

**L'EXEMPLE D'UN RESEAU GERONTOLOGIQUE :
FONCTIONNEMENT ET POSITIONNEMENT
STRATEGIQUE SUR LE TERRITOIRE.
VERS UN « GUICHET UNIQUE »?**

– Groupe n° 33 –

**CIOTTI Emanuele
CORNEFERT Béatrice
DEUTSCHE Thierry
DIQUELOU Anne
ESMIEU Sylvie
LAFONT Audrey**

**LOUCHET Christine
MALICHECQ Dominique
MENIER François
PETIT Sylvie
ROBERT Thibault
SERVAIS Dominique**

Animatrices

- 1. ROUTELOUS Christelle*
- 2. LECORPS Sarah*

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
REMERCIEMENTS	3
PREAMBULE METHODOLOGIQUE	4
LISTE DES SIGLES UTILISES	6
INTRODUCTION.....	7
I. L'ENVIRONNEMENT SANITAIRE ET SOCIAL DES PERSONNES AGEES EN PAYS MALOUIN	11
A. <i>Le contexte sanitaire et social permet-il une vraie politique de coordination ou induit-il un dispositif en tuyaux d'orgue ?</i>	12
1. Le Conseil Général, au centre des politiques sociales et médico-sociales	12
2. Les interventions des acteurs sanitaires	14
B. <i>Le réseau pose la question de la cohérence de la coordination : l'exemple de la pratique territoriale du réseau Géront'Emeraude</i>	17
1. Présentation du réseau Géront'Emeraude	17
2. Le réseau Géront'Emeraude et ses partenaires	19
II. VERS UNE STRUCTURE A « GUICHET UNIQUE » SUR LE TERRITOIRE DE SAINT MALO	22
A. <i>Les limites actuelles à l'émergence du guichet unique</i>	22
1. Le sentiment d'une instrumentalisation politique.....	22
2. Une concurrence exacerbée par la superposition des territoires d'intervention.....	23
3. Une concurrence accrue par le débordement des missions respectives.....	24
4. Des financements éparés non pérennes exacerbent la concurrence.	26
5. Le manque d'outils de coordination	26
B. <i>Pistes de réflexion et préconisations du groupe pour le territoire de Saint Malo</i>	27
1. Propositions pour une prise en charge idéale de la personne âgée, fragile et dépendante.....	27
2. Pistes de réflexion pour une mise en œuvre concrète du guichet unique sur le territoire de Saint Malo..	29
CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
RESUME	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

Remerciements

L'ensemble du groupe tient à remercier Christelle Routelous et Sarah Lecorps pour leur accompagnement méthodologique et leur disponibilité.

Nous souhaitons associer à nos remerciements l'ensemble des professionnels qui ont pris le temps de nous recevoir et de répondre à nos questions.

Nous remercions également l'équipe pédagogique et logistique pour sa serviabilité.

Préambule méthodologique

Notre groupe est composé de deux Directeurs des Soins, de trois Inspecteurs des Affaires Sanitaires et Sociales, de quatre Directeurs d'Établissements Sanitaires Sociaux et Médico Sociaux, d'un Directeur d'Hôpital, d'un Médecin Inspecteur de Santé Publique et d'un Médecin Interne de Santé Publique.

Le travail effectué au cours de ce Module Interprofessionnel de Santé Publique nous a conduit à étudier les conditions d'organisation nécessaires à une prise en charge globale de la personne âgée fragile et dépendante.

Personnes rencontrées

La liste de nos interlocuteurs avait été préétablie par les coordinatrices du groupe.

Les dates des entretiens avaient déjà été fixées.

Nos interlocuteurs sont, dans la plupart des cas, des acteurs directs de la prise en charge de la personne âgée fragile et dépendante sur le pays de Saint Malo.

Le temps imparti ne nous a pas permis de rencontrer d'autres acteurs que ceux prévus au préalable.

Méthode de travail

Le sujet nous a été présenté dès le premier jour par les intervenantes.

Ceci a permis au groupe de débattre une première fois sur les enjeux du thème, pour ensuite déterminer un angle d'approche.

Puis, la première semaine a été rythmée par un travail d'enquête, d'analyse, de transmission et de réflexion autour du plan. La seconde semaine a quant à elle été rythmée par la rédaction du dossier, sa mise en forme et sa relecture.

Notre démarche a donc été la suivante :

- 1) Débat constructif autour du sujet pour déterminer l'axe d'approche des entretiens et des lectures qui ont suivi.
- 2) Recherche documentaire et lecture des documents. Chaque membre du groupe a effectué une synthèse de ses lectures pour ensuite la transmettre à ses partenaires et ainsi diffuser l'ensemble des connaissances nécessaires.

- 3) Construction de la grille d'analyse des entretiens. Celle-ci nous a permis de centrer nos questions sur les thèmes afférents à notre problématique. Elle a été ensuite un support à la transmission des informations au sein du groupe.
- 4) Les entretiens ont été menés en binôme, sur les sites de Rennes, Dinard et Saint Malo. Les deux premiers ont été téléphoniques. Ceci a permis au groupe d'écouter les professionnels et d'affiner les questions pour la suite.
- 5) A l'issue de ceux-ci nous avons choisi d'orienter notre travail sur la coordination des acteurs plutôt que sur la prise en charge globale de la personne âgée à domicile. Ce choix se fonde sur le discours des acteurs qui se sont focalisés sur ce point.
- 6) La construction du plan a été collective. Les membres du groupe qui n'étaient pas en rendez-vous à l'extérieur, l'affinaient petit à petit mais la version finale a été adoptée par l'ensemble.
- 7) Nous avons ensuite réparti la rédaction du dossier en binôme. Une grande collaboration s'est établie naturellement au sein du groupe, chacun restant disponible pour les autres.
- 8) La préparation orale. Après une définition informelle des tâches de chacun, le groupe a choisi de se réunir la semaine précédant la soutenance.

Liste des sigles utilisés

ADMR :	Aide à Domicile en Milieu Rural
ADS :	Association de Développement Sanitaire
APA :	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDAS :	Comité Départemental d'Action Sociale
CH :	Centre Hospitalier
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CNSA :	Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie
CODEM :	Comité d'Observation de la Dépendance et de la Médiation
COPA :	Coordination Personnes Agées
CRAM :	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EGSS :	Evaluation Gériatrique Standardisée Simplifiée
EMS :	Équipe Médico-Sociale
ETP :	Equivalent Temps Plein
FAQSV :	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
GIR :	Groupe Iso-Ressource
GMP :	GIR Moyen Pondéré
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD :	Hospitalisation à Domicile
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
MAIA :	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MDPH :	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MFIV :	Mutualité Française d'Ille et Vilaine
MIGAC :	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PRISMA :	Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie
PSPH :	Participant au Service Public Hospitalier
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
SIPA :	Système Intégré pour les Personnes Agées en Perte d'Autonomie
SSIAD :	Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
UMIV :	Union des Mutualités d'Ille et Vilaine
USLD :	Unité de Soins de Longue Durée
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

Chaque année l'espérance de vie de la population française s'accroît d'un trimestre pour atteindre désormais 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes. Si l'accroissement de la longévité constitue indéniablement une chance pour la société, il n'en apparaît pas moins comme un défi pour le système de santé et la solidarité nationale. Au cours des trente prochaines années le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus augmentera de plus de 7 millions, soit une augmentation comprise entre 60 et 68%¹. Le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans doublera quant à lui dans les dix prochaines années. A partir de 2020, les effets du " baby-boom " se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans, un peu plus de 3 %.

La région Bretagne ne déroge pas à la règle. Le phénomène de vieillissement y semble même accentué par un mouvement de « *retour au pays* »². La population du pays de Saint Malo est plus âgée que la moyenne de la région³ (26.7 % des personnes ont plus de 60 ans contre 23.8 % en Bretagne). De plus, les personnes âgées de 80 ans et plus, y constituent 4% de la population et se concentrent principalement sur le littoral, notamment sur les secteurs de Saint Malo et du pays Malouin (17 % de ces personnes vivant en Bretagne vivent sur ce territoire, soit seulement 3% de moins que sur le bassin rennais).

En même temps que la population vieillit, on assiste au développement des pathologies liées à l'âge. C'est surtout à partir de 75 ans que celles-ci croissent avec l'âge, avec une large part de personnes très âgées polypathologiques. En ce qui concerne les pathologies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson...), l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée à 100 000 nouveaux cas au niveau national dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 80 ans. 75 % des personnes souffrant de pathologies neuro-dégénératives vivent à domicile y compris à un stade évolué de la maladie.

¹ « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030 » Chantal Brutel, Laure Omalek. Population et Famille. INSEE. Juillet 2003

² Schéma gérontologique départemental d'Ille et Vilaine

³ La santé dans le pays de Saint Malo : site ORS de Bretagne

Il est donc possible d'identifier une population de malades âgés à haut risque de décompensation ou d'évolution péjorative à l'occasion de l'apparition d'une nouvelle pathologie. Il s'agit de patients âgés dits " fragiles ". Les critères de fragilité ont été décrits par Winograd⁴ et comprennent : le grand âge, des pathologies invalidantes, la malnutrition, la poly-médication, les problèmes médico-sociaux et familiaux. Dans le cadre d'une décompensation ou d'une évolution aiguë de la polyopathie, une personne âgée fragile peut devenir dépendante.

Alors même que la place des personnes âgées dans le système de soins ne cesse de s'accroître, leur prise en charge demeure insuffisante et se fait le plus souvent dans l'urgence. L'absence de coordination dans la prise en charge du patient résulte avant tout d'un manque de communication entre les professionnels de ville assurant la prise en charge ambulatoire et les équipes hospitalières, ce qui semble favoriser ces situations à risques. En effet, le système de santé français se caractérise par une sectorisation des domaines d'intervention, voire un cloisonnement entre le sanitaire et le social ou encore, entre le curatif et le préventif. Ce partage des champs d'action a d'ailleurs sans doute été favorisé par l'édiction de textes distincts, à savoir la loi du 31 décembre 1970⁵ sur le service public hospitalier et la loi du 30 juin 1975⁶ relative à l'autonomie de l'action sociale et médico-sociale.

La coordination des soins apparaît d'autant plus nécessaire dans le pays de Saint Malo que celui-ci se caractérise par une population à forte proportion rurale et disséminée sur le territoire. En outre, l'offre de soins hospitalière est concentrée à Saint Malo du fait de son centre hospitalier qui polarise totalement le territoire, à Dinard et à Cancale au nord du pays, et à Baguer-Morvan et Combourg pour le reste du pays⁷. En ce qui concerne la médecine libérale, les capacités en services de soins infirmiers à domicile apparaissent faibles : 148 places sur le pays soit 10 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus (la moyenne nationale s'établit à 15 pour 1000). En revanche, le pays de Saint Malo est mieux pourvu que la moyenne nationale en médecins généralistes libéraux et en masseurs-kinésithérapeutes libéraux, ce qui peut s'expliquer par son emplacement côtier et par sa structure de population âgée⁸.

⁴H Winograd care getting strategies : an overview of criteria and outcomes, JAM geriatric soc 1991

⁵Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁶Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

⁷ « La santé en pays de Saint Malo », ORS Bretagne

⁸Ibid

Ainsi, une meilleure coordination entre secteur hospitalier et libéral permettrait d'optimiser la répartition des soins sur le pays et ainsi faire face à cette discontinuité des soins qui semble caractériser la prise en charge de la personne âgée fragile et dépendante. « *La dépendance des personnes âgées est définie comme le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel* »⁹.

Conscientes du caractère préjudiciable de cette discontinuité de la prise en charge, les autorités ont adopté des mesures réglementaires à différents niveaux d'intervention. Au niveau local, le PRIAC et le SROS III Bretagne prévoient les articulations sanitaires, sociales, et médico-sociales, grâce à des actions de coopération prioritaires¹⁰ qui visent à la continuité de la filière gériatrique. Au niveau national, la mise en place des CLIC ou encore des réseaux gérontologiques¹¹, si elle n'a pas réussi à achever le rapprochement des divers intervenants, témoigne d'une volonté politique de décloisonner les secteurs sanitaire et social. Plus récemment, les différents plans de santé publique tels que le Plan Solidarité Grand Age et le Plan Alzheimer traduisent au niveau national, le souhait d'instituer une cohérence nouvelle. Il s'agit d'aboutir à une coopération renforcée entre les différents acteurs dont la collaboration se concrétiserait par la mise en commun de moyens logistiques et humains. La dépendance entraîne en effet une multiplication des types d'accompagnement : une personne âgée dépendante reçoit en moyenne l'intervention de trois professionnels (et jusqu'à six pour 25% des personnes âgées fragiles dépendantes)¹². La coordination et la continuité de la prise en charge entre le domicile, l'hôpital et l'établissement ne s'avèrent pas satisfaisantes, ce qui apparaît particulièrement préjudiciable à la qualité des réponses apportées au bénéficiaire.

Afin de pallier cette discontinuité, le plan Alzheimer prévoit en particulier la mise en place d'un *guichet unique*, la MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), rassemblant tous les acteurs participant à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie. La création d'un tel guichet unique pour l'ensemble des problématiques liées au « grand âge » serait peut être tout aussi pertinente¹³. Il veillerait à la mise en œuvre du plan de soins et de la prise en charge de la personne âgée fragile et

⁹ INSEE, « La dépendance des personnes âgées : Une projection en 2040 », Michel Duée, Cyril Rebillard

¹⁰ <http://bretagne.sante.gouv.fr/publications/actualite/priac/notice.pdf>

¹¹ Circulaire DHOS/O2/03 n°2007-197 du 15 mai 2007

¹² Voir Plan « Alzheimer et maladies apparentées » 2008-2012

¹³ Entretien Clic de Dinard.

dépendante, en lien avec le médecin traitant, et permettrait une mutualisation des moyens consacrés à la prise en charge. Au sein de ce guichet unique, les coordinateurs ou *gestionnaires de cas* seraient chargés d'élaborer les plans de soins et d'accompagnement et s'affirmeraient comme interlocuteur unique auprès des différents acteurs de santé.

Appliqué au pays de Saint Malo et de Dinard, le guichet unique devrait permettre d'assurer une prise en charge intégrée de la personne âgée fragile et dépendante. Il s'agit toutefois de se demander quelles seraient les articulations nécessaires entre les différents acteurs sanitaires et sociaux afin de permettre une prise en charge globale de la personne âgée fragile et dépendante sur ce secteur.

L'étude du contexte sanitaire et social en pays malouin fait état des tentatives de coordination renforcée, notamment de la part du réseau Géront'Emeraude (I) et amène à s'interroger sur l'opportunité et les limites de la mise en place d'un véritable guichet unique dans le pays de Saint Malo (II).

I. L'environnement sanitaire et social des personnes âgées en pays malouin¹⁴

Un réseau de santé, en particulier un réseau gérontologique, se doit de rassembler des professionnels du secteur sanitaire et du secteur social de façon à créer une dynamique efficiente. Aujourd'hui pourtant, il est possible de constater une dichotomie institutionnalisée entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social. En effet, les sources règlementaires et de financement ont été différenciées dès l'origine. Les politiques sanitaires relèvent du code de la santé publique, les politiques sociales et médico-sociales, du code de l'action sociale et des familles. La loi du 4 mars 2002, puis les décrets d'application du 25 octobre et du 17 décembre 2002 donnent une orientation sanitaire aux réseaux (« *Ils ont pour objet de favoriser la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires (...)* »). Ces éléments normatifs ne facilitent donc pas la mise en place de réseaux tel que Géront'Emeraude. En effet, ceux-ci relèvent historiquement plus du secteur sanitaire que du social, à l'instar des réseaux « ville-hôpital » mis en place en 1991, ou du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), créé en 1999. Géront'Emeraude a l'ambition de décroiser les deux secteurs au niveau du pays de Saint Malo; il doit toutefois faire face au contexte institutionnel et formel existant, qui établit clairement une distinction des fonctions.

La multiplication des structures et la grande variété des financeurs sur le territoire de Saint Malo posent une réelle difficulté en termes de lisibilité. Ainsi, le service d'hospitalisation à domicile, au statut associatif, est financé par l'assurance maladie. Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) de Dinard est quant à lui mis en place et financé par le Conseil Général. Le CLIC de Saint Malo dépend du CCAS et dispose à ce titre d'un financement municipal. Enfin, le réseau Géront'Emeraude est une structure fonctionnant essentiellement sur des financements « sanitaires », puisque ceux-ci proviennent à part égale de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Cette multiplicité d'acteurs et de financeurs se révèle source de difficultés et s'avère préjudiciable à la continuité de la prise en charge des usagers.

Certaines mesures ont été adoptées afin de faciliter cette coordination au niveau du département d'Ille-et-Vilaine. Il s'agit dès lors de mesurer dans un premier temps la volonté

¹⁴ Au sens de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne

politique de coordination entre le secteur Social et Médico-Social et le secteur sanitaire du département. Dans un second temps, il sera question de la place du réseau Géront'Emeraude dans cette politique.

A. Le contexte sanitaire et social permet-il une vraie politique de coordination ou induit-il un dispositif en tuyaux d'orgue ?

1. Le Conseil Général, au centre des politiques sociales et médico-sociales

Le Conseil Général est le chef de file de la politique gérontologique pour sa partie sociale et médico-sociale. C'est le département qui définit et met en oeuvre la politique d'action sociale en tenant compte des compétences confiées par la loi. Ce rôle de « chef de file » en matière d'action sociale a été renforcé¹⁵ en 2004. Il est chargé d'adopter un règlement départemental d'aide sociale définissant le cadre d'éligibilité aux prestations d'aide sociale mais il peut même décider d'accorder des prestations dans des conditions plus favorables. Il lui revient la charge d'accorder certaines prestations obligatoires, en particulier l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Il met en oeuvre ces compétences en s'appuyant notamment sur le CLIC. Le Conseil Général d'Ille et Vilaine a significativement revalorisé les aides aux associations: 1,6 M€ en 2004 et 2,5M€ en 2008. L'enveloppe financière consacrée à la politique en faveur des personnes âgées s'élève globalement à 100 M€ et croît de 9 à 10 % par an. Cette action est réalisée en lien avec les services de l'Etat et s'appuie sur la concertation réalisée au sein des 15 CODEM du département (cf. entretien vice-président du Conseil Général)

Le **CODEM** (comité d'observation de la dépendance et de médiation) est l'élément politique, lieu d'impulsion de la politique Personnes âgées du Conseil Général. Créés à l'initiative de ce dernier et soutenus par lui, ils sont implantés dans chaque secteur gérontologique pour un maillage global du territoire départemental, Les CODEM recensent les besoins les plus importants de leur secteur sans forcément les prioriser et font émerger des réponses réellement adaptées à l'échelon local (cf. entretien vice-président du Conseil Général). Le Conseil Général en tient compte pour orienter ses financements et fixer les axes de développement. Prévus au départ pour être des lieux de concertation, les CODEM

constituent le cadre territorialisé de la politique gérontologique en Ille et Vilaine et sont au cœur des problématiques de coordination.

Les **CLIC** sont instaurés à titre expérimental en 2000 puis légalisés en 2001¹⁶. En 2004, le pilotage du dispositif a été transféré de l'État aux présidents des conseils généraux¹⁷. Depuis janvier 2005, c'est au président du Conseil Général que revient l'autorisation de la création des CLIC après avoir recueilli l'avis du comité régional d'organisation sociale et médico-sociale.

Leur labellisation a été reconnue dans la circulaire 2001 n° 224. Trois niveaux de labellisation ont été mis en place en fonction de l'étendue des missions et des services offerts :

- Le label de niveau 1 correspond aux activités d'accueil, d'écoute, d'information de conseil et de soutien des familles.
- Le label de niveau 2 prolonge le niveau 1 par une mission d'évaluation des besoins et par l'élaboration d'un plan d'aide personnalisé.
- Le label de niveau 3 correspond aux missions d'évaluation des besoins et en plus à celles qui consistent à mettre en œuvre et à suivre le plan d'aide personnalisé.

Sur les 15 secteurs gérontologiques du département, 11 disposent d'un CLIC, véritable bras séculier du CODEM. Tous sont des CLIC de niveau 3, à l'exception de celui de Saint Malo, créé en juillet 2007 à l'initiative du CCAS qui est de niveau 1.

Le CLIC 1 de Saint Malo, conformément à ses missions règlementaires, se charge de l'information, prioritairement, sur l'accès aux droits, de l'orientation générale des demandeurs et reçoit tout type d'appel. Il s'avère que le CLIC, qui est aussi antenne de la MDPH, est en contact avec un nombre important¹⁸ de personnes handicapées (40/60 ans) et notamment des personnes en dépendance psychique, et que son implantation communale le conduit aussi à répondre aux demandes de RMistes et à travailler avec les associations d'insertion de personnes en situation d'exclusion.

Le CLIC 3 de Dinard répond à divers besoins et propose une large palette de réponses. Cependant, il se concentre uniquement sur le besoin médico-social. Pour apprécier les besoins, le CLIC se repose en majeure partie sur la parole des usagers. Un entretien d'évaluation est mené au CLIC pour déterminer un plan d'aide médico-social. Il n'y a pas de

¹⁵Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

¹⁶Dans le cadre de la loi 2001-647 du 20 juillet 2001

¹⁷Loi 2004 809 du 18 août 2004, article 56

critères d'exclusion clairement déterminés. Si la personne semble relever d'une prise en charge sanitaire ou nécessite des soins, le CLIC l'oriente vers l'équipe médico-sociale de l'APA. Il est financé par le Conseil Général d'Ille et Vilaine, la MDPH 35, la CRAM Bretagne et les communes du canton de Dinard

L'ADS (Association de Développement Sanitaire) Saint Malo est une association pour l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées avec aides ménagères et auxiliaires de vie. L'ADS a reçu récemment une autorisation du Conseil Général pour ouvrir un service prestataire avec un nombre d'heures correspondant à une quinzaine de places. Le nombre de personnes prises en charge: est d'environ 250 (le service prestataire du CCAS prend en charge 500 personnes) et sa zone géographique d'intervention correspond uniquement à la ville de Saint Malo. L'ADS emploie deux IDE (infirmières diplômées d'État) salariées appelées IDE coordinatrices qui font l'évaluation et élaborent le plan d'aide, parfois en concertation avec le Conseil Général.

2. Les interventions des acteurs sanitaires

Selon les données du SROS, le territoire de santé n° 6 hors Dinan comprend le centre hospitalier (CH) de Saint Malo et les hôpitaux locaux de Dinard, Cancale et Combourg. Le CH de Saint Malo dispose de toutes les activités et plateaux techniques d'un centre hospitalier. Des services de médecine, de soins de suite polyvalents, de soins de suite gériatriques sont implantés à Saint Malo, Dinard, Cancale et Combourg. Seul ce dernier ne dispose pas de services de court séjour gériatrique. Le territoire dispose de deux consultations mémoire, de deux équipes mobiles de gériatrie, de trois unités de soins de longue durée (USLD), de soins palliatifs (une unité importante d'hospitalisation de 20 lits, une équipe mobile et un réseau).

Un service d'hospitalisation à domicile (HAD) basé à Dinard fonctionne depuis 2004. Son statut est celui d'un établissement privé participant au service public (PSPH). D'une capacité de 30 places, il dessert Saint Malo et ses alentours dans un rayon de plus de 30 km. L'HAD de Dinard a déclaré en entretien n'avoir que peu de relations avec le réseau Géront'Emeraude dans la mesure où les populations concernées diffèrent. Seuls 30 % des patients pris en charge par l'HAD ont plus de 75 ans.

¹⁸ Près de 60% des usagers

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile¹⁹ (SSIAD) de Saint Malo, créé en 1982, est géré par la Mutualité Française d'Ille et Vilaine (MFIV). Les données fournies et les opinions exprimées le furent lors d'un entretien. Sa capacité actuelle, de 93 places, concerne exclusivement les personnes âgées mais ne couvre pas la totalité des besoins : il existe en permanence une liste d'attente et un délai de prise en charge qui, certes se fait parfois en 24 heures, mais peut aussi atteindre plusieurs mois. Le GIR Moyen Pondéré (GMP) est de 650. 80% des personnes prises en charge ont une dépendance qui nécessite un passage sept jours sur sept. Les diagnostics médicaux les plus fréquents sont les séquelles d'accidents vasculaires cérébraux et la maladie d'Alzheimer (20 %). Le personnel encadrant a une formation et une expérience approfondies de la maladie d'Alzheimer. Le problème exprimé comme le plus ressenti pour l'organisation de la prise en charge est celui de l'augmentation des sorties non préparées d'établissements de santé. Le secteur d'intervention du SSIAD couvre Saint Malo, Saint Coulomb, Cancale, Saint Meloir des Ondes, Saint Benoît des Ondes et Combourg. Le territoire a été ajusté en concertation avec les vingt autres SSIAD du département, dans une négociation commune avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). L'appelant le plus fréquent est l'équipe médico-sociale du Conseil Général. Les autres appelants sont les familles et les médecins, traitants ou hospitaliers. Il est rare que le réseau Géront'Emeraude appelle le SSIAD; il s'agit alors de prise en charge pour soins palliatifs. Le plan de formation continue du personnel du SSIAD est inscrit dans celui de la MFIV et non dans celui du réseau.

Le SSIAD se sent bien inséré dans son secteur: Des réunions de coordination autour de cas complexes entre le Conseil Général, le SSIAD et les associations d'aide à domicile : Association de Développement Sanitaire (ADS) et Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR) sont régulièrement organisées. La moitié des 40 médecins traitants et 90 des 100 infirmiers libéraux exerçant sur le secteur ont des relations suivies avec le SSIAD. De même, le SSIAD travaille avec l'HAD, avec l'accueil de jour Alzheimer de l'hôpital ainsi qu'avec des associations d'aide à domicile. Par ailleurs, le dossier de liaison au domicile ouvert à tous les intervenants est mis en place. En revanche, les seuls contacts qu'il ait avec le réseau Géront'Emeraude, en dehors des quelques cas mentionnés plus haut, et le CLIC s'effectuent lors des réunions du CODEM.

¹⁹ Les missions et les conditions techniques de fonctionnement des SSIAD sont décrites dans le décret 81-448 du 8 mai 1981

L'Association de Développement Sanitaire (ADS), d'après les informations fournies par l'association lors d'un entretien, a été créée en 1983 par des médecins, avec la participation de travailleurs sociaux, d'élus municipaux et d'usagers. L'ADS emploie deux infirmières diplômées d'État (IDE) salariées appelées IDE coordinatrices qui font l'évaluation et élaborent le plan d'aide. Elle intervient sur la commune de Saint Malo et gère actuellement un service d'aide à domicile²⁰, sous la forme d'une aide ménagère et d'accompagnement assurée par des auxiliaires de vie sociale à des personnes âgées et handicapées. De plus, elle dispose d'un service de transport des personnes à mobilité réduite et d'un accueil de jour Alzheimer de sept places ; dans ce cadre, elle a des contacts réguliers avec l'association France-Alzheimer, les médecins traitants, les trois neurologues de Saint Malo. Le dossier de création de Géront'Emeraude avait d'ailleurs été initialement travaillé par l'ADS. Cette dernière prend actuellement en charge 250 personnes avec des délais d'environ huit jours sans liste d'attente. En tant que service d'aide à domicile, elle a des relations fréquentes avec le CCAS de Saint Malo, gestionnaire d'un service couvrant 500 usagers, et avec l'ADS de Dinard, plus ponctuelles avec l'HAD et le SSIAD, avec quelques cas de relais de prise en charge. Il n'y a pas de relations avec le réseau Géront'Emeraude en dehors de la participation à un plan de formation commun, ni avec le CLIC, en dehors du CODEM.

L'opinion de l'ADS sur la coordination est la suivante: *« Les nouvelles structures complexifient le paysage plus qu'elles ne contribuent à la coordination. Il est arrivé par exemple que le réseau envoie un patient à l'ADS, alors que l'ADS prenait déjà en charge cette personne »* Une coordination existe déjà de fait. Pour améliorer son efficacité, il faudrait plusieurs conditions : *« une reconnaissance et une légitimité locales des structures candidates à la coordination, ce qui n'est pas le cas actuellement, la neutralité des responsables et organisateurs qui ne lèseraient ni ne favoriseraient aucune structure et la garantie que chaque organisation déjà existante aurait son rôle bien défini. La création d'un guichet unique n'est pas réaliste tant que ces conditions ne sont pas réalisées. »*

²⁰ Les missions des services d'aide à domicile sont décrites dans le décret 2004-613 du 25 juin 2004

B. Le réseau pose la question de la cohérence de la coordination : l'exemple de la pratique territoriale du réseau Géront'Emeraude

1. Présentation du réseau Géront'Emeraude

Historique et définition du réseau

Le réseau Géront'Emeraude, né de la volonté d'un chef de service de l'Hôpital de Saint Malo et d'un gériatre libéral de faire un pont entre le centre hospitalier de Saint Malo et le domicile de la personne âgée afin de pallier la discontinuité des soins, a démarré son activité le 5 septembre 2005. Il répond à la définition donnée par la Coordination Nationale des Réseaux : « *le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à des problèmes de santé précis prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté* ». Selon la loi du 4 mars 2002, « *les réseaux ont pour objet de favoriser la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de prises en charge sanitaires (...) et d'assurer une prise en charge adaptée sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins* ».

Territoire d'action et missions

Le territoire sur lequel s'exerce l'action du réseau est celui d'un « pays », le pays de Saint Malo et non celui d'un secteur sanitaire, même si dans la pratique, Géront'Emeraude intervient également sur ce secteur. L'effectif salarié du réseau est composé de l'équipe suivante : un médecin coordonnateur (0,4 Équivalent Temps Plein) ; deux infirmières coordonnatrices (0,5 ETP chacune) ; une secrétaire comptable (1 ETP) et une femme de ménage (2 heures/semaine). La mission principale du réseau est d'aider à la meilleure prise en charge possible du projet de soins des personnes âgées du secteur. Celle-ci se décline en trois points :

- former, informer et sensibiliser les professionnels médico-sociaux et les aidants naturels ;
- protocoliser la prise en charge de la personne âgée avec des groupes de travail ;
- coordonner les soins dans les situations difficiles, complexes et/ou urgentes.

Selon le médecin coordonnateur, « *l'ensemble des missions exercées par le réseau Géront'Emeraude est soumis au principe de subsidiarité, lequel impose au réseau de ne pas*

empiéter sur les compétences du médecin traitant ou des autres professionnels médico-sociaux et de n'intervenir qu'à la demande de ces derniers »

La prise en charge de la personne âgée par le réseau

➤ **L'alerte ou le signalement**

Il peut être donné soit par la famille (45 % des signalements), soit par une structure (hôpital, soins de suite et de réadaptation, maison de convalescence ...) à hauteur de 21%, soit par le médecin traitant (31 %) ou plus rarement par un médecin spécialiste. Il est à noter que pour l'année 2007, le nombre de signalements par les médecins traitants est en augmentation par comparaison à l'exercice précédent (2006 : 27 % ; 2007 : 31 %).

➤ **L'évaluation et l'inclusion**

La rencontre avec la personne âgée a lieu au domicile de celle-ci ou dans une structure d'hébergement temporaire (foyer logement par exemple). Cette première rencontre, effectuée par l'infirmière coordonnatrice gestionnaire de cas, se partage en deux temps forts : elle renseigne la grille d'éligibilité²¹ pour les personnes âgées contenant les critères d'inclusion et d'exclusion des usagers du réseau et procède à une Evaluation Gériatrique Standardisée Simplifiée (EGSS). Lorsque les critères d'éligibilité ne sont pas remplis, le refus de prise en charge par le réseau est justifié par écrit. Comme le précise le médecin coordonnateur, « *les critères sont appréciés de façon suffisamment large afin de permettre une prise en charge préventive des patients dont l'état serait susceptible de se dégrader* »

Le nombre de patients au réseau est de 164 en file active sur 276. La population prise en charge est fragile avec des problèmes médico psycho sociaux complexes.

➤ **Le plan de soins :**

L'EGSS permet d'établir un recueil de données concernant les facteurs de risques de la personne âgée fragile et dépendante (chutes, nutrition, cognition, dépression) qui aidera ensuite à la mise en place d'un plan de soins en lien avec le médecin traitant. En effet, ce plan est établi par l'infirmière coordonnatrice du réseau sous la responsabilité du médecin traitant, « *premier manager* » (entretien infirmière coordinatrice). Le réseau entre pleinement dans sa mission de coordination en faisant appel à tout professionnel de santé dont l'intervention est nécessaire à la prise en charge sanitaire de la personne âgée.

²¹ Cf. Annexe n° 7

L'infirmière coordonnatrice est chargée d'envoyer un compte rendu de visite (fiche de liaison) et de prévoir les consultations suite aux ordonnances établies par le médecin traitant. Outre l'outil papier constitué de la fiche de contact, du dossier de liaison (« *super carnet de santé* » mais aussi insuffisamment utilisé selon l'infirmière coordinatrice du réseau), de la fiche de liaison et de la fiche de réunion et de coordination, il est prévu des réunions de coordination entre les différents acteurs du plan de soins pour les cas complexes et/ou urgents (exemple : situation de crise). Selon l'un des médecins traitants adhérents, « *le réseau est très réactif* » dans la prise en charge à domicile d'urgence des personnes âgées.

➤ **le plan d'aide : une mission élargie de coordination induite par la pratique de terrain du réseau**

Le réseau intervient dans la mise en place en urgence d'aide aux démarches administratives (remise du dossier APA à la personne âgée ou à son aidant, demande directe auprès du Conseil Général de la mise en place de l'APA en urgence, mise en place provisoire de garde-malade...). Dans la moitié des cas, les patients pris en charge par le réseau disposent d'un plan d'aide et bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie. Dans plus de 30 % des cas, le réseau est à l'origine, soit d'une demande d'APA, soit d'une procédure de modification du plan d'aide en cours par l'équipe médico-sociale rattachée au Conseil Général, suite à l'aggravation de l'état de santé de la personne âgée.

2. Le réseau Géront'Emeraude et ses partenaires

Le médecin traitant

L'intervention du médecin traitant conditionne donc l'intervention du réseau. En effet, si le médecin traitant ne désire pas coopérer avec celui-ci, le réseau apparaît alors totalement impuissant et ne pourra pas intervenir. La mise en œuvre de ce plan de soins est effectuée en coordination avec l'infirmière coordonnatrice du réseau et non avec le médecin gériatre, gestionnaire de cas du réseau, ce qui semble freiner l'implication des médecins libéraux du secteur. De plus, les médecins libéraux ne font pas systématiquement intervenir le réseau sur un plan d'aide ou pour des actions ponctuelles. 87 médecins libéraux sur 183 en activité sont adhérents et 40 ont participé à des formations en 2007. En effet, le réseau répond à sa mission de formation concernant la prise en charge de la personne âgée à domicile : par exemple, dépistage cognitif, nutrition, risque de chute, maladies Alzheimer et Parkinson. Selon un

médecin traitant adhérent, sa mission de formation auprès des personnels intervenant dans le cadre de soins à domicile a permis de réduire la « *maltraitance involontaire* ».

Les CLIC

Le réseau s'est mis en place avant même la création des CLIC. Depuis lors, un partenariat s'est établi essentiellement avec le CLIC de Dinard (CLIC de niveau 3). Il s'agit surtout de mettre en place des formations, des groupes de paroles ; un groupe de travail est en place afin d'élaborer conjointement une brochure répertoriant l'ensemble des intervenants sur la région de Dinard. Cependant, le travail au cas par cas n'est pas encore envisagé, « *il s'agit pour chacun de prendre ses marques* » selon l'infirmière coordinatrice.

Le réseau rencontre par ailleurs quelques difficultés avec le CLIC de Saint Malo (CLIC de niveau 1) qui vient de se créer. En effet, ce CLIC a plus naturellement tendance à faire appel à l'équipe médico-sociale du Conseil Général, qui lui est connue de par une formation commune d'assistant social. De plus, il est adossé au CCAS de Saint Malo, lequel peut instruire des dossiers APA. Par contre, il est prévu d'étendre le partenariat aux CLIC de niveau 3, en cours de création sur Combourg et sur Cancale. En outre, un logiciel informatique commun au réseau et aux CLIC (de Dinard et Saint Malo) est en cours de développement et devrait permettre de mutualiser toutes les données concernant les bénéficiaires. Ces avancées, dans la prise en charge de la personne âgée fragile et dépendante, constituent des prémisses d'intégration des services.

Les équipes médico-sociales du Conseil Général

La collaboration d'un réseau sanitaire avec les équipes médico-sociales témoigne des difficultés à faire coexister deux logiques différentes, bien que complémentaires. Les équipes du Conseil Général considèrent que l'évaluation gériatrique et l'établissement du plan d'aide individualisé relèvent de leur seule compétence et doutaient de l'intérêt de transmettre ces informations au réseau. Le Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS) a lui-même des relations difficiles avec le réseau, perçu comme un concurrent sur son territoire (entretien avec l'URCAM). La présence d'un médecin dans les équipes médico-sociales du Conseil Général a permis de faire évoluer la situation. Par exemple, récemment, ce dernier a contacté directement le réseau pour la prise en charge d'un cas complexe (entretien avec l'infirmière coordinatrice).

Les acteurs du maintien à domicile

Le SSIAD et l'ADS ont peu de relations avec Géront'Emeraude. Le SSIAD travaille principalement avec l'hôpital (concernant la procédure de recrutement commune pour les aides-soignantes, par exemple). Il complète sur le plan sanitaire l'action de l'ADS. Cette association s'est implantée antérieurement dans la région en tant que service d'aide à domicile et semble douter de l'utilité du réseau. Cette structure est en relation avec les équipes médico-sociales du Conseil Général : par exemple, ADS a des réunions de coordination autour de cas complexes avec le CDAS.

D'une mission de soins définie par les textes, que Géront'Emeraude a clairement assumée dès le départ, dans une volonté de coordination avec les partenaires du secteur, les réseaux gérontologiques doivent évoluer vers une mission d'aide, au sens des réseaux de santé « personnes âgées » instaurés en 2006. Ces textes mentionnent un plan d'intervention personnalisé pour la prise en charge de la personne âgée fragile et dépendante et ouvrent la voie à la pratique du guichet unique.

Tableau récapitulatif de la prise en charge à domicile des personnes âgées fragiles et dépendantes sur le territoire de Saint Malo

		EMS	CLIC 1	CLIC 3	SSIAD	ADS	Géront'emerade	HAD	CCAS
psychologique	Spécifique démence	x			x		x		pas d'info
	Aidant				x	x	x	x	pas d'info
sanitaire	Soins				x		x	x	
	Nursing				x		x	x	
médico-sociale et sociale	Portage des repas								x
	Aide ménagère					x	x		x
administratif	Aide dossier APA	x	x	x	x		x		x
	Formation	pas d'info		x	x	x	x		
	Évaluation	x		x	x	x	x	x	
	Élaboration plan d'aide	x		x	o	x	x		x
	Élaboration plan soins				x	o	x	x	

x : Réalise / o : Participe

L'observation de ces données synthétiques permet de visualiser les champs d'action des différents intervenants au vu des entretiens. Il apparaît que l'offre de prise en charge de la personne âgée est relativement couverte par le SSIAD et Géront'Emeraude mais ne répond que partiellement à une prise en charge globale, qui soit à la fois sanitaire, sociale et médico-sociale.

II. Vers une structure à « guichet unique » sur le territoire de Saint Malo

Après la description des différents acteurs implantés dans la région de Saint Malo / Dinard, il convient de mettre en perspective leur coordination au regard d'un fonctionnement en « guichet unique » tel que préconisé par les pouvoirs publics²² et de proposer ce que pourrait être la prise en charge globale idéale de la personne âgée fragile et dépendante.

A. Les limites actuelles à l'émergence du guichet unique

Certains acteurs dans la région de Dinard / Saint Malo se présentent comme des candidats potentiels pour assurer cette mission de guichet unique. Toutefois, dans les entretiens, ils mentionnent différentes limites auxquelles ils sont confrontés.

1. Le sentiment d'une instrumentalisation politique

Plusieurs structures regrettent que le recours à tel service sur tel territoire réponde parfois à des considérations plus « politiciennes » qu'à la prise en compte des besoins réels des bénéficiaires. L'infirmière coordinatrice du réseau Géront'Emeraude rappelle que « *des enjeux politiques et de pouvoir interfèrent dans l'action des différents intervenants : par exemple, une structure qui travaillait avec le réseau et qui ne fait plus appel à ses services après une intervention du CDAS ou encore les réticences des conseillères gérontologiques à l'égard du réseau* ». De plus, l'infirmière coordinatrice du SSIAD souligne « *une instrumentalisation de l'usage du SSIAD par les politiques, avec le risque de choix arbitraire en fonction des interventions des pouvoirs en place* »

²² cf. plan Alzheimer 2008/2012 – thème N° 4

De même, la création par le CCAS de Saint Malo d'un CLIC labellisé de niveau 1 ne manque pas d'interpeller le Conseil Général qui déplore une telle labellisation alors que tous les autres CLIC du département sont de niveau 3. Pourtant, il convient de noter que ce sont les conseils généraux qui autorisent la création des CLIC et valident leur labellisation²³.

Les considérations politiques influent donc sur trois éléments : les relations entre acteurs, la répartition de l'offre entre les structures et la gestion des affaires sanitaires et sociales et médico-sociales par la commune de Saint Malo hors du contexte départemental. Le schéma gérontologique départemental illustre également cette dernière caractéristique : en effet, la commune de Saint Malo y représente un secteur à elle seule, alors qu'il existe également un secteur du Pays Malouin²⁴.

2. Une concurrence exacerbée par la superposition des territoires d'intervention²⁵

Chaque intervenant développe son activité dans la prise en charge à domicile sur un territoire de référence qui lui est propre. Le réseau Géront'Emeraude propose ses services sur une partie du territoire médical de proximité couvrant les secteurs de Saint Malo, Dinard et le Pays Malouin. Le CLIC de Saint Malo n'est, pour sa part, compétent que sur le territoire de la ville. Le CLIC 3 de Dinard intervient jusqu'à Cancale voire même dans Saint Malo pour les missions qui ne relèvent pas du CLIC 1²⁶. Le Conseil Général déploie son organisation (CDAS et CODEM) sur des secteurs gérontologiques qui ne recoupent pas les territoires médicaux de proximité. Le SSIAD de Saint Malo intervient sur le territoire communal, Saint Colomb, Saint Méloir des Ondes, Saint Benoît des Ondes et Combourg. Cette hétérogénéité nuit à la visibilité des dispositifs existants. Comme le montre l'entretien avec le responsable de l'ADS, « *il faut d'abord défricher pour pouvoir s'y retrouver* ».

Ce découpage empêche de visualiser clairement les zones d'intervention de chacun et donc d'avoir une cartographie précise de l'offre globale de prise en charge. De ce fait, il génère potentiellement une surabondance d'offres dans certains secteurs ou, a contrario, un

²³Cf. loi du 13 août 2004

²⁴Les cahiers techniques du pôle action sociale DDASS 35 – Quatrième actualisation du schéma gérontologique d'Ille et Vilaine : planification du dispositif d'hébergement départemental 2005-2010 distingue 4 secteurs : ville de Saint Malo, Pays Malouin, Pays de Combourg et Pays des Marches de Bretagne.

²⁵Cf. annexes 8, 9, 10 et 11

²⁶Les CLIC sont compétents sur un bassin de vie comptant, en milieu rural de 7 à 10 000 personnes âgées de plus de 60 ans, en milieu urbain jusqu'à 15 000.

risque de zones non couvertes, en particulier dans les secteurs limitrophes. Le responsable d'ADS indique que *« les autorisations des prestations sanitaires et sociales sont délivrées par le Conseil Général, alors que les prestations de service ne nécessitent qu'un agrément de l'inspection du travail plus simple à obtenir. Ce qui explique que le CODEM a des difficultés à recenser de manière exhaustive l'ensemble des prestations proposées sur le territoire. »*

3. Une concurrence accrue par le débordement des missions respectives

Les consignes institutionnelles recommandent de respecter les missions et les espaces d'intervention de chaque acteur, d'agir en partenaire, de veiller à ce qu'il n'y ait pas de superposition de missions²⁷ et de parvenir à une coordination clairement identifiée²⁸. Or, on constate que les acteurs locaux ne développent pas leur prise en charge sur leur seul champ de compétence. En effet, au vu des différents entretiens, on s'aperçoit qu'il existe des écarts entre la mission première des structures et leurs actions effectives. Ainsi, le CLIC de Saint Malo va au delà de la mission institutionnelle d'un CLIC de niveau 1 puisqu'il reçoit aussi un nombre important de personnes handicapées et répond aux besoins sociaux d'autres publics, notamment les RMIstes et des personnes en situation d'exclusion. Ceci s'explique en partie par son implantation communale et sa fonction d'antenne de la MDPH. L'infirmière coordonnatrice du SSIAD mentionne également des sollicitations par la personne âgée et la famille pour aider aux actes de la vie courante en dehors du soin lors des interventions à domicile. Ces actions n'entrent pas dans le champ des compétences du SSIAD, mais les refuser peut compromettre la relation avec la personne âgée.

Le débordement des tâches touche également d'autres structures : selon le médecin coordonnateur du réseau Géront'Emeraude, *« ...les critères sont appréciés de façon suffisamment large pour permettre une prise en charge préventive des patients dont l'état de santé serait susceptible de se dégrader »*. L'infirmière coordinatrice du CLIC de Dinard rappelle quant à elle qu'*« il n'y a pas de critère d'exclusion clairement déterminé; du moins aucun critère de ressources, d'âge, de degré d'exclusion sociale ne sera retenu pour écarter la personne d'une éventuelle prise en charge »*.

²⁷Lettre DGAS/DHOS du 16 septembre 2004

²⁸Plan Alzheimer – mesure N° 4 : labellisation d'une « porte d'entrée unique »

D'après l'URCAM, le chevauchement des tâches exacerbe la concurrence entre les acteurs de la prise en charge de la personne âgée fragile et dépendante. Le représentant de l'URCAM précise qu'« *il y a des difficultés de fonctionnement entre le Conseil Général et Géront'Emeraude : il existe un sentiment de concurrence sur le terrain ; le Conseil Général reproche au réseau de prendre en charge le médico-social et le réseau reproche au Conseil Général de faire de la rétention d'informations concernant l'évaluation de l'APA – Le réseau est vécu par les différents acteurs comme une structure concurrentielle (notamment par les CLIC) alors qu'il devrait être pris comme outil de pilotage... la coordination entre réseau et CLIC 3 est difficile* ». .

Le Conseil Général mentionne également la difficulté des relations entre les intervenants. Selon le vice-président du Conseil Général, les réseaux gérontologiques sont peu coordonnés avec les équipes médico-sociales du Conseil Général du fait de relations moins directes et de sources de financement différentes (Etat : ARH/URCAM), au contraire des services d'aide et de soins à domicile, interlocuteurs naturels de ces équipes. La coordination avec les réseaux sanitaires n'est pas aussi fortement assise que ce que souhaiterait le Conseil Général qui prône la convergence des politiques de prise en charge des personnes âgées dans tous ses aspects aussi bien médico-sociaux que sanitaires. A l'exception de certaines initiatives locales (Pays de Fougères), on constate une méconnaissance de l'autre, chacun voulant légitimer son action par son antériorité, sa compétence, son implantation locale. Ce sentiment est corroboré par les professionnels qui interviennent au domicile, tel le médecin généraliste de Saint Malo: « *le réseau ne tient pas toujours compte de l'organisation déjà existante et mise en place par d'autres structures lorsqu'il est fait appel à ses services* ».

La réponse à la question posée aux acteurs sur l'intérêt de créer une MAIA confirme leur volonté de s'imposer par rapport aux autres pour porter une structure de guichet unique qu'ils estiment nécessaire. Néanmoins, les deux structures qui se sentent potentiellement en mesure de promouvoir le guichet unique ne précisent pas les missions qu'elles pourraient remplir : le responsable du réseau Géront'Emeraude indique qu'« *un acteur unique pour la prise en charge est souhaitable ; le réseau affirme sa pertinence en tant que MAIA* ». L'infirmière coordinatrice du CLIC de Dinard rapporte que « *le CLIC est déjà très actif sur le terrain et la création d'une MAIA pourrait nourrir la complexité du dispositif de prise en charge ; toutefois, le CLIC serait tout a fait en mesure d'assumer les missions d'une MAIA* ».

4. Des financements éparés non pérennes exacerbent la concurrence.

Selon le domaine dont ils relèvent, les différents acteurs de la prise en charge reçoivent un financement émanant à titre principal soit du Conseil Général, soit de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et de l'URCAM. Toutefois, les crédits alloués s'avèrent souvent insuffisants et non pérennes, ce qui oblige les structures à rechercher d'autres partenaires financiers et les met en compétition pour obtenir le budget nécessaire à leur fonctionnement. Selon le médecin coordonnateur du réseau Géront'Emeraude, « *le réseau apparaît précaire, son existence et sa pérennité dépendent du fait que son financement est renouvelable en fonction de sa pertinence appréciée tous les trois ans* ».

L'appréciation de la performance fondée sur l'évaluation externe règlementaire²⁹ permet aux structures de mettre en avant les critères qui valorisent au mieux leur activité. Le Conseil Général se heurte à la croissance rapide des dépenses au titre de la mise en oeuvre de la politique en faveur des personnes âgées. Le vice-président du Conseil Général déplore que « *la contribution de l'Etat et celle de la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA) ne soient pas à la hauteur des engagements initiaux* ». On remarque que les acteurs doivent négocier et justifier leurs demandes trop fréquemment pour garantir un projet de long terme. Or, la mise en oeuvre d'un guichet unique, sa conception, son appropriation par les usagers, par les partenaires, par les professionnels de santé, sa montée en charge progressive ne peut s'envisager que dans la durée.

5. Le manque d'outils de coordination

Le guichet unique nécessite de développer des outils communs à tous les intervenants tant en matière d'information, de grille d'évaluation, d'actions de formation ou de supports de communication mais également la mise en commun de moyens administratifs, logistiques et techniques³⁰. En pratique, cette mise en commun de moyens n'est que peu effective³¹; cette carence alourdit la prise en charge. En effet, chaque service utilise ses propres supports (feuille de liaison, dossier patient, grille d'éligibilité, fiche de contact, fiche

²⁹Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Articles R. 162-59 et suivants du code de la sécurité sociale et articles D. 766-1 et suivants du code de la santé publique

³⁰Plan Alzheimer – mesure N° 4 : labellisation d'une « porte d'entrée unique »

³¹Cf. tableau qui indique pour chaque structure présente dans le domaine du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes les critères de guichet unique remplis au sens du plan Alzheimer joint en annexe N° 1

de suivi individuel, fiche médicale, fiche de coordination,...). De ce fait, l'usager, son entourage ou le médecin traitant ou encore le professionnel de santé sont parfois amenés à fournir les mêmes données à plusieurs acteurs. Cette situation conduit, à l'inverse, les acteurs de la prise en charge à recenser plusieurs fois les mêmes renseignements qu'une mise en commun aurait permis d'éviter. En outre, elle limite la coordination qui repose actuellement davantage sur la bonne volonté des acteurs que sur une organisation structurée et formalisée. L'infirmière coordinatrice du SSIAD évoque « *les nombreux contacts téléphoniques avec les différents autres intervenants responsables et avec l'équipe médico-sociale du Conseil Général pour une prise en charge optimale de la personne : on finit par se connaître !* »

Il convient toutefois de noter qu'une dynamique d'harmonisation des outils émerge progressivement pour combler cette lacune. Ainsi, le SSIAD a instauré un échange d'informations grâce au dossier patient. Le réseau Géront'Emeraude, pour sa part, évoque le développement d'un logiciel commun CLIC / Réseau. Comme le révèle l'infirmière coordinatrice du réseau Géront'Emeraude, « *un logiciel informatique commun au réseau et aux CLIC (de Dinard et de Saint Malo) est en cours de développement. Ce logiciel permettra de mettre en commun toutes les données concernant une personne avec une double entrée médicale et sociale qui permettra la confidentialité de certaines informations et de préserver ainsi le secret médical* »

B. Pistes de réflexion et préconisations du groupe pour le territoire de Saint Malo

1. Propositions pour une prise en charge idéale de la personne âgée, fragile et dépendante

Au regard de la description des organisations actuelles et de leur fonctionnement, les limites principales à l'implantation d'une structure à « guichet unique » sont de plusieurs ordres. D'abord, aucun acteur légitime qui permettrait de fédérer l'ensemble des professionnels autour d'une prise en charge du type « guichet unique » ne s'impose ; d'autre part, la répartition des offreurs de prestations n'est pas homogène selon les zones du territoire ; de même, afin de répondre au plus près des besoins des populations du territoire,

les missions des acteurs vont au-delà de leur champ de compétences ; enfin, l'existence de plusieurs financeurs est un frein à la mise en place d'une structure à guichet unique.

A partir de ces freins identifiés et des atouts des modèles existant, la construction d'un modèle idéal pour la prise en charge globale à la fois sanitaire et médico-sociale de la personne âgée fragile et dépendante semble possible, appelé guichet unique.

Des modèles précurseurs existent déjà au Canada, tels que le Système de Services Intégrés pour Personnes Agées en Perte d'Autonomie (SIPA)³², le Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie (PRISMA)³³ et la Coordination Personnes Agées (COPA), dont l'expérimentation est en cours à Paris sous le terme de COPA-Ancrage. Tous ces modèles présentent des caractéristiques communes : un guichet unique, une évaluation par une équipe pluridisciplinaire, la mise en œuvre d'un plan individualisé d'aide et de soins et la coordination du parcours par un gestionnaire de cas. Chacun d'entre eux tend vers le même but qui est la coordination d'une prise en charge globale. Cette coordination, mise en œuvre au sein du guichet unique, nécessite un pilotage unique et légitime issu d'une volonté politique permettant de fédérer tous les responsables.

Selon le responsable d'ADS, « ... *le guichet unique est impossible actuellement car les conditions assurant le rôle de chaque partenaire ne sont pas réunies et même pas posées* ». Le responsable de l'URCAM précise : « *Le problème de fond est un problème de légitimité et de difficulté de mise en place d'une organisation cohérente, de plus, le nombre important de lois multipliant les structures a favorisé cet éclatement et ce cloisonnement.* »

Le processus de prise en charge globale de qualité, dont le pivot est le médecin traitant, se déroulerait selon plusieurs étapes : le médecin traitant, dès qu'il identifie une fragilité chez la personne âgée, ou qu'il est alerté par un aidant naturel ou professionnel, réalise une évaluation des besoins de la personne, puis l'oriente vers le guichet unique, s'il considère que ces besoins sont à la fois d'ordre sanitaire et médicosocial. Une évaluation est ensuite réalisée par l'équipe pluriprofessionnelle. Un plan de soins et d'accompagnement est élaboré, validé par le médecin traitant. La personne âgée est alors orientée dans un processus de prise en charge prédéfini selon son niveau de dépendance. Des niveaux de 1 à 4 pourraient être prédéterminés en intégrant les différentes aides sociales, médico-sociales et sanitaires

³²Évaluation et implantation du SIPA:- « Du principe du plaisir au principe de réalité- Pr François Béland - Co-Directeur, SOLIDAGE - Groupe de recherche Université de Montréal et McGill sur les services intégrés aux personnes âgées

pour chaque niveau. Cette trajectoire de la personne ne peut être mise en œuvre qu'après avoir obtenu le consentement de celle-ci et respecté son choix de vie, selon la loi du 4 mars 2002.³⁴

La mise en œuvre du processus de prise en charge défini, nécessite une réelle coordination des différents partenaires du guichet unique. Celle-ci, pour être effective, s'appuie sur la mise en place d'un groupe de pilotage constitué de représentants des différents responsables des structures. Ce pourrait être le CODEM, mais cette instance est constituée de nombreux acteurs. De ce fait, le comité de pilotage serait constitué d'un nombre plus restreint de personnes, et basé sur le volontariat.

2. Pistes de réflexion pour une mise en œuvre concrète du guichet unique sur le territoire de Saint Malo

Il s'agit d'abord de donner une direction claire et une visibilité à cette coordination. Pour ce faire, il importe de décrire précisément le territoire d'intervention des services implantés, afin d'éviter des redondances, des zones blanches qui ont un coût et de dessiner un territoire unique. En effet, selon l'infirmière coordinatrice du SSIAD, *« la prise en charge à domicile d'une personne âgée doit être envisagée dans sa globalité même si des entités différentes interviennent dans la mise en œuvre »*

Il s'agit aussi de définir les champs de compétences des différents professionnels. Cela nécessite la définition précise des fonctions, rôles, missions de chaque acteur du dispositif, la connaissance du champ de responsabilités de chacun. En effet, selon l'infirmière du SSIAD, *« les débordements de tâches sont faciles car il n'existe pas de véritable formalisation d'un partenariat entre le SSIAD et les services d'aide à domicile qui délimiterait le champ des compétences de chacun. »*. De même, *« la prise en charge à domicile d'une personne âgée doit être envisagée dans sa globalité même si des entités différentes interviennent dans la mise en œuvre du plan d'aide et du plan de soins, à partir du moment où les choses sont clairement établies. »*.

De même, il s'agit d'apprendre à se connaître pour travailler ensemble. C'est pourquoi, COPA Ancrage, modèle implanté à Paris, a mis en place durant deux ans des

³³Interview Dr D SOMME – Centre de recherche sur l'économie du vieillissement – « Quelles innovations dans la prévention et la prise en charge de la dépendance chez les personnes âgées » – Ed Flammarion

groupes de travail interprofessionnels. Le comité de pilotage serait garant du respect du champ de compétences de chacun afin d'éviter des glissements de tâches et s'appuierait sur des outils tels que des fiches de postes pour mesurer les écarts éventuels entre le travail prescrit de façon règlementaire et le travail réalisé. Il instaurerait ainsi une politique d'évaluation des pratiques.

Puis **il faut impulser une politique de communication.** Celle-ci, orientée vers les différents acteurs, constitue un levier d'action essentiel aux usagers, professionnels médicaux et paramédicaux. La nécessité d'informer au mieux de l'existence et de l'offre du guichet unique apparaît comme une priorité. Cette politique s'appuie sur des moyens tels que la diffusion d'une plaquette de présentation de l'offre disponible sur le territoire, la mise en service d'un site informatique (type forum de discussion), l'utilisation d'un numéro de téléphone unique (numéro vert par exemple) à l'usage du public. Sa permanence, 24h sur 24h assurerait écoute, conseil et orientation spécifiques à la personne âgée fragile et dépendante. De plus, des réunions d'information type « portes ouvertes » seraient proposées par le guichet unique, ouvertes au public et aux structures sur des campagnes de prévention, orientées vers les personnes âgées.

Une meilleure visibilité de la structure du guichet unique pour l'ensemble des usagers permettrait d'éviter des entrées et sorties d'hospitalisation non préparées (« *sorties sauvages* »³⁵), retarderait la dégradation de l'état de santé par une bonne prévention et serait moins consommatrice de ressources financières.

Dossier commun unique pour partager les informations :

Un autre moyen de communication serait de partager un dossier commun, nourri par tous et diffusé à tous, comme le dossier de liaison du réseau Géront'Emeraude, ou le dossier informatique du SSIAD. Ce dossier unique comporterait la fiche d'inclusion au réseau, le plan d'aide et de soins, et les différentes parties d'informations sociales, médico-sociales, sanitaires accessibles aux acteurs concernés, afin de respecter la confidentialité.

³⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

³⁵ Cf. entretien IDE coordinatrice du SSIAD et du responsable d'ADS

Des moyens mutualisés pour une coordination efficiente :

L'élaboration concertée d'outils communs devrait favoriser le rapprochement des domaines sociaux et médico-sociaux : la démarche qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles, la Gestion des Ressources Humaines par la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC) et le plan de formation qui en découle, sont autant de projets à mutualiser. La gestion des ressources humaines du guichet unique vise à mutualiser et développer les compétences. Ainsi, une gestion commune des personnels des structures permettrait de constituer un vivier de personnes potentiellement mobilisables et de mener un plan de gestion des effectifs et des compétences à l'échelle du territoire, prenant en compte la charge de travail requise pour chaque processus de prise en charge, au regard de leurs contingences respectives et actuelles.

Des formations croisées pour développer les compétences collectives :

En l'état actuel des choses, le réseau Géront'Emeraude, l'ADS, le SSIAD offrent leurs propres formations, sur des thèmes souvent communs. Un plan de formation pourrait être élaboré par un gestionnaire unique de la formation afin de mutualiser les ressources et thèmes abordés. Ce plan comporterait des formations professionnelles diplômantes, à l'instar de ce qui s'effectue au SSIAD où des formations d'infirmier sont proposées aux aides-soignants. La formation des professionnels à la capacité d'alerte auprès des médecins traitants, comme le réalise le réseau Géront'Emeraude actuellement, serait tout aussi profitable.

Par ailleurs, le financement multiple et différencié selon les champs ne permet pas d'envisager actuellement la mise en place de ce guichet unique. Il est possible que la mise en œuvre prochaine de l'Agence Régionale de Santé (ARS) facilite la répartition des crédits, si elle parvient à imposer un financement unique ou une fongibilité des enveloppes, comme le souhaite le responsable de l'URCAM. De plus, de nouvelles sources de financement propres au guichet unique pourraient être envisagées, notamment celles provenant de la cinquième branche de la protection sociale, qui prend en charge la dépendance et pourrait être mobilisée pour la mise en œuvre des plans d'aide sanitaires et médico-sociaux. De plus, l'utilisation d'une part du budget Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) dévolu aux hôpitaux pourrait être consacré au guichet unique, chargé de proposer des formations aux professionnels de cette structure.

Conclusion

L'étude de la prise en charge des personnes âgées fragiles et dépendantes sur le pays de Saint Malo nous a permis de constater les effets d'une politique segmentaire de la vieillesse. Certains problèmes ont été identifiés : la présence de multiples portes d'entrée dans le système médico-social, la répétition des évaluations des patients sans outil standardisé, l'insuffisante mutualisation des moyens, source de dépenses injustifiées (entre les hôpitaux, les services d'urgence...), les délais d'obtention des services, la transmission inadéquate d'information et une réponse incomplète aux besoins. La perte d'autonomie et le maintien à domicile des personnes âgées requièrent des besoins pour l'évaluation, le traitement, la réadaptation, le soutien psychologique, l'encadrement social. Or, la multiplicité des services entraîne des inégalités et une discontinuité dans la prise en charge des personnes âgées.

Le réseau Géront'Emeraude ainsi que les autres acteurs de la prise en charge de la personne âgée fragile et dépendante sur le territoire de Saint Malo constituent des prémisses d'intégration des services. Le modèle proposé au Québec par le Docteur Réjean Hebert vise à modifier en profondeur le système d'aide pour une meilleure intégration des services et en offre un nouveau : la gestion de cas. Le modèle québécois dit « PRISMA » ne vient pas se surajouter aux services préexistants. Au contraire, il s'imbrique dans le système de services et de soins en y favorisant la collaboration entre les acteurs. Les six conditions suivantes sont essentielles pour réaliser l'intégration des services : la concertation de tous les acteurs à tous les niveaux, l'utilisation d'un processus de gestion de cas, la mise en place d'un guichet unique à la gestion de cas, le partage d'information clinique, l'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnel standardisé, l'utilisation de plans de services individualisés.

Ces éléments ne sont pas aujourd'hui étrangers à la pratique française. Cependant, ces critères ne sont pas encore concomitamment remplis par tous les acteurs de la prise en charge des personnes âgées. Une concertation existe déjà sur le territoire de Saint Malo grâce aux CODEM ou encore par le partage d'information clinique dans le cas du réseau Géront'Emeraude; cette expérience ne semble pas suffisamment aboutie pour parler d'intégration. Il faudrait pour cela des modalités de partenariat clairement établies entre d'une part les intervenants et d'autre part les financeurs.

A ce titre, les collaborations se développent trop souvent à partir d'initiatives individuelles désordonnées et seulement sur l'expérience des acteurs de terrains. Il manque indéniablement une formalisation pérenne des collaborations et surtout des financements. L'éclatement des financeurs reste effectivement un obstacle majeur à l'intégration des services. A ce titre, la mise en place des ARS constitue une véritable opportunité pour aboutir à une clarification des rôles. La mise en place de modèles intégrés, tel le modèle PRISMA, semble donc possible en France. La prise de conscience croissante de la nécessité de coordonner les actions, l'impulsion donnée par les pouvoirs publics, la demande de plus en plus prégnante de la part des usagers d'une prise en charge de qualité, convergent vers l'instauration progressive d'une prise en charge renouvelée.

Bibliographie

Textes législatifs et règlementaires

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. **Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.** JORF n°190 du 17 août 2004 page 14545 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000804607&dateTexte>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. **Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.** JORF n°185 du 11 août 2004 page 14277 :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F857A9DCA7FF0809B28709F91C2EFB74.tpdjo15v_3?cidTexte=LEGITEXT000005823063&dateTexte

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination gérontologique. B.O.M.A.S.T.S n°2004-40.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001-224 du 18 mai 2001 relative à la labellisation des centres locaux d'information et de coordination gérontologique. B.O.M.A.S.T. n°2001-23.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. B.O. Santé –Protection sociale Solidarités n°2007/4

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire DHOS/02/03/UNCAM n°2007-197 du 15 mai 2007 relative aux réseau de santé « personnes âgées ». B.O. Santé Protection sociale Solidarités n°2007/6.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Lettre DGAS/DHOS/2C/03 n°2004-452 du 16 septembre 2004.

Rapports et Mémoires

BRUTEL C, OMALEK L. ; 2003 « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements (horizon 2030 2050) », INSEE Résultats Société, n°16 Juillet 2003, 40 p.

DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE ; Contrat de plan Etat- Région. Etude réalisée par l'observatoire régional de Santé de Bretagne avec la participation de la Direction Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne, 2005 « La santé dans le pays de Saint Malo » 20 p disponible Internet :

http://www.orsb.asso.fr/PDF2005/syntheses21pays/ORSB_17_synt_Pays_StMalo.pdf

ARH BRETAGNE., 2006 « Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire 2006-2010 », 434 p. Disponible sur Internet :

http://www.arhbretagne.fr/partenaires/sros3restructure/SROS%20III_Version%20definitive_Mars%202006.pdf

CONSEIL GENERAL D'ILLE ET VILAINE. ; 2006 « Quatrième actualisation du schéma gérontologique d'Ille et Vilaine : planification du dispositif d'hébergement départemental 2005 2010 ».Les cahiers techniques du Pôle action social DAS 35, n°159 Avril 2006, 116 p.

BLIEZ V, COURDENT H, DARIOS M, DECROCK C, GUILLET P-H, HUGUENARD S, LUBART V, MESNARD M, REYDANT-COUCPEY C, TROMBETTA S. ; 2006 « Vers quel développement des réseaux gérontologiques en région », Module Interprofessionnel de Santé Publique : Ecole Nationale de Santé Publique, 72 p.

BORRETI F, CORDEIL R, COZETTE S, DIAKITE B, DOUCET V, GALLET B, LAUBERT M, LEBRERE A, LUCENO J-C, MARCAHNDET S, PRUDHOMMES G. ; 2007 « Quelle mutualisation des réseaux de santé », Module Interprofessionnel de Santé Publique : Ecole Nationale de Santé Publique, 37 p.

COMMISSION NATIONALE CHARGEE DE L'ELABORATION DE PROPOSITION POUR UN PLAN NATIONAL CONCERNANT LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES MALADIES APPARENTEES, présidée par Monsieur le Professeur MENARD. ; 2007 « Le plan Alzheimer 2008-2012 », 125 p. [consulté le 7.05.2008], disponible sur Internet :

http://www.premier-ministre.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2008_2012.pdf

Ouvrages

SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G, PAWLIKOWSKA T., 2004, Créer et piloter un réseau de santé. Un outil de travail pour les équipes, 2e édition. Rennes : Editions ENSP, 112 p.

AMYOT J., 2006, Développer la coordination gérontologique : stratégies, dispositifs et pratiques, 1e édition. Paris : Dunod, 262p.

ENNUYER B., 2006, Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisations, 1e édition. Paris : Dunod, 278p.

DURAND-ZALESKI I, CAMPION M-D, TEISSEIRE B., 2007, Quelles innovations dans la prévention et la prise en charge de la dépendance chez les personnes âgées ?, 9e journée d'assurance maladie de la Canam. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 87 p

DE HARO A., 2007, CLICS et Réseaux gérontologiques, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 90 p.

Périodiques

BLANCHARD N., Octobre 2004, «Du réseau à la coordination gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médico-social ». La Documentation Française, Retraite et société, n°43, p.166-185.

Articles

DELMOTTE H., 2006 « 10 questions sur les centres locaux d'information et de coordination », *La gazette de la santé*, Octobre 2006, pp. 61-62

ECLANCHER W., 2008 « Expérimentation d'un réseau de services intégrés pour personnes âgées », *Les médecins Maître Toile* :

<http://www.mmt-fr.org/article341.html>

Site Internet

PROFESSEUR SAINT JEAN. *Longue vie et Autonomie*. [visité le 6.05.2008], disponible sur Internet : <http://www.hegp-geriatrie.fr/public/index.html>

CHU HOPITAUX DE ROUEN. *Catalogue et Index des sites Médicaux Francophones*. [visité le 8.05.2008], disponible sur Internet : <http://www.cismef.org/>

CONSEIL GENERAL d'ILLE ET VILAINE. <http://www.ille-et-vilaine.fr/>