



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2009 –**

**« SANTÉ ET TERRITOIRE :  
QUEL(S) TERRITOIRE(S) PERTINENT(S) ?  
*ETUDE A PARTIR DES PROBLEMATIQUES  
DES PERSONNES AGEES* »**

**– Groupe n°8 –**

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| – Pierre-Yves BUREAU | – Nathalie MICHEL    |
| – Audrey CORNAGLIA   | – Danielle PELLI     |
| – Aurélie DUBUISSON  | – Michèle SUZANNE    |
| – Alain DUPRE        | – Guillaume TEILLARD |
| – Clémence MEZIERES  | – Gaëlle ZANTMAN     |

*Animatrice*  
**Cynthia MORGNY**

---

# Sommaire

---

N°  
Page

|   |           |
|---|-----------|
| Remerciements   |           |
| Méthodes de travail   |           |
| <b>Introduction</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>Partie I : Nécessité induite par le vieillissement de la population et la fragilité des personnes âgées, la prise en charge de ces dernières témoigne aujourd’hui une structuration territoriale inachevée</b> ..... | <b>4</b>  |
| A) Le vieillissement de la population appelle une prise en compte des besoins et une modification de l’offre en matière de prise en charge des personnes âgées .....  | 4         |
| 1. Vieillesse et société .....  | 4         |
| a) La perception de la vieillesse par la société .....  | 4         |
| b) Une prise en charge tardive .....  | 4         |
| 2. La population française : un vieillissement annoncé qui va s’accroître .....   | 6         |
| a) Un constat avéré .....   | 6         |
| b) Une répartition inégale des personnes âgées sur le territoire .....  | 6         |
| 3) La nécessité d’une prise en charge spécifique des personnes âgées .....  | 6         |
| a) Evolution de certaines notions : dépendance et fragilité .....   | 6         |
| b) L’impulsion des politiques publiques .....   | 7         |
| B) Si de nombreuses actions ont été entreprises, le constat est celui d’un enchevêtrement des territoires d’intervention .....  | 7         |
| 1. Les actions de la commune .....  | 7         |
| 2. Le département, un acteur majeur dans le secteur social et médico-social .....   | 8         |
| 3. Le rôle de la région .....   | 9         |
| C) La reconfiguration territoriale à l’œuvre pourrait donner de la lisibilité aux coopérations existantes .....   | 11        |
| 1. Des modalités de coopération multiples voire concurrentes : les réseaux et les filières .....  | 11        |
| 2. La reconfiguration territoriale : la création des Agences régionales de santé .....  | 12        |
| <b>Partie II : Etude de la prise en charge des personnes âgées à partir d’exemples sur différents territoires, en particulier la Franche-Comté</b> .....  | <b>12</b> |

|   |    |
|---|----|
| A) L'analyse des entretiens permet de tirer des enseignements d'une expérimentation originale menée en Franche-Comté .....  | 13 |
| 1. Les aspects positifs et opérationnels dégagés de l'expérimentation menée .....   | 13 |
| 2. Des limites persistantes à dépasser .....  | 13 |
| B) Les perspectives d'avenir et les leviers attendus de la prochaine loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » sont nombreux .....  | 14 |
| 1. Les attentes des professionnels pour un meilleur accès à la santé .....  | 14 |
| 2. Le rôle essentiel du directeur de la future Agence régionale de santé .....  | 16 |
| 3. Des inquiétudes persistantes mais des perspectives d'avenir intéressantes .....  | 17 |
| C) D'autres expériences, nationales et internationales, sont menées et proposent des définitions originales du territoire de santé .....  | 17 |
| 1. L'exemple de la Bretagne .....   | 17 |
| 2. Des exemples européens .....   | 18 |
| 3. Un exemple international : le Québec .....   | 19 |
| <b>Partie III : La pertinence de l'échelon régional au niveau administratif doit s'articuler avec une prise en charge des personnes âgées par des échelons de proximité</b> ..... | 19 |
| A) L'échelon régional est pertinent au niveau du pilotage administratif .....   | 19 |
| B) Un échelon de proximité est nécessaire pour une prise en charge optimale des personnes âgées et pour mobiliser les acteurs sur le terrain .....                                | 20 |
| C) Proposition méthodologique de définition d'un territoire de santé pertinent .....  | 21 |
| <b>Conclusion</b> .....   | 24 |
| Bibliographie .....   | 25 |
| Liste des annexes .....   | 29 |

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier Madame Cynthia MORGNY, animatrice du Module Interprofessionnel au sein du groupe n°8 pour toute l'autonomie qu'elle nous a concédée et de ce fait, de la confiance qu'elle nous a témoignée.

Nous remercions l'ensemble des personnes qui ont accepté de nous recevoir dans le cadre d'entretiens que ce soit,

↳ en Franche-Comté :

- Monsieur F. BAUDIER, directeur de l'URCAM ;
- Monsieur J-J. LAPLANTE, directeur de santé de la MSA ;
- Monsieur A. PITARD, directeur de la Fédération régionale des réseaux de santé ;
- Monsieur J-M. TOURANCHEAU, directeur de la DRASS ;
- Monsieur J-M. BOUDARD, directeur-adjoint à l'autonomie et aux solidarités, Conseil Général du Doubs ;
- Monsieur P. VUATTOUX, médecin généraliste, responsable de la Fédération Régionale des Maisons de Santé ;
- Madame J. GROS, présidente de la Conférence régionale de santé ;
- Monsieur E. HOWALD, chargé de mission au Conseil Régional ;

↳ au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique :

- Madame J. POMMIER, présidente de la Conférence régionale de santé – Bretagne, enseignante-chercheuse à l'EHESP ;
- Madame P. LONCLE, enseignante-chercheuse à l'EHESP ;
- Monsieur F-X. SCHWEYER, sociologue, enseignant-chercheur à l'EHESP.

Enfin, nous remercions également les organisateurs du Module Interprofessionnel, pour toute l'aide que nous avons eue afin de mener à bien notre étude, et plus particulièrement Madame Emmanuelle GUEVARA ainsi que l'équipe du service d'Assistance informatique aux élèves.

---

## Liste des sigles utilisés

---

|          |   |
|----------|---|
| AGGIR    | Autonomie, Gérontologie, Groupe iso-ressource   |
| APA      | Allocation pour Perte d'Autonomie   |
| ARH      | Agence Régionale d'Hospitalisation  |
| ARS      | Agence Régionale de Santé   |
| CCAS     | Centre Communal d'Action Sociale  |
| CHU      | Centre Hospitalier Universitaire  |
| CLIC     | Centre Local d'Information et de Coordination   |
| CRAM     | Caisse Régionale d'Assurance Maladie  |
| CROS     | Comité Régional de l'Organisation Sanitaire   |
| CROSMS   | Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale                               |
| CRS      | Conférence Régionale de Santé   |
| CSP      | Code de la Santé Publique   |
| DDASS    | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales                              |
| DRASS    | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales                                   |
| DREES    | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques                |
| EHESP    | Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique   |
| GRSP     | Groupement Régional de Santé Publique   |
| INSEE    | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques                             |
| Loi HPST | Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »   |
| MRS      | Mission Régionale de Santé  |
| MSA      | Mutualité Sociale Agricole  |
| PRIAC    | Programme Interdépartemental de l'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'Autonomie |
| PRSP     | Programme Régional de Santé Publique  |
| PSD      | Prestation Spécifique Dépendance  |
| SROS     | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  |
| URCAM    | Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie   |
| URML     | Union Régionale des Médecins Libéraux   |

---

## Méthodes de travail

---

Le travail a été réalisé en trois temps forts, répartis sur trois semaines, du 4 au 20 mai 2009. La soutenance est prévue le 26 juin 2009.

### **Un premier temps d'appropriation de la thématique – analyse et réflexion.**

Préalablement, chacun a pris connaissance du dossier documentaire transmis, ce qui a permis une réflexion initiale au sein du groupe. La première rencontre avec Madame MORGNY nous a permis de nous centrer autour de l'approche du thème et de sa problématique contextualisée autour de la région de Franche-Comté. Cette région a été choisie compte tenu de son engagement comme région d'expérimentation pour la prise en charge des personnes âgées.

De par la complexité de la thématique un large débat a permis au groupe de s'approprier le sujet et d'en dégager un angle d'approche pertinent.

Des divers échanges, ont émané de nombreuses pistes de réflexion, notamment sur la question des entretiens planifiés en amont par l'animatrice.

A la liste des contacts proposée, le groupe a ajouté d'autres intervenants qui lui semblaient pertinents. Ainsi, 12 entretiens ont été programmés, cf. Annexe n° 1. Une double motivation a porté ce choix. D'une part, obtenir, grâce à la pertinence de la technique de l'entretien, un recueil de l'expérience des personnes ressources. D'autre part, permettre à l'ensemble des membres du groupe de s'approprier la problématique à travers le regard de ces personnes.

### **L'organisation du groupe – la préparation des entretiens.**

La première semaine a porté, initialement, sur la mise en place d'un échéancier comportant la répartition des tâches et l'organisation matérielle et financière de notre travail.

Des pistes de réflexion larges ont été retenues :

- Approche générale et sociologique,
- Contexte législatif et réglementaire,

- Recherche sur les échelons administratifs,
- Plans et politique nationale,
- Droit des personnes âgées,
- Données sociodémographiques sur la Franche-Comté,
- Autres recherches bibliographiques et documentaires.

Deux membres du groupe, issus de deux filières différentes (une élève D3S et un DS), se sont proposés pour effectuer les entretiens à Besançon. A cet effet un guide d'entretien a été élaboré, cf. Annexe n° 6.

Les autres membres du groupe se sont répartis les différents thèmes dégagés. L'ensemble du groupe en a été destinataire, ce qui a permis de développer une vision globale du sujet et de structurer ainsi, une réflexion commune.

### **Structuration de la réflexion – élaboration de la problématique et du plan – rédaction.**

La seconde semaine, une première proposition de la problématique et du plan a été élaborée et soumise à l'animatrice. Eu égard à ses commentaires, des modifications ont été apportées.

Chaque membre du groupe s'est chargé de la rédaction de sous-parties. Le travail en binôme a été privilégié, en s'efforçant toujours d'associer des professionnels issus de filières différentes.

Parallèlement les entretiens ont été effectués et ont fait l'objet d'une analyse partagée.

La troisième semaine le travail de rédaction réalisé a été mis en commun pour que chaque membre du groupe puisse en faire une lecture régulière et apporter d'éventuelles corrections.

Le rapport dans son ensemble a été soumis au groupe pour en vérifier la cohérence.

### **Communication et dynamique de groupe.**

Le groupe, constitué de membres issus de filières différentes, s'est construit au fur et à mesure des échanges. Une dynamique s'est progressivement mise en place et affirmée

EHESP – Module Interprofessionnel de Santé Publique

dans un climat de partage et de convivialité. Les expériences propres à chacun ont apporté une complémentarité dans la réalisation de ce travail commun.

Le partage d'informations, notamment des différentes synthèses de lectures et entretiens internes et externes, s'est effectué régulièrement via la messagerie électronique de chacun.

Les personnes présentes sur site se sont retrouvées chaque jour pour échanger et faire un point « d'étape ».

Deux demi-journées sur site et trois contacts téléphoniques entre l'animatrice et le groupe ont permis la prise en compte des différentes remarques.

## Introduction

Tardivement programmée en tant que telle, la prise en charge des personnes âgées n'a pas fait émerger une unité territoriale de base dans son organisation. Le constat invite à revenir au préalable tant sur la définition d'une personne âgée, dont la prise en charge diffèrera selon son âge (on différenciera ainsi les personnes du troisième âge soit celles comprises entre 60/65 ans et les personnes du quatrième âge de 75/80 ans et plus (à savoir le grand âge) – et son état de santé (valide ou en perte d'autonomie) que sur celle de la notion de territoire et plus précisément de territoire de santé.

Le territoire est une notion polysémique selon qu'elle est définie par le prisme de la géographie, de l'histoire, de la sociologie ou du droit. Ce n'est pas un donné mais un construit qui change de physionomie selon l'angle d'approche.

Si la géographie l'envisage comme une étendue bornée par des frontières, un angle de vue juridique l'aborde comme un espace irrigué par le droit et borné par des limites<sup>1</sup>. Le territoire décentralisé renvoie aux collectivités territoriales (commune, département, région) consacrées par les lois de décentralisation de 1982 et de 2003 et définies comme des personnes morales de droit public. La notion vue par cette approche renvoie aussi aux mêmes entités géographiques mais définies cette fois dans le cadre de la déconcentration comme des circonscriptions administratives. Le point de vue sociologique, qui lie le territoire à l'identité culturelle des populations l'habitant ou encore aux représentations que l'on s'en fait, nous invite à nous pencher sur l'identité des personnes âgées et les représentations que s'en fait la société.

La polysémie du territoire, son caractère non stabilisé – sur lequel les personnes ressources interrogées ont beaucoup insisté – mettent d'emblée en exergue la porosité des frontières.

Si l'on y appose le terme « santé » entendu au sens de l'OMS et validé par le *Projet de loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires* dit projet HPST, (« état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »), on ne peut que souligner la densité de la notion de territoire de santé. L'INSEE en a proposé la définition suivante : « étendue géographique où la population résidente peut disposer d'une offre de soins de qualité ». On notera par ailleurs que les seuls territoires hospitaliers de recours ne sauraient résumer la notion de territoire de santé.

---

<sup>1</sup> J. MOREAU - *Esquisse d'une théorie juridique de la territorialisation*, RDSS, hors série 2009.

Sa "nouveau" – la notion de territoire de santé fait sa première apparition dans le Code de la santé publique (CSP) en 2002— explique la confusion qui peut régner quant au référent géographique. La recherche d'un territoire de santé pertinent, concernant plus précisément la prise en charge des personnes âgées, signifie précisément une prise en charge globale où la seule considération médicale ne saurait suffire. Elle témoigne aussi d'une juxtaposition de niveaux d'actions territoriaux qui parfois se coordonnent, le plus souvent se juxtaposent.

La problématique des personnes âgées renvoie plus précisément à un clivage entre deux territoires qui recoupe un clivage administratif : le département, acteur majeur de la prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées, et la région qui s'est vu accorder une prééminence dans la prise en charge sanitaire des personnes âgées.

La reconnaissance de la région comme l'échelon pertinent des politiques publiques par le législateur contemporain ne se traduit pas par une décentralisation effective au profit de l'institution régionale. Le pilotage par les services déconcentrés de l'Etat s'inscrit dans un paysage institutionnel complexe où les différents échelons locaux conduisent à des compétences partagées et où l'Etat conserve une place majeure.

La recherche d'un territoire pertinent renvoie, par ailleurs, à l'arbitrage entre un échelon rationnel (celui de la décision, de la planification et du financement, à même de permettre une lisibilité) et un échelon de proximité, au plus près des personnes âgées et capable de fédérer les acteurs de la prise en charge.

La problématique pourrait être dès lors posée en termes suivants : **la pertinence de la région comme échelon territorial administratif (celui de la planification et de la coordination) se heurte à la nécessité de prendre en compte un – voire plusieurs – échelon(s) de plus grande proximité : comment dès lors dépasser l'enchevêtrement constaté sur cette question et créer une unité territoriale ?**

Le propos inclut inévitablement une réflexion sur la pertinence d'échelles territoriales de référence récentes comme le « pays » ou le « bassin de vie ». Cette référence appelle une remarque immédiate : de taille inégale, ne risquent-ils de générer des différences nationales dans la prise en charge des personnes âgées ? La pertinence des territoires s'évalue, en effet, nécessairement à l'aune d'objectifs d'équité, sur le fondement d'un cahier des charges minimal garanti à la population concernée. Par ailleurs, si la nécessité d'un ancrage parlant pour les élus locaux est admise, cet ancrage ne fait pas forcément coïncider les besoins de la population et les frontières administratives.

D'autre part, le choix territorial régional, même restreint au niveau administratif, soulève des questions afférentes à la place du médico-social : ne risque-t-on pas de créer

un territoire « hospitalier » alors même qu'une prise en charge optimale des personnes âgées est nécessairement globale c'est-à-dire mobilisant aussi les secteurs social et médico-social ?

Le glissement dans la prise en charge des personnes âgées, de réseaux thématiques ou centrés sur une pathologie vers des réseaux territoriaux, souligne l'importance de la notion de territoire dont l'objectif est de relier tous les intervenants du sanitaire et du social.

Quel que soit le choix territorial, il nous semble que tout en s'efforçant de respecter un cahier des charges minimal, il devra nécessairement acter le principe des exceptions territoriales, chaque territoire comportant des spécificités propres. Les différences de superficie, de densité démographique... ne peuvent en effet être éludées.

**PARTIE I : Nécessité induite par le vieillissement de la population et la fragilité des personnes âgées, la prise en charge de ces dernières témoigne aujourd’hui d’une structuration territoriale inachevée.**

**A) Le vieillissement de la population appelle une prise en compte des besoins et une modification de l’offre en matière de prise en charge des personnes âgées.**

1. Vieillesse et société.

*a) La perception de la vieillesse par la société.*

Identifié dès 1928, le phénomène de vieillissement amène de façon récurrente des craintes dans la société sans que cela ne se traduise par une réelle prise en compte de la part des pouvoirs publics.

L’image du vieillissement est dévalorisée et ce dernier est perçu comme une charge pour la société. Sans exclure un fort attachement individuel aux personnes âgées dans le cadre familial, le rejet "social" des personnes âgées constitue une réalité indéniable et se manifeste notamment par une éviction du marché du travail des salariés les plus âgés.

*b) Une prise en charge politique tardive.*

La question de la prise en charge des personnes âgées au sein de la société française et plus globalement des sociétés occidentales se caractérise par une lente évolution.

Tout d’abord, avant la mise en œuvre des assurances sociales en France, les vieillards isolés connaissent souvent une situation de grande pauvreté. Jusqu’au début du XX siècle, ils ne peuvent alors compter que sur la charité issue de la tradition judéo-chrétienne.

La première prise de conscience par les pouvoirs publics se traduit par une intervention au titre de l’assistance publique. Les personnes âgées, appelés « vieillards », sont perçues par la société de l’époque comme une population en marge, au même plan que les « infirmes » et « incurables ».

Cette loi marque le début de la construction des hospices, généralement construits à l’écart des villes et à l’abri des regards. C’est le dernier lieu de vie des personnes âgées, qui y meurent souvent lors de la première année de leur admission. L’analyse de Simone de Beauvoir développée dans *La Vieillesse*, essai rédigé en 1970, est de ce point de vue parlante, cf. Annexe n° 2.

L’avènement des assurances sociales en 1945 et la mise en place de notre système de retraite par répartition marque un nouvel intérêt porté à la question de la vieillesse. Mais

si le système de protection sociale français constitue une avancée, il ne permet pas de préserver les personnes âgées contre la précarité et laisse de côté la question de l'adaptation du système de santé aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Ce n'est qu'en 1962 avec le rapport Laroque qu'est dénoncée la politique de relégation des personnes âgées dans un système ne reposant alors que sur le « tout institutionnel » et prône l'intégration avec le maintien des personnes âgées dans leur environnement.

Il faudra cependant attendre la loi du 30 juin 1975 pour que les pouvoirs publics annoncent la transformation des hospices en unités de soins ou en établissements publics destinés à l'hébergement des personnes âgées sur fond de réforme de l'aide sociale. Le champ sanitaire et le champ social connaissent à partir de ce moment là des mutations importantes en faveur d'une prise en charge plus spécifique des personnes âgées. Ainsi, en 1977 sont créés au sein des établissements hébergeant les personnes âgées les « sections de cure médicale », pour éviter un recours systématique à l'hôpital. De même, les unités de long séjour apparaissent en 1978 pour « *assurer l'hébergement des personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante* ». La Prestation Spécifique Dépendance [P.S.D.] puis l'Allocation Personnalisée d'Autonomie [A.P.A.] parachèvent ce mouvement en permettant, par le biais des prestations en nature, de recruter des professionnels intervenants au domicile des personnes.

Parallèlement, les médecins investissent le champ de la vieillesse. Les années 1980 voient ainsi se développer les premiers outils de mesure de la dépendance (modèle Géronte, échelle de Kuntzman). D'abord uniquement axée sur les soins médicaux, la gériatrie, reconnue en 2004 comme spécialité médicale, s'achemine aujourd'hui vers une vision globale de la personne âgée à travers l'évaluation gérontologique spécialisée [E.G.S].

La construction progressive d'un tel système de prise en charge des personnes âgées est concomitante de la transformation de la société française. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie et l'éclatement de la cellule familiale traditionnelle (travail des femmes, familles monoparentales, famille recomposées, mobilité territoriale) influent nécessairement le lien de solidarité intergénérationnelle.

## 2. La population française : un vieillissement annoncé qui va s'accroître.

### a) *Un constat avéré en constante évolution.*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la population en France métropolitaine est estimée à 64,9 millions, le nombre des 60 ans et plus serait de 13,1 millions et celui des 75 ans et plus de 5,2 millions.

Conformément à leurs souhaits, une grande majorité des personnes âgées vivent à domicile. La proportion de personnes vivant en institution atteint 5,5% pour les plus de 65 ans et à peine 10% pour les 85 ans et plus.

Selon les projections démographiques de l'INSEE, la population de la France continuera de vieillir. En 2020, la part des 65 ans et plus serait égale à 21%, elle serait de 29% en 2050.

### b) *Une répartition inégale des personnes âgées sur le territoire.*

Des disparités géographiques importantes<sup>2</sup> peuvent être relevées. La France du Sud et du Centre, plus âgée, s'oppose traditionnellement à la France du Nord, plus jeune (données INSEE 1999). Dans d'autres départements (par exemple le Var), l'installation de nouveaux retraités renforce la part des personnes de plus de 60 ans. En Ile-de-France, au contraire, le départ d'actifs au moment de la retraite minore la proportion des personnes âgées.

Par ailleurs, la part des plus de 60 ans est plus importante en milieu rural qu'en zone urbaine (24% au recensement de 1999). Les villes offrent des services aux accès plus aisés alors que les zones rurales ou de montagnes voient leurs services de proximité disparaître.

Des disparités considérables entre les catégories socio-professionnelles, notamment en ce qui concerne l'espérance de vie, ajoutées aux inégalités en matière de revenus, de patrimoine et de pouvoir d'achat soulignent la difficulté à dégager un groupe populationnel avec des besoins homogènes, sur lequel reposerait la pertinence de notre territoire de santé. Malgré l'existence de l'APA, des disparités subsistent dans les besoins et les financements à la charge des personnes âgées et de leurs familles.

## 3. La nécessité d'une prise en charge spécifique des personnes âgées.

### a) *Evolution de certaines notions : dépendance et fragilité.*

---

<sup>2</sup> Cf. Rapport *Vieillesse et territoire* du Conseil économique et social du 23 mai 2001.

La problématique de la personne âgée a été traditionnellement abordée sous l'angle de « la dépendance » (cf. Annexe n° 3). La dépendance n'est pas liée uniquement à l'état de santé de l'individu mais aussi à son environnement matériel.

La « fragilité » est une notion plus nouvellement utilisée en gériatrie. D'abord associée à l'âge, la notion de fragilité renvoie aussi aux pertes fonctionnelles, bien que fragilité et dépendance ne se superposent pas. La dépendance fonctionnelle est davantage conséquence de la fragilité, laquelle renvoie à un processus plutôt qu'à un état.

Ces différentes notions ont le mérite de mettre en évidence la difficulté d'un maintien à domicile. Ainsi certains conseils généraux font explicitement référence à ce choix éthique dans leurs orientations départementales, tel le Territoire de Belfort qui affirme : « il paraît fondamental que les personnes soient appréhendées comme des sujets de droits (plutôt que des objets de soins), des acteurs de la société (plutôt que des bénéficiaires ou des usagers), des êtres de désirs (plutôt que des êtres de besoins) ».

#### *b) L'impulsion des politiques publiques.*

Sous l'effet de l'augmentation du poids relatif des personnes âgées dans la population<sup>3</sup>, les plans de santé connaissent une accélération ces dernières années. On recense notamment depuis les années 2000 : le Plan Vieillesse Solidarités (2003-2007), le Plan Canicule (2003), le Plan Bien Vieillir (2007-2009), le Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011), le Plan Alzheimer (2008-2012). Ces plans marquent un acte politique fort mais leur mise en œuvre concrète est conditionnée par un financement à hauteur de leurs ambitions<sup>4</sup>.

### **B) Si de nombreuses actions ont été entreprises, le constat est celui d'un enchevêtrement des territoires d'intervention.**

#### 1. Les actions de la commune.

Entité territoriale la plus ancienne (héritière des anciennes paroisses du Moyen Age en milieu rural et des bourgs et cités en milieu urbain) et échelon le plus fin, au plus près des personnes âgées qui y résident, la commune a incontestablement joué un rôle dans la prise en charge des personnes âgées. Si la compétence sanitaire qu'elle hérite par le décret des 16 et 24 août 1790 en matière de salubrité publique ne concerne qu'indirectement les

---

<sup>3</sup> Cf. Rapport de la Commission démographie médicale présidée par le Professeur Y. BERLAND.

<sup>4</sup> Y. RAYSSIGUIER, J. JEGU, M. LAFORCADE – *Politiques sociales et de santé, comprendre et agir.*

personnes âgées, la commune s'est vue attribuer des compétences plus spécifiques par les lois de décentralisation de 1982 et 2003.

Comme collectivité décentralisée, elle participe ainsi à l'octroi de prestations d'aide sociale. Elle est dans ce cadre amenée à aider les personnes âgées les plus démunies par l'intermédiaire des centres communaux d'action sociale. Les communes ont également une compétence particulière pour la mise en œuvre des services de proximité que sont les foyers du troisième âge. Nombre de maisons de retraite ont le caractère d'établissements publics communaux.

Depuis l'arrêt *Conseil d'Etat, 1964, Ville de Nanterre*, la carence ou l'insuffisance de l'initiative privée autorise le maire à créer des dispensaires et des centres de santé si l'intérêt communal le justifie. Son concours, avec les autres collectivités territoriales, à l'installation des professionnels de santé a été, de plus, renforcé, par la loi du 23 février 2005 dans les zones déficitaires en offres de soins, au même titre que le département et la région.

## 2. Le département, un acteur majeur dans le secteur social et médico-social.

Structure forte des services de l'Etat héritière des lois de lois du 22 décembre 1789 et 8 janvier 1790, le département est le niveau privilégié des solidarités sociales et territoriales, et constitue à ce titre un interlocuteur privilégié dans la problématique des personnes âgées.

Il joue un rôle majeur au travers des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, précisé par la loi du 2 janvier 2002. La loi du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales conforte les départements dans le rôle de chef de file de la planification sociale et médico-sociale. Si l'élaboration des schémas départementaux, établis pour cinq ans, tend à clarifier et à renforcer l'action des départements en faveur des personnes âgées, ces schémas sont néanmoins élaborés de façon disparate d'un département à l'autre, entraînant une grande disparité des taux d'équipement et des services.

Le département définit également des « secteurs géographiques d'intervention » dans le cadre des schémas départementaux en faveur des personnes âgées, selon l'article L113-2 du Code de l'action sociale et des familles. Ainsi, de nombreux départements choisissent le pays ou le canton comme zone d'intervention et d'évaluation des besoins.

Par le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et par le biais des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), le département coordonne l'ensemble des actions gérontologiques conduites sur son territoire.

Son rôle plus effacé en matière sanitaire ne doit pas faire oublier que le président du conseil général préside de droit les conseils d'administration des établissements de santé départementaux –et ce depuis les lois hospitalières de 1970 et 1991- même s'il peut y renoncer depuis l'ordonnance du 24 avril 1996. Un ou plusieurs représentants du conseil général sont par ailleurs appelés à siéger au Conseil d'Administration des hôpitaux locaux, des Centres Hospitaliers Universitaires ou des centres hospitaliers régionaux.

La loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux leur permet en outre d'attribuer une aide favorisant le maintien ou l'installation des professionnels de santé dans des zones déficitaires en matière de soins.<sup>5</sup>

### 3. Le rôle de la région.

Echelon privilégié par l'Etat pour décliner la politique sanitaire, la région est par là même incontournable dans la réflexion sur la prise en charge des personnes âgées dès lors que 50% d'entre elles passent par l'hôpital. Elle est la référence territoriale pour les schémas sanitaires que sont les SROS et pour les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS). La création, en 1993, des unions régionales de médecins libéraux (URLM), puis des agences régionales d'hospitalisation (ARH), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et des conférences régionales de santé conforte son rôle de pivot. La région est ainsi un acteur territorial majeur pour la détermination de l'offre qui doit répondre aux besoins liés à la nécessaire prise en charge des personnes âgées. Pour ce faire, la région s'appuie sur des outils de planification et de programmation divers pour organiser l'offre de santé et la prise en charge de la population sur l'ensemble du territoire.

Pour certaines activités de haute technicité, ciblées et définies réglementairement (chirurgie cardiaque, greffes, traitement des grands brûlés...), les A.R.H. peuvent également élaborer des schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS) pour établir les modalités de collaboration entre les établissements de santé des régions concernées.

---

<sup>5</sup> Art 1511-8 du CGCT

### **Le SROS**

Le SROS a été institué dès la loi hospitalière de 1991. La programmation des équipements suppose une programmation de la demande. Le SROS, qui existe en 1991 à côté de la carte sanitaire, prévoit également pour la première fois des taux d'équipements différenciés localement.

L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 ouvre la voie aux SROS dits de « 3<sup>ème</sup> génération » qui a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé mentale et physique. Quatre dimensions prioritaires ont contribué à la mise en œuvre de ce SROS de troisième génération :

- 1) une meilleure évaluation des besoins de santé
- 2) une plus grande prise en compte de la dimension territoriale
- 3) une association plus étroite des professionnels, des établissements, des élus et des usagers
- 4) une véritable animation de la mise en œuvre des SROS au sein de chaque région.

La carte sanitaire est définitivement supprimée. Les Objectifs Quantifiés de l'Offre Sanitaire [O.Q.O.S.] annexés au SROS visent à réguler l'offre de médecine libérale.

En matière médico-sociale, la loi de 1975 n'avait pas permis de mettre en place une planification efficace. La loi n°2002-02 s'inspire des outils du secteur sanitaire (SROS) pour mettre en place des outils de planification dans les domaines sociaux et médico-sociaux avec la création des schémas de l'organisation sociale et médico-sociale (article L.312- 4 et 5 CASF).

De manière complémentaire, la région centralise l'offre de services et d'établissements sur l'ensemble de son territoire au travers du Programme Interdépartemental de l'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (P.R.I.A.C.). Ce recensement permet d'établir une programmation pluriannuelle et d'en dégager des priorités de financement au niveau infrarégional.

### **Le PRIAC**

Le PRIAC a été institué par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. C'est un outil original de programmation glissante quadriennale.

Les DRASS et DDASS identifient et hiérarchisent des thèmes et des territoires prioritaires en s'appuyant sur les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale ou sur toute analyse partagée. Les priorités thématiques et territoriales sont déclinées en actions correspondant à des projets de création, d'extension ou de transformation de places ou de services existants.

Elles s'articulent autour de : l'accessibilité géographique la diversification de l'offre pour permettre le choix et répondre à la diversité des situations.

Le PRIAC prend en compte : le financement du fonctionnement des établissements et services les éléments déterminants de mise en œuvre des projets : soutien à l'investissement, développement de la qualification par la formation.

Il fait le lien avec les politiques de prévention et la prise en charge médicale : soins à l'hôpital, soins de ville.

Il doit intégrer la mise en œuvre au niveau local, des plans nationaux en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

Elle agit également sur la détermination des besoins des personnes âgées : la loi sur les droits des malades de 2002 transforme les conférences de santé en conseils régionaux de santé (CRS) tandis que les lois des 9 et 13 août ont mis en place des groupements régionaux de santé publique (GRSP), les plans régionaux de santé publique (PRSP) et les missions régionales de santé (MRS).

C'est aussi la région qui s'affirme comme le territoire pertinent dans la prise en charge des personnes âgées exclues à travers la loi de lutte contre les exclusions en 1998 mettant sur pied les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Dans la mesure où la région est également compétente en matière de transports et de formation professionnelle, elle joue, à ce titre, indirectement un rôle primordial dans l'environnement des personnes âgées et leur prise en charge. Par contre, elle n'a que des compétences marginales dans le domaine du sanitaire.

### **C) La reconfiguration territoriale à l'œuvre pourrait donner de la lisibilité aux coopérations existantes.**

1. Des modalités de coopérations multiples voire concurrentes : les réseaux et les filières.

Premiers à tenter une prise en charge coordonnée des personnes âgées, les réseaux sont d'abord informels, nés de la volonté d'acteurs engagés, avant d'être consacrés par la loi hospitalière de 1991. La loi du 4 mars 2002 a unifié le régime des réseaux initié par l'ordonnance de 1996 et les a dotés d'une définition législative. Les réseaux de soins centrés sur les prises en charge sanitaires ont évolué vers des réseaux de santé visant une prise en charge plus globale, dépassant ainsi une approche exclusivement médicale. Les réseaux sont aujourd'hui incités à développer une offre de services permettant aux professionnels de premier recours d'orienter leurs patients dans le système de soins afin qu'ils puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée.

A contrario, la filière gériatrique, consacrée par la circulaire du 28 mars 2007, dont le développement est inégal selon le territoire, inscrit l'hôpital comme établissement support de la prise en charge des personnes âgées.

## 2. La reconfiguration territoriale : la création des ARS.

L'article 26 du projet de loi HPST prévoit la création des ARS qui se substituent à certains organismes ou entités d'organismes existants : ARH, DDASS, DRASS, CRAM, URCAM et une partie des échelons régionaux du service médical de l'assurance maladie.

Les ARS ont pour mission de « définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé ainsi que de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie dans le cadre de la politique de santé publique ». En outre, elles favorisent « la coordination entre les professionnels de santé, les établissements et les services médico-sociaux » et sont chargées de « réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé ».

Le même article se réfère au concept de territoire de santé : « l'ARS définit les territoires de santé pertinents (...). Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'autre part, et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région ».

### **PARTIE II : Etude de la prise en charge des personnes âgées à partir d'exemples sur différents territoires, en particulier la Franche-Comté.**

Dans l'optique de la mise en place des ARS, la Franche-Comté fait partie des quatre régions retenues pour expérimenter un projet pilote préfigurateur ayant trait à la thématique « territoire de santé ». Sur le territoire franc-comtois, le projet de référence mis en œuvre s'intitule « Promotion de la santé auprès des personnes âgées sur le territoire de santé de Pontarlier ».

La Franche-Comté compte près de 1 133 000 habitants soit 1,9% de la population métropolitaine. En 2005, 240 300 personnes sont âgées de 60 ans et plus et représentent 21% de la population totale. En 2015, la Franche-Comté devrait compter 300 500 personnes âgées de 60 ans et plus (+ 25,1% par rapport à 2005).

Par ailleurs, il est important de souligner que la région franc-comtoise se caractérise par une insuffisance de l'offre de santé (cf. Annexe n° 4).

**A) L'analyse des entretiens permet de tirer des enseignements d'une expérimentation originale menée en Franche-Comté, (cf. Annexes n° 5 et n° 6).**

1. Les aspects positifs et opérationnels dégagés de l'expérimentation menée.

Pour le directeur de l'URCAM, les territoires de santé de proximité qui existent dans la région sont des territoires « à géométrie variable ». La création et l'émergence progressive de ces territoires se sont faites suivant trois approches principales : autour des hôpitaux locaux existants dans leur périmètre, à partir des réseaux thématiques ou populationnels préexistants et/ou autour des maisons, pôles et centres de santé qui ont vu le jour dans l'ensemble de la région.

Pour le directeur de la MSA, il faut favoriser une approche des territoires par « empilages successifs » (et non pas suivant une organisation « en mille-feuille ») de la première échelle de proximité qui serait celle des maisons de santé pluridisciplinaires mêlant sanitaire et médico-social à celle d'un GRSP (groupement régional de santé publique), territoire le plus vaste.

2. Des limites persistantes à dépasser.

La première difficulté rencontrée est celle de la définition de la notion de territoire de santé qui varie selon les interlocuteurs. Il y aurait, en effet, d'après le directeur de la MSA, autant de définitions des territoires de santé que de thématiques s'y rapportant.

En revanche, il y a consensus sur la définition d' « un territoire de santé idéal » : celui délimité en fonction des besoins de la population et de ses habitudes de vie (identité territoriale, réalités climatiques, moyens de transports,...) et non de l'offre de santé.

Un autre problème rencontré sur le territoire franc-comtois concerne la « désertification médicale ». Pour reprendre une formule choc du directeur de la Fédération régionale des réseaux de santé, « un territoire sans offre de santé est un territoire qui meurt ». Le manque de moyens humains (médecins généralistes, spécialistes, assistantes sociales,...) est un handicap certain et si, dans certaines zones dites « blanches » ou en voie de le devenir, rien n'y remédie, il faut s'attendre à ce que les inégalités d'accès à la santé s'accroissent.

L'absence de véritable pilotage et le caractère éparpillé des initiatives qui sont prises dans la région en termes de prise en charge des personnes âgées est un élément que regrettent deux interlocuteurs : le directeur de l'URCAM déplore ainsi l'absence de « véritable colonne vertébrale au niveau de la région » et la présidente de la Conférence régionale de santé (CRS) craint, elle aussi, que les « choses arrivent d'en haut et qu'elles passent dans la base ».

Une coordination des actions est, certes, indispensable au niveau de la région mais elle l'est aussi au niveau de chaque territoire. De même, les professionnels rencontrés ont souvent rappelé que les textes décidés à quelque niveau que ce soit (national, régional, des tutelles, ...) font l'objet de diverses interprétations suivant les acteurs concernés. Ainsi, leur application au sein des structures peut parfois être très variable d'un territoire à l'autre et reste très dépendante de la ou des personnes qui en sont destinataires. En fait, comme le rappelle le directeur de la Fédération régionale des réseaux de santé, manque encore aujourd'hui, une définition de véritables « coordonnateurs » de territoire et de réseaux, capable de coordonner l'existant sur un territoire donné.

L'importance d'« un projet co-porté » par les élus et les professionnels, confirmée par le directeur de la MSA et le président de la fédération régionale des maisons de santé, présente le risque d'une dérive vers une « marchandisation de la santé ».

Le net intérêt des maisons de santé ne signifie par pour autant qu'elles sont « LA solution », comme le souligne le président de la Fédération régionale des maisons de santé. Elles apportent certes un plateau technique et une organisation spécifique tournée vers la prise en charge des besoins populationnels mais cette seule mutualisation des moyens (matériels, humains, financiers,...) ne suffit pas. En outre, on peut aussi regretter qu'elles soient des structures essentiellement axées sur une prise en charge médico-sociale de la population : le directeur de la DRASS leur reproche de ne pas être davantage axées sur une prise en charge sanitaire.

La dernière difficulté, sur laquelle ont insisté la plupart de nos interlocuteurs, a trait à l'aspect financier, véritable frein à l'adéquation des moyens humains et matériels aux besoins sur les territoires de santé.

## **B) Les perspectives d'avenir et les leviers attendus de la prochaine loi HPST sont nombreux.**

### 1. Les attentes des professionnels pour un meilleur accès à la santé.

L'ambition affichée des ARS fait l'unanimité chez les personnes ressources rencontrées.

Le directeur de la DRASS affirme que le fait de revisiter les territoires de santé prédéfinis sera « une obligation de l'ARS ». Pour cela, l'ARS devra impérativement prendre en compte les avis du terrain. Toutefois, pour la DRASS, il ne fait aucun doute que le redécoupage défini et décidé par l'ARS ne coïncidera pas avec les découpages administratifs existants. Plus précisément, dans le domaine de la prise en charge des

personnes âgées, le directeur de la MSA souhaiterait que les territoires décidés et dessinés par les futures ARS soient davantage des territoires thématiques que géographiques.

En tout état de cause, les professionnels sont unanimes sur le fait que le découpage des territoires de santé doit se faire en partenariat avec tous les acteurs concernés : professionnels, élus (locaux, départementaux et régionaux), usagers,... L'ensemble des collectivités territoriales doit s'engager dans la mesure où la définition d'un « territoire de santé » est d'abord et avant tout une question d'aménagement du territoire. Le « travail en groupe pluridisciplinaire » réalisé sur le territoire de Gray est cité en exemple.

Il est essentiel de revaloriser le travail des professionnels, en particulier le travail et le rôle du médecin de premier recours. Pour cela, il faut faire preuve d'une grande écoute à leur égard, les invitant autant que faire se peut à participer à toutes les réflexions menées les concernant.

Pour la présidente de la CRS, il faut développer la prise en charge de la personne âgée dans sa globalité et donc mener des réflexions en termes de parcours du patient ; à ce titre, la diffusion du dossier médical personnel serait un atout.

De fait, il est important, dans cette réflexion de ne pas tout vouloir cloisonner ; cela suppose alors la mise en place d'un partenariat effectif entre les professionnels des différents champs concernés (sanitaire, social et médico-social). Le directeur de l'URCAM souhaite que « le secteur hospitalier ne prenne ni toute la place ni tout le temps de l'ARS ». ce décloisonnement a aussi une incidence financière : il s'agit de limiter la fongibilité asymétrique des enveloppes financières afin d'éviter que les crédits alloués en matière médico-sociale ou sociale puissent être utilisés à des fins sanitaires.

En outre, la présidente de la CRS insiste sur le fait que « l'acquiescement de la population » doit être requis dans la définition des territoires de santé et dans l'élaboration des projets de santé.

Le directeur de l'URCAM, rejoint sur ce point par le Président de la Fédération régionale des maisons de santé, est persuadé que l'ARS pourra permettre de consolider les structures existantes (en passant, par exemple, des contrats avec les maisons de santé) et l'offre de services qu'elles rendent sur les territoires.

En termes de lutte contre « la désertification médicale » dans certaines zones de la Franche-Comté, les avis sont partagés. En effet, certains professionnels interrogés se prononcent en faveur de mesures incitatives (financières, obligations d'installation en zone déficitaire,...) comme le directeur de la Fédération régionale des réseaux de santé tandis que d'autres y sont opposés et proposent, à l'image de la présidente de la CRS, d'autres

voies d'action telle que l'engagement d'une réflexion sur les conditions d'exercice et l'organisation du travail à l'image de ce qui existe dans le monde agricole.

Dans un avenir à 10 ou 15 ans, le président de la Fédération régionale des maisons de santé fixe trois grands objectifs à l'ARS de Franche-Comté :

- faire en sorte, au niveau régional, que chaque professionnel soit épanoui dans son métier et que son exercice professionnel se fasse en collaboration avec l'ensemble de ses confrères et collègues des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- atteindre un réel maillage du territoire régional en termes d'offre de soins afin de disposer de tous les leviers nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de projets de santé publique,
- donner envie aux autres régions de France de s'organiser sur les mêmes bases en fonction des particularités de chaque région en envisageant des échanges interrégionaux.

## 2. Le rôle essentiel du directeur général de la future ARS.

Pour le directeur de la MSA, un bon directeur d'ARS est un directeur qui débutera sa mission par un diagnostic pratique sur le terrain lui permettant de faire le point sur l'existant. A ce titre, le directeur de la DRASS conseille qu'il soit assisté dans sa tâche par « un géographe de la santé » (capable d'étudier « les mouvements de vie ») et par un travailleur social, tous deux devant avoir une connaissance fine des particularités du territoire franc-comtois. Effectivement, il reste convaincu de la nécessité de mener « un véritable travail d'ingénierie sociale et médico-sociale ». Pour aider le directeur dans sa prise de décisions, la présidente de la CRS suggère la possibilité de le seconder par un « usager éclairé et bien formé. En outre, le directeur de la DRASS juge indispensable qu'il y ait un « catalyseur » mais reste à savoir si l'usager peut remplir ce rôle.

A ses yeux aussi, « le directeur général de l'ARS » doit être capable d'assumer certaines décisions : « il faut accepter de faire bouger les choses », en particulier dans les zones souffrant de désertification médicale ; parfois, « il faut aussi savoir accepter l'inégalité, en particulier si elle est connue et maîtrisée », « il faut accepter de discriminer ». En outre, d'autres solutions peuvent être trouvées dans de nouvelles voies : par exemple, dans certaines zones, on pourrait envisager que ce soit « le service » (en particulier là où il est trop important ou du moins, supérieur à la demande) qui se déplace vers les personnes dans le besoin.

### 3. Des inquiétudes persistantes mais des perspectives d'avenir intéressantes.

La mise en place des ARS est une source d'inquiétude au sein du Conseil général qui affirme manquer cruellement de visibilité. En effet, la loi ne semble pas faire mention du rôle des conseils généraux concernant la gouvernance des politiques, en particulier en matière médico-sociale. « Le projet de loi ne donne pas de véritable garantie » ; certes, le fait qu'une seule et même entité supervise l'ensemble du système « n'est pas une mauvaise chose » mais cette nouvelle organisation n'est pas forcément cohérente avec les compétences et les prérogatives jusque là reconnues au département.

Le directeur de la DRASS regrette, quant à lui, que la loi HPST ne fasse pas mention des communes et des communautés de communes dans la partie consacrée à la définition des territoires de santé. Effectivement, cet élément est, à ses yeux, « sidérant » dans la mesure où « ce sont les communes qui se chargent, du maintien à domicile des personnes âgées ».

La présidente de la CRS, se plaçant du point de vue des usagers, se « méfie beaucoup du terme de proximité ». En effet, elle explique qu'« à vouloir trop de proximité », le risque est grand de « tomber dans le trop administratif », situation dans laquelle la population ne se reconnaîtrait pas.

Par ailleurs, pour elle, il n'est pas cohérent et opportun de « perdre une partie de la vitalité de l'assurance maladie » (transférée à l'ARS) qui présente, dans sa mission et dans ses actions, l'avantage de fonctionner beaucoup en relation avec le terrain. Enfin, il est particulièrement regrettable que la loi HPST ne consacre pas un volet à la prévention en santé publique et que cette thématique fasse l'objet d'une autre loi (prévue pour 2010).

Par ailleurs, à l'avenir, le directeur de la Fédération régionale des réseaux de santé pense que les solutions seront locales et passeront par l'investissement des acteurs de terrain. En effet, il croit beaucoup à l'investissement des élus à la condition que ces derniers soient mieux sensibilisés aux questions et aux priorités de santé publique.

#### **C) D'autres expériences, nationales et internationales, sont menées et proposent des définitions originales du territoire de santé.**

##### 1. L'exemple de la Bretagne.

Le volet « prise en charge des personnes âgées » du SROS 2006 -2010 montre la volonté des pouvoirs publics de favoriser le développement de la prise en charge en réseaux et la coordination des soins. Cependant, il n'y a aucun réseau créé en Bretagne en

référence à la loi du 4 mars 2002. Les réseaux de soins palliatifs sont quasiment des réseaux gérontologiques.

Il est néanmoins intéressant d'aborder deux situations qui illustrent la difficulté à articuler les orientations des politiques publiques avec les initiatives locales.

D'une part, le Projet Local de Santé Estuaire de la Vilaine expérimental s'apparente quasiment à un réseau gérontologique. Issu de la volonté de trois acteurs locaux de santé (un hôpital local, une maison médicale et une association) qui regroupe des professionnels de santé libéraux, il vise à favoriser une stratégie locale d'accès aux soins et de promotion de la santé. Il fonctionne grâce à des aides financières de sources multiples mais encore insuffisantes.

D'autre part, le réseau de proximité et de maintien à domicile « RESPEV » est un réseau de soins créé par une équipe de médecins libéraux qui fédère des professionnels médicaux et para-médicaux du secteur. Il vise à développer le partage de l'information entre tous les acteurs de la prise en charge des personnes âgées, à améliorer leurs pratiques professionnelles et à favoriser l'accès à certaines spécialités (consultations diététiques, gériatriques,...). Le Comité régional des réseaux et de la coordination des soins a rendu un avis favorable au financement de ce réseau parce qu'il répond aux priorités régionales et aux orientations nationales.

## 2. Des exemples européens.

Le défi du vieillissement de la population et de la dépendance des personnes âgées amène aujourd'hui les pays européens à s'appuyer le plus souvent sur des acteurs infrarégionaux, notamment des caisses locales de protection sociale ou des collectivités territoriales.

En Belgique, des centres de soins et de coordination sécurisent le parcours de la personne âgée si plusieurs professionnels doivent être mobilisés. Ces centres de soins et de coordination peuvent couvrir toute une région.

Au Danemark, c'est la municipalité du lieu de résidence de la personne âgée qui définit les types d'aide et les soins dont elle peut bénéficier. Au-delà du choix de l'échelon territorial, les politiques développées en Europe en direction des personnes âgées révèlent surtout la nécessité de dépasser le clivage entre le domaine sanitaire et le domaine médico-social, voire social<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> F. KESSLER – *Les politiques européennes en direction des personnes âgées dépendantes : quelques observations du point de vue juridique.*

L'Italie constitue un autre exemple d'Etat s'appuyant sur les échelons régionaux et infrarégionaux pour la prise en charge des personnes âgées. Le territoire est, en effet, divisé en 20 régions administratives. Ainsi, la Lombardie, région du nord de l'Italie, comporte 15 bureaux sanitaires locaux (*Aziende Sanitarie Locali*, ASL), qui couvrent chacun plusieurs districts territoriaux.

### 3. Un exemple international : le cas du Québec.

Le Québec, province canadienne de 7,5 millions d'habitants, est découpé en 18 régions sanitaires, administrées par autant d'agences de la santé et des services sociaux. La superficie de ces territoires est extrêmement variable en fonction de la densité de population. Ces régions sont elles-mêmes divisées en 95 territoires, appelés réseaux locaux de services (RLS) dans lesquels sont prises en charge les personnes âgées. Chaque territoire comporte un centre de santé et de services sociaux. Cette prise en charge s'accompagne, dès 1971, d'un décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social puisque ces derniers sont regroupés sous l'appellation « secteur socio-sanitaire ».

## **PARTIE III : La pertinence de l'échelon régional au niveau administratif doit s'articuler avec une prise en charge des personnes âgées par des échelons de proximité.**

### **A) L'échelon régional est pertinent au niveau du pilotage administratif.**

Un choix net en matière d'organisation sanitaire s'est opéré dès 1996 en faveur de la région. Le projet HPST consacre l'évolution engagée par les lois de 2004. Il va même plus loin en confiant à la région, au-delà du seul secteur sanitaire, le champ du médico-social. Ce choix présente incontestablement le mérite de placer l'ensemble des composantes territoriales du système de santé sous une même autorité de régulation. La trajectoire des personnes âgées peut y gagner en cohérence, de même que cela apportera une lisibilité efficiente aux professionnels de santé.

Par ailleurs, ce choix nous semble aussi garant du respect de règles d'équité dans l'accès aux soins sur le territoire. Un pilotage par la région permettrait, en effet, de corriger les disparités qui existent actuellement entre territoires de santé au sein de cette même région.

Cette régionalisation s'appuie aujourd'hui sur une déconcentration. Le débat sur les modalités de cette régionalisation – à savoir le passage d'une déconcentration à une décentralisation – ne nous semble pas d'actualité. Si la décentralisation confèrerait

incontestablement une responsabilité financière au Conseil Régional, le fonctionnement déconcentré actuel garantit une certaine équité.

De plus, la mise en place d'une autorité administrative régionale regroupant les champs sanitaire et médico-social, améliorerait le développement de la permanence des soins au sein du territoire pour les usagers et plus particulièrement pour les personnes âgées.

De même, le choix territorial de la région présente l'avantage d'assurer une dimension transversale favorisant la coordination de l'ensemble des acteurs concernés.

Le choix de cet échelon territorial régional ne saurait, néanmoins, éluder la question du « millefeuille institutionnel ». L'enjeu des réformes en cours repose précisément sur l'apport d'une plus grande rationalité et une meilleure lisibilité d'une future cartographie de l'accès aux soins.

**B) Un échelon de proximité est nécessaire pour une prise en charge optimale des personnes âgées et pour mobiliser les acteurs sur le terrain.**

La prise en charge de la personne âgée s'articule autour de son maintien à domicile aussi longtemps que possible conformément à la loi du 2 janvier 2002. Effectivement, l'article L. 116-1 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire ».

L'échelon régional doit s'articuler avec l'existence d'échelons de proximité permettant une prise en charge optimale des personnes âgées. A cet égard, G. IMBERT, directeur de recherche à la Fondation nationale de gérontologie, affirme que « le territoire de santé pertinent pour la personne âgée correspond à son territoire de lieu de vie et à ses intentions ». A ce titre, une conception purement régionale est inadaptée : les personnes âgées pourraient être obligées de quitter leur espace de vie. En outre, le poids croissant des pathologies démentielles et psychologiques serait accru par une non prise en compte de leur ancrage géographique.

Si le département peut apparaître comme un niveau d'action pertinent pour concilier offre de santé et besoins des personnes âgées, il est néanmoins concurrencé par d'autres échelles territoriales de plus grande proximité.

En témoigne, d'une part, l'apparition des « pays », définis par la loi Pasqua du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire et d'autre part le développement de l'intercommunalité, promue par la loi Chevènement de 1999.

Bien que la personne âgée se reconnaisse dans sa commune d'appartenance, cette dernière correspond à un échelon à la superficie trop réduite.

En outre, le choix d'un échelon de proximité se justifie par la nécessaire adhésion des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. En effet, comme le souligne François-Xavier SCHWEYER, sociologue et enseignant chercheur, « les professionnels d'un territoire se reconnaissent et ont pour volonté commune de faire vivre leur pays ». Ayant observé ce qu'il qualifie de « patriotisme local » au sein de certains réseaux de prise en charge de la personne âgée, il conclut qu'il est nécessaire de « fédérer au niveau local et de se reconnaître dans un projet novateur et mobilisateur dont on est fier », afin de « permettre le bon fonctionnement et la pérennité d'un réseau ».

### **C) Proposition méthodologique de définition d'un territoire de santé pertinent.**

Une des réponses possibles afin de permettre une meilleure coordination au niveau des territoires serait de « créer un corps d'ingénieurs régionaux de santé », pour reprendre la proposition émise par le sociologue François-Xavier SCHWEYER. Nous complétons cette proposition en suggérant que ces ingénieurs puissent constituer un corps de la fonction publique d'Etat, nommés au sein de l'ARS. Ils développeraient une double compétence, à la fois territoriale et en santé publique. Leur expertise permettrait une meilleure coordination des différentes politiques mises en œuvre au niveau des territoires.

Une autre hypothèse serait la désignation de « coordonnateurs » en charge d'assurer la liaison entre les territoires de proximité et le niveau régional. Un rôle d'animation auprès des acteurs locaux et des usagers leur serait notamment conféré. Ces coordonnateurs seraient compétents soit au niveau d'une thématique de santé publique regroupant plusieurs territoires, soit au niveau de la prise en charge globale sur un territoire. Mais alors, se pose tout un ensemble de questions relatives à la nature de ce « coordonnateur » : quel profil ? quelles missions ? quelle légitimité ? sous la tutelle de qui ? avec quels moyens ? ...

Enfin, nous avons envisagé d'élargir le champ de notre réflexion en proposant le lancement d'un appel à projet pour définir le périmètre des territoires de santé et le mode de coordination optimale sur ces territoires. L'importance de l'élaboration et du suivi d'un cahier des charges est la clé de la réussite de la démarche. Nous proposons la trame suivante :

## **Appel à projet :**

### **1) Contexte de l'appel à projet**

Il a été retenu que l'Agence Régionale de Santé [A.R.S.] de Franche-Comté soit commanditaire de l'appel à projet compte tenu de sa probable mise en place au 01 janvier 2010.

Les ARS ont été créées afin de permettre un pilotage régional des politiques de santé publique dans toutes ses dimensions : offre de soins, offre de services médico-sociaux, démographie médicale, prévention, promotion de la santé. Les actions pilotées au niveau régional doivent cependant pouvoir être mises en œuvre à un niveau infrarégional dont le périmètre doit être défini.

En Franche-Comté, la démographie médicale apparaît comme problématique en raison d'un manque d'attractivité de la région, notamment en zones rurales. Les zones qualifiées de « déficitaires » concernent plus de 10 % de la population et plus de 20 % des communes.

Pour des raisons de calendrier et de ressources internes, il a été décidé de faire appel à une expertise extérieure.

### **2) Cadre de la mission**

#### **2.1 Objet de l'appel à projet**

-Proposer un territoire de santé pertinent au sein de la région suite à la réalisation d'un état des lieux.

-Proposer un niveau de coordination adapté des territoires.

#### **2.2 Méthodologie proposée**

2.2.1. Élaborer un diagnostic régional pour identifier les caractéristiques démographiques, géographiques (notamment en terme d'équipements et d'infrastructures), socio-économiques, culturelles, sanitaires (mortalité, morbidité, démographie et densité médicale, intégrant la structure par âge et par spécialité) et médico-sociales.

Ce diagnostic devra permettre de dégager au niveau régional :

les points forts et les points faibles de l'existant

un état des lieux de l'offre sanitaire et médico-sociale

les besoins régionaux au niveau sanitaire et médico-social

2.2.2. Proposer un niveau de territoire pertinent sur la base de ce diagnostic.

2.2.3. Proposer un niveau de coordination adapté.

#### **2.3. Méthode d'investigation proposée**

Les données épidémiologiques et les données relatives à l'activité des établissements sanitaires et médico-sociales de la région Franche-Comté seront prises en compte dans l'investigation.

L'étude demandée devra se baser sur des entretiens réalisés avec un panel de personnalités identifiées comme personnes ressources (professionnels de santé, élus locaux, hauts fonctionnaires, experts, responsables associatifs, usagers...).

### **3) Conditions d'exécution de la mission**

#### **3.1. Conditions de candidature**

3.1.1. Les aptitudes requises sont les suivantes:

des connaissances et des compétences en évaluation des politiques publiques

des connaissances du fonctionnement des institutions du domaine sanitaire et médico-social

des connaissances approfondies du territoire et des enjeux locaux

3.1.2. Liste des pièces à fournir

3.2. Conditions financières et moyens mis à disposition

3.2.1. Budget alloué pour la réalisation de la mission

3.2.2. Moyens mis à disposition du prestataire (exemples : locaux, ETP de secrétariat, accès aux ressources documentaires)

3.3. Comité de pilotage

3.3.1. Composition et rôle du Comité de pilotage

3.3.2. Relations avec le Comité de pilotage

- le Comité de pilotage peut demander à tout moment au prestataire qu'il rende compte de son activité.

- des points d'étape bimensuels sont tenus en fonction d'un calendrier adopté conjointement par le prestataire et le comité de pilotage.

3.4. Calendrier

3.4.1. Durée totale de la mission : 90 jours

3.4.2. Echéances

- le prestataire s'engage à présenter un rapport intermédiaire à mi-parcours. Ce rapport intermédiaire permettra d'éventuels réajustements.

- le rapport final sera remis au plus tard le jj/mm/aaaa et fera l'objet d'une validation finale.

- le prestataire s'engage à présenter le rapport final aux personnes interviewées.

## Conclusion

Si le recours à des consultants de santé extérieurs est intéressant pour définir un territoire de santé pertinent, il laisse en suspens la question de la déclinaison de la prise en charge sur ce territoire. Il nous semble essentiel que cette démarche fédère l'ensemble des acteurs, que le choix de territoire proposé produise le consensus nécessaire pour en favoriser l'adhésion.

Reste à déterminer si l'accompagnement de cette mission doit être confié à ce consultant ou à une autre personne présentant un ancrage local. Celle-ci doit avoir une connaissance fine du territoire et se doit d'être reconnue par l'ensemble des acteurs.

Au terme de notre réflexion, il nous paraît, difficile mais possible, de faire coïncider l'acceptation d'un territoire, son appropriation sur le terrain et la pertinence liée aux contraintes administratives, géographiques, démographiques et socio-économiques.

Il revient *in fine* aux acteurs locaux et aux arbitrages politiques de relever ce défi.

---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatifs aux patients, à la santé et aux territoires, présenté en Conseil des ministres le 23 octobre 2008.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

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

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

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

Loi n°2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA.

Loi du n°97-66 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n°78-11 du 4 janvier 1978 portant modification des articles 1 (premièrement), 19 (alinéa 3), 23 et 32 (alinéa 2) et adjonction de la loi du 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

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

Loi du 14 juillet 1905 portant assistance obligatoire aux infirmes, aux vieillards et aux incurables

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Décret n°78-1289 du 22 novembre 1977 portant application de l'article 5 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

Circulaire DHOS/03/CNAM n°2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM.

### **Rapports :**

Rapport de la Commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque, 1962 (disponible sur <http://infodoc.inserm.fr>).

Rapport du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, *Coût de la dépendance à domicile*, décembre 2005.

Rapport du Conseil économique et social, *Aménagement du territoire et établissements de santé*, 2004.

Rapport du Conseil économique et social, *Vieillesse et territoire*, mai 2001.

### **Documents institutionnels :**

Conseil général du territoire de Belfort, *Schéma départemental en faveur des personnes âgées et retraitées 2007-2012*.

URCAM, FeMaSaC, MSA, *Recommandations : Concevoir et faire vivre une Maison de santé*, Communiqué du 16 septembre 2008, Séminaire national de Besançon.

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, *Plan Régional de Santé Publique 2005-2009, PACA*.

ARH Bretagne - Schéma Régional d'organisation Sanitaire 2006 – 2010.

Mission Régionale de Santé, ARH et URCAM Bretagne, Compte rendu du Comité Régional des réseaux et de la coordination des soins, 5 décembre 2005.

**Ouvrages, thèses et mémoires :**

B. ENNUYER, Introduction - Quand nos parents vieillissent, prendre soin d'un parent âgé, Ed . Autrement, Collection Mutations, 2007.

P. MEIRE, La vulnérabilité des personnes âgées, Exposé présenté aux journées de l'Ascension 2000, Louvain.

A. PITARD, Quelle pourrait être la bonne dimension territoriale pour un réseau de santé ? Thèse présentée au CNAM, 2008.

Sous la direction de C. MARTIN, La dépendance des personnes âgées : quelles politiques en Europe ?, édition de l'ENSP, 2003.

Y. RAYSSIGUIER, J. JEGU, M. LAFORCADE, Politiques sociales et de santé : comprendre et agir, Ed. EHESP, 2008.

**Articles :**

M. DUEE et C. REBILLARD, Les personnes âgées en situation de dépendance – contexte démographique et économique, Revue ADSP n° 56, septembre 2006.

Retraite et Société, Le niveau de vie des retraités, Revue CNAV, janvier 2009.

AL. BEC et E. LE GRAND, Développer une approche territoriale de la santé, Revue de la santé de l'homme, n° 383 mai/juin 2006.

FX SCHWEYER, Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence, Revue Lien social et Politiques, n° 52.

S. ACEF, Réseaux de santé et territoires – Où en sommes-nous ? Revue Informations sociales.

## **Sites Internet :**

Site du Ministère de la Santé et des Sports :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/>

Projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », sur le site Internet du Sénat :

<http://www.senat.fr/dossierleg/pjl08-290.html>

Site de la DIACT :

<http://www.territoires.gouv.fr/>

Site de la DREES :

<http://www.sante.gouv.fr/drees>

Site de l'INSEE :

<http://www.insee.fr>

Site Internet du Ministère de la Santé de la République Italienne :

<http://www.ministerosalute.it/>

Site Internet de la région Lombardie (Italie) :

<http://www.regione.lombardia.it>

Site Internet du Ministère de la Santé et des Services Sociaux de la province du Québec (Canada) :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/>

Site Internet de l'Agence de la Santé et des Services Sociaux du Bas-Saint-Laurent (Québec, Canada) :

<http://www.agencessbsl.gouv.qc.ca/>

---

## Liste des annexes

---

Annexe n° 1 : Liste des entretiens menés.

Annexe n° 2 : Eclairage apporté par *La Vieillesse* de Simone de Beauvoir.

Annexe n° 3 : Précisions sur la notion de « dépendance ».

Annexe n° 4 : Données sociodémographiques et d'économie de la santé en Franche-Comté.

Annexe n° 5 : Grille support des entretiens menée en Franche-Comté.

Annexe n° 6 : Synthèse et analyse des entretiens menés en Franche-Comté.

**Annexe n° 1 :**  
**Liste des entretiens menés**

LISTE DES ENTRETIENS - MIP n°8

| <b>Nom de la personne interviewée</b> | <b>Fonction</b>  | <b>Lieu du rendez vous</b> | <b>Filière Interviewer</b> |
|---------------------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| BAUDIER F.                            | Directeur de l'URCAM   | BESANCON                   | D3S/DS                     |
| BOUDART J-M.                          | Directeur adjoint à l'autonomie - Conseil général du DOUBS                 | BESANCON                   | D3S/DS                     |
| GROS J.                               | Présidente de la conférence régionale de santé                             | BESANCON                   | D3S/DS                     |
| HOWALD E.                             | Chargé de mission - Conseil régional                                       | BESANCON                   | D3S/DS                     |
| IMBERT G.                             | Directeur de recherche à la Fondation nationale de gérontologie            | Entretien téléphonique     | IASS/EDH                   |
| LAPLANTE J-J.                         | Directeur de santé MSA   | BESANCON                   | D3S/DS                     |
| LONCLE P.                             | Enseignant chercheur EHESP   | RENNES                     | IASS/D3S/DS                |
| PITARD A.                             | Directeur de la Fédération régionale des réseaux de santé                  | BESANCON                   | D3S/DS                     |
| POMMIER J.                            | Enseignant chercheur EHESP, Présidente de la conférence régionale de santé | RENNES                     | IASS/D3S                   |
| SCHWEYER F-X.                         | Sociologue-Enseignant chercheur EHESP                                      | RENNES                     | IASS/EDH/D3S               |
| TOURANCHEAU J-M.                      | Directeur de la DRASS  | BESANCON                   | D3S/DS                     |
| VUATTOUX P.                           | Responsable de la fédération régionale des maisons de santé                | BESANCON                   | D3S/DS                     |

## Annexe n° 2 :

### Eclairage apporté par La Vieillesse de Simone de Beauvoir

L'écriture de La Vieillesse de Simone de Beauvoir, dix après la publication du rapport Laroque sur la vieillesse de 1962 est parlante du regard porté par la société de son époque sur les « vieillards ». Une société qui les condamne à la misère, aux taudis, aux infirmités, à la solitude, se complaisant dans l'idéologie issue des mythes qui incitent à voir dans le vieillard non pas son semblable mais un autre. C'est à peine, souligne-t-elle, si Cicéron et Schopenhauer reconnaissent qu'être vieux et pauvre n'est pas une situation supportable. Sage vénérable ou vieux fou qui radote, le vieillard est en « dehors » de la société et n'a pas sa place dans l'espace territorial des adultes.

En choisissant ce sujet, Beauvoir cherche à mettre en exergue le contraste entre la condition de ces vieilles gens et la morale humaniste professée par la classe dominante. Elle livre ce savoir tu par la société: « aujourd'hui nous savons qu'être vieux et pauvre est presque un pléonasme ».

Le chapitre La Vieillesse dans la société d'aujourd'hui part d'un paradoxe : « tout le monde le sait : la condition des vieilles gens est aujourd'hui scandaleuse. Avant de l'examiner en détail, il faut essayer de comprendre d'où vient que la société en prend aussi aisément son parti ».

Elle dresse un parallélisme avec les enfants en ce que l'adulte exclut toute réciprocité à leur égard. On parle ainsi de « vieillard extraordinaire pour son âge » comme on parle d'enfant extraordinaire pour son âge ; « l'extraordinaire, c'est que n'étant pas encore ou n'étant plus des hommes ils aient des conduites humaines ». Beauvoir dénonce tout à la fois la duplicité des adultes qui se plient à la morale officielle héritée des siècles derniers laquelle voit dans les vieillards des « êtres inférieurs » et leur comportement tyrannique vis-à-vis des vieillards qui dépendent d'eux. Parce que le vieil homme « ne sert à rien », parce qu'il est « encombrant », l'adulte le méprise, le caricature même « afin de s'en désolidariser par le rire ».

A cette attitude elle oppose un fait inéluctable, à savoir le vieillissement de la population, qui « ne signifie pas que la limite de la vie a été sérieusement reculée mais que la proportion des gens âgés est beaucoup plus considérable ». Nouvelle question, la vieillesse est devenue l'objet d'une nouvelle politique. Elle revient sur la genèse de la pension, d'abord conçue comme une récompense. Ainsi en France au XIX<sup>ème</sup> les militaires et les fonctionnaires furent les premiers à recevoir des pensions. L'invention de la

protection sociale des salariés contre l'invalidité du grand âge par Bismarck en Allemagne et le choix d'un financement assis sur les cotisations des salariés servit de modèle pour une partie de l'Europe tandis qu'une autre choisit de faire financer la protection par l'impôt. Ebauchée par plusieurs lois dans les années 20 et 30, l'assurance vieillesse fut véritablement organisée en France par l'ordonnance du 19 octobre 1945.

L'assurance vieillesse ne préserve pas néanmoins nécessairement le vieillard contre la misère. L'auteur stigmatise tout à la fois la misère des pensions et l'injustice du système de redistribution. Elle dresse sur ce point un tableau des ressources des personnes âgées (p248 et suivantes) qu'il serait intéressant de comparer avec celles d'aujourd'hui. Elle revient ainsi successivement sur la pension vieillesse, l'allocation Vieux Travailleur salarié, la rente, l'allocation supplémentaire, la pension veuf ou veuve et l'allocation mères de famille.

Suit une comparaison instructive des différents pays européens quant à la manière de traiter les personnes âgées : « Parmi les nations capitalistes, il y en a trois qui considèrent comme un impératif d'assurer à tous les citoyens un sort décent : la Suède, la Norvège, le Danemark. »

Le contraste entre pays du Nord et du Sud est encore plus saisissant sur le point des résidences groupées construites pour les vieillards. Alors qu'au moment où Beauvoir rédige son manuscrit, presque rien n'a été fait en France ou en Italie, la Hollande et l'Angleterre sont plus en avance (ainsi et c'est intéressant pour notre problématique territoriale, a été bâti vers 1920 un village pour vieillards dans un parc de la banlieue de Londres : le Whiteley Village, qui a servi de modèle à la construction d'autres villages semblables en Angleterre) Mais ce sont les pays scandinaves qui ont fait le plus d'efforts : et de citer la célèbre « Cité des vieillards » aménagée en 1919 à Copenhague, modernisée en 1955. Les vieillards bénéficient aussi en Suède de logements spéciaux conçus comme des appartements dans des immeubles réservés aux pensionnés. Beauvoir souligne l'importance de l'habitat sur la condition générale du vieillard et l'émergence de l'idée louable selon laquelle on pourrait créer à l'intérieur d'ensembles immobiliers habités par des gens de tout âge, des groupes de logements –foyers destinés aux vieillards.

L'« hospice », « seul secours des vieillards quand ils ne peuvent plus se suffire physiquement et économiquement », institution dont Beauvoir fustige ensuite la confusion avec l'hôpital, appuyant son propos sur l'exemple de l'Hôpital Saint Antoine fait l'objet d'un développement saisissant : qualifiés d'« inhumains », de « véritable mouirois » par l'auteur marquée par une émission consacrée à la Salpêtrière, ainsi que par la lecture du rapport Laroque, ministre de la Santé en 1962. -Ce dernier écrivait ainsi : « rares sont les

hospices et maisons de retraite dans lesquels les services sanitaires sont suffisants. Dans beaucoup on peut parler sans exagération d'un véritable abandon médical. »-, les hospices se trouvent dans des bâtiments centenaires où le vieillard n'a « pas un pouce d'espace à soi ». Plus de la moitié des vieillards meurent la première année de leur admission dans ces établissements qui n'ont pas de chauffage central. Difficiles d'accès, excentrés, ils condamnent ces patients à la solitude : l'exemple de la Maison départementale de Nanterre en témoigne « du centre de Paris, par métro et autobus, il faut deux heures pour s'y rendre » consigne Beauvoir. « Inactif..., le vieillard d'asile tombe rapidement dans la sénilité. » ce n'est plus un homme mais un objet « parqué » dans un dortoir. La description d'un hospice de l'Assistance-Publique-à défaut d'avoir pu visiter celui de Nanterre dont on lui refuse l'entrée- étaye ses propos. Elle dénonce l'absurde : « Par une étrange anomalie que personne n'a su m'expliquer, les sujets valides logent au rez-de -chaussée, les semi valides au premier étage, les grabataires au second. » L'hospice est moins une maison d'accueil qu'une prison.

Elle s'attache plus globalement à souligner le caractère sinistre et solitaire de la fin de la vie des vieillards condamnés à l'inactivité et à l'apathie. « La situation de la majorité est résumée par le slogan qu'a proposé un club de loisirs créé à Paris : « la retraite c'est le temps des loisirs mais c'est aussi le temps de l'ennui. » L'éclatement de la cellule familiale accentue la solitude de personnes qui « survivent » plus qu'elles ne vivent. Or « la survie brute, c'est pire que la mort. »

« La tragédie de la vieillesse est la radicale condamnation de tout un système de vie mutilant : un système qui ne fournit...aucune raison de vivre. »

## Annexe n° 3 :

### Précisions sur la notion de « dépendance »

La notion de dépendance apparaît pour la première fois dans la législation française en 1997 avec la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Seul l'âge, 60 ans, marque alors la frontière entre le handicap et la dépendance. Mais l'avancée est certaine : c'est la première fois qu'est reconnu ce vocable spécifique aux personnes âgées.

Cette loi emprunte en réalité une notion apparue pour la première fois en France sous la plume du Dr DELOMMIER, qui exerçait en 1973 à l'hospice « La charité » à Saint-Étienne : « Le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolonger, les gestes nécessaires à la vie »<sup>7</sup>. En 1979, le sociologue A. MEMMI conceptualise la notion : « la dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un objet, un être, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction du besoin ». La même année, un rapport officiel, le Rapport Arreckx, donne une définition médicale de la dépendance en désignant toutes personnes âgées dépendantes comme « tout vieillard qui, victime d'atteinte à l'intégralité de ses données physique et psychique, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement, et par là même, doit avoir recours à une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie. »

Les années 70-80' voient ainsi l'affrontement de deux conceptions de la dépendance : l'une médicale et l'autre sociale.

De son côté, l'Union Européenne distingue quatre angles d'approche de la dépendance : la dépendance physique, la dépendance sociale, la dépendance sociale et la dépendance économique<sup>8</sup>.

Aujourd'hui, même si la définition de la dépendance fait toujours débat, la France, par sa législation et les outils de mesure de la dépendance (la grille AGGIR et ses dix variables discriminantes, élaborée en 1997), privilégie une approche de la dépendance biomédicale,

---

<sup>7</sup> Citation extraite de l'article de B. ENNUYER, *Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes »*, in La dépendance des personnes âgées : quelle politique en Europe ?, sous la Direction de Claude Martin, éditions de l'ENSP, 2003, pages 95 à 114.

<sup>8</sup> PACOLET et al. Rapport de la Communauté Européenne, 1999, cité par Bernard Ennuyer, *Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes »*, in La dépendance des personnes âgées : quelle politique en Europe ?.

reposant sur la capacité ou l'incapacité à faire. Autre étape à venir dans la consécration de la notion de dépendance : la création de la cinquième branche de protection sociale portant sur le risque dépendance. Ce risque est ici assimilé à une perte d'autonomie<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Cf. site du Premier Ministre (<http://premier-ministre.gouv.fr>), rubrique questions-réponses

## **Annexe n° 4 :**

### **Données sociodémographiques et d'économie de la santé en Franche-Comté**

#### **Démographie et économie :**

La Franche-Comté compte près de 1 133 000 habitants (résultats du recensement de la population 2004), soit 1.9% de la population métropolitaine. Depuis 20 ans, la croissance démographique régionale est moins accentuée qu'en France mais la structure par âge, les taux de natalité ou de mortalité sont proches. Cette augmentation est due à un solde naturel excédentaire (plus de naissances que de décès) qui compense le déficit du solde migratoire (plus de départ que d'arrivées).

Le vieillissement de la population, inéluctable, devrait être un peu plus accentué qu'en moyenne nationale<sup>10</sup>.

En 2005, 240 300 personnes sont âgées de 60 ans et plus en Franche-Comté. Elles représentent 21,0% de la population totale. En 2015, la Franche-Comté devrait compter 300 500 personnes âgées de 60 ans et plus (+25,1% par rapport à 2005). Dans le même temps, l'ensemble de la population comtoise augmenterait de 3,4%.

En 2005, 15 200 personnes de 60 ans et plus sont atteintes de dépendance en Franche-Comté. Ce chiffre devrait atteindre 17 000 en 2015, en hausse de 11,4%. En Métropole, cette augmentation serait de 10,5.

En 2015, parmi les personnes âgées dépendantes, 41% seraient atteintes de dépendance sévère. Cette dernière touche notamment une personne sur deux chez les 90 ans et plus. Quatre personnes âgées dépendantes de 60 à 74 ans sur cinq devraient vivre à domicile. Les dépendances sont, à ces âges, suffisamment légères pour ne pas nécessiter une prise en charge en institution. De plus, pour ces tranches d'âge, les personnes dépendantes vivant à domicile n'habitent pas seules dans 85% des cas. À mesure que l'âge

---

<sup>10</sup> Source Insee Omphale

avance, la part de personnes vivant en institution augmente. Ainsi, 44% des dépendants âgés de 85 ans et plus vivraient en institution.

Les aidants potentiels informels (famille, voisins, amis, etc....) constituent une forme de solidarité et représentent une réelle alternative à la prise en charge en institution ou à l'aide professionnelle à domicile. Cependant, en dix ans, le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter fortement, tandis que le nombre d'aidants potentiels informels va baisser. Cette baisse du nombre d'aidants informels est liée notamment à l'éloignement des enfants du domicile parental, l'éclatement des familles ou à l'âge avancé des aidants informels. Cette situation constitue un enjeu important en matière de politiques publiques afin de déterminer non seulement l'offre future de places en institution mais également le nombre d'aidants professionnels.

### **La situation socioéconomique :**

Une étude réalisée par l'INSEE en partenariat avec la Caisse d'allocation familiale (CAF), sur la zone d'intervention de la CAF de Besançon, montre que la précarité est concentrée dans les villes (Besançon et Pontarlier) et qu'à l'intérieur de ces villes, il y a une très forte disparité entre les quartiers. Le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté varie ainsi de 1 personne sur 20 pour les quartiers les plus aisés, à 1 personne sur 2 dans les quartiers à forte précarité. Les secteurs précaires présentent tous les indicateurs les plus défavorables : très fort taux de chômage (jusqu'à 50%), part importante de non diplômés (jusqu'à 47%), sur représentation des familles nombreuses ou monoparentales.....

Le milieu rural n'est pas épargné. Une étude de l'Institut national de recherche agronomique réalisée à la fin des années 90 a révélé que 40% des exploitants agricoles dégagent un revenu par actif familial à temps complet inférieur au SMIC.

La Mutualité sociale agricole s'est mobilisée autour d'un plan de lutte contre la précarité pour accompagner les personnes en situation difficile afin de maintenir l'accès aux droits et d'éviter une rupture du lien social.

Les structures accueillant et accompagnant des personnes en situation d'exclusion constatent par ailleurs un vieillissement de leur public. Ceci est tout d'abord le fruit d'un progrès : l'allongement de vie de ces personnes, souvent marquées auparavant par une

mortalité précoce, témoigne des progrès faits en matière de prise en charge, et notamment de soins.

À une échelle nationale, une étude récente indique que, globalement, le niveau de vie moyen des « seniors » est légèrement supérieur à la moyenne, mais apporte deux précisions utiles : la tranche des 75 ans et plus connaît un taux de pauvreté supérieur au taux moyen des seniors et conforme à la moyenne de l'ensemble des tranches d'âges ; pour les 55-74 ans, la pauvreté concerne plutôt les non retraités que les retraités.

Une étude de l'INSEE réalisée en 2003 à l'échelle de la région Franche-Comté, à partir des déclarations fiscales de 2000, nous fournit quelques explications sur les différences de revenus entre les quatre départements de la région.

Une première explication est à rapprocher du clivage rural/urbain. Dans le Doubs, c'est la caractéristique de la métropole bisontine — « triple vocation industrielle, administrative et culturelle » — qui explique, selon l'étude, le fait que le département arrive en deuxième position pour la tranche des revenus les plus hauts.

Le fait d'être une zone frontalière est également un facteur tirant les revenus vers le haut dans le département. Les revenus médians dans les cantons de Hérimoncourt, Morteau et Mouthe sont proches de 15 500 € alors que la valeur médiane est de 13 900 € dans le reste du département. Ceci s'explique par un niveau de salaires plus élevé en Suisse qui joue directement — au profit des salariés frontaliers — et indirectement — par une influence sur les niveaux de salaires pratiqués en France.

La part des retraites et pensions dans les revenus est plus faible dans les départements du Doubs et du Territoire de Belfort qu'en Haute-Saône et dans le Jura.

La tendance à la baisse des bénéficiaires du minimum vieillesse constatée à l'échelle nationale, semble moins marquée dans le département, situation qu'il partage avec le Territoire de Belfort.

### **Offre de santé :**

Un nombre de professionnels de santé par habitant globalement plus faible en Franche-Comté qu'en France.

C'est particulièrement le cas pour certaines professions de santé : médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes...

Pour les médecins généralistes libéraux, une densité en Franche-Comté proche de celle du niveau national.

En France, cette densité est de 115 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Elle est de 110 pour la Franche-Comté<sup>11</sup>.

Quelques indicateurs à prendre en compte pour juger de l'offre de santé sur un territoire

En plus de la densité, il faut considérer la répartition géographique de ces professionnels (département, canton, zone d'emploi...). Par ailleurs, le contexte socio-démographique actuel aura des conséquences prochainement : 46%(1) des généralistes francs-comtois ont 50 ans et plus : leur départ en retraite ne sera pas forcément compensé par les médecins plus jeunes ; en raison notamment d'un *numerus clausus* (nombre d'étudiants admis au concours à l'issue de la 1ère année de médecine) qui a stagné pendant plusieurs années de suite ;

Les femmes représentent 24%<sup>12</sup> de l'effectif des généralistes dans la région mais sont de plus en plus nombreuses ; elles sont actuellement majoritaires chez les étudiants en médecine ;

La nouvelle génération de médecins souhaite avoir un mode de vie et une pratique professionnelle différents.

Les généralistes sont les médecins de premier recours. Il est donc important d'anticiper sur l'avenir par la mise en place de mesures concrètes permettant de mieux réguler la démographie médicale à partir des réalités locales.

Un taux d'équipement pour personnes âgées plus faible qu'en France, avec 10 800 lits, la Franche-Comté dispose de 109 lits d'hébergement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, alors que l'équipement moyen de la France métropolitaine est de 134.

En revanche, en ce qui concerne l'équipement en services de soins à domicile pour personnes âgées, en Franche-Comté, il est de 18 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 15 en moyenne nationale.

En Franche-Comté, les établissements hébergeant des personnes âgées offrent environ 10 600 places en 2003. La grande majorité sont des établissements publics. 66 % des places offertes sont médicalisées.

La population accueillie est majoritairement féminine, âgée et dépendante. Près de 40 % des résidents sont classés dans un GIR 1 ou 2.

---

<sup>11</sup> Source : DRASS / ADELI - données au 01/01/02

<sup>12</sup> Données Assurance maladie - Janv. 2003

Un peu plus de 6 200 personnes, représentant 5 152 équivalents temps pleins, sont employées dans ces établissements.

## **Annexe n° 5 :**

### **Grille support des entretiens menés en Franche-Comté**

- Interrogations de départ volontairement très larges et ouvertes :
  - A votre avis comment peut-on définir (au sens de « donner une définition du terme ») un territoire ? Existe-t-il une définition consensuelle ?
  - Quel est votre point de vue ?
  - Comment définir, composer un territoire pertinent ?
  - S'il y a plusieurs manières de définir un territoire, quelle est celle qui vous paraît la meilleure, la plus objective ?
  - Que pensez-vous du mode de définition de certains territoires qui sont composés "à cheval" sur deux régions ou sur deux départements ?
  - Et de celui des territoires définis sur plusieurs secteurs (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) ?
  - Selon vous, est-ce le territoire (aspect géographique) qui fait (au sens de « qui détermine ») le réseau (aspect offre) ou l'inverse ? Pourquoi ?
  
- Concernant l'offre de soins et la prise en charge de la population :
  - Comment fait-on pour caractériser un territoire ?
  - Existe-t-il des caractéristiques communes à tous les territoires de santé ?
  - Faut-il combiner les trois secteurs d'intervention (sanitaire, sociaux et médico-sociaux) ?
  - Si oui, comment les combiner sur le territoire ?
  - Comment faire en sorte que la coordination des professionnels sur le territoire soit réelle ?
  
- Concernant les besoins de la population prise en charge (en particulier des personnes âgées, objet de notre étude) :
  - Comment les besoins de la population peuvent créer le territoire ?
  - A votre avis, la prise en compte des besoins de la population est-elle à l'origine de la constitution d'un territoire ou le territoire (c'est-à-dire les moyens) préexiste-t-il aux besoins de la population ?
  - Pourquoi lorsqu'il est question de territoire de santé et de personnes âgées, les professionnels parlent plus volontiers de « pays » ?

- Tentative de définition d'un « territoire de santé pertinent » :
  - A ce stade de l'entretien, quelle définition du territoire pourriez-vous donner de manière plus précise qu'au début ?
  - Quels sont les indicateurs permettant de définir un territoire ?
  - Comment faire de cette définition du territoire un enjeu partagé par les institutions et les professionnels de santé ?
  - Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de la mise en place des territoires de santé dans votre région et dans votre domaine ?
  - A votre avis, les territoires aujourd'hui définis répondent-ils aux objectifs qui leur avaient été fixés ?
  - Quelles sont leurs limites ?
  - Jugez-vous ces territoires pertinents dans votre région ?
  
- Conclusion :
  - Quel est votre point de vue sur les territoires de santé, qu'en pensez-vous ?
  - Quelles sont vos attentes aujourd'hui en termes de territoires de santé (améliorations, changements,...) ?
  - Que pensez-vous de la possibilité de voir émerger des territoires mouvants qui se composeraient et de décomposeraient en fonction des attentes et des besoins de la population ?

## Annexe n° 6 :

### Synthèse et analyse des entretiens menés en Franche-Comté

| Constat                        |  |
|--------------------------------|--|
| F. BAUDIER,<br>Directeur URCAM | <p>Au cours d'un séminaire en 2002 un long débat a été engagé pour trouver une définition de la notion de territoire avec des géographes de la santé.</p> <p>Il n'y a pas de consensus sur ce sujet, il parle de mille-feuille de territoire. L'organisation est basée sur l'hospitalier.</p> <p>Actuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Il existe aussi des territoires de proximité : à géographie variable. 3 approches principales pour développer une approche en terme de territoires de santé :<ul style="list-style-type: none"><li>o Autour des hôpitaux locaux : qui ne sont pas répartis de manière correcte sur le territoire → Mais s'appuyer sur eux pour développer une offre de santé sur toutes les composantes ⇒ Mise en œuvre d'une véritable dynamique autour d'eux depuis le SROS III ;</li><li>o Autour des réseaux : surtout des réseaux thématiques ou populationnels. Objectif 2006 = favoriser le développement des réseaux de proximité (Pontarlier, Dole, Gray) en redéfinissant les réseaux préexistants. Ils sont surtout accés sur la prise en charge des pathologies chroniques, lourdes et axées vers les personnes âgées,</li><li>o Autour des maisons, pôles et centres de santé : il y a une 10aine de maisons de santé (beaucoup par rapport aux autres régions) → Fédération régionale des maisons de santé (la seule qui existe) qui aide les professionnels et les élus à monter des projets de maisons de santé (une 40aine de projets</li></ul></li></ul> |

en ce moment).

Concernant le territoire de santé il a renoncé à avoir une vision idéale.

Il y a un engagement des collectivités territoriales important à la fois autour de la santé mais également autour de tous les aspects économiques (prise en charge, services à domicile ...)

Certains territoires sont "à cheval" sur deux régions ou sur deux départements. Il s'agit d'une source de complexité supplémentaire.

Sur la permanence des soins, régulation des urgences, ... quand il y a des secteurs (de garde par exemple) à cheval sur 2 départements, la pratique montre que c'est plus difficile. Il est alors plus facile de respecter le découpage administratif existant (région et département) mais cela doit rester exceptionnel et très lié à l'environnement et au contexte (situation de manque de médecins,...).

Au final : pourquoi pas mais doit rester l'exception.

Aujourd'hui 2 préoccupations :

- Des secteurs très ruraux et peu attractifs qui sont des zones blanches ou vont le devenir et où on se demande comment maintenir une offre correcte pour la population
- Des zones urbaines (dites sensibles) où il y a peu d'initiatives de la part des municipalités pour maintenir une offre de santé de qualité (ex quartiers Planoise dans la ville nouvelle à Besançon). Il est dommage qu'une réflexion n'ait pas été organisée avec les élus.

Aujourd'hui il existe un très fort cloisonnement entre les soins la prévention et la santé publique le médico-social et la médecine de ville.

Les maisons de santé ont été mises en œuvre par les professionnels eux-mêmes en majorité, Mais le problème posé est la continuité des services rendus à la population.

|   |  |
|---|--|
|   | <p>Il existe un problème de démographie médicale.</p>  |
| <p>JJ. LAPLANTE,<br/>Directeur de santé<br/>MSA</p> | <p>Au niveau de la Franche-Comté, le réseau se construit davantage en fonction de l'offre de soins et non pas en fonction des besoins de la population.</p> <p>Pour les maisons de santé il existe un appui amené par les élus et les professionnels de santé de manière synergique</p> <p>Concernant la démographie médicale déficiente il existe une volonté de travail en partenariat et de valorisation du médecin généraliste (association aux réflexions, travail de promotion de la médecine générale, prise en compte de la qualité de vie...)</p> <p>Concernant la politique de prise en charge de la dépendance et du maintien à domicile : Il y a différents dispositifs mis en place : Franche-Comté à l'origine de l'APA dont la MSA assure le pilotage Le programme PAPA qui vise tout ce qui en est de la promotion de la prévention de la santé des personnes âgées.</p> <p>⇒ 2 outils essentiels.</p> <p>+ La manière dont on travaille sur l'hôpital local est positif (dommage qu'il y en ait pas dans la Haute-Saône).</p> <p>Les enjeux sont majeurs pour le maintien à domicile</p> <p>MARPA : petites structures placées au centre du village (approche social) centrées autour d'une maîtresse de maison mais qui n'est pas médicalisées issues des jeunesses chrétiennes. Cela correspond à un foyer de vie non médicalisé (médicalisé par l'extérieur). Il y en a 7 en Franche-Comté (Grandvillard, Pierre Fontaine les Varans mais pas encore remplies). Les personnes âgées sont plus autonomes plus longtemps, difficile à vendre de les placer dans ce type d'établissement.</p> <p>⇒ L'avenir = le développement de réseaux (gérontologie) de prise en charge des personnes âgées où des structures médicalisées.</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>A. PITARD,<br/>Directeur de la<br/>fédération<br/>régionale des<br/>réseaux de santé</p> | <p>Il regrette que la réalité soit la définition de territoires en fonction de l'offre disponible (car zones blanches non décloisonnées) et il préférerait une définition en fonction des besoins de la population (avec diagnostic préalable avec cartographie) autour de territoires organisés par des thématiques et des territoires transversaux.</p> <p>Les réseaux de santé sont facteurs d'iniquités dans les zones où pour les personnes ne résident pas dans la zone définie pour le réseau. Il y a 26 réseaux en Franche Comté avec des thématiques différentes. Seulement 2 réseaux pour les Personnes Agées. Dans les zones où il n'y a pas de réseau, les personnes ne sont pas prises en charge.</p> <p>Le découpage des territoires est à revoir en particulier le territoire central.</p> <p>Il est favorable aux mesures coercitives pour répondre à la pénurie médicale et paramédicale.</p> <p>La Fédération n'est pas intrusive dans les réseaux. Il n'y a pas d'outil d'évaluation. Pour développer les réseaux sur le territoire, il faut des moyens financiers et humains.</p> <p>Aspect positif : sa thèse qui porte sur la définition de territoires pertinents avec une approche géographique et cartographique avec la volonté de mettre en rapport l'offre aux besoins. La cartographie fait ressortir les zones blanches.</p> <p>Il ne propose pas de solution concrète pour répondre au besoin santé de la population vieillissante. Il compte beaucoup sur la loi HPST (travail de coopération et de concertation hospitalier/libéraux) et sur le législateur pour les mesures coercitives.</p> <p>Le réseau part du terrain. Les solutions à l'avenir : elles seront locales et par l'investissement des gens.</p> <p>Il croit beaucoup à l'investissement des élus mais il faut que ces élus soient mieux formés en santé publique car ce ne sont pas des professionnels de la santé et peu connaisseurs en la matière.</p> <p>La solution est la pérennisation des flux financiers et qu'ils soient actés.</p> |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
|   | <p>La majorité des réseaux de santé n'a pas été créée à partir de diagnostics quantifiés des besoins de la population ; pas d'études fines et territoriales (sur le terrain). Réseaux pluri thématiques et transversaux sur un territoire.</p> <p>Territoires de proximité mouvants possibles mais la DHOS pense que ce serait particulièrement complexe à mettre en place.</p> <p>Il faut prendre en compte des bordures géographiques, on ne peut guère faire autrement. Les territoires de proximité = une notion qui n'est pas tellement rentrée dans les mœurs</p>  |
| <p>JM. BOUDART,<br/>Directeur adjoint à<br/>l'autonomie CG du<br/>DOUBS</p> | <p>Entretien ciblé sur le territoire.</p> <p>Réunion organisée par la DRASS en prévision de la loi HPST autour de la question de la santé publique. Des groupes de travail ont été constitués sur les questions de territoire. Il se dégage de leur réflexion qu'il n'y a pas de territoire pertinent en soit, il y a des territoires pertinents suivant les problématiques et ces territoires ne sont pas les mêmes suivant les thématiques.</p> <p>Notion de territoire nécessairement connectée avec l'organisation juridique française. Le sanitaire, le social et le médico-social sont divisés et séparés en France et l'organisation de ces secteurs n'est pas la même (dichotomie entre ARH et DDASS notamment).</p> <p>⇒ On voit poindre une nouvelle organisation avec la création des ARS ; on peut espérer plus d'efficience et une meilleure prise en compte des secteurs sous réserve que le médico-social ne soit pas la variable d'ajustement (fongibilité asymétrique des enveloppes → nécessité de mettre en place certains garde-fous comme des « clapets anti-retour »).</p> <p>Mais la création des ARS pose la question de la gouvernance.</p> <p>Acte 2 de la décentralisation, département = chef de file en matière social et encore plus en matière de prise en charge des personnes âgées</p> |

Le territoire = aspect juridique qui se limite en terme de superficie à l'échelle du département. Quand le territoire de santé correspond à un découpage départemental, l'ensemble est cohérent et fonctionne plutôt bien (Ex : Pontarlier).

cependant, les conseils généraux sont dans une logique où l'Etat, en matière d'action sociale, a donné de nouvelles compétences aux collectivités territoriales sans systématiquement leur donner les moyens réels de les assumer. Les collectivités territoriales sont en difficulté pour boucler leur budget.

Il est estimé que le surcoût de ces transferts de compétences est de 111 millions d'€ dans le Doubs (non financés et non assumés par l'Etat).

En revanche lorsque ce n'est pas le cas, manque de cohérence. Les politiques n'ont pas pris de position claire en la matière et il renvoie donc à la capacité de revisiter les territoires de santé et leur définition au Directeur Général de l'ARS.

Il propose de prendre comme point de départ l'offre de soins et d'organiser le territoire autour de l'existant.

Quelle place du Conseil Général dans la nouvelle loi ? Pas de réponse claire car pas de visibilité même au niveau de la pré-loi mais pour lui nécessité de travailler en concertation.

Le découpage du conseil général ne coïncide pas toujours avec le découpage en 6 territoires de santé.

Il y a beaucoup d'hôpitaux locaux dans le département. C'est un appui important.

Les territoires de santé tels que définis ne sont pas tous pertinents.

Ex : le territoire de santé de Pontarlier couvre globalement la même zone du pôle handicap-dépendance → cohérence certaine (avec équipe mobile de gériatrie) et le conseil général lui a confié la gestion du CLIC (pour couvrir le territoire). Cette gestion a été confiée à des partenaires proches du terrain (acteurs du terrain).

Ex : A l'inverse, territoire de santé qui va de Gray à Méche : territoire non pertinent et manque de cohérence avec les

|   |   |
|---|---|
|   | <p>organisations du conseil général.</p> <p>Les CLIC ne couvrent pas encore l'ensemble du département. Il y en a actuellement 3 et une ouverture prochaine à Besançon (ville de Besançon regroupe 1/4 de la population du département) avant décembre 2009.</p> <p>Sur les maisons de santé, pour les zones rurales, le conseil général aide pour la création de ces maisons (aide y compris financières).<br/>L'implantation est disparate.</p> <p>comment participer à une répartition un peu plus équitable ?</p> <p>La question n'est pas traitée au sein de la direction des solidarités. Elle a davantage répondu à des sollicitations des acteurs de création de maison de santé. Il n'y a pas de politique en tant que telle pour une réelle équité de répartition.</p>   |
| <p>P. VUATTOUX,<br/>Président de la<br/>Fédération<br/>régionale des<br/>maisons de santé et<br/>Madame LE<br/>MARER,<br/>Présidente du<br/>réseau des soins<br/>palliatifs</p> | <p>La fédération des maisons de santé existe depuis 2 ans. C'est une approche logistique et un accompagnement des professionnels qui cherchent à mettre en place ce type de nouvelles structures. La fédération se situe dans une approche régionale et permet de partager des expériences. Cette approche est intéressante dans le cadre des structures existantes. L'accompagnement se fait sur le plan financier, mais aussi par l'organisation de séminaires pour élaborer avec les acteurs leur projet de santé.</p> <p>Actuellement, 8 maisons de santé sont adhérentes, dont 5 sont vraiment installées (contre trois projets). Une équipe d'appui entre partenaires est en place : MSA, URCAM, FEMASAC et le Conseil régional.</p> <p>Au départ, les maisons de santé ont été l'initiative des professionnels ce qui peut expliquer une certaine concentration. De plus en plus de projets viennent compléter la bonne répartition et la bonne distribution des maisons de santé en Franche Comté. La fédération aide tous ceux qui veulent travailler en collaboration. Il s'agit de</p> |

favoriser cette façon de travailler de manière pluridisciplinaire. De plus, les fédé régionales sont faites de personnes en prise avec le terrain donc moins de risque de se déconnecter de la réalité.

D'ici 2011, l'ensemble de la région sera couvert et le nombre de patients pris en charge aura doublé.

Le but est de constituer une organisation (en particulier ambulatoire) visible. Mais, pour l'ambulatoire, tout reste à faire pas seulement pour des questions politiques mais aussi pour des questions de prise en charge. La fédération est axée sur l'ambulatoire.

L'organisation de l'ambulatoire permet de prendre en charge certaines pathologies (que les médecins ou IDE indépendants ne pourraient pas mettre en œuvre) : diabète, maladies cardio, palliatifs,...

La fédération se bat pour une égalité d'accès aux soins elle promeut la formation en éducation thérapeutique des professionnels et sur différents thèmes (diabète, asthme,...).

⇒ Pas de cloisonnement et une organisation de l'ambulatoire avec dimension formation très forte.

Les formations sont faites à partir de l'existant : mutualisation des besoins, au sein des autres structures (MSA, hôpital, réseaux,...).

Concernant les réseaux :

Il existe des réseaux qui sont issus du terrain (ex toxico) et méritent de travailler avec la fédération. L'association des professionnels en développement constitue un aspect positif pour la mutualisation et l'obtention de moyens.

L'association ARESPA pour les soins palliatifs a été créée par des professionnels puis devenue un réseau de soins palliatifs.

Une coordination d'appui peut apporter une aide dans les zones blanches ou dans les zones où les professionnels ne veulent pas travailler en coordination.

Ainsi une coordination d'appui a été mise en place fin 2004. Une étude d'impact auprès des professionnels et de structures a été

réalisée pour valider le concept d'organisation et de coordination. Deux réseaux ont fonctionné en même temps (un réseau très hospitalier / des équipes mobiles). La coordinatrice était une assistante sociale elle a coordonné les professionnels et les structures entre eux, elle fait le lien entre la ville et l'hôpital.

- retour à domicile de la personne,
- évaluation des besoins (rencontre avec la PA, sa famille, appel au médecin traitant, visite à son domicile,
- déclenchement des aides à mettre en place (financières, psychologiques...

A l'heure actuelle 5 coordinatrices d'appui (3 travailleurs sociaux et 2 IDE). C'est un des réseaux le moins doté de France (quand les autres ont des équipes pluridisciplinaires). 150 patients actuellement suivis par ces coordinatrices.

Il y a une véritable information à destination des professionnels pour qu'ils connaissent l'existence du réseau et qu'ils pensent à l'activer.

L'objectif est de couvrir l'ensemble de la région pour que toute la population ait accès à ce réseau.

Ces secteurs de zones blanches auraient du être financés en 1<sup>er</sup>.

La coordination d'appui s'ouvre progressivement à d'autres situations et à vocation à le faire. Elle s'ouvre aux autres réseaux de santé (douleur, démence, adolescents...) et met en place des liens entre les libéraux et l'hôpital.

L'étude des besoins de santé de la population pour les projets de maisons de santé : des études d'opportunité sont faites par des boîtes privées.

La fédération des maisons de santé délègue à une société prestataire de services l'organisation du diagnostic et de l'évaluation des structures faute de moyens (humains, matériel, financiers). L'IRDES définit des zones d'attractivité. La fédé regarde la zone d'influence.

Concernant la notion de territoire :

|   |   |
|---|---|
|   | <p>Au niveau administratif c'est l'échelle du pays qui est reconnue (après diagnostic) mais cette échelle n'est pas satisfaisante (la consommation de soins et de santé ne correspondent pas forcément aux frontières géographique).</p> <p>Au niveau de la santé, l'échelle retenue par les professionnels de santé, le point de départ c'est le patient qui utilise le service. Dans certains cas, ce découpage remet en cause le découpage administratif. Le territoire à cheval sur plusieurs départements, crée des difficultés dans la gestion des enveloppes.</p> <p>Concernant la création des ARS : la fédé aura un temps d'avance et sera une force de proposition. Opportunité = des professionnels ambulatoires qui ont une véritable volonté de terrain et qui sont acteurs.</p> <p>Il souhaite que l'ARS soit un levier et qu'elle donne les moyens d'aller au-delà des objectifs fixés. Il est confiant pour travailler ensemble.</p> <p>Avenir à 10, 15 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au niveau régional, faire en sorte que chaque professionnel soit épanoui dans un exercice en collaboration ce qui signifie aussi être attractif pour les jeunes étudiants</li> <li>- Véritable maillage territorial pour avoir des leviers en terme de projets de santé publique,</li> <li>- Donner envie aux autres régions de France de s'organiser sur les mêmes bases en fonction des particularités de chaque région avec des échanges interrégionaux.</li> </ul> |
| <p>J. GROS,<br/>Présidente de la<br/>conférence</p> | <p>Elle définit le territoire comme une zone de vie naturelle : unité du climat, lieu où les gens vont faire leurs courses et où il y a l'offre de soins. Cela dépasse la notion de frontière départementale.</p>   |

|   |  |
|---|--|
| <p>régionale de santé</p> <p>E. HOWALD,<br/>Chargé de mission<br/>au conseil régional</p> | <p>Sa définition du territoire est sur une base régionale mais elle doit se décliner au niveau des pays et des communautés de communes et communes.</p> <p>Sur le territoire de la région, 1<sup>er</sup> objectif du Conseil régional est qu'il y ait une égalité d'accès à la santé et équité de la prise en charge. Le Conseil régional agit dans ce sens.</p> <p>Mais le conseil régional n'a pas de réelle compétence en la matière. Il a des actions limitées mais possibles par 2 biais :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transports (aménagement des axes de communication),</li> <li>- Formation professionnelle (en particulier des professions paramédicales + avec les médecins généralistes).</li> </ul> <p>Il souligne l'importance des initiatives locales et du poids des individus qui s'engagent et s'investissent. Il évoque le problème des moyens financiers. Il se dit contre les mesures coercitives en matière de résolution du problème de la désertification médicale.</p> <p>Il est favorable à des mesures et moyens incitatifs notamment dans l'accompagnement dans l'installation. Souligne que ces moyens (en particulier financiers) ne sont pas nécessairement à destination directe des professionnels, cf. enveloppes financières réparties par pays.</p> <p>Il est conscient du paradoxe : pas de compétences dévolues au Conseil régional / réception des doléances des usagers.</p> <p>Par rapport à la mise en place de la nouvelle loi, pour lui il n'y a aucune incidence réelle et aucune véritable attente.</p> <p>Il souligne l'importance des conditions de vie au sein des territoires : conditions climatiques, reliefs, habitudes de vie,...</p> <p>La notion de délais pour se rendre vers un prestataire médical ou paramédical est déterminante.</p> |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <p>JM.<br/>TOURANCHEAU,<br/>Directeur de la<br/>DRASS</p> | <p>Découpage de la FC très hospitalo-centré.</p> <p>Le découpage départemental n'est pas des plus adapté, il a des avantages (notamment administrativement) mais il faut accepter les chevauchements et mettre en place des redécoupages plus précis. Il faudrait les revisiter et ce serait une obligation de l'ARS. L'ARS devra pour cela prendre en compte les avis du terrain.</p> <p>Le redécoupage ne collera pas avec le découpage départemental, ni avec le découpage des territoires actuels. Cela fait partie des axes prioritaires de l'ARS. Elle pourra en confirmer certain.</p> <p>Cela va déplaire et bouleverser des choses.</p> <p>La loi ne parle pas des communes. Il y a un manque de visibilité terrible : faire de la politique gériatrique sans mentionner la commune et le groupement de commune, c'est sidérant. Car c'est la commune qui fait du maintien à domicile. Quelle est la place actuellement des CCAS.</p> <p>D'après loi de décentralisation de 1986, il y a la possibilité accordée aux Conseils généraux de déléguer tout ou partie de l'action sociale envers les personnes âgées mais ils ne l'ont jamais fait. L'APA ce n'est qu'une aide, c'est une traduction pécuniaire et ce n'est pas pour autant qu'il faut que les territoires soient définis sur la base des territoires départementaux.</p> <p>On peut parvenir à un découpage de zones de vie à l'intérieur d'un département.</p> <p>Actuellement il existe des disparités en matière d'offre de soins. Cela est lié au contexte antérieur et à la volonté politique. Il faut admettre qu'il y a des zones en grande difficulté et il faut savoir accepter l'inégalité si elle est maîtrisée.</p> |
|---|---|

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Points D'amélioration |   |
| F. BAUDIER,           | Dans les zones peu développées pas de leadership permettant une |

|   |  |
|---|--|
| <p>Directeur<br/>URCAM</p>  | <p>coordination de l'offre de soins sur un territoire donné il s'agit donc d'aider des amorces de projet surtout dans des territoires déficitaires.</p> <p>Pour les maisons de santé il faut amener les professionnels à avoir une vision collective et plus globale de la prise en charge de la population.</p> <p>Le découplage soins / prévention et santé publique / médico-social / médecine de ville doit intervenir avec les ARS mais une condition de réussite est que le secteur hospitalier ne prenne pas toute la place et tout le temps des ARS.</p> <p>Il faut faire un véritable travail d'état des lieux de l'offre de soins et des besoins de santé. Véritable travail de diagnostic (travail aujourd'hui assez ouvert sur la médecine de ville mais à peine assez sur la prévention, la santé publique et le médico-social).</p>  |
| <p>P. VUATTOUX,<br/>Président de la<br/>Fédération<br/>régionale des<br/>maisons de santé<br/>et<br/>Madame LE<br/>MARER,<br/>Présidente du<br/>réseau des soins<br/>palliatifs</p> | <p>Cette organisation en maison de santé, avec le temps, n'est pas la solution point par point au problème de l'organisation de l'ambulatoire. Une maison de santé, quand on y réfléchit en terme d'activité de prise en charge populationnelle, reste limitée dans une zone d'influence limitée qui ne correspond pas à un territoire. La maison de santé amène un plateau technique et une organisation mais ce n'est pas la seule solution. Elle amène une mutualisation et une approche régionale mais on ne va pas baser une démarche de définition de projet de santé publique avec les maisons de santé (car nouveauté et pas nombreuses).</p> <p>Existence de zones blanches :</p> <p>Dans les zones blanches il faut rencontrer et écouter les professionnels de terrain. Il ne faut jamais partir seulement des besoins populationnels (même si on arrive avec les moyens) c'est une grande erreur. Pour construire quelque chose de solide et de pérenne, il faut prendre en compte les professionnels. Dans des territoires en difficulté, il ne faut pas additionner des choses peu efficaces. Il faut aller au contact de l'ambulatoire (cela ne se fait pas par n'importe</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>qui : rapport de pairs, apolitique,...). Il y a des zones où la fédé n'ira pas parce qu'elle n'en aura pas les moyens et parce qu'elle sera partie de guerres de méthode,...</p> <p>Dans les zones blanches, il y a nécessité d'une prise d'altitude et il y a une tentative d'organisation avec les territoires voisins, là où la politique d'attractivité ne fonctionne pas.</p> <p>Le rapprochement avec la Bourgogne peut nourrir certaines dynamiques ; mais on ne peut pas mutualiser à l'excès les régions car l'orchestration devient difficile et on risque de perdre la réalité de terrain. Pour certaines thématiques, cela est possible mais pas pour toutes.</p> |
|--|--|

| Points Forts                               |  |
|--|--|
| <p>F. BAUDIER,<br/>Directeur<br/>URCAM</p> | <p>Concernant le déficit de médecins : L'URCAM fait face aux problèmes de démographie des professions de santé. Elle essaie de travailler très en amont avec la fac de médecine pour que les étudiants en médecine choisissent la Franche-Comté et que ce soit plus des francs-comtois pour rester dans la région (car susceptibles de rester dans leur région d'origine).</p> <p>Au départ, une des dernières villes choisie en France par les étudiants de médecine pour leur installation = Besançon. Mais progressivement, changement : les étudiants choisissent plus facilement la Franche-Comté et ce sont plutôt des francs-comtois.</p> <p>Par ailleurs, l'URCAM et ses partenaires ont mis en place une cellule d'accueil et de suivi des internes en médecine. Aspect spectaculaire de cette cellule = 1 cérémonie d'accueil des internes qui ont choisi la FC est organisée. Cette cellule d'accueil et de suivi les aide et les assiste (aide financière notamment : indemnités de déplacement et d'hébergement).</p> <p>De plus, il existe un partenariat fort avec le CRGE (collège régional) pour faire en sorte que les maisons de santé soient des terrains de</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>stage privilégiés.</p> <p>L'URCAM essaie aussi de développer des thèses de médecine générale pour répondre à l'augmentation du numerus clausus de médecins généralistes.</p> <p>Travaille aussi auprès des remplaçants (environ 10 000) : pour aider les médecins isolés à se faire remplacer et faire en sorte que les remplaçants ne le restent pas longtemps et s'installent dans des zones isolées et déficitaires.</p>  |
| JJ. LAPLANTE,<br>Directeur de santé<br>MSA | <p>Une expérimentation doit être menée avec tous les acteurs autour de la question de la prévention concernant les PA. Elle regroupe les partenaires : URCAM, ARH, DDASS et DRASS, hôpitaux locaux (Morteau, Mouthe et Mausoroy) qui dépendent de Pontarlier, les Conseils généraux du Jura et du Doubs, la conférence de santé de territoires, la maire de Pontarlier et l'ensemble des acteurs du territoire.</p> <p>Un coordonnateur de territoire a été recruté.</p> <p>La coordination a été jugée nécessaire et indispensable pour marquer le territoire au plus proche des territoires (des individus proches du terrain pour travailler de manière concrète auprès des usagers).</p> <p>Des territoires davantage thématiques que géographiques ; pour que cela parle aux gens et qu'ils s'investissent et participent, il faut être au plus près de leurs problématiques quotidiennes.</p> |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Perspectives                   |  |
| F. BAUDIER,<br>Directeur URCAM | <p>L'enjeu et l'ambition = que l'ensemble de la région soit couverte en terme d'offre de santé, quel que soit le biais retenu (hôpitaux locaux, services à domicile, maisons de santé,...)</p> <p>Il faut essayer de réfléchir avec les élus sur une organisation de l'offre de santé beaucoup plus globale pour ces zones en difficulté</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>comme pour les personnes âgées (CCAS).</p> <p>Une coordination au niveau de la région est nécessaire mais elle l'est aussi au niveau des territoires.</p> <p>La question de la coordination des professionnels avec les acteurs au sein des maisons de santé ou au sein des réseaux, a conduit à réfléchir à qui pouvait être coordonnateur de réseaux (formation médicale, paramédicaux ou autre personnes sans formation spécifique → cela dépend des réseaux et de ces particularités)</p> <p>⇒ Le coordonnateur = personnes très variable.</p> <p>Dans la loi à venir HPST, on peut imaginer que l'ARS passera des contacts avec les maisons d santé, cette loi devrait permettre de consolider ces structures et l'offre de services qu'elles rendent sur le territoire.</p>  |
| <p>JJ. LAPLANTE,<br/>Directeur de santé<br/>MSA</p> | <p>Concernant la définition des territoires de santé = difficile et délicat car suivant la thématique, il faut prendre des éclairages différents et donc des définitions différentes. Plusieurs définitions sont donc possibles. En fait, suivant la thématique à laquelle on a à faire, il faudrait utiliser différentes définitions.</p> <p>Représentation d'un territoire de santé idéal :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Territoires de santé des maisons de santé pluridisciplinaires mêlant sanitaire et médico-social et avec une obligation de démo sanitaire depuis le départ : la maison de santé contient aussi des représentants des usagers avec les professionnels et les élus.</li> <li>2. Hôpital local = 1<sup>ère</sup> structure de recours avec retour dès que possible à la proximité</li> <li>3. Un hôpital général mais qui n'est pas un CHU (qui fait la guerre pour tout garder) dans le soin hospitalier. Mais installation d'une gradation des professionnels pour l'ambulatoire. Utilisation des NTIC avec des professionnels capables de répondre aux demandes des autres professionnels</li> </ol> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>4. Prévention de la santé et professionnelle au niveau d'un GRSP et qui travaille avec la conférence de santé en respectant les prérogatives nationales</p> <p>Comment coordonner tout ça ? le meilleur coordonnateur = la personne qui se dégage avec le max de charisme (en particulier dans la proximité) en faisant relativement consensus. Il peut s'agir de personnes différentes suivant les lieux (médecins généralistes, maires, directeur de l'hôpital). Au niveau régional = le directeur de l'ARS qui tranche sur des politiques de santé au niveau régional ou interrégional mais avec une très grande écoute : occultation du territoire, ... qui aide aux prises de décisions en comblant les zones blanches (définition de priorités).</p> <p>A l'exception de l'URML, les choses fonctionnent plutôt bien en Franche-Comté.</p> |
| <p>J. GROS,<br/>Présidente de la<br/>conférence<br/>régionale de santé</p> | <p>Elle souhaite que la loi HPST prenne en compte l'utilisateur sur le terrain, elle préconise un travail d'anticipation des professionnels sur le terrain au travers d'une véritable organisation pour appréhender au mieux les besoins de la population et proposer des solutions concrètes sur un territoire de santé. Pour elle ce territoire peut se définir autour de l'offre de soins mais aussi sur une dimension géo-climatique qui est primordiale (zone montagneuse) car cela est en lien avec une culture locale de solidarité.</p>   |
| <p>JM.<br/>TOURANCHEAU,<br/>Directeur de la<br/>DRASS</p>                  | <p>La notion de démographie sanitaire est à développer (conférences de territoire, une réflexion à mener en partenariat avec tous les professionnels collaboration entre les acteurs...). Il faut mettre en place une démarche participative, il faut à un moment dire et expliquer pourquoi on fait des choix, il n'est pas favorable à des mesures coercitives.</p> <p>Dans la future ARS, il pense qu'il doit y avoir des professionnels auprès de la direction (un géographe pour étudier les mouvements de vie et un travailleur social). Ceci pour éviter une trop grande distanciation entre les décideurs et la réalité de terrain.</p>   |