau. L'objectif est d'aider à améliorer la prise en charge globale des personnes en développant la coordination des moyens quand on sait qu'elles vivent chez elles en difficultés.

La livraison des repas à domicile est réalisée quotidiennement du lundi au samedi inclus par un chauffeur, agent de l'hôpital local de Morestel, qui se rend au domicile de chaque personne inscrite. Le chauffeur livre ainsi, tous les matins, le repas du midi et du soir selon les menus normaux et spéciaux, établis à avance par l'établissement.

La participation aux livraisons quotidiennes amène à la constatation que le chauffeur responsable de ce service depuis plus de 14 ans, connaît chaque client individuellement et très précisément. Chacun d'eux est devenu peu à peu un véritable « *résident de l'hôpital hors de ses murs*».

Le chauffeur connaît leurs goûts alimentaires, mais aussi leur mode de vie, le niveau de leur dépendance, l'existence ou non de proches, la mise en place éventuelle d'un dispositif d'aide à domicile, la nécessité ou non de l'améliorer.

³⁸ Circulaire n° DHOS/03/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, p.2

Le responsable du service portage de repas à domicile a repéré aussi les personnes fragiles pouvant un jour être sujet de détresse. Faute d'informations sur les procédures à suivre, en cas pourtant de difficultés graves avérées, l'agent ne procède que très rarement au signalement auprès de la maison de territoire du conseil général. Quand la procédure est lancée, il n'est pas tenu informé des mesures complémentaires apportées.

Le responsable du service de portage de repas à domicile est capable de révéler divers dysfonctionnements, résultats parfois d'un manque de communication et d'informations entre professionnels intervenant au domicile, et d'un manque de liens entre le service de portage de repas à domicile, le service d'aide à la personne à domicile, les professionnels libéraux et le centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC) dont les services dépendent de la maison de territoire du conseil général.

La connaissance, par le service de portage de repas à domicile, de certains dysfonctionnements, permet à l'hôpital local de mener des investigations plus approfondies afin de mieux appréhender les raisons et d'anticiper des actions correctives, adaptées et cohérentes.

L'hôpital local, à travers le travail d'investigations, prend conscience de l'inexistence d'un plan d'aide personnalisé pour la personne restée à domicile, de la difficulté pour le médecin traitant d'organiser à domicile la prise en charge de la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, de l'impossibilité, faute de formation adéquate, pour l'auxiliaire de vie d'effectuer correctement ses tâches auprès de la personne âgée déambulante, de la complexité pour les familles à trouver une place à proximité dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le réseau de santé gérontologique, né sous l'initiative de l'hôpital local intercommunal de Morestel, aurait, tout d'abord, pour but premier de repérer les personnes susceptibles « d'être en situation de difficultés » et de proposer dans un second temps, en concertation avec les différents acteurs intervenant au domicile, des solutions afin d'anticiper un éventuel renforcement des prises en charge.

L'hôpital local, fort de ces informations, peut proposer aux membres du CLIC local, aux services d'aide à la personne à domicile, aux professionnels libéraux, de se réunir afin d'aborder de manière pragmatique et pluridisciplinaire les difficultés de la personne et proposer des pistes pour les résoudre.

L'hôpital local s'engage dans les mises en place des dispositifs d'aide supplémentaires à la personne. Il s'inscrit comme un véritable acteur et apporte son soutien aux professionnels. Dans le cas courant de la personne âgée isolée, atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'hôpital peut proposer aux professionnels libéraux de procéder, à domicile, à une consultation mémoire et à une évaluation gérontologique. Ainsi grâce au diagnostic clairement établi, les services sociaux seront capables de procéder à la mise en place du plan d'aide personnalisé adapté à la personne en difficulté. L'hôpital local peut également proposer, aux auxiliaires de vie, en cas de besoins ressentis, de suivre au sein de l'établissement un cycle de formation traitant de la maladie d'Alzheimer, ou encore de la prévention des chutes, ou encore de l'importance de la nutrition chez le sujet âgé.

L'étude de la mise en place des réseaux permet de constater que ces derniers ne se décrètent pas. Ils naissent d'un besoin identifié, et se constituent généralement de manière progressive. Un noyau dur de personnes, présentes sur un territoire donné, motivées pour améliorer le parcours de soins des personnes âgées restées à domicile, décide, tout d'abord, bénévolement, d'investir de leur temps et compétences à leur projet.

Regroupés plus tard, en association formalisée par la rédaction de statuts [comprenant cinq chapitres soit 1. Identification du réseau (nom du réseau, indication des promoteurs, secteur géographique concerné, population visée, typologie des acteurs (pluridisciplinaire), environnement socio-économique), 2. Philosophie du projet (raisons et réponses apportées par le projet), 3. Résultats (objectifs et indicateurs de suivi), 4. Organisation et Economie du projet (acteurs, partenaires, budgets prévisionnels) et 5. Evaluation (rapport d'activité)], attendus conformément à l'article L 6321-1 du code de santé publique « *s'il satisfait à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret³⁹, le réseau pourra alors bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année, dans l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) au sein d'une 5ème enveloppe dénommée en 2007 Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ».*

La subvention d'Etat est attribuée sur décision conjointe prise dans les 4 mois suivant la réception du dossier de demande par le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Le réseau peut aussi bénéficier de financements provenant des collectivités territoriales.

³⁹ Décret n° 2002-14.63 du 17 décembre 2002 relatif au financement des réseaux sous conditions.

La création d'un réseau est fortement dépendante de la volonté des acteurs de terrain de vouloir faire progresser localement les dispositifs de prise en charge. L'hôpital local doit être capable de susciter la motivation des professionnels à participer à ce travail de création de coordination, basé sur les échanges. L'hôpital attire les professionnels du domicile en répondant très concrètement à leurs attentes et en restant vigilant à l'évolution de leurs besoins.

C/ Les actions à poursuivre territorialement

La commande des politiques initiales définit les filières gériatriques comme des dispositifs couvrant complètement le parcours de soins des personnes âgées en leur assurant un continuum de prises en charge sans rupture, au fur et à mesure des besoins gradués. Dans ce contexte, il apparaît indispensable d'intégrer les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au réseau.

Il existe depuis plus de dix ans, dans le département de l'Isère, une association regroupant deux fois par trimestre l'ensemble des directeurs des établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les directeurs des hôpitaux locaux participent également aux travaux de l'association.

Les réflexions engagées sont d'actualité ; elles portent sur la politique territoriale engagée par les tutelles et sur les éventuelles stratégies à adopter. Les directeurs mettent en commun certaines actions comme celles relatives au plan de formation.

Par le biais de l'association, il semble possible, d'associer les cinq EHPAD publiques avoisinantes de l'hôpital local de Morestel et implantées localement sur le secteur géographique des cantons de Morestel et de Montalieu.

Les médecins coordonnateurs, invités également à participer aux travaux du réseau seront intéressés à bénéficier de moments opportuns pour rencontrer les médecins généralistes libéraux de ville. Les directeurs de l'ensemble des EHPAD, conscients des difficultés actuelles liées souvent à un manque de communication formalisée entre les acteurs restent ouverts à toutes propositions d'échanges.

Connaître les difficultés des réseaux de ville afin d'adapter au mieux les prestations, permet aux EHPAD d'anticiper les besoins futurs. En effet, conscient de l'isolement des familles accompagnant une personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'EHPAD

peut décider d'ouvrir un accueil de jour. Un accueil de jour est un service qui accueille pour un temps déterminé, après avis médical, une personne âgée désorientée quelques jours ou demi journées par semaine. Ce dispositif permet à la personne âgée ainsi accueillie de rencontrer d'autres personnes touchées par la même maladie, de se « resocialiser » en ne demeurant plus seule. Les accompagnants bénéficient quant à eux d'un temps libre lors duquel il leur est possible de se ressourcer.

L'ouverture d'un accueil de jour est une alternative à l'hébergement, qui financièrement dans certaines régions de France, reste encore aléatoire ; en cas de difficultés, il serait possible de suggérer un simple conventionnement avec le café de commerce du village en vue d'ouvrir un « *bistrot mémoire*⁴⁰ », animé par un(e) psychologue, accueillant deux fois par semaine les personnes âgées désorientées et leurs familles. Plus simplement, il est également possible de proposer une salle destinée à proposer de manière régulière des animations (atelier mémoire, atelier peinture⁴¹, atelier paroles, ...). Pouvoir réfléchir dès à présent entre professionnels au développement et à l'instauration de dispositifs d'aide aux aidants est également une opportunité à saisir.

Connaître en amont les personnes âgées susceptibles d'être admises en EHPAD, permet à l'établissement d'anticiper et de préparer potentiellement ses pré-admissions. D'après l'étude menée auprès des professionnels de santé, ils s'accordent tous à dire que toute admission réalisée dans l'urgence est souvent source d'échec.

L'intégration des EHPAD au sein du réseau de ville, rattaché à l'hôpital local intercommunal de Morestel va permettre de multiplier les échanges entre les professionnels libéraux et professionnels d'institutions. La psychologue intervenant en EHPAD aura des liens avec sa collègue exerçant au sein de la maison de territoire et avec l'équipe de l'hôpital local ; il en sera de même pour les animateurs, les aides soignantes, les infirmières, les médecins, les directeurs. Ainsi, des collèges de professionnels les regroupant par catégories socioprofessionnelles pourraient s'organiser en vue d'échanger sur les pratiques.

Au nom du réseau formalisé et reconnu par les tutelles, des moyens supplémentaires pourraient être réclamés, comme le développement de l'équipe mobile extra hospitalière de gériatrie sur l'ensemble des territoires. Les équipes mobiles de gériatrie, en général, interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés en étroite collaboration

⁴⁰ Le *bistrot mémoire*, documentaire proposé par Christophe RAMAGE – Shifter

⁴¹ Les couleurs de l'oubli, François ARNOLD, Jean Claude AMEISEN, les éditions de l'atelier

avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé.

Le développement des services d'hospitalisation à domicile (HAD) auprès des professionnels libéraux et des EHPAD permettrait également de renforcer médicalement certaines prises en charge.

Le réseau doit parvenir à développer la prise en charge d'une population aujourd'hui laissée de côté, à décroquer en établissant des liens durables entre la ville, le secteur médico-social et l'hôpital, à faciliter le travail entre les médecins généralistes et spécialistes.

La région Rhône Alpes ne compte que six réseaux gérontologiques formalisés, ne prenant en charge, que 2,6 % de la population totale. Il existe, toutefois, des exemples de réseaux gérontologiques qui fonctionnent dans la région comme le réseau « VISage »⁴² implanté, depuis quelques années, dans le bassin viennois.

Le réseau « VISage », est un réseau ville/ hôpital qui pour fonctionner plus sagement a développé un dossier médical commun, partagé entre professionnels du réseau et professionnels du centre hospitalier. Cette expérience est à retenir comme référence au cas où l'hôpital local de Morestel développerait son réseau.

2.1.2 Des expériences réussies, utiles au renforcement de la culture de « filière gériatrique élargie » au sein des territoires

A/ L'intégration du réseau gérontologique, prévue au dispositif de la « filière gériatrique élargie »

Le terme de *filière gériatrique élargie* a été défini par le groupe de travail « *révision du schéma régional d'organisation sanitaire III (SROS III) – Volet Vieillesse* » mis en

⁴² Réseau VISage, développé par Monsieur le Docteur E. KILEDJAN, Centre hospitalier de Vienne

place par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes (ARH-RA) courant 2008/2009. La filière gériatrique élargie s'articule sur deux niveaux⁴³ :

- le premier niveau, le niveau de proximité, situé au plus près des patients âgés a pour vocation de constituer le premier niveau d'accompagnement et de soins gériatriques. Ce niveau de proximité s'appuie sur des collaborations naturelles entre les dispositifs sanitaires et médico sociaux et les professionnels libéraux à partir de territoires déterminés par des flux de proximité. S'agissant de maillons sanitaires, il est recommandé par le groupe de travail la mise en œuvre d'un socle minimal comprenant des unités de médecine, de SSR et de long séjour coordonnées entre elles.
- le second niveau, correspondant au niveau de référence de la filière se situe au sein du centre hospitalier référent d'un bassin. Cette filière comprend les maillons nécessaires à la fluidité des parcours des patients âgés. Cet établissement est appelé à jouer le rôle de plate forme gériatrique de référence, en proposant les compétences et le plateau technique nécessaires aux différents acteurs de niveau 1.

Pour ces deux niveaux de filières, les liens seront établis avec le dispositif médico social (EHPAD, SSIAD, accueils de jour,...), les services d'hospitalisation à domicile dans le cadre d'un projet gériatrique, les professionnels libéraux, les intervenants sociaux [(CLIC, coordonnateur gérontologique du centre communal d'action sociale (CCAS)], tout réseau de soins concourant à la prise en charge globale ou spécifique des personnes âgées.

Il est spécifié par le groupe de travail « *révision SROS III – Volet vieillissement* » que les liens seront facilités par le développement de nouvelles technologies d'information et de communication (NTCI) dont la télémédecine. L'ensemble du dispositif sera ainsi davantage sécurisé et permettra d'assurer une continuité de la prise en charge en évitant aux personnes âgées les déplacements inutiles.

Une interface dynamique devra être constituée entre les filières de niveaux 1. et 2., afin notamment de fournir aux acteurs de terrain les compétences gériatriques de spécialité et l'accès à un plateau technique spécialisé.

⁴³ Compte rendus du groupe de travail SROS III – Volet Vieillissement, « *les filières gériatriques élargies en Rhône-Alpes* », Vermorel M., réunion du 15 novembre 2008, p2

Le projet de développer un réseau gérontologique de territoires est en accord avec les propositions déposées par le groupe de travail, missionné par l'ARH-RA. L'objectif confié au groupe de travail était d'aboutir à la rédaction d'une feuille de route, permettant aux professionnels de terrain d'organiser sur leurs territoires leur propre filière gériatrique élargie.

Il apparaît que la création d'un réseau gérontologique de territoires permettrait de concrétiser le niveau de proximité soit le niveau 1 de la filière gériatrique élargie, dont l'organisation est définie par l'ARH-RA. Le projet de réseau gérontologique s'intègre complètement aux attentes actuelles de l'ARH-RA qui encourage le développement des filières gériatriques sur les bassins de santé de la région Rhône-Alpes.

La création d'un réseau gérontologique en lien avec la filière gériatrique sanitaire est une solution pour aboutir à une véritable filière gériatrique de territoires. Le réseau gérontologique (domicilo-centré), reste un axe essentiel de développement pour le secteur nord du département de l'Isère. Rattaché à la filière gériatrique, le réseau gérontologique, organisera alors les flux de santé des personnes âgées nord-iséroise restées à domicile.

Il apparaît toutefois que, pour que l'hôpital local de Morestel puisse répondre complètement au cahier des charges, relatif au premier niveau de la filière gériatrique élargie, un rapprochement avec l'hôpital local de La Tour du Pin est nécessaire afin de pouvoir bénéficier d'un accès direct aux lits de médecine. Concernant les liens avec le niveau 2., le rapprochement avec le centre hospitalier de Pont de Beauvoisin et/ou de Bourgoin Jallieu reste également à formaliser.

L'hôpital local de Morestel par ses compétences médico-sociales et sanitaires, a la capacité d'assurer l'interface dynamique entre les filières de niveau 1. et 2. Il peut en effet fournir aux acteurs de terrain les compétences gériatriques de spécialité et l'accès au plateau technique spécialisé.

B/ L'expérience réussie de la filière gériatrique élargie de Roanne : un appui au projet

Le concept de « *filière gériatrique élargie* » peut paraître complexe à mettre en œuvre compte tenu de l'importance du nombre d'acteurs à impliquer, les actions de coordination à instaurer et les liens entre professionnels à fidéliser.

Pourtant, la filière gériatrique élargie demeure un concept réalisable. L'expérience, lancée en 2002, dans le bassin roannais devenue depuis pérenne, en témoigne et figure d'exemple au vu des autorités de tutelle.

Monsieur PORS, nommé en 2002 directeur du Centre hospitalier de Roanne, se trouve en charge mutuellement de la direction de l'hôpital local d'Amplepuis et de l'EHPAD de Coutouvre (42). Compte tenu du contexte particulier, il décide de développer un management axé sur la concertation et la coordination de territoires.

Il propose alors la création d'une communauté d'établissements, rassemblant six structures, au sein du bassin de santé. Très vite, dans le but de donner du sens au nouveau dispositif créé, il suggère la mise en place de collèges rassemblant transversalement les professionnels issus des mêmes corps des six établissements impliqués.

Ainsi sont invités à se rassembler une fois par trimestre autour d'une même table de concertation, les directeurs, les médecins, les cadres de santé, les représentants des infirmières, des aides soignantes, les animateurs, et des agents de services et techniques, des six structures, constituant la communauté.

Les collèges des corps professionnels ainsi constitués se concertent et sont habilités à proposer des décisions parfois stratégiques. Le besoin de développer des liens d'information permettant d'assurer le transfert de données d'un établissement à un autre s'est fait ressentir ainsi que la nécessité de mettre à disposition du grand public 24 heures/ 24 les informations relatives à la communauté, à jour en temps réel.

Le projet prenant de l'ampleur, la Communauté d'Etablissement du bassin de Santé du Roannais s'est transformée en Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), donnant à la nouvelle entité une assise juridique, administrative et financière. Le décret de décembre 2006 instituant les Groupements de Coopérations Sanitaires permet d'ouvrir de nouvelles perspectives aux 27 établissements intégrés au groupement [CH de Roanne (CH de référence, Hôpitaux locaux de proximité, Maisons de retraite)].

Des actions en commun qui revêtent différentes formes ont été définies consensuellement comme la mutualisation de certains postes, le développement de plans de formation, l'amélioration de la qualité des soins, le renforcement de la sécurité sanitaire, l'amélioration de l'hygiène, la généralisation d'actions logistiques inter-établissements, la mise en place d'une politique d'animation partagée.

D'autres encore, liées aux soins, comme la mise en place d'une liste d'attente commune inter-établissements, l'élaboration et la mise en pratique du dossier patient unique, le regroupement du plateau technique au centre de référence, se trouvent intégrées au dispositif global de la filière gériatrique de territoires, dont l'objectif est de parvenir à améliorer la gestion des flux des patients/ résidents entre institutions sanitaires, médico-sociales et secteur de ville.

Dans ce cadre, un site sur internet⁴⁴ a été instauré. Sa mise en place concrétise la volonté de coopération entre les acteurs et tend à faciliter considérablement l'organisation générale de la filière gériatrique, enjeu principal de la région roannaise.

Le Groupement de Coopération Sanitaire tend à pérenniser et à optimiser le dispositif sanitaire, médico-social et social pour répondre aux besoins de santé d'un bassin de population bien identifiée au sein du territoire.

Clécona est à la fois un site accessible sur Internet, qui permet à tout usager d'obtenir non seulement des informations à jour en temps réel sur les caractéristiques des établissements de proximité mais également de procéder directement à l'inscription d'une personne âgée pour une demande d'admission en EHPAD, au sein d'une maison de retraite, d'un hôpital local ou d'un centre hospitalier.

L'instauration de ce système informatique a contraint les établissements inclus dans le groupement à standardiser certains outils (dossier d'admission, administratif, médical patient/résident). Depuis, le dispositif *Clécona* a été renforcé d'un système intranet permettant aux établissements de travailler en direct sur la toile commune.

Au cours des réunions des collèges de professionnels, des protocoles écrits et validés sont arrêtés et mis en ligne en temps réel sur l'intranet du GCS. Le recours à l'intranet constitue un support important pour toutes les actions menées transversalement comme celles liées par exemple à la qualité en lien avec la certification.

La mise en place d'un tel dispositif nécessite l'instauration d'une charte d'engagement, de référentiels de bonnes pratiques, de standardisation de certains documents. Par la signature d'une charte, chaque établissement du groupement s'engage à respecter les règles de fonctionnement et de transparence du groupement.

⁴⁴ www.clecona.fr : Groupement de Coopération Sanitaire du Roannais pour nos Aînés

La logique de filière, construite dans le but de fluidifier les flux, ne peut atteindre ses objectifs que si un système informatique en réseau, est développé parallèlement. Ceci implique la standardisation de certains documents indispensables dont le dossier médical patient/ résident.

Le dispositif « *filière gériatrique élargie* », mis en place dans le bassin de santé roannais, permet de répondre aux besoins des patients/résidents de manière transversale. Le traitement des questions en collèges de professionnels, crée un maillage de territoires, rendant possible la continuité des prises en charge dans la chaîne des soins.

2.2 Le choix d'un positionnement stratégique pour l'hôpital local

Opter pour l'instauration d'un réseau, en vue de développer la coordination gérontologique de territoires, va entraîner des modifications dans la façon de gérer les prises en charge. Avant d'engager des actions, l'idée est à intégrer au projet médical de l'établissement, lui-même en lien avec le projet médical de territoire du bassin de santé Lyon Est. Cette orientation stratégique s'inscrit dans les axes actuels définis par la politique générale sanitaire et médico-sociale.

2.2.1 Un choix, concrétisé par l'élaboration d'un projet médical local, intégré au projet médical de territoire du bassin de santé de Lyon Est

A/ Le projet médical de territoire du bassin de santé de Lyon Est

Le projet médical de territoire du bassin de santé de Lyon Est, est intégré au document relatif aux projets médicaux de territoires de la région Rhône-Alpes⁴⁵, conçus dans le total respect des termes de la circulaire DHOS/O/2004/N°101 du 5 mars 2004, relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Ainsi, chaque projet de territoire contribue à l'élaboration du SROS, participe à sa mise en œuvre et à son évaluation, tout en favorisant les contractualisations et les coopérations à travers des contrats d'objectifs et de moyens (CPOM). Une véritable dynamique collective

⁴⁵ Projets médicaux de territoire de Rhône-Alpes - Avant projet du SROS 2006-2010 – p.63-71

de territoire est ainsi mise en place. Le projet médical de territoire est un projet inter-établissements, qui précise les modalités d'organisation médicale et les répartitions d'activités entre les sites, les coopérations et complémentarités à mettre en œuvre au niveau sanitaire. Sur la base de ce projet médical de territoire, les établissements ont élaboré leur projet d'établissement, devenant une déclinaison individuelle du projet médical de territoire.

Le projet médical de territoire du bassin de santé de Lyon Est comporte plusieurs volets dont un est consacré à la gériatrie. A la lecture de ce projet médical de territoire, certaines suggestions apportées par le collège des gériatres du secteur nord de l'Isère sont reprises comme celles de renforcer l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie sur l'ensemble du territoire, d'augmenter également les capacités en lits en court séjour gériatrique et de créer des places en hôpital de jour pour personnes âgées ayant des troubles cognitifs au centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu. Le document traite la question d'un point de vue sanitaire.

Suite à la circulaire du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques, un cahier des charges, relatif aux projets médicaux de territoire concentrés sur les filières gériatriques⁴⁶ a été proposé par l'ARH Ile de France (ARHIF). Ce document, repris par le groupe de travail missionné par l'ARH RA, fournit très précisément les informations nécessaires à indiquer au projet médical d'une filière gériatrique de territoire.

Le document de synthèse à élaborer, se constitue de deux parties.

1. La première partie, consacrée au diagnostic partagé, rappelle tout d'abord les caractéristiques du territoire de santé concerné. La démarche repose sur le diagnostic partagé des besoins, décrit à l'annexe du SROS cité en référence, au Schéma gérontologique départemental, et à l'évolution de l'offre de soins libérale. Puis, est décrit le maillage fonctionnel entre les structures de la filière de soins gériatriques et les autres partenaires. Les objectifs quantifiés, les orientations des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), les conventions existantes (et notamment celles des Plans Bleus) des établissements en charge de personnes âgées sont repris. L'évolution des capacités en USLD, ainsi que les flux observés des patients âgés sont analysés. Ce travail permet l'identification des forces et des faiblesses liées aux prises en charge et couverts actuellement par la filière.

⁴⁶ Cahier des charges PMT – Filières gériatriques – ARHIF 25 juin 2007, 6p

2. La deuxième partie contient les propositions d'actions pour mettre en œuvre les opérations de complémentarités, de coopérations et de recombinaison définies le cas échéant dans l'annexe du SROS pour le volet « personnes âgées » et pour structurer et optimiser le fonctionnement de la filière gériatrique en tendant vers les référentiels d'organisation des soins préconisés par la circulaire du 28 mars 2007

Le projet médical de la filière gériatrique élargie du secteur nord du département de l'Isère reste à rédiger.

B/ Le recours au collège des gériatres

Il apparaît d'après les propositions établies par l'ARH-RA, qu'un comité de pilotage du territoire élabore le projet médical de territoire sur la base de préconisations établies par un comité thématique local de concertation.

Ce comité, animé par un représentant de l'assurance maladie, un représentant de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, et un représentant du conseil général, invite aux réunions de travail, en fonction de l'ordre du jour établi, les établissements de santé (HAD compris), les établissements et services médico-sociaux (EHPAD et SSIAD), les services d'aide à domicile, les professionnels libéraux, le(s) CLIC(s), les réseaux de santé, les associations d'usagers et les centres de santé.

L'objectif recherché est de parvenir à faire en sorte, que la prise en charge des personnes âgées gériatriques est prévue et organisée de façon graduée et qu'il n'y a pas de point de rupture dans le maillage du territoire

Le collège des gériatres, compte tenu des travaux, des préconisations et des réalisations déjà entrepris depuis 2002, pourrait constituer un premier noyau dur auquel devra être associé les professionnels du secteur médico-social et de ville.

Afin de parvenir à l'élaboration de ce dispositif, la constitution du comité de pilotage du territoire et du comité thématique local de concertation s'avère indispensable.

A l'heure actuelle, le collège des gériatres constitué dans le secteur nord de l'Isère reste une organisation informelle, très isolée, qui souffre d'un manque de reconnaissance et de moyens l'empêchant d'aller plus loin dans ses recommandations et investigations.

Il est certain qu'une organisation plus formalisée octroierait au collège des gériatres une assise plus confortable pour avancer dans ses projets de coopération.

L'articulation avec les réponses médico-sociales et sociales reste également un champ à investiguer largement. La programmation retenue dans le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC Rhône-Alpes 2008-2012) place le maintien à domicile comme priorité.

Cette orientation implique la création de places de SSIAD et l'instauration d'une articulation avec les services de HAD. Le développement d'une offre d'hébergement de qualité (conventionnement de maisons de retraite, création de nouveaux EHPAD pour personnes fortement dépendantes), dans le souci d'instaurer une plus grande équité d'accès aux établissements et services, constitue aussi une nécessité.

Associer les professionnels du domicile et des EHPAD aux travaux du comité thématique local de concertation est envisageable. D'après l'étude menée, les acteurs sont favorables à initier ensemble une réflexion de coopération.

Concrètement, pour progresser dans la réalisation de la filière de soins gériatriques, il conviendrait de formaliser le dispositif par la mise en place d'une organisation, dotée de ressources.

Le collège des gériatres, actuellement, est incapable d'absorber la réalisation d'un tel projet parce qu'il n'en a les moyens ni en temps, ni en argent. Le collège des gériatres existe pourtant et en connaissance de causes est capable de développer des idées pertinentes pour ce type de dispositif en cours d'élaboration. Malheureusement, il ne dispose d'aucune ressource supplémentaire pour fonctionner.

Le collège des gériatres aurait besoin de temps de secrétariat l'aidant dans les tâches administratives de base, comme la tenue à jour du fichier des professionnels de ville et d'EHPAD, la préparation et l'envoi d'une lettre d'information auprès des acteurs de territoire, l'envoi d'invitations aux professionnels volontaires à rejoindre les groupes de travail en cours, la constitution et la gestion d'éventuels sous groupes de travail, la rédaction et l'envoi des comptes rendus aux intéressés et aux autres organismes impliqués (ARH/ARS, DDASS, DRASS, Conseil Général).

L'élaboration du projet médical de territoire relative à la filière gériatrique doit aussi être coordonnée avec une démarche d'identification régionale des filières gériatriques au regard de la circulaire du 28 mars 2007. Il s'avère qu'une filière gériatrique de territoires est en cours de constitution dans les pays voironnais et viennois, jouxtant les territoires du secteur nord du département de l'Isère. A ce titre, les groupes de travail constitués, pourraient se rapprocher des travaux entrepris et gérés par les deux centres hospitaliers de référence que sont le centre hospitalier de Voiron et le centre hospitalier de Vienne.

L'élaboration du projet médical de territoire pour les filières gériatriques est un projet d'ampleur faisant intervenir de nombreux professionnels de toutes disciplines. L'hôpital local de Morestel possède des atouts pour contribuer à sa rédaction.

C/ Un positionnement stratégique pour l'hôpital local

L'hôpital local intercommunal de Morestel a des qualités, lui permettant de s'inscrire dans le projet de filière de soins gériatriques de territoire.

En premier lieu, par la création d'un réseau gérontologique associant les professionnels du domicile puis les acteurs médico-sociaux, l'hôpital local propose un élargissement aux champs ambulatoires et médico-social de la filière gériatrique de territoire actuellement en cours de construction.

Les ressources déployées depuis quelques années par l'hôpital (activités de portage de repas à domicile, consultations mémoire ouvertes sur l'extérieur, consultations d'évaluation gériatriques, places d'accueil de jour en CANTOU, places d'hébergement d'accueil temporaire, accueil en long séjour, hospitalisation en SSR) lui permettent d'avoir à disposition des services complémentaires, utiles aux professionnels de ville qui en ont besoin. Ces ressources permettent de renforcer les liens entre les acteurs, de fidéliser les relations et de pérenniser le réseau.

De plus, les deux praticiens hospitaliers de l'hôpital local intercommunal de Morestel depuis 2002, sont fortement investis dans les travaux entrepris par le collège des gériatres. Ils possèdent une connaissance très approfondie des territoires que ce soit en terme de besoins des populations âgées que des ressources médicales et paramédicales afférentes.

L'hôpital local intercommunal de Morestel, bien positionné de plus géographiquement, pourrait stratégiquement placer son projet médical d'établissement dans le projet médical de territoire pour la filière gériatrique élargie du secteur nord de l'Isère.

Cette proposition s'inscrit totalement dans les axes de la politique de santé menée actuellement en France.

2.2.2 Un choix, inscrit totalement dans les axes de la politique actuelle

A/ La loi « hôpital, patient, santé, territoire », loi dite HPST

L'allongement de la durée de la vie, y compris avec un handicap, la montée en charge des maladies chroniques et poly-pathologiques ayant des incidences sur l'autonomie impliquent des suivis au long cours et des compétences à coordonner.

L'organisation territoriale de la santé mute vers une logique de parcours et de filière. Le projet de loi « *hôpital, patient, santé, territoires* » (HPST), récemment adopté par le Sénat va dans ce sens.

Le projet de loi « *Hôpital, patient, santé, territoires* », projet de modernisation du système de santé a été préparé par quatre missions, commanditées par le gouvernement et menées avec l'appui du ministère de la santé à savoir : la mission sur l'égalité d'accès aux soins et les états généraux de l'organisation de la santé (EGOS), la mission sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, confiée au député André FLAJOLET, la mission sur l'hôpital, conduite par Gérard LARCHER et celle traitant des questions d'organisation territoriale (ARS), menée par Philippe RITTER avec la contribution de Yves BUR.

Les états généraux relatifs à l'organisation de la santé, mettent en évidence la nécessité de faire évoluer les conditions de formation, d'installation et d'exercice des professionnels de santé, d'organiser de nouvelles formes de coopérations, et de favoriser l'organisation territoriale pluri-professionnelle et pluridisciplinaire.

Le rapport de la mission FLAJOLET fait part de disparités territoriales d'offre de santé et préconise de réduire ces inégalités en développant la prévention.

Le rapport LARCHER préconise une organisation de la chaîne des soins autour du parcours du malade, en rapprochant entre autres, les activités entre les hôpitaux publics tout en prenant en compte l'hospitalisation privée. Il encourage de plus, la construction de Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) et le développement des Groupements de Coopération Sanitaire et/ou Médico-sociale (GCS/ GCSMS).

Le rapport du préfet RITTER rappelle que le projet de modernisation du système de santé constitue une réforme de grande ampleur, comportant des enjeux majeurs devant permettre d'accentuer la territorialisation des politiques de santé, de renforcer le caractère préventif des politiques de santé, de recentrer l'offre de soins vers les soins primaires, de faciliter les restructurations et promouvoir l'efficacité hospitalière, de recomposer l'offre hospitalière au profit du médico-social. Il rappelle que, au delà du simple rapprochement entre la ville et l'hôpital, l'objectif poursuivi est de fluidifier les parcours de soins des patients, d'assurer une réelle cohérence des politiques de santé menées sur un territoire et de mettre en œuvre des projets territoriaux de santé incluant le secteur médico-social en vue d'améliorer le parcours de soins.

Le raisonnement, préconisant l'organisation des prises en charge en filière de soins de façon transversale, en trajectoire, apparaît. Peu à peu, les prises en charge, organisées en verticale, en tuyaux d'orgues, mal adaptées à la complexité des besoins en soins due au vieillissement de la population, devraient être amenées à disparaître.

Le projet de loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* », élaboré en concertation avec les professionnels de santé, les représentants des usagers et les parlementaires concernés, confirme la volonté du gouvernement de répondre aux attentes et aux besoins de la population en matière de santé.

Le projet de loi se compose de quatre grands chapitres et trente-trois articles ; il propose une modernisation globale du système de santé. Il apporte des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins, comme la lutte contre les « déserts médicaux », le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé.

Le titre I de la loi, intitulé *modernisation des établissements de santé*, reprend notamment les propositions formulées par la commission présidée par Gérard Larcher d'octobre 2007 à avril 2008. Le fonctionnement de l'hôpital est modernisé et les liens entre médecine de ville et hôpital sont renforcés. Le pilotage de l'hôpital, sous la conduite du chef

d'établissement, véritable « patron », est recentré sur le projet médical, cœur du projet d'établissement. Le président de la communauté médicale d'établissement (CME), élabore le projet médical, avec la CME et sous l'autorité du chef d'établissement

L'objectif du projet de loi est de mieux adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels de santé. L'évolution de la médecine impose notamment de travailler sur les complémentarités entre l'hôpital de proximité et les plateaux techniques les plus sophistiqués. C'est le sens de la création des communautés hospitalières de territoire (CHT), qui permettront aux établissements de coordonner leurs interventions, dans une logique de gradation des soins, pour mieux répondre aux besoins de la population des territoires.

Le titre II, consacré à *l'accès aux soins*, rappelle qu'il ne peut reposer uniquement sur l'hôpital, au risque de l'engorger. Aucun patient ne saurait être orienté vers l'hôpital ou y rester par défaut. Le deuxième titre du projet de loi entend ainsi améliorer la répartition des médecins sur le territoire et l'accès aux soins de ville. Les soins de premier recours font leur entrée dans le code de la santé publique et la filière de médecine générale est ainsi revalorisée. Pour assurer un meilleur accès au médecin de garde, la permanence des soins sera désormais organisée au niveau de chaque région, prenant ainsi en compte les spécificités locales. Le nombre de médecins formés sera davantage décliné en fonction des besoins locaux. Les coopérations entre professionnels de santé seront facilitées et permettront de renforcer le rôle des paramédicaux dans le système de santé. Enfin, les dispositifs du projet de loi favorisent le développement de nouvelles formes d'organisation des cabinets de groupe, conformément au souhait de nombreux médecins, notamment les plus jeunes d'entre eux.

Le titre III, relatif à *la santé publique*, a pour objet de renforcer la politique de prévention. L'inscription dans la loi de l'éducation thérapeutique des patients facilitera et organisera son extension, et permettra ainsi d'améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. La volonté de protection de la santé des jeunes se traduit par des mesures d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs et l'interdiction totale de la vente des cigarettes « bonbons ».

Le titre IV du projet de loi est consacré à *la création des Agences régionales de santé (ARS)*. Ces nouvelles agences réuniront les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie au niveau régional en simplifiant les structures, dans une logique de guichet unique, harmonisant ainsi sept structures complémentaires. Elles auront pour mission de décliner

au niveau territorial les objectifs du projet de loi : faciliter l'accès aux soins, l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital et ainsi simplifier le parcours de santé des patients et développer la qualité et la sécurité du système de santé.

La promulgation de la loi HPST devrait intervenir dans les mois à venir. Le gouvernement aura alors à lancer un important chantier réglementaire en vue d'une mise en œuvre effective au 1er janvier 2010. Ce chantier réglementaire se doublera de la mise en place des agences régionales de santé (ARS), promues au rang d'acteur clé de la nouvelle organisation.

B/ La création des Agences régionales de santé

La loi « *hôpital, patients, santé et territoires* » (HPST), votée courant juillet 2009 par le Parlement, prévoit la création des agences régionales de santé (ARS) en 2010.

Au tout début 2010, l'établissement public, l'Agence régionale de santé (ARS), sera en effet créée par l'association de deux vocations professionnelles : celle de l'Etat (services des DRASS et des DDASS) dédiée à la veille et la sécurité sanitaire, à la santé et à l'organisation des soins et du secteur médico-social et celle de l'assurance maladie, centrée sur l'assurance, la redistribution sociale des ressources et la gestion du risque. Elle intègrera les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

Créée par la loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, les agences régionales de santé auront pour missions de définir la politique de santé régionale en liaison avec tous les acteurs, d'assurer la régulation et la coordination de leurs actions, de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé, de veiller aux grands équilibres financiers et de respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Les ARS travailleront à améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité du système de santé. La santé ne se réduit pas aux soins et inclut la prévention, la promotion de la santé, l'accompagnement médicosocial. C'est « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (article 22A de la loi HPST). Les ARS seront compétentes dans les cinq domaines à savoir la promotion de la santé et de la prévention, la veille et de la sécurité sanitaire, l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires, les pratiques soignantes et les modes de recours aux soins des personnes, l'accompagnement médico-social.

Le texte du projet de loi établi par la Commission mixte paritaire (CMP), adopté par le Parlement les 23 et 24 juin, prévoit une mise en service des ARS au plus tard le 1er juillet 2010. Le calendrier du projet reste toutefois calé sur une date de création au tout début de l'année 2010.

Les préfigureurs seront nommés en conseil de ministres dans le courant de l'été. Ils prendront leur poste à la rentrée, après avoir suivi un séminaire de formation.

En charge de la tutelle des établissements de santé, les 26 Agences Régionales d'Hospitalisation actuelles peinent à exercer leurs missions, faute de moyens et d'autorité. Leur transformation en "Agences Régionales de Santé" devrait changer la donne.

Concrètement, le système de santé est aujourd'hui éclaté entre l'État, ses directions déconcentrées, les ARH et les conseils généraux. L'assurance maladie est aussi représentée par une multitude de caisses. Conscient de *"la trop faible adaptation des politiques de santé aux spécificités territoriales"*, Philippe Ritter, préfet honoraire et auteur d'un précédent rapport sur la mise en place des agences régionales de santé, prône *"un pilotage unifié du système territorial de santé"*.

De plus, depuis le lancement des ARH en 1996, les missions des agences ont en effet considérablement augmenté. Les ARH définissent les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) qui remplacent l'ancienne carte sanitaire. Ces schémas régionaux sont déclinés et pris en compte par les hôpitaux à travers les contrats d'objectifs et de moyens signés avec les ARH.

Ces contrats définissent les objectifs de qualité, de quantité de soins, et de bon usage des ressources avec pour objectif le retour à l'équilibre financier des établissements. C'est ainsi que le directeur de l'agence fixe les objectifs annuels au chef d'établissement, dans un grand souci de cohérence avec ses propres objectifs, reçus du ministère dans sa lettre de mission. Chaque contrat fait l'objet d'une évaluation et est assorti de sanctions financières.

Malgré la place importante prise par les ARH dans le pilotage des établissements, les outils à leur disposition ne sont pas toujours à la hauteur pour mener à bien l'évaluation des hôpitaux. Faute de disposer encore d'un réseau propre, les ARH ne peuvent mobiliser leurs moyens humains vers ces objectifs de performance.

Les ARS fonctionneront avec des moyens humains qui leur seront propres et non répartis entre les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS). Les personnels dépendront que d'une seule autorité, représentée par le directeur de l'ARS. L'ancien système ne donnait pas pleine satisfaction, puisque les ARH géraient le travail des agents, lesquels relevaient hiérarchiquement de leur service d'origine, indépendant des ARH.

Les ARS vont présenter l'avantage de regrouper au sein d'une seule unité les sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les territoires. Elles ont une mission claire, qui est de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé (en appui avec la conférence régionale de santé) dans le respect des objectifs nationaux, afin de répondre aux besoins de santé de la population. Les ARS ont un statut d'établissement public, dirigé par un directeur général, nommé en Conseil des ministres, et doté d'un conseil de surveillance.

Pour exercer leurs missions, les ARS comporteront des délégations territoriales dans tous les départements, afin de constituer un relais de proximité pour les politiques menées par l'agence, en lien étroit avec les acteurs territoriaux et en premier lieu les Préfets de département (ainsi que les services départementaux relevant de leur compétence). Les collectivités territoriales seront impliquées dans la mise en place d'instances de concertation, visant à favoriser l'articulation entre les schémas régionaux et les schémas départementaux. La construction du programme régional de santé se fera aussi autour des filières.

L'ARH-RA affiche clairement, par la mise en place de groupes de travail dans le cadre de la révision du SROS III, sa volonté de développer au sein de sa région les filières gériatriques élargies. Elle est prête à investir massivement, en particulier dans les systèmes d'information de manière à ce que les filières puissent s'étendre le plus rapidement possible au niveau des territoires de sa région. L'ARH-RA souhaiterait que les filières couvrent l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus, dépendantes, soit 60 000 personnes aujourd'hui et 87 000 en 2020.

D'après les informations obtenues, l'ARH-RA, transformée à l'automne prochain en ARS aura les mêmes positions. Un travail d'information et de concertation entre membres de l'ARH-RA et les conseillers généraux, sur l'organisation de filières gériatriques élargies dans la région, est d'ailleurs lancé.

CONCLUSION

En France, en région Rhône Alpes et de manière plus accentuée encore en Isère et dans le secteur nord du département de l'Isère, l'allongement de la longévité va se traduire par le doublement du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus avec davantage de personnes âgées dépendantes d'ici 2020. 95% d'entre elles vivent encore à leur domicile grâce à l'aide apportée par les associations d'aide à domicile et par leurs proches. Le nombre des aidants familiaux, correspondant à la tranche d'âge des 65 ans et plus, va statistiquement progresser proportionnellement moins vite que celui des plus de 80 ans. On sait aussi d'après le Schéma départemental en faveur des personnes âgées que dans les prochaines années, les capacités d'accueil en établissement de soins (sanitaire et/ou médico-social) vont stagner et l'effort apporté au secteur de ville ne suffira pas à faire face à la demande exponentielle.

D'après les propos recueillis auprès des professionnels de santé, il apparaît que la prise en charge des personnes âgées dépendantes, reste parfois mal adaptée et insatisfaisante sur les trois territoires constituant le secteur nord de l'Isère. Des points de blocage existent, possibles à lever par la mise en place de dispositifs susceptibles d'améliorer la fluidité des parcours de soins.

Des outils pour améliorer la fluidité des parcours de soins existent. Le rapport « *programme pour la gériatrie* » de C. JEANDEL, P. PFITZENMEYER et Ph. VIGOUROUX permet d'amorcer la parution du Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, accompagné par la circulaire du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques et celle du 15 mai 2007, relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

Le secteur nord du département de l'Isère, correspondant aux trois territoires de la *Porte des Alpes, du Haut Rhône Dauphinois* et du *Val du Dauphiné*, compte deux centres hospitaliers, deux hôpitaux locaux, une dizaine d'EHPAD et des places en foyer logement, une dizaine de SSIAD (incluant les SSAD) d'une vingtaine de places chacun.

En moyenne, le nombre de médecins généralistes, d'infirmières libérales et de kinésithérapeutes en exercice sur les trois territoires est faible, plaçant le secteur en zone déclarée déficitaire.

Le nombre des personnes âgées de plus de 80 ans va doubler de 2009 à 2020 et parmi elles, 20% sont et seront dépendantes. L'évaluation actuelle de la dépendance se réalise à partir de la grille AGGIR. Cet outil de référence nationale, utilisée par les professionnels, permet de déterminer le type de prise en charge adéquate à chaque personne âgée

fragilisée. Ce modèle reste pourtant incomplet. D'après les experts, il manque de sensibilité pour appréhender entre autre, les besoins en aide des déments dont l'incidence progresse.

Les données fournies par la cellule des statistiques du Conseil général de Grenoble sont quantitatives et peu qualitatives.

Quoiqu'il en soit, d'après une étude menée auprès des professionnels de terrain, de nombreux dysfonctionnements générés par le système actuel, peuvent constituer de véritables pertes de chances pour les personnes âgées fragilisées. L'hospitalisation souvent brutale a tendance, de par sa nature hospitalo-centrée, à isoler la personne hospitalisée. La famille et les EHPAD rencontrent des difficultés pour obtenir des informations importantes relatives au suivi général, aux conditions de retour à domicile ou en institution du patient/ résident.

Les établissements de santé et médico-sociaux connaissent une saturation de leur capacité d'accueil, qui en cas de réponse négative d'admission, peut placer les familles en situation de difficultés. Ces dernières multiplient les inscriptions auprès d'autres structures sans assistance professionnelle formalisée. Lorsque l'admission en établissement d'une personne âgée dépendante a lieu tardivement, on constate souvent un épuisement des familles et des aidants.

D'après l'étude réalisée, les professionnels du terrain seraient favorables au développement d'une filière géranto-gériatrique dans le secteur nord de l'Isère. Ils ont conscience du coût en général engendré par la santé et de la pénurie en moyens financiers et humains. L'idée de devoir modifier voire changer leur mode d'exercice professionnel fait son chemin auprès d'eux. Certains intégrés, déjà à des groupes de travail, se rendent compte que la généralisation de l'outil informatique « *trajectoire* » au sein des services de SSR du secteur, permettrait très probablement d'améliorer la fluidité des flux des patients dans le parcours de soins. La mise en place d'une fiche de liaison entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux faciliterait les transferts.

La création d'un système d'informations commun, donnant la possibilité à tout usager de procéder à une demande d'admission par le biais d'une inscription unique, simplifierait largement les démarches réalisées par les familles. Les professionnels regroupés pourraient aussi réfléchir ensemble aux montages plausibles de dispositifs permettant le renforcement des aides aux aidants (groupes de paroles, permanences d'accueil et d'informations, propositions de conférences sur des thèmes précis).

Depuis 2002, les médecins praticiens gériatres des deux centres hospitaliers et des deux hôpitaux locaux du secteur ont déjà anticipé un travail de coordination sur les trois

territoires du secteur nord de l'Isère. Le collège des gériatres ainsi composé, a déposé auprès de l'ARH-RA, une proposition relative à l'organisation d'une filière gériatrique. Le collège des gériatres, conformément aux textes en vigueur, s'est intéressé à déterminer la répartition des moyens la plus adaptée entre les quatre établissements sanitaires. Sans retours officiels des autorités de tarification sur l'ensemble du dispositif suggéré, des mesures ont pourtant, dès 2002, été instaurés sur les trois territoires. C'est ainsi, par exemple, que des consultations mémoire ont vu jour au sein des quatre structures, ou encore qu'une équipe mobile a été créée au centre hospitalier de référence, le centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu.

La filière gériatrique, ainsi proposée du fait de la composition du collège des gériatres, de l'histoire de la santé publique en France, est très hospitalo-centrée.

La filière gériatrique de territoire est ainsi restreinte au champ sanitaire. Le collège des gériatres n'est pas ouvert aux médecins coordonnateurs des EHPAD, ni même aux médecins libéraux de ville.

Or, d'après Monsieur le Professeur FRANCO, *« l'exclusion de l'ensemble du secteur médico-social et de ville aux concertations menées par les membres responsables de la constitution d'une filière gériatrique de territoire, va à l'encontre des dispositifs prévus par la politique initiale, figurant dans les textes de référence »*.

Compte tenu du contexte général (démographique, économique et financier), il apparaît que l'intégration du secteur médico-social et ambulatoire au chantier ouvert de la filière gériatrique constitue, aujourd'hui, un enjeu de santé publique au sein du territoire.

L'hôpital local intercommunal de Morestel peut prendre part au projet de continuité du développement de l'actuelle filière gériatrique hospitalière en une filière géronto-gériatrique. Il peut encourager la culture partenariale en développant localement un réseau gérontologique.

Un réseau se définit comme l'articulation efficace de ressources nécessaires à la prise en charge des soins et de l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux d'une population identifiée. Les réseaux favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges et sont constitués par des professionnels libéraux.

Il existe en France une multitude de types de réseaux (traitement du VIH, cancer, diabète), régis par de nombreux textes dont la réglementation a été simplifiée dès 2002. La circulaire du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé est suivie par la publication de la circulaire du 15 mai 2007, relative au référentiel d'organisation nationale des réseaux de santé *« personnes âgées »*. Cette dernière accompagne le

développement des réseaux de santé personnes âgées, complémentaire aux filières de soins gériatriques.

L'hôpital local, d'après la circulaire du 28 mai 2003, relative aux missions de l'hôpital local, constitue un premier niveau de prise en charge. A ce titre, il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de SSR, de services d'aide et de soutien à domicile.

L'hôpital local intercommunal de Morestel, depuis les années 1990, développe un dispositif de portage de repas à domicile couvrant les cantons de Morestel et de Montalieu. 80 personnes résidant chez elles, avec des problèmes de santé et/ou de dépendance bénéficient de ce service quotidiennement.

Le chauffeur, d'une ancienneté de plus de 14 ans connaît individuellement chaque personne, devenue peu à peu un véritable « *résident de l'hôpital hors de ses murs* ». Il connaît leurs goûts, leur mode de vie, leur niveau et type de dépendance, l'intervention régulière de proche ou/et de services d'aide à domicile. Le chauffeur est à même de repérer les personnes à risque de se trouver un jour en situation de détresse.

Il constate aussi des dysfonctionnements dans certaines prises en charges, résultats d'un manque de communication, d'informations entre professionnels intervenant au domicile c'est-à-dire le service de portage de repas à domicile, le service d'aide à la personne à domicile, les professionnels libéraux, et le CLIC.

Fort de ces informations, l'hôpital local, après constats de l'existence d'une personne vivant à domicile en situation de grande fragilité, peut proposer aux professionnels, intervenant auprès de ladite personne, de se réunir afin de parvenir de manière concertée au renforcement et à l'amélioration de la prise en charge. L'hôpital s'inscrit comme un acteur véritable de soutien aux professionnels. En fonction des besoins non satisfaits, établis par les professionnels libéraux, il va s'efforcer d'apporter une réponse adaptée. Ainsi, il peut proposer d'emblée aux médecins généralistes d'avoir accès aux consultations mémoire et aux évaluations gériatriques leur permettant d'établir un diagnostic. Ce dernier permettra au CLIC d'anticiper, d'ajuster et/ou de mettre en oeuvre un plan d'aide personnalisé plus juste et cohérent. Il peut également proposer des formations sur la maladie d'Alzheimer, la prévention des chutes, ou encore l'importance de la nutrition chez le sujet âgé.

Un réseau naît à partir de besoins bien identifiés. Il se constitue de manière progressive à partir d'un noyau dur de personnes, prêtes à investir bénévolement en temps et en compétences, motivées pour améliorer le parcours de soins des personnes âgées vivant dans le nord Isère et restées à domicile.

Le réseau constitué d'abord de manière informelle, sera dans un second temps formalisé par la rédaction de statuts. Si ces derniers répondent aux critères de qualité, énoncés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, il pourra alors bénéficier de subventions d'Etat, ou encore de financement, provenant des collectivités territoriales.

Afin de répondre à la commande des politiques initiales définissant les filières gériatriques comme des dispositifs couvrant complètement le parcours de soins des personnes âgées en leur assurant un continuum de prises en charge sans rupture au fur et à mesure des besoins gradués, l'intégration des EHPAD, dans ce contexte, paraît indispensable.

Une association regroupant les directeurs des maisons de retraite du département de l'Isère existe depuis plus de 10 ans. Par ce biais il serait envisageable d'associer les cinq EHPAD publiques avoisinantes de l'hôpital local de Morestel.

D'après l'étude menée auprès des professionnels de terrain, les directeurs et médecins coordonnateurs conscients des difficultés seraient intéressés à bénéficier de moments opportuns pour rencontrer les professionnels de ville.

A plus long terme, le réseau gérontologique, formalisé et reconnu des autorités de tarification, favorisant le travail entre professionnels du domicile et des EHPAD, pourrait négocier l'octroi de moyens supplémentaires comme le développement d'une équipe mobile de gériatrie extra hospitalière et le renforcement des services d'hospitalisation à domicile.

La filière gériatrique élargie est un concept défini par l'ARH-RA, constitué de deux niveaux. Le premier niveau, situé au plus près des patients âgés, s'appuie sur des collaborations naturelles entre acteurs des dispositifs sanitaires, médico-sociaux et libéraux sur des territoires déterminés par les flux de proximité. Le second niveau, correspondant au niveau de référence de la filière, se situe au sein du centre hospitalier référent du bassin de santé, proposant les compétences et le plateau technique, nécessaires aux acteurs de niveau 1.

On constate que le projet de réseau gérontologique permettant de concrétiser le niveau de proximité, soit le niveau 1. de la filière gériatrique élargie, s'inscrit complètement dans les perspectives définies par l'ARH –RA. La création d'un réseau gérontologique en lien avec la filière gériatrique sanitaire est une solution pour aboutir à une véritable filière gériatrique de territoire. Sa création reste un axe essentiel pour le secteur nord du département de l'Isère dont 95% des personnes âgées de plus de 65 ans vivent à domicile.

L'hôpital local intercommunal de Morestel possède les compétences médico-sociales et sanitaires pour assurer l'interface dynamique entre les filières de niveaux 1 et 2.

Les filières gériatriques élargies ne sont pas des mythes ; elles existent sur certains bassins de santé de la région Rhône-Alpes et en particulier dans la région de Roanne située au nord de Lyon. L'expérience réussie de Roanne repose sur un maillage de territoires, réalisé entre les professionnels issus des domaines sanitaires, médico-sociaux et de ville. Un outil disponible sur internet « *clecona* » permet à tout utilisateur d'accéder directement aux travaux du groupement de coopération, réalisés et disponibles en direct sur le web.

Choisir de réaliser un réseau gérontologique dans le secteur nord du département de l'Isère, place l'hôpital local intercommunal de Morestel dans un positionnement stratégique, à inscrire au projet médical de l'établissement, intégré lui-même au volet gériatrie du projet médical de bassin de santé de Lyon Est.

Le projet médical de la *filière gériatrique élargie* du secteur nord du département de l'Isère reste à rédiger même si la composition du document est disponible auprès de l'ARH- RA. Le collège des gériatres du secteur, ouvert aux secteurs médico-social et ambulatoire, pourrait éventuellement apporter ses recommandations et participer au travail d'élaboration mené par le comité thématique local de concertation. Ce projet, afin de prendre tout son sens, doit être coordonné à la démarche d'identification régionale des filières gériatriques au regard de la circulaire du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques.

Choisir cette orientation équivaut également à prendre place dans la définition de la politique actuelle. Par la loi « *hôpital, patient, santé, territoire* », l'organisation territoriale de la santé va muter vers une logique de parcours et de filière. La promulgation de la loi HPST devrait intervenir dans les mois à venir et donnera lieu à un important chantier réglementaire qui se doublera de l'instauration des agences régionales de santé, (ARS), promues au rang d'acteur clé de la nouvelle organisation.

Les questions, qui se posent, sont de savoir comment les professionnels de terrain du secteur nord du département de l'Isère, vont pouvoir s'inscrire dans cette nouvelle logique et comment le dispositif de prise en charge globale va s'articuler. L'organisation future va-t-elle bénéficier à l'ensemble des personnes âgées « *gériatriques* » de plus de 65 ans, de plus de 75 ans, ou de plus de 85 ans ou à l'ensemble de la population âgée ?

Au Québec, un modèle intitulé *Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien et d'autonomie (PRISMA)*, a été développé. Il vise à améliorer la continuité des soins et des services reçus par les personnes âgées en perte d'autonomie. Une personne

compétente en gérontologie, gestionnaire de cas, joue le rôle central en coordonnant avec la personne âgée les soins et les services. Le modèle de gestion de cas expérimenté au Québec est un système intégré qui, en se développant à l'intérieur même du réseau de soins et de services d'un territoire, en modifie durablement le fonctionnement et l'organisation.

Le modèle PRISMA France a commencé en 2006 sur trois sites contrastés (méga-urbain, urbain et rural). L'expérimentation vise à évaluer l'implantation du modèle d'intégration des soins et des services en identifiant les facteurs de succès et d'échec de cette mise en place.

L'agence régionale d'hospitalisation de la région Rhône-Alpes, future Agence régionale de santé s'y intéresse. Pourra t-elle retenir ce dispositif pour l'appliquer à l'ensemble de sa région ?

Bibliographie

Textes normatifs

- Arrêté du 30 mars 2000 portant agrément des réseaux gérontologiques expérimentaux.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.
- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002, relatif au financement des réseaux et portant application des articles L.162 à L.162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code.
- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002, relatif aux critères de qualité et condition d'organisation, de fonctionnement ainsi que de l'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L.6321 du code de la santé publique.
- Circulaire DHOS/DGAS/03/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.
- Circulaire DHOS/O/2004/N°101 du 5 mars 2004, relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
- Lettre circulaire n°DGAS/DHOS2C/2004/ 452 du 16 septembre 2004, relative aux CLIC et aux réseaux de santé gérontologique
- Circulaire DHOS/03/CNAM N°2007-88 du 2 mars 2007, relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de santé et à destination des ARH et des URCAM
- Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007, relative à la filière de soins gériatriques.
- Décret N°2007-973 du 15 mai 2007, relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)
- Projet de loi « Hôpital, patient, santé, territoires », projet de modernisation du système de santé.

- Circulaire DHOS/ 02/03 UNCAM 2007/197 du 15 mai 2007, relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».
- Plan Solidarité Grand Age 2007-2012, présenté le 27 juin 2006 par le ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

Ouvrages

- DE BEAUVOIR S., 1970, « *la vieillesse* », Gallimard.
- PHILIBERT M., 1968, « *l'échelle des âges* », Paris, Editions du Seuil.
- ARNOLD François, AMEISEN Jean Claude, « *les couleurs de l'oubli* », les éditions de l'atelier, 127 p

Articles de périodiques

- MOUQUET M.C, 2008, « *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030* ». Dossier solidarité et santé, n°4, 26 p
- LEDUC F., « *L'évaluation des situations individuelles : une démarche nommée DESIR* », Gérontologie et société, n°99, décembre 2001, p 233 à 239.
- Cahiers Hospitaliers, « *Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires* », Dossier n°248, septembre 2008, Berger-levrault, 27 p.
- Cahier Hospitaliers, « *Les hôpitaux locaux* », Dossier n°249, octobre 2008, Berger-levrault, 40 p.
- Revue hospitalière de France, « *HPST : les propositions de la FHF* », n°526, Janvier-Février 2009, 80 p.

Rapports

- JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX Ph., rapport au ministère de la santé et des solidarités, ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, « *Programme pour la gériatrie : 5 objectifs et 20 recommandations et 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir* », Avril 2006, 54 p

- Projet Centre hospitalier Pierre Oudot Bourgoin Jallieu, « *Coordination pour l'autonomie* », Conseil Général Isère (Territoire Portes des Alpes, Haut Rhône Dauphinois et Vals du Dauphiné).
- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 3 (SROS 3).
- Schéma départemental en faveur des personnes âgées, 128 p.
- INSEE Rhône Alpes. « *Quelle population iséroise à l'horizon 2020* », septembre 2008, 32 p
- Compte rendu du groupe de travail ARH RA Révision du SROS III – Volet Vieillesse, « *les filières gériatriques élargies en Rhône-Alpes* », Vermorel M., réunion du 15 novembre 2008, 6 p
- Projets médicaux de territoire de Rhône-Alpes. Avant projet du SROS 2006-2010, 88p
- Cahier des charges PMT –Filières gériatriques – ARHIF 25 juin 2007, 6 p

Thèses et mémoires

- BARBERGER GATEAU P., ROUCH I, LETENNEUR L., « *Etude PAQUID (QUID sur les personnes âgées) : 10 ans déjà... Synthèse des derniers résultats* », Inserm U 330 Université Victor Segalen Bordeaux 2, Revue de gériatrie ISSN 0397-7929, 2000 vol.25, n°7, p 443-452.
- REYNAUD, M., « *Le réseau gérontologique du pays de Martegal : une nécessité et une opportunité* », décembre 2007, mémoire ENSP, 59 p.
- REYDANT COUPEY C., « *de la création d'une filière gériatrique à l'élaboration d'un projet gérontologique global* », décembre 2007, mémoire ENSP.
- BOLLIET J.M., « *les filières gériatriques entre institutions de soins : concept ou réalité ? l'exemple Rhône Alpin* », 2007, IFROSS, 105 p.

Conférences

- ZATONSKI Witold, « *The health gap in European Union* », 11-13 septembre 2008, Wroclaw, Poland, Cancer Center Institute of Oncology, Cancer Epidemiology and Prevention Division, 32 p.
- FRANCO Alain, « *Aidants familiaux, indispensables et exposés* », 20 novembre 2008, Grenoble, Centre pluridisciplinaire de gérontologie.
- 5EMES ASSISES NATIONALES, « *le médecin coordonnateur en EHPAD* », mardi 27 et mercredi 28 novembre 2007, Paris, 58 p.

- SCHWEYER François-Xavier, « *réflexions sur les hôpitaux locaux et les médecins généralistes dans la filière gériatrique* », XIVème Assises des Hôpitaux Locaux, 26 et 27 septembre 2008, Renaze Craon 4 p.
- Discours de Monsieur Le Président de la République, « *réforme de l'hôpital* », jeudi 17 avril 2008, Neufchateau, 9 p.
- MOULIAS Robert, « *naissance et histoire de la gériatrie* ».
- 79^{ème} journée régionale de gérontologie : « *à l'articulation du sanitaire et du social : la coordination gérontologique, un modèle à réinventer* », 30 septembre 2008, Bourg en Bresse, Société Rhône-Alpes de gérontologie, 112 p.
- GERONTO EXPO, forum des professionnels de la gérontologie et du handicap, du 26 au 28 mai 2009 – Paris Expo, Porte de Versailles
- RAMAGE Christophe « *Le bistrot mémoire* », documentaire, Shifter

Sites internet

- <http://fhf.fr>
- <http://www.hospimedia.fr>
- <http://www.santé.gouv.fr>
- <http://www.insee.fr>
- <http://www.clecona.fr>
- <http://www.legifrance.gouv.fr>

Liste des annexes

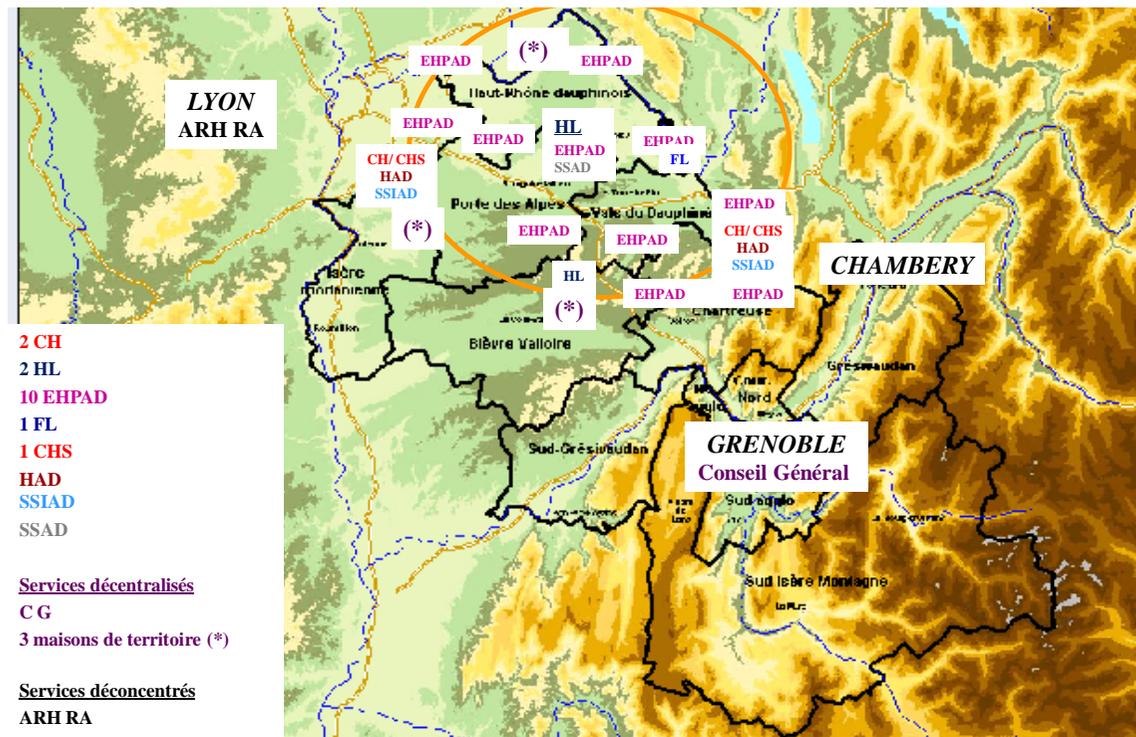
ANNEXE I : Carte géographique du secteur nord de l'Isère et présentation de l'offre de soins

ANNEXE II. : Guide d'entretien pour les entretiens menés en face à face

ANNEXE III : Proposition du collège des gériatres sur l'organisation de la filière gériatrique nord Isère en 2002

Annexe IV : La progression de la filière gériatrique dans le nord Isère depuis 2002

ANNEXE I : Carte géographique du secteur nord de l'Isère et présentation de l'offre de soins



Ch. GAUDIN – Filière Gérontologique- Nord Isère – 2008/2010

ANNEXE II : Guide d'entretien pour les entretiens menés en face à face

La notion de filière gériatrique/ gérontologique bien qu'elle soit de construction récente constitue l'aboutissement d'une longue évolution historique de développement des réseaux et des complémentarités inter-établissements. Fruit d'une progression, elle est vigoureusement promue au travers de deux circulaires parues en 2003 et 2007.

D'après la circulaire du 28 mars 2007, « *la filière de soins gériatrique constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées* ».

Compte tenu des contraintes techniques et financières, le développement des partenariats s'avère de nos jours incontournable.

L'objectif de l'entretien est:

- de comprendre comment, aujourd'hui, au sein de votre structure, les activités relatives aux soins sont organisées
- de voir si cette organisation est adaptée aux besoins actuels
- de se questionner sur un éventuel intérêt à développer un/des partenariat(s) avec d'autres professionnels du secteur dans un futur proche
- de découvrir les activités/services que vous souhaiteriez voir développer et de quelle manière
- de savoir s'il existe au sein de vos services des points d'engorgement : liste d'attente patients/ résidents – lits/ places bloqués

Etablissement :

Nombre de lits/ places:

Services :

Date :

Interlocuteurs :

Qualité :

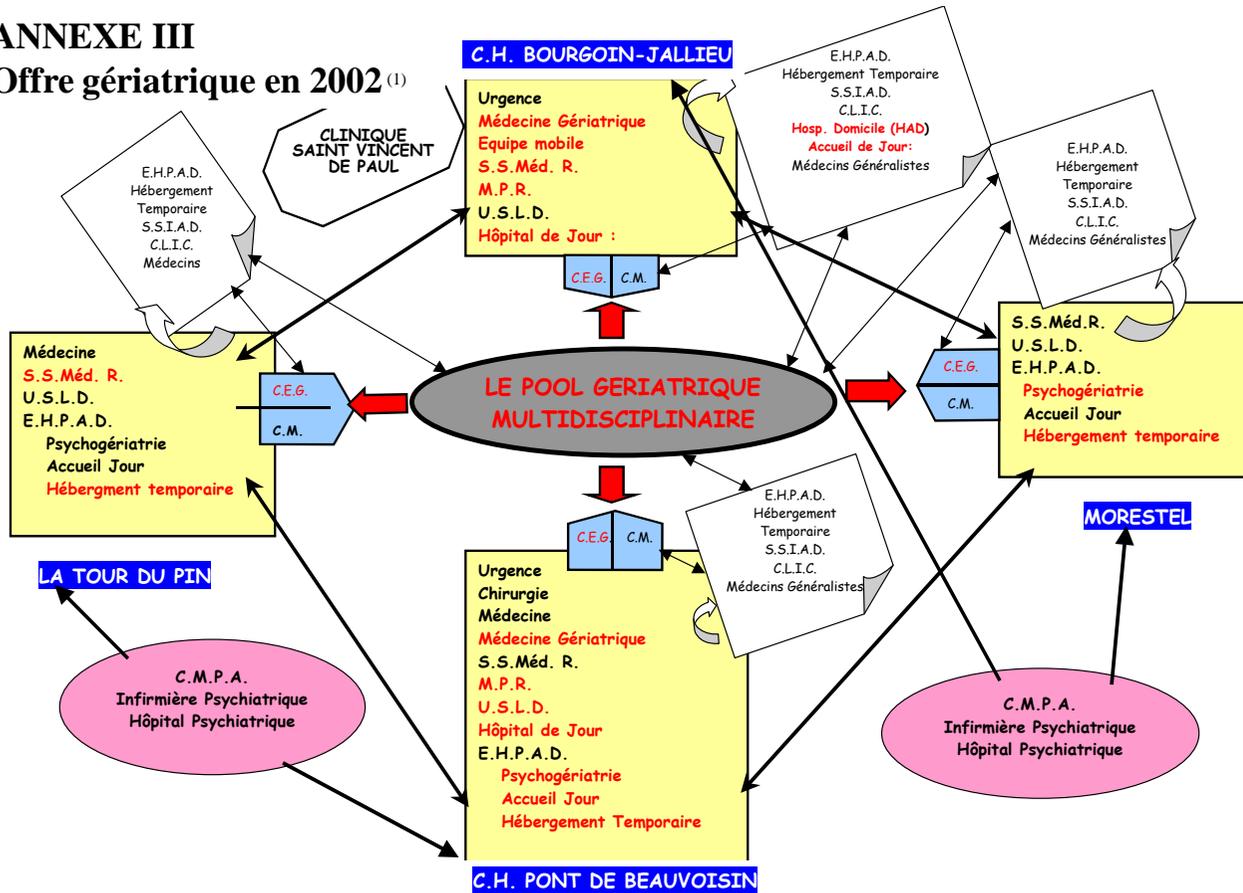
ACTIVITES DE SOINS					
	GESTION ACTUELLE		GESTION FUTURE		
	En interne	En externe	Intérêt pour le développement d'un partenariat		
	Moyens mis en œuvre	Moyens mis en œuvre	Pourquoi	Comment/ Avec qui	Sous quelles formes / conditions
Pré-admission et admission					
Urgence gérontologique Avez instauré le dossier de liaison d'urgence (DLU) ?					
Médecine					
SSR					
USLD					
SMTI (soins médico techniques intensifs)					
Accueil temporaire					
Accueil de jour Accueil de nuit Accueil permanent (EHPAD)					

ACTIVITES	GESTION ACTUELLE		GESTION FUTURE		
	En interne	En externe	Intérêt pour le développement d'un partenariat		
	Moyens mis en œuvre	Moyens mis en œuvre	Pourquoi	Comment/ Avec qui	Sous quelles formes/ conditions
Consultation mémoire/ d'évaluation gérontologique					
Accueil personnes handicapées vieillissantes					
<i>Soins palliatifs</i>					
HAD Equipe mobile géronto					
SSIAD/ SSAD					
Liens existants CLIC Médecins libéraux					
Protocoles Création / gestion/ mise à jour Liens avec le CLIN, CLUD, CLAN Qualité					

ACTIVITES	GESTION ACTUELLE		GESTION FUTURE		
	En interne	En externe	Intérêt pour le développement d'un partenariat		
	Moyens mis en œuvre	Moyens mis en œuvre	Pourquoi	Comment/ Avec qui	Sous quelles formes Sous quelles conditions
Personnel spécifique					
Médecin coordonnateur					
Cadre de santé					
Kiné					
Ergo					
Psychologue					

ANNEXE III

Offre gériatrique en 2002 (1)



C.E.G. : Consultation d'Evaluation Gériatrique - C.M. Consultation Mémoire

- à créer

(1) Proposition du Collège des Gériatres 2002

ANNEXE IV -Développement de l'offre gériatrique depuis 2002

